

Life Sardegna



La salute in Sardegna

nei principali rapporti e analisi nazionali

Rapporto 2018



Life Sardegna

La salute in Sardegna

nei principali rapporti e analisi nazionali

Rapporto 2018

a cura di Nadia Commerci, Gianluca Chelo, con il
contributo della Fondazione di Sardegna

Indice

Indice	5
Introduzione	9
La salute in Sardegna nel Rapporto Osservasalute	39
Parte prima: salute e bisogni della popolazione	39
Invecchiamento della popolazione	39
Fecondità	40
Fattori di rischio	40
Alimentazione	42
Aspettativa di vita	44
Tasso di mortalità precoce	45
Patologie croniche	45
Malattie cardio e cerebrovascolari	50
Malattie metaboliche: diabete mellito	53
Malattie oncologiche	53
Disabilità	56
Salute mentale	57
Salute materno-infantile	58
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	59
Spesa sanitaria pubblica pro-capite	60
Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro-capite	61
Assistenza territoriale	61
Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e per anziani non autosufficienti	62
Pazienti anziani e con disabilità ospitati nei presidi residenziali	62
Assistenza ospedaliera	62
Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero	62
Prestazioni chirurgiche a rischio d'inappropriatezza se erogate in RO o DS	63
La salute in Sardegna nel "Rapporto OASI. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano	64
Apparati amministrativi regionali del SSN	64
Mobilità dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche	65
Risorse strutturali delle Aziende Sanitarie	66
Capacità di offerta delle strutture territoriali	67
Personale del Servizio Sanitario Nazionale	68

Le attività di ricovero del SSN	69
Appropriatezza organizzativa e clinica	72
Distribuzione dei punti nascita	73
Attività territoriali	74
Accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali	77
Spesa sanitaria	79
Spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera	81
Disavanzo/avanzo sanitario	82
Misure di copertura dei disavanzi	83
Erogatori privati accreditati: struttura e attività	83
Attività degli ospedali privati accreditati	84
Assistenza distrettuale privata accreditata	85
Il processo di regionalizzazione nel governo dell'assistenza farmaceutica	86
Forme alternative di distribuzione dei farmaci	87
La salute in Sardegna nel Rapporto OsMed	89
Spesa farmaceutica complessiva e territoriale	89
Composizione della spesa farmaceutica pubblica e privata	89
Acquisto e consumo di farmaci di classe A, di classe C e di automedicazione	91
Spesa farmaceutica convenzionata	92
Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata	93
Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata	94
Distribuzione dei consumi e della spesa farmaceutica convenzionata per i farmaci di classe A-SSN	95
Acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche	96
Distribuzione dei consumi e della spesa pro-capite per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche	98
Spesa a carico dei cittadini	99
Analisi dei consumi sulla base delle categorie terapeutiche	100
Farmaci a brevetto scaduto	105
Consumo di farmaci a carico del cittadino	106
Consumo di benzodiazepine, contraccettivi orali e farmaci per la disfunzione erettile	108
Distribuzione Diretta e Per Conto	109
Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in Distribuzione Diretta e Per Conto	110
Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale	110
La salute in Sardegna nel Rapporto "Meridiano sanità"	113
Le patologie ad alto impatto per il sistema	113
Le malattie cardiovascolari	113
Le patologie tumorali	114
Lo screening per tumore a seno, cervice uterina e colon-retto	114
Le demenze	116
Le malattie metaboliche	117
Le malattie dell'apparato respiratorio	118
L'antimicrobico-resistenza e le politiche d'immunizzazione	118

Coperture vaccinali	121
La vaccinazione nell'età adolescenziale: copertura vaccinazione anti-HPV	124
La spesa in prevenzione per i vaccini	125
Le dinamiche della spesa in sanità	126
Spesa sanitaria privata pro-capite	126
La spesa in prevenzione	127
La spesa farmaceutica	127
Lo stato di salute della popolazione e le performance dei sistemi sanitari	129
Stato di salute della popolazione	129
Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione	131
Efficienza, efficacia e appropriatezza dell'offerta sanitaria	133
Risorse economiche	135
Indice di mantenimento dello stato di salute: risultati	137
Servizi di e-health: il Fascicolo Sanitario Elettronico	138
La salute in Sardegna nel Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica	141
Spesa sanitaria ed equilibrio finanziario	141
Piani di rientro di Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali	142
Spesa per acquisti di beni: dispositivi medici	143
Monitoraggio della spesa farmaceutica	144
Le entrate	146
Le entrate da payback	147
Spesa sanitaria diretta delle famiglie	148
Spesa sanitaria in Irpef	149
Investimenti in sanità	153
Investimenti per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	154
Investimenti per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani	154
Investimenti per la realizzazione di strutture per cure palliative	155
Qualità dell'assistenza: le criticità evidenziate in Sardegna	156
La salute in Sardegna: un confronto con Liguria, Friuli Venezia Giulia e Calabria	159
Parte prima: salute della popolazione	159
Invecchiamento	159
Aspettativa di vita	160
Fecondità	161
Tasso di mortalità precoce	162
Screening per tumore a seno, cervice uterina e colon-retto	162
Le coperture vaccinali	163
Le vaccinazioni pediatriche	163
La vaccinazione nell'età adolescenziale: copertura vaccinazione anti-HPV	165
La vaccinazione nell'età adulta: copertura vaccinazione anti-influenzale	166
Parte seconda: spesa sanitaria, entrate e qualità dei servizi offerti dai sistemi sanitari regionali	167
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	167

Spesa sanitaria pubblica pro-capite	168
Disavanzo/avanzo sanitario pubblico	169
Le entrate	170
Spesa sanitaria diretta delle famiglie	172
Assistenza territoriale	173
Assistenza ospedaliera	174
Parte terza: sistema sanitario pubblico e privato accreditato	175
Apparati amministrativi regionali del SSN	175
Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività	178
Parte quarta: assistenza farmaceutica	181
Acquisto e consumo di farmaci di classe A, di classe C e di automedicazione	181
Spesa farmaceutica convenzionata	182
Acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche	183
Distribuzione diretta e per conto	184
Spesa a carico dei cittadini	185
Consumo di farmaci a carico del cittadino	186
Farmaci a brevetto scaduto	187
Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale	188
Liste d'attesa in Sardegna: un focus	191
Conclusioni	211

Introduzione

Il centro studi sulle politiche per la salute Life Sardegna nasce per promuovere analisi, ricerche, confronti ed elaborare proposte sulla sanità, sul sociale e sull'ambiente nel territorio regionale un'idea che proviene da cittadini impegnati e professionisti del settore che intendono contribuire alla massima diffusione di informazioni e idee utili alla crescita della coscienza e della qualità delle prestazioni della salute, in collaborazione con le associazioni attive nel mondo del sociale e della sanità.

Il principale obiettivo è quello di contrastare l'asimmetria informativa dei cittadini di fronte al complesso mondo della sanità dove nel passato prevaleva una subalternità nei confronti dei medici e oggi si è sostituita la fonte informativa di internet che spesso è sopravvalutata, tanto che carente o difficile da acquisire una informazione oggettiva.

Molto spesso in Sardegna, come nel resto d'Italia peraltro, è il passaparola ad indicare il percorso da intraprendere quando si è non del tutto soddisfatti della prestazione avuta nel percorso ordinario sino alla scelta di un professionista diverso per un consulto al quale si arriva per consigli o suggerimenti del tutto soggettivi.

Contrastare l'asimmetria informativa significa promuovere una politica della trasparenza e della valutazione delle prestazioni, anche con l'aiuto delle nuove tecnologie per mettere ogni cittadino di fronte ad una scelta consapevole e cosciente.

Con lo stesso spirito il centro studi sulle politiche per la salute Life Sardegna propone il rapporto annuale con l'obiettivo di rendere note e diffondere in maniera accorpata le tante, oggettive, informazioni che arrivano dai più diversi centri di analisi delle politiche sanitarie in Italia e in Europa senza però una lettura integrata degli stessi sul piano regionale.

Il rapporto Life sulla salute in Sardegna vuole essere un contributo alla conoscenza di dati oggettivi sulla qualità dell'offerta sanitaria e sulle condizioni di salute dei cittadini residenti nell'isola attraverso la lettura dei principali rapporti di ricerca nazionali.

La maggior parte dei dati della regione sono confrontati con quelli della media nazionale mentre in un contributo del tutto originale il rapporto propone un confronto tra i dati della Sardegna e quelli di altre 3 regioni che per dimensione o specificità possono rappresentare un benchmark rappresen-

tativo: Friuli Venezia Giulia, Calabria, Liguria che hanno una popolazione tra 1,3 e 2 milioni e una complessità territoriale del tutto analoga, con aree periferiche distanti dalle città principali.

I dati del Friuli Venezia Giulia rappresentano un utile confronto in quanto regione a Statuto Speciale, mentre Liguria e Calabria hanno dimensioni simili, sono situate una al nord e una al sud, con una considerevole percentuale di popolazione anziana la prima, ed entrambe con importanti condizioni di difficoltà geografiche o di mobilità interna.

Sono tre i rapporti analizzati nelle prime due edizioni del rapporto annuale sulla salute in Sardegna: il rapporto Osservasalute 2017 è definito come osservatorio nazionale sulla salute delle regioni italiane curato dall'Università Cattolica di Milano, pubblicato nell'aprile 2018, il rapporto Oasi pubblicato a cura del Cergas nel novembre 2018 e il rapporto Osmed sui farmaci predisposto dall'Agenzia Italiana per la Farmacovigilanza, pubblicato nel mese di Luglio dello stesso anno.

In questa terza edizione il rapporto Life presenta come ulteriori dati, quelli del rapporto Meridiano Sanità predisposto dallo Studio Ambrosetti con il contributo di Farindustria, e pubblicato a novembre 2018 e quelli della relazione sulla sanità della corte dei conti del luglio 2018.

Con questi nuovi apporti, il rapporto Life sulla salute in Sardegna aumenta il livello e l'entità dei dati presentati come la qualità del confronto tra regioni costruendo un quadro complessivo molto ampio e di interesse scientifico e politico.

In questa introduzione inquadreremo brevemente i cinque rapporti presentati rappresentanti i principali elementi che contraddistinguono, nella loro dimensione nazionale, i dati contenuti nelle edizioni pubblicate nell'anno solare 2018.

Rapporto	Pubblicazione	Autore
Rapporto Osservasalute 2017	Aprile 2018	Università Cattolica di Milano
Rapporto Oasi	Novembre 2018	Cergas - Università Bocconi
Rapporto Osmed	Luglio 2018	AIFA
Meridiano Sanità	Novembre 2018	Studio Ambrosetti - Farindustria
Coordinamento finanza pubblica 2018	Luglio 2018	Corte dei Conti

Il **Rapporto Osservasalute**, - si legge nella premessa a firma di Solimani e Ricciardi alla edizione 2017 pubblicata nell'aprile 2018 - 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.

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 quelle 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 avanzate 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 medi-

cine; quasi la metà non è in grado di preparare i pasti, fare la spesa o svolgere attività domestiche leggere.

Tra le raccomandazioni di tutti i ricercatori e gli esperti che 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."

Secondo il **rapporto OASI** predisposto dal Cergas dell'Università Bocconi e pubblicato nel novembre del 2018, la sanità italiana è oggi un sistema in equilibrio che ha appreso la meccanica dell'innovazione. Nella sintesi a cura di Francesco Longo, Alberto Ricci, Patrizio Armeni, Francesco Petracca, Alessandro Furnari, Mattia Vincenzo Olive si legge che i "risultati di salute sono complessivamente positivi nonostante l'eterogeneità inter-regionale, con due elementi di stabilità: il consolidamento dell'equilibrio economico-finanziario e l'esaurimento della recente stagione di revisione degli assetti istituzionali regionali.

La spesa sanitaria è sobria con un ormai consolidato equilibrio economico-finanziario.

Nel 2017 la spesa SSN è aumentata dell'1,3% rispetto al 2016, attestandosi a 117,5 miliardi di euro. Tra 2012 e 2017, il tasso di crescita medio della spesa SSN è stato pari allo 0,6% annuo in termini nominali, pari a 3,5 miliardi in valore assoluto. Sempre nel 2017 il SSN registra un lieve disavanzo contabile di 282 milioni di euro, pari allo 0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente. Si conferma dunque il sostanziale equilibrio economico-finanziario del SSN, raggiunto ormai da 6 anni. Le regioni del Centro-Sud sono ormai virtuose quanto quelle del Nord nel perseguimento

dell'equilibrio economico-finanziario. Nel 2017 Lazio e Campania registrano i maggiori avanzi di bilancio: rispettivamente, 529 e 77 milioni di euro.

Al 2016, la spesa sanitaria totale in Italia corrisponde all'8,9% del PIL contro il 9,8% della Gran Bretagna, l'11,1% della Germania, il 17,1% degli Stati Uniti. La spesa SSN («pubblica») copre circa il 74% della spesa totale, la spesa privata diretta il 24%, la spesa intermediata il restante 2%. Tra 2012 e 2017, sul totale della spesa per il Welfare, si riduce la quota percentuale destinata alla spesa sanitaria, che passa dal 22,8% al 21,8%. Nel periodo considerato, anche la quota di spesa pensionistica subisce un calo, dal 69,5% al 68%. La spesa assistenziale, principalmente riconducibile ad assegni di invalidità e accompagnamento, passa dal 7,7% al 10,2%.

In Italia è presente un'offerta pubblica in graduale riduzione e rimodulazione.

Tra 2010 e 2017, la percentuale di spesa sanitaria coperta da fonti pubbliche evidenzia una lieve ma costante contrazione, stimata in 2,4 punti percentuali nel periodo considerato. Le fonti pubbliche coprono il 95% dei ricoveri ospedalieri, ma solo il 65% dei ricoveri a lungo termine (LTC) in strutture residenziali e il 60% delle prestazioni ambulatoriali.

Si osserva una complessiva convergenza inter-regionale verso le dotazioni di posti letto pianificate dal legislatore (3,7 PL per 1.000 abitanti), così come verso il tasso di ospedalizzazione atteso (160 per 1.000 abitanti). A livello nazionale si registrano 3,55 PL e 126 ospedalizzazioni ogni 1.000 abitanti. Tutte le tipologie di assistenza ospedaliera (ricoveri ordinari e soprattutto day hospital) registrano trend in riduzione. Nel complesso, i ricoveri scendono a 9 milioni nel 2016, con un calo del 25% nel periodo 2008-2016.

I dati nazionali relativi ai volumi di specialistica ambulatoriale, storicamente riportati dall' Annuario statistico del SSN, sono purtroppo disponibili solo fino al 2013. Le estrazioni dalle banche dati di alcune regioni del Nord (Emilia Romagna, Lombardia) evidenziano, comunque, una sostanziale stabilità dei volumi del laboratorio e della diagnostica tra 2015 e 2017. Cfr. portale Open Data Regione Emilia Romagna e Regione Lombardia.

Gli accessi al pronto soccorso risultano stabili attorno ai 20,5 milioni, con un aumento della quota di accessi da parte di over65 tra 2007 e 2015 (dal 29% al 34%). I servizi di emergenza-urgenza si configurano pertanto come fisiologica valvola di sfogo a fronte di un'offerta sanitaria in stasi o sostanziale riduzione. Cfr. cap. 2 e ISTAT (2018), Sezione Popolazione e Famiglie, Persone sole per sesso, età, e stato civile.

Si registra una marcata debolezza dei servizi domiciliari e della presa in carico post-ospedaliera: solo il 27% degli over85 viene dimesso prevedendo strumenti di continuità assistenziale, mentre l'ADI registra un'intensità assistenziale di 17 ore annue per utente in carico (in riduzione rispetto alle 22 ore del 2008).

Il bisogno sanitario e socio-sanitario è in aumento in una società che appare naturalmente sempre più frammentata.

In Italia, al 2017, il 32% delle famiglie è unipersonale; si tratta di 8,1 milioni di individui, di cui oltre la metà (4,4 milioni) è over 60. Tra 2011 e 2017, quest'ultima categoria è cresciuta del 14%. Si

affacciano nuovi fenomeni sociali, come l'aumento degli over 60 che vivono soli a seguito di divorzio o separazione, che nello stesso arco temporale sono passati da 314.000 a 515.000 (+64%). L'accentuarsi del processo di frammentazione del tessuto familiare e sociale rende più difficile, ma allo stesso tempo urgente, prendere in carico le condizioni di fragilità.

Il rapporto tra popolazione over65 e popolazione attiva è pari al 35%, valore più elevato tra i Paesi europei, il numero medio di figli per donna rimane pari a 1,34 e aumenta l'età media delle madri al parto (31,8 anni). Tra 2010 e 2017 la popolazione over65 è cresciuta di 1,3 milioni di persone (+11%). I dati testimoniano il persistere di un'importante crisi demografica, che mina le condizioni alla base del precario equilibrio dell'attuale sistema di Welfare.

Nel 2016, i pazienti con almeno una patologia cronica nel Paese rappresentano il 39% della popolazione, mentre i cronici pluri-patologici il 21%. Questi ultimi, spesso classificabili come pazienti cronici «complessi», tendono fisiologicamente ad assorbire gran parte dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, spingendo i pazienti occasionali verso il circuito a pagamento.

Gli anziani non autosufficienti sono 2,8 milioni a fronte di 301.693 posti letto in strutture residenziali disponibili al 2015. I servizi socio-sanitari e sociali nel loro insieme risultano scarsi rispetto alle potenziali richieste, con i servizi pubblici che coprono circa il 32% della domanda. Si registrano sia un'insufficienza di risorse, sia una frammentazione delle competenze istituzionali (disperse tra SSN, INPS, Comuni). Le famiglie tendono quindi ad auto-organizzarsi (impegno diretto nella cura del proprio parente, aiuto di un caregiver informale, ricorso al ricovero sociosanitario in solvenza completa).

Il 25% dei cittadini anziani over85 esegue almeno un ricovero nel corso di un anno. La degenza è in media di 11 giorni. Il 67% dei ricoveri riferiti a over85 è riferito a una serie di più ospedalizzazioni successive nel corso di un anno. Solo il 16% degli over85 viene dimesso prevedendo un qualche strumento di continuità assistenziale (ricovero in struttura intermedia, ADI, ospedalizzazione domiciliare). L'insufficiente governo della domanda sociosanitaria influenza negativamente la funzionalità dei servizi sanitari di emergenza-urgenza, gli unici pressoché sempre presenti e accessibili, ma spesso clinicamente inappropriati.

In Italia crescono appropriatezza e buoni esiti di salute, con punti di attenzione.

Al 2016, l'Italia registra un'aspettativa di vita eccellente, pari a 82,8 anni, superiore a Regno Unito, USA e Germania, ma lievemente inferiore a Francia e Spagna. L'aspettativa di vita in buona salute in Italia è in lieve aumento, ma in misura minore rispetto agli altri Paesi sviluppati. Anche l'aspettativa di vita cresce, ma meno degli altri Paesi: l'Italia scende dal secondo al sesto posto tra 2000 e 2016 nelle rilevazioni del WHO, facendo comunque registrare valori superiori a Regno Unito, Germania e USA.

Il tasso di mortalità in soggetti adulti (15-60 anni) è tra i più bassi nel panorama internazionale e inferiore a quelli registrati da Regno Unito, Germania, Francia, Spagna e USA. Di converso, Spagna e Francia fanno registrare tassi standardizzati di mortalità complessiva più modesti di quelli italiani. A livello nazionale, l'andamento di lungo periodo dei tassi di mortalità per le principali cause di

morte è in calo tra 2003 e 2015 (con diminuzioni medie annuali comprese tra -1,3% e -2,2%, a seconda delle regioni). Aumenta invece in tutte le regioni (da +0,5% fino a +5,8% in termini di tassi medi annui) la mortalità per disturbi psichici e malattie del sistema nervoso.

Nel 2016, l'Italia registra meno ospedalizzazioni inappropriate (asma, BPCO e diabete) di Regno Unito, USA, Spagna, Germania e Francia; evidenzia invece un elevato consumo di antibiotici e un ricorso al parto cesareo in riduzione ma ancora superiore ad altri Paesi benchmark.

Nel 2016 la quota di cittadini che dichiarano un episodio di rinuncia alle cure è pari al 5,7%, in calo rispetto al 2015 (7,9%). Le rinunce sono principalmente dovute al costo percepito delle prestazioni. Il calo più significativo nella dichiarazione di rinuncia alle cure si registra nelle fasce di popolazione meno abbienti. La lieve ripresa economica e l'importante lavoro volto alla riduzione delle liste d'attesa sono probabili spiegazioni di questo significativo miglioramento.

In Italia, a fronte di performance generali in crescita permane un sistema sanitario diseguale.

Nonostante il calo delle ospedalizzazioni, tra 2014 e 2016 la mobilità interregionale registra un aumento di circa 8.000 ricoveri. Nel 2016, la quota di ricoveri ordinari in mobilità extraregionale è pari all'8,2% per gli acuti e al 16,3% per la riabilitazione. Dal 2017, l'introduzione di limitazioni normative nazionali ai ricoveri extraregione potrebbe però aver limitato i flussi. Indici come l'incidenza di parti cesarei o le dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici suggeriscono il permanere di un gap qualitativo tra i sistemi ospedalieri di Nord e Sud del Paese.

Tra 2012 e 2017, il divario nel punteggio medio degli indicatori della «Griglia LEA» delle regioni in Piano di Rientro rispetto a quelle mai sottoposte a Piano è cresciuto da 34 a 37 punti. I tassi standardizzati di mortalità di alcune province del Mezzogiorno, come Napoli e Caserta, risultano più elevati del 20% rispetto alla media nazionale. L'aspettativa di vita in buona salute varia dai 52 anni della Calabria ai 69 della PA di Bolzano e, più in generale, dai 56,6 del Sud ai 60,5 del Nord. Oltre al contesto socio-economico, la differente capacità di presa in carico delle condizioni di cronicità e LTC spiega in parte questo differenziale. I tassi di copertura dei bisogni di LTC, contenuti al Nord, tendono infatti a zero nelle regioni centro-meridionali.

La spesa sanitaria privata delle famiglie è sbilanciata al Nord. Valle D'Aosta e Lombardia, con 951 e 825 euro per abitante, registrano valori più che doppi rispetto alla Campania (335 euro).

Cresce in Italia la necessità di nuove e consapevoli politiche del personale.

Il SSN fornisce un considerevole contributo all'occupazione nazionale: i dipendenti SSN rappresentano l'1,0% della popolazione, l'1,6% di quella attiva (15-65) e il 2,7% degli occupati.

Il blocco del turnover emerge come la principale modalità di contenimento della spesa sanitaria degli ultimi anni. In Italia il personale infermieristico è meno della metà rispetto alla Germania: 5,6 infermieri ogni 1.000 abitanti contro 12,9. Contemporaneamente, il 53% dei medici ha più di 55 anni; si conta un numero di candidati alle specialità mediche più che doppio rispetto ai contratti finanziati (16.046 versus 6.934). Il problema è la scarsità di risorse per assumere e formare specializzandi, non la mancanza di medici. Il personale dipendente in diversi SSR meridionali è calato significativamente ed è oggi inferiore a quello settentrionale. Al 2016, la Lombardia, registra 9,6

dipendenti SSN ogni 1.000 abitanti (-3% rispetto al 2010), contro i 7,3 della Campania (-15%) e i 7,1 del Lazio (-14%).

Il rapporto infermieri/medici a livello nazionale nel 2016 è pari a 2,45, con una rilevante variabilità inter-regionale, sostanzialmente stabile rispetto al 2010. Le regioni del Nord mantengono una maggiore dotazione organica di infermieri rispetto ai medici, a testimonianza della difficoltà di ribilanciare lo skill mix degli SSR spesso interessati dai Piani di Rientro.

Tra 2006 e 2016, i profili di ruolo amministrativo nelle aziende sanitarie pubbliche sono passati da 77.148 a 68.947 e quelli under35 hanno subito una riduzione del 64%, con conseguente aumento dell'età media: il 44% dei dipendenti con ruolo amministrativo è over55. In alcune specifiche funzioni, l'incidenza percentuale di addetti under35 sul totale è inferiore al 10%, con una differenza rilevante tra aziende in regioni sottoposte nel tempo a Piani di Rientro e non (mediamente 2,7% vs 7,1%).

La centralità e le prospettive del privato accreditato in Italia.

Nel 2017 la spesa SSN per assistenza erogata da soggetti privati accreditati è pari al 18,8% della spesa sanitaria pubblica complessiva, con marcate differenze nel confronto inter-regionale.

Al 2016, il 30% dei posti letto del SSN è situato in strutture private accreditate, in aumento di 3,2 punti dal 2007. Erogatori pubblici e privati sono fortemente complementari nel SSN, anche perché i secondi coprono, tra le altre, alcune aree dove la domanda è in crescita e l'offerta pubblica limitata, come la riabilitazione.

Il settore ospedaliero privato accreditato ha sperimentato nell'ultimo quinquennio una crescita dei gruppi con oltre 500 PL, che hanno acquisito circa 2.000 nuovi posti letto e 21 strutture, passando dal 35% al 38% dei posti letto totali del privato accreditato. Gli spazi per processi di concentrazione industriale sono comunque ancora rilevanti: la dimensione media delle strutture accreditate è di 116 PL.

La ritrovata stabilità negli assetti istituzionali dei SSR

Per la prima volta dopo anni, si registra una fase di stallo o forse l'esaurimento delle dinamiche di ingegneria istituzionale. Nel 2018, come nel 2017, si registrano 120 aziende territoriali (ASL e ASST), con una popolazione media servita di 500.000 abitanti. Le aziende ospedaliere sono 43, invariate rispetto al 2017, ma in evidente calo rispetto alle 75 del 2015, prima che il riordino di alcuni SSR (in primis quello lombardo) re-integrasse nelle aziende territoriali la rete ospedaliera o di parte di essa. Anche il numero di aziende ospedaliero-universitarie integrate con il SSN, di IRCCS pubblici e di enti intermedi del SSN è rimasto invariato rispetto al 2017. La finestra di stabilità istituzionale aperta da alcuni mesi sta permettendo e permetterà di consolidare gli assetti di governance, le strutture organizzative e le competenze manageriali delle aziende, coerentemente con le differenti mission e specializzazioni erogative.

Le aziende e il management: riavviata la meccanica dell'innovazione, quale direzione strategica?

Nella cornice della stabilità finanziaria e istituzionale, le aziende si confermano capaci di attivare nuovi sistemi operativi e modelli di servizio, ma occorre individuare le priorità strategiche verso cui indirizzare l'innovazione. È sempre più importante verificare a livello aziendale gli effetti dei modelli, delle scelte e delle procedure volte a livello regionale. Inoltre, si divaricano sempre più i tempi della comunicazione politico-mediatica e i tempi attuativi sul lato amministrativo. Il ruolo del management resta quello di individuare le priorità strategiche e curarne l'attuazione, consapevole degli elementi che ne determinano gli spazi di autonomia.

Sistemi gestionali e modelli di servizio: evoluzioni e opzioni strategiche aperte.

Le aziende nate dagli accorpamenti analizzate hanno spesso dimostrato competenza e relativa rapidità nell'adeguare i sistemi di programmazione e controllo (P&C) ai nuovi, più ampi perimetri aziendali. È invece ancora incerto il contributo dei sistemi di P&C nel rafforzare sostanzialmente le responsabilità e poteri del middle management aziendale, in discontinuità con la classica struttura basata sui due livelli gerarchici del vertice strategico e delle unità operative di linea.

Al 2018, almeno 37 aziende pubbliche del SSN hanno strutturato la funzione di operations management (OM) sul piano formale. La mission delle funzioni di OM è comune: passare, soprattutto in ambito chirurgico, da una programmazione e gestione frammentata degli asset e dei processi produttivi a un governo più centralizzato, uniforme e coerente con le strategie aziendali. Resta da chiarire se la funzione di OM sia destinata a divenire «proprietaria» degli asset, o a limitarsi a un ruolo di supporto delle UO cliniche rispetto all'ottimizzazione dei processi produttivi.

Diverse aziende hanno adottato strumenti di validazione e sviluppo delle competenze cliniche, monitorando la numerosità della casistica trattata dai singoli medici per specifiche procedure o condizioni patologiche. Rimane ambivalente la finalità dello strumento, che può servire ad aumentare la fungibilità dei medici o a definire la specializzazione dei singoli operatori e a concentrare le casistiche.

Si consolidano i processi di accompagnamento alla certificazione di bilancio, con una maggiore incidenza nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali. Anche il processo di certificazione può e deve focalizzarsi su finalità parzialmente diverse: può rendere più efficienti alcuni processi amministrativi, può standardizzare procedure contabili per rendere più confrontabili i bilanci, o, semplicemente, accreditare la veridicità delle rilevazioni contabili.

Si amplifica l'esposizione delle aziende sanitarie sui social media (Facebook, ma anche Youtube e LinkedIn). Raramente, però, esistono strutture organizzative dedicate che valorizzano questi canali di comunicazione. Nuovamente, le finalità strategiche appaiono spesso indefinite: veicolare informazioni sanitarie ai pazienti; innovare la comunicazione interna, superando almeno in parte le gerarchie; attivare uno strumento di promozione dei risultati raggiunti e dell'identità aziendale.

Il ruolo del management aziendale: gli spazi di autonomia tra funzioni accentrate regionali, tempi amministrativi e accelerazione della narrativa politico-mediatica

I modelli regionali di Population Health Management (PHM) e le loro applicazioni rappresentano un'opportunità disruptive nei modelli tradizionali di policy e di management per i sistemi sanitari

regionali: la programmazione avviene per «le» popolazioni target e questo rafforza la necessità di bilanciare scelte standardizzate (top-down) con gli specialismi delle condizioni di salute. In questi modelli, i ruoli della sanità pubblica e dell'assistenza territoriale trovano una nuova valorizzazione. Tuttavia, importanti requisiti dei modelli avanzati di PHM, essenziali per perseguirne le finalità strategiche di tali modelli, risultano assenti o embrionali anche nelle esperienze più mature: lo sviluppo di sistemi di valutazione sui risultati di outcome, la carenza di informazioni di carattere socio-sanitario e sociale, le difficoltà a integrare la medicina generale.

Si consolida l'esperienza delle centrali di acquisto regionali, che eseguono ormai una quota rilevante delle attività di procurement. Con riferimento ai farmaci, la presenza in lotto di generici/biosimilari ed originatore e la circostanza che il prodotto aggiudicatario sia un generico hanno un impatto positivo importante sul numero di offerte e la dimensione dello sconto. Più controverso, o meno rilevante, è il ruolo della tipologia di procedura, del livello di aggregazione degli acquirenti e dei volumi acquistati. Generalizzando, è chiaro che l'efficacia di un acquisto non dipende soltanto dalla qualità intrinseca dell'oggetto acquistato, ma anche dalla gestione del processo d'acquisto. Particolare attenzione va dedicata alle tempistiche. È frequente che dalla stesura del capitolato all'aggiudicazione definitiva trascorrono 2-3 anni, con il rischio di vanificare l'innovazione veicolata da un device e da un farmaco. L'attenzione alle procedure delle centrali di acquisto è strategica per consentire alle aziende di raggiungere non solo l'efficienza, ma anche la produzione di valore per il paziente.

Nella prospettiva del management aziendale, la divergenza tra ritmi politico-mediatici e amministrativi può, da un lato, creare uno spazio di autonomia strategica e, dall'altro, aumentare le pressioni sul management. Il momento attuativo è infatti lontano dal momento di formulazione dell'indirizzo e di attenzione politica dell'opinione pubblica, permettendo gradi di autonomia manageriali rilevanti. Tuttavia, i problemi di cui si discute politicamente, caratterizzati dai ritmi serrati enfatizzati dai social network, non possono trovare risposte amministrative veloci. Il ruolo del management resta quello di individuare le priorità strategiche e guidarne l'attuazione, tenendo conto degli elementi che ne rimodulano continuamente gli spazi di autonomia.”

Nella presentazione del rapporto Osmed 2017 a firma di Mario Melazzini, direttore di AIFA, pubblicato a luglio 2018 si legge che “il Rapporto Nazionale sull'uso dei Farmaci propone anche quest'anno una descrizione dettagliata dell'assistenza farmaceutica in Italia, orientando le analisi sulle tematiche di maggior interesse ai fini valutativi e decisionali.

Integrando le diverse fonti dei dati disponibili, per rendere possibile la valutazione dell'uso dei farmaci in specifiche popolazioni di pazienti, come quella pediatrica e geriatrica, sono stati utilizzati anche i dati rilevati dal flusso della Tessera Sanitaria e sono state ampliate le categorie terapeutiche, includendo sezioni specifiche dedicate ai farmaci per la sclerosi multipla, per le demenze e per le malattie rare, quali l'emofilia e la fibrosi cistica.

.... sono state condotte analisi più dettagliate dei dati provenienti dai Registri di monitoraggio, analizzando alcune categorie specifiche di farmaci indicati per i problemi cardiovascolari.

Numerosi sono stati i risultati raggiunti nel 2017 che hanno avuto una ricaduta sull'uso dei farmaci. In primis, gli effetti del Decreto Vaccini (L. 119/2017), che ha ampliato il numero di vaccinazioni obbligatorie e ha introdotto il rispetto degli obblighi vaccinali come requisito per l'ammissione all'asilo nido e alle scuole dell'infanzia, sono riscontrabili nella crescita dell'uso e della spesa per i vaccini.

Sono stati poi ridefiniti i criteri di trattamento per l'Epatite C cronica, per consentire di trattare tutti i pazienti per i quali la terapia sia indicata e appropriata. Ciò ha determinato un aumento dei pazienti avviati al trattamento con i nuovi farmaci antivirali ad azione diretta di seconda generazione (Direct Antiviral Antigens), con un conseguente incremento del loro uso.

Grazie alle negoziazioni dei prezzi dei nuovi farmaci per l'HCV nel corso del 2017 e alle rinegoziazioni intervenute a seguito della revisione dei criteri di trattamento, è stato garantito un più ampio accesso alle terapie innovative con un minore impatto sulla spesa. Anche gli accordi di rimborsabilità condizionata hanno contribuito alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), consentendo di ottenere nel 2017 più di un miliardo di euro di payback da parte delle aziende farmaceutiche.

Ancora, nel 2017 la Commissione Tecnico Scientifica dell'AlFA ha definito i nuovi criteri per la valutazione dell'innovatività. Con l'obiettivo di garantire la trasparenza dei processi decisionali, AlFA ha intrapreso un percorso mirato alla pubblicazione delle schede di valutazione relative alle molecole per cui sia stato richiesto lo status di farmaco innovativo. Tali schede sono pubblicate sul sito istituzionale dell'Agenzia dal mese di gennaio del 2018.

Con l'arrivo di nuove e promettenti terapie, vi saranno in futuro ulteriori sfide che il SSN dovrà sostenere per garantire l'accesso alle cure e assicurare al contempo la sostenibilità economica del sistema. La condivisione delle informazioni e la sinergia tra tutti gli attori coinvolti nei vari processi decisionali, sia a livello nazionale che a livello internazionale, costituiranno un fattore determinante per la tenuta dei sistemi sanitari.

Nel 2017 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è stata pari a 29,8 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa ammonta a circa 492 euro. Nel 2017 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 21.715 milioni di euro ed è diminuita rispetto all'anno precedente del -1,4%.

La spesa territoriale pubblica, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, è stata di 12.909 milioni di euro, ossia il 59,4% della spesa farmaceutica territoriale. Tale spesa ha registrato, rispetto all'anno precedente, una sensibile riduzione del -6,5%, principalmente determinata dalla diminuzione della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (-13,7%), mentre è stato registrato un contenuto decremento della spesa farmaceutica convenzionata netta (-1,7%).

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto erogato al paziente e il prezzo di riferimento), per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, ha registrato un aumento del +7,1% rispetto al 2016. A influire sulla variazione è stato l'aumento della spesa per i medicinali di automedicazione (+12,4%) e per i medicinali di Classe C con ricetta (+8,8%), mentre rimane pressoché stabile la spesa per l'acquisto privato di medicinali di fascia A (+0,6%) e la compartecipazione del cittadino (+0,6%).

La spesa per compartecipazione è stata pari a 1.549 milioni di euro, corrispondente a circa 25,60 euro pro capite.

Le principali componenti (i.e. effetto quantità, effetto prezzi ed effetto mix) della variazione della spesa farmaceutica convenzionata lorda 2017, rispetto all'anno precedente (-1,5%), evidenziano una stabilità dei consumi di farmaci prescritti (+0,1%), una riduzione dei prezzi medi (-2,4%) e, infine, uno spostamento della prescrizione verso specialità più costose (effetto mix: +1,1%).

La spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è risultata pari a 12,1 miliardi di euro (194,6 euro pro capite), con una riduzione, rispetto al 2016, del -0,7%.

Complessivamente, nel 2017 è stata registrata una prevalenza d'uso dei farmaci pari al 66,1%, con una rilevante differenza tra uomini (61,8%) e donne (70,2%). La prevalenza d'uso dei farmaci passa da circa il 50% nella popolazione fino ai 54 anni a oltre il 95% nella popolazione anziana con età superiore ai 74 anni.

Coerentemente con la prevalenza d'uso, la spesa e i consumi sono strettamente dipendenti dalla fascia di età; per gli ultrassettantacinquenni si registra una spesa pro capite a carico del SSN fino a 3 volte superiore al livello medio nazionale e oltre 6 volte rispetto alle fasce di età inferiori. I consumi passano da circa 400 dosi nella fascia compresa tra i 40 e i 50 anni a oltre 3.000 nella popolazione ultrassettantacinquenne.

Nella popolazione geriatrica si registra, complessivamente, l'assunzione di un numero medio di 9,7 sostanze diverse per utilizzatore, con una variabilità che passa dal valore più basso di 7,7 sostanze nella fascia di età 65-69 anni al valore più elevato di 11,8 sostanze nei soggetti con età pari o superiore agli 85 anni.

Le categorie terapeutiche maggiormente prescritte in questa popolazione sono quelle dei farmaci per l'apparato cardiovascolare, dei medicinali antimicrobici per uso sistemico e dei medicinali per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo.

Nella popolazione pediatrica, dove sono state registrate 2,1 prescrizioni e 2,2 confezioni di farmaci per assistibile, le categorie maggiormente prescritte sono state gli antimicrobici per uso sistemico e i farmaci dell'apparato respiratorio.

Dall'analisi della variabilità regionale, si osserva che i livelli più bassi di spesa territoriale, comprensiva della spesa dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto di classe A, sono stati registrati nella Provincia Autonoma di Bolzano (176,5 euro pro

capite), mentre i valori più elevati sono quelli della Regione Campania e Puglia (297,9 euro pro capite), rispetto ad una media nazionale di 249 euro pro capite.

Relativamente alla spesa privata sostenuta direttamente dal cittadino, si osserva che le Regioni del Nord mostrano un'incidenza della spesa maggiore rispetto alla media nazionale.

Per quanto concerne i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, a fronte di una media nazionale di 194,58 euro pro capite, il range regionale oscilla tra il valore più basso di spesa della Valle d'Aosta (-28,4% dalla media nazionale) e quello più alto della **Sardegna** (+23,2%).

Il XIII Rapporto Meridiano Sanità pubblicato dallo Studio Ambrosetti di Milano nel novembre 2018 affronta le tematiche della salute e delle politiche sanitarie attuate anche in relazione agli impatti sulla coesione sociale e crescita del Sistema Paese.

La transizione demografica ed epidemiologica che stiamo vivendo impone un ripensamento dell'approccio alla salute e di conseguenza dell'organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria.

In occasione dei 40 anni del SSN, il Rapporto mostra nel Capitolo 1 la fotografia della struttura demografica e dello stato di salute della popolazione italiana nel 1978 e la confronta con la situazione attuale.

L'aumento della speranza di vita alla nascita, il cambiamento nei dati di mortalità, la cronicizzazione di alcune malattie e la multimorbidità delineano il profilo di salute dei cittadini italiani e quindi i nuovi bisogni di assistenza. Le patologie ad alto impatto per il sistema, in primis le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie metaboliche descritte nel Capitolo 2 fanno emergere l'urgenza di un ripensamento profondo dell'assetto organizzativo e del funzionamento del sistema che deve essere guidato dai bisogni specifici della persona in un percorso di continuità assistenziale che va garantito nei passaggi tra i vari nodi della rete ospedale-territorio.

L'analisi sullo stato dell'arte della lotta all'AMR e i risultati delle politiche di immunizzazione sono il contenuto del Capitolo 3.

Nel Capitolo 4 si offre una lettura dei numeri della spesa sanitaria in una cornice più ampia e articolata e una nostra visione sulle possibili dinamiche future.

Il Meridiano Sanità Index che fornisce una valutazione multidimensionale dello stato di salute e del suo mantenimento in Italia nel confronto internazionale e nello spaccato intraregionale è contenuto nel Capitolo 5.

Del ruolo dell'industria farmaceutica nell'ecosistema della salute e del contributo alla creazione di valore sociale, cognitivo ed economico per il Paese si parla nel Capitolo 6.

Da ultimo si affronta il tema del Digitale come driver di accelerazione del cambiamento già in atto nel sistema e fattore abilitante per migliorare la personalizzazione, la continuità e l'accesso delle cure ai pazienti garantendo maggiore efficacia ed efficienza al sistema.

In Italia nel 2017, l'aspettativa di vita alla nascita è stata pari a 83,3 anni. La Regione con l'aspettativa di vita maggiore è il Trentino Alto Adige, con le Province Autonome di Trento e Bolzano che regis-

trano rispettivamente 84,0 e 83,8 anni di aspettativa di vita alla nascita. All'ultimo posto della classifica troviamo la Campania, con un'aspettativa di vita alla nascita pari a 81,2 anni, ampiamente sotto la media italiana. La Campania è preceduta dalla Sicilia e dalla Valle d'Aosta con valori pari a 81,8 e 82,2 anni.

Per quanto riguarda l'aspettativa di vita in buona salute, in Italia la media tra uomini e donne è pari a 59,2 anni, in aumento rispetto all'anno precedente quando risultava pari a 58,2 anni. Il divario tra la Regione (in questo caso Provincia) con l'aspettativa di vita in buona salute maggiore, la Provincia Autonoma di Bolzano (69,1 anni) e quella con l'aspettativa di vita in buona salute minore, la Calabria (52,3 anni) è pari a 16,8 anni. Se si escludono le Province Autonome del Trentino Alto Adige, che rappresentano un outlier, la differenza tra la Liguria, terza miglior Regione con un'aspettativa pari a 60,8 anni, e la Calabria scende a 8,5 anni. Da sottolineare è come tutte le Regioni del Sud, ad eccezione dell'Abruzzo, presentano valori più bassi della media nazionale.

Un livello di disomogeneità regionale molto marcato si riscontra anche nella mortalità infantile. I valori in Italia nel 2015 indicano infatti un tasso di mortalità in Basilicata pari a 48,5 su 10.000 bambini nati vivi: questo valore è molto distante sia dalla media nazionale (29,0 bambini), sia dal valore registrato dal Sardegna, la Regione con il più basso tasso di mortalità infantile (quasi 19,0).

Il tasso di mortalità standardizzato per età presenta eterogeneità nella Penisola: se in Italia muoiono 82,2 persone su 10.000 abitanti, nella P.A. di Trento questo indicatore scende a 73,2, mentre in Campania sale a 96,4. Escludendo la Campania, che presenta un valore che si discosta molto dalla media nazionale, i valori sul territorio italiano si spostano su un intervallo di 73,2 a 89,7 per 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda i fattori di rischio per i bambini, è la P.A. di Bolzano che presenta la più bassa percentuale di bambini sedentari: il 30,7% dei bambini svolge attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana rispetto a una media nazionale pari al 15,2% e ben 20 punti percentuali sopra Basilicata e Campania, le Regioni peggiori per questo indicatore. Per quanto riguarda i bambini in sovrappeso è la Valle d'Aosta ad avere i valori migliori (15,4% rispetto a una media nazionale pari al 24,3%). I maggiori consumi di verdura da parte dei bambini si registrano nel Nord Italia, soprattutto in Piemonte, nella Provincia Autonoma di Trento e in Friuli Venezia Giulia. Infine, per quanto riguarda il fumo, la Regione con la percentuale di giovani (<15 anni) che fumano più alta è il Molise (27,5%), mentre quella con la percentuale più bassa è la Calabria (12,5%). La media italiana risulta invece pari a 18,4%.

Per quanto concerne i fattori di rischio per gli adulti, nel 2016, la Calabria presenta la più bassa percentuale di fumatori: solo il 16,0% della popolazione di età superiore ai 15 anni fuma contro una media nazionale pari al 20,0%. Per quanto riguarda il consumo di alcol, sono la Campania e la Sicilia le Regioni con le percentuali minori (10,1% della popolazione adulta), mentre è il Friuli Venezia Giulia la Regione con la percentuale maggiore (21,5%). Guardando alla presenza di adulti in sovrappeso sono la P.A. di Trento e la Basilicata che fanno registrare rispettivamente il valore minore e maggiore (rispettivamente 29,9% e 40,6%). La Campania è invece la Regione in cui gli

adulti svolgono meno attività fisica (solo il 13,9% pratica attività fisica in modo continuativo rispetto a una media nazionale pari a 25,1%). Infine, la Regione con il consumo di verdure maggiore è nuovamente la P.A. Trento, con il 65,1% della popolazione adulta che consuma almeno una porzione di verdura al giorno, mentre la Puglia è la Regione che ne consuma di meno (36,9%).

Per quanto concerne il tasso di prevalenza delle malattie ad alto impatto, la P.A. di Trento si posiziona nuovamente al primo posto in classifica. Questo territorio registra infatti i valori tra i più bassi sia per il diabete (39,2%), che per le demenze (4,0%) e la BPCO (26,1%). Nella categoria dei tumori il primato è invece del Molise, con un tasso di prevalenza pari all'8,7%. Infine, per le malattie cardiovascolari (infarto del miocardio, angina pectoris e altre malattie del cuore), si posiziona al primo posto la Sardegna. In fondo alla classifica, poco distanziate l'una dall'altra, troviamo la Puglia e la Sicilia, che riportano i tassi più alti nelle categorie di prevalenza del diabete, delle demenze e della BPCO.

L'ultimo indicatore misura la prevalenza di malattie croniche comorbili. Nuovamente sono le due Province Autonome del Trentino Alto Adige ad avere la prevalenza più bassa di malattie croniche: circa 10 persone su 1.000 abitanti dichiarano di soffrire di almeno 3 malattie croniche, contro le 12,8 persone su 1.000 abitanti della media nazionale. In Sardegna, una delle Regioni con la più alta percentuale di over 65, sono ben 17,2.

La figura 23 illustra il punteggio medio delle Regioni (e Province Autonome) nell'area "Stato di salute della popolazione". Le Province Autonome del Trentino Alto Adige, ottengono i punteggi più alti in 7 aree su 8 (eccezion fatta per il tasso di mortalità infantile, in cui il primo posto è occupato dalla Sardegna). Seguono la Lombardia e il Veneto.

La media nazionale, pari a 5,5, risente delle cattive performance registrate dalle Regioni del Sud che chiudono la classifica: eccezion fatta per la Sardegna, tutte registrano un punteggio uguale o inferiore a 5; sono quattro invece le Regioni che ottengono un punteggio inferiore a 4 (Basilicata, Calabria, Sicilia e Campania) a causa soprattutto degli indicatori di prevalenza delle patologie ad alto impatto, di mortalità e di fattori di rischio sia per adulti che per bambini.

Le coperture dei programmi di vaccinazione infantile, fondamentali per la tutela della salute pubblica, continuano a registrare valori preoccupanti. Per tutti i vaccini considerati la copertura media nazionale si aggira intorno al 94%. La Regione italiana con il tasso di copertura maggiore per il vaccino anti-DTP (Difterite, Tetano e Pertosse) è la Basilicata che registra un livello di copertura pari al 97,7%, mentre è la P.A. di Bolzano a registrare il valore minore (85,9%). La P.A. di Bolzano registra i livelli di copertura più bassi anche per i vaccini contro Morbillo, Parotite e Rosolia (71,8%), Epatite B (91,2%), *Hemophilus influenzae* di tipo B (90,3%) e Poliomielite (85,9%). La Basilicata presenta invece i tassi di copertura maggiori per il vaccino contro Epatite B (98,5%), *Hemophilus influenzae* di tipo B (98,5%) e Poliomielite (97,7%); tutti in aumento rispetto all'anno precedente. Occorre agire sui programmi di vaccinazione per far sì che la copertura non scenda al di sotto del 95%,

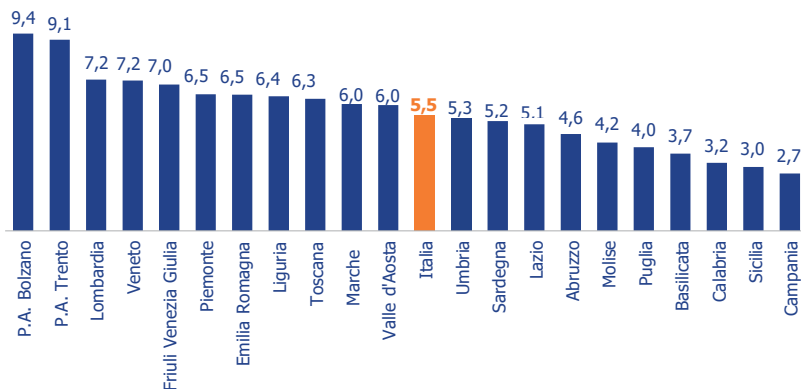


Figura 23. Sintesi dell'area "Stato di salute della popolazione" (punteggio 1 = minore, 10 = maggiore)

Fonte: The European House - Ambrosetti, 2018

soglia limite per non mettere a rischio l'immunità di gregge, che si verifica quando i soggetti vaccinati, riducendo la circolazione dei virus e dei batteri responsabili delle malattie, riducono le possibilità per i non vaccinati di ammalarsi.

Le difformità regionali sono presenti anche se si considerano i tassi di copertura per il vaccino HPV per gli adolescenti. L'HPV è la più comune infezione virale del tratto riproduttivo che colpisce circa l'80% delle donne sessualmente attive (con un picco nel 25° anno di età). La trasmissione del virus, sia nella popolazione di sesso femminile che in quella di sesso maschile è maggiore nel momento in cui il soggetto diventa sessualmente attivo, ma il contagio può avvenire anche solo tramite il semplice contatto tra gli organi genitali. La vaccinazione contro il Papillomavirus umano (HPV) si è quindi dimostrata molto efficace nel prevenire nelle donne il carcinoma della cervice uterina (collo dell'utero), soprattutto se effettuata prima dell'inizio dell'attività sessuale; questo perché induce una protezione maggiore prima di un eventuale contagio con il virus HPV. È quindi fondamentale che tutte le Regioni si organizzino per implementare programmi di vaccinazioni per HPV efficaci. Dal 2016 al 2017, il livello di copertura anti-HPV medio in Italia si è abbassato di 13,6 p.p., raggiungendo un livello pari al 49,9%. Al momento, la Regione con il tasso di copertura più basso è la Sicilia (23,3%), preceduta direttamente dalla P.A. di Bolzano che presenta un tasso di copertura pari a 30,5%. La Regione con il tasso di copertura più alto è l'Umbria, che riporta un tasso pari a 75,5%. Le disomogeneità regionali si riscontrano anche in riferimento ai tassi di copertura per i programmi di vaccinazione antinfluenzale per gli over 65, a fronte di un valore medio nazionale pari a 52,7%

nella stagione 2017-2018, in aumento rispetto alla campagna precedente (52,0%), ma ancora su livelli lontani dalla campagna 2010-2011 (62,4%). La copertura massima è stata raggiunta in Umbria (63,4%), mentre la minima viene registrata nuovamente nella P.A. di Bolzano (35,3%).

Il secondo pilastro della prevenzione, al fianco dei vaccini, è rappresentato dagli screening, che mostrano in Italia una diffinità regionale ancora molto ampia. Se nella P.A. di Trento ben il 79,3% delle donne ha effettuato una mammografia nel periodo 2016-2017, in Campania tale percentuale scende al 21,3%; se in Valle d'Aosta il tasso di copertura nella campagna di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni è stato pari al 77,3%, tale percentuale scende al 20,1% per la Campania. La situazione non cambia se si considera il tasso di copertura dei programmi organizzati di screening colon-rettali: in tal caso si passa da un valore massimo per la P.A. di Trento pari al 67,3% a uno minimo per la Puglia pari al 4,6%.

Con l'aumentare dell'aspettativa di vita, la gestione degli anziani ricopre un ruolo sempre più importante. Sul fronte dell'Assistenza Domiciliare Integrata(ADI) agli anziani, in Italia mediamente risultano 2,7 anziani assistiti su 100 residenti over 65 anni. L'Emilia Romagna registra valori nettamente superiori (4,4 anziani trattati su 100 residenti over 65). Sul versante opposto invece si colloca la Valle d'Aosta con soli 0,36 anziani assistiti su 100 residenti over 65.

In merito al numero di posti letto pubblici e privati per anziani nelle strutture residenziali rispetto all'anno precedente, a livello nazionale, si è registrata una diminuzione da 2.221 a 2.146 posti per 100.000 abitanti. Nelle Regioni la disponibilità di posti letto va dai 4.304 posti per 100.000 abitanti nella P.A. di Bolzano ad una inferiore ai 1.000 come nei casi di Calabria e Campania. Le Regioni con un numero di posti letto per anziani superiore alla media nazionale sono quelle con il più alto livello di occupazione, fattore che rende impercorribile un percorso assistenziale a carico della famiglia.

Le Regioni i cui i cittadini sono costretti a spostarsi fuori dai confini regionali per ricevere le cure adeguate sono un sintomo di un sistema sanitario regionale che non riesce a rispondere compiutamente alla domanda di salute dei propri cittadini (pur al netto di alcune situazioni in cui la presenza di strutture che erogano servizi iperspecialistici non è giustificata dalla dimensione della Regione). La P.A. di Bolzano ed il Piemonte sono le Regioni con il più basso tasso di emigrazione sanitaria, mentre la Basilicata è la Regione con il tasso più alto, frutto anche del fenomeno che vede molti residenti nelle Regioni del Sud domiciliati nel Nord del Paese. Le diffinità regionali per questo indicatore sono molto elevate su tutte le dimensioni considerate; i maggiori livelli di disomogeneità si registrano nella riabilitazione in regime diurno e nella lungodegenza (129% e 117%). Guardando all'accesso all'innovazione farmaceutica, la Toscana risulta essere la Regione caratterizzata dal maggior consumo pro capite di farmaci innovativi pari al 0,27 DDD. Oltre alla Toscana ottengono un buon punteggio per questo indicatore anche Emilia Romagna, Lombardia, Umbria e Campania (0,25 DDD pro capite in tutte le 4 Regioni). La Valle d'Aosta risulta invece caratterizzate

dal punteggio più basso e quindi da un minor accesso all'innovazione farmaceutica (0,07 DDD pro capite).

Sul fronte dell'informatizzazione dei servizi sanitari, l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei cittadini italiani che hanno usato Internet negli ultimi 12 mesi per relazionarsi per uso privato con la PA o con i gestori dei servizi pubblici, è passato dal 7,5% al 9%. Su questo aspetto permangono elevate difformità regionali, con una penetrazione dello strumento in P.A. di Trento quasi 17 volte superiore a quella registrata in Calabria (35% vs. 2%).

La figura 25 mostra il punteggio medio delle Regioni nell'area "Capacità di risposta ai bisogni di salute". L'Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana in quest'area hanno ottenuto il punteggio maggiore pari a 7,4. Ad aver conseguito il punteggio peggiore è la Calabria, che è l'unica Regione in Italia con un punteggio inferiore a 4.

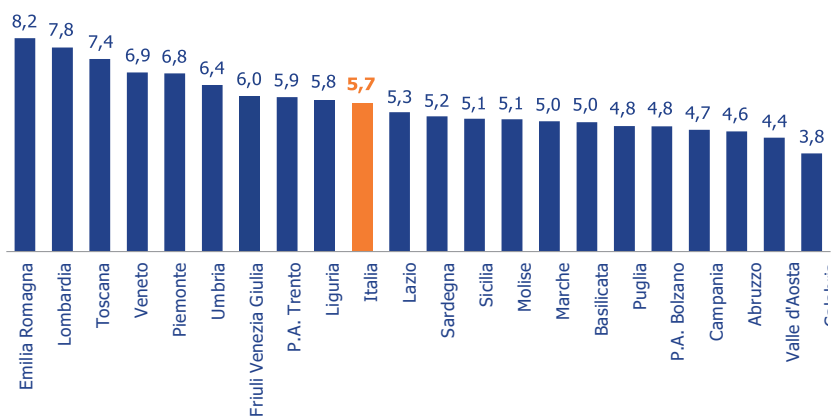


Figura 25. Sintesi dell'area "Capacità di risposta ai bisogni di salute"(punteggio 1-10)

Fonte: The European House - Ambrosetti, 2018

L'intervento tempestivo nella diagnosi e cura di un paziente colpito ad esempio da un accidente cardiovascolare è fondamentale per la sopravvivenza del paziente stesso. Il tasso di mortalità a 30 giorni a seguito di infarto acuto del miocardio si verifica soltanto in 8,9 casi su 100 ricoverati: in Umbria tale valore scende a 6,9 mentre in Basilicata sale al 10,8. Molti passi in avanti sono stati fatti nella gestione e cura del paziente cardiopatico al verificarsi dell'evento acuto, mentre maggiori

diffomità regionali e margini di miglioramento si riscontrano ancora nella gestione del paziente nella fase post acuta.

La sopravvivenza a 5 anni da cancro, invece, è fortemente influenzata da due strumenti: la diagnosi precoce e la terapia. Nel primo caso, grazie ai programmi di screening per il tumore della mammella, del colon-retto e della cervice uterina, si ha una maggiore probabilità di essere efficacemente curati, grazie all'identificazione precoce della malattia. Una parte rilevante nell'incremento della sopravvivenza è dovuto anche agli sviluppi delle terapie oncologiche. Gli ultimi dati dal Rapporto AIRTUM riportano valori più elevati di sopravvivenza al Nord rispetto alle Regioni del Sud. Le percentuali più elevate di sopravvivenza a 5 anni si registrano in Emilia Romagna e Toscana sia negli uomini (52%) che nelle donne (61%). Mentre quelle più basse nelle Regione del Sud come Campania, Puglia e Molise (49% uomini, 57% donne).

La buona qualità di un sistema sanitario attira anche cittadini residenti in altre Regioni. A tal proposito, guardando al tasso di immigrazione sanitaria, emerge come Molise ed Emilia Romagna riescano ad attrarre maggiormente pazienti provenienti da altre Regioni: per il Molise la mobilità attiva è molto elevata con riferimento alle attività per acuti in regime ordinario e diurno e all'attività di riabilitazione in regime ordinario, mentre per l'Emilia Romagna la mobilità attiva è molto elevata con riferimento alle attività di riabilitazione in regime ordinario e diurno. Sardegna, Campania, Calabria e Sicilia presentano al momento i più bassi tassi di mobilità attiva.

Le ospedalizzazioni per patologie croniche rappresentano la quota maggiore di ricoveri inappropriati. Per le 3 patologie croniche monitorate, il diabete senza complicanze, la BPCO e l'asma, le Regioni non mostrano un comportamento uniforme: ad esempio la P.A. Bolzano presenta la più alta ospedalizzazione per diabete (0,29 ricoveri per 1.000 abitanti). La Valle d'Aosta si pone esattamente sul fronte opposto, con la più bassa ospedalizzazione per il diabete (0,01 ricoveri per 1.000 abitanti), mentre è la Basilicata ad avere il tasso di ospedalizzazione minore per Asma (0,01 per 1.000 abitanti) ed il Molise per la BPCO (1,1 per 1.000 abitanti).

Il consumo pro capite di antibiotici, che rappresenta una buona proxy dell'appropriatezza prescrittiva, dopo il continuo aumento registrato negli anni precedenti, nel 2017 si è leggermente ridotto. Il consumo resta maggiore nelle Regioni del Centro-Sud: in Campania la dose definita giornaliera per 1.000 abitanti è pari a 29,0, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente (32,5), ma più del doppio rispetto alla P.A. di Bolzano (12,7).

Un'ulteriore misura di efficienza gestionale è rappresentata dal tasso di utilizzo dei posti letto ospedalieri. A livello nazionale, il tasso di occupazione dei posti letto è leggermente superiore rispetto alla rilevazione dell'anno precedente, passando dal 79,4% al 79,5%. La Liguria è l'unica Regione con un tasso di occupazione superiore all'87,2%, mentre il Friuli Venezia Giulia è l'unica Regione ad essere scesa sotto il 72%.

La degenza media standardizzata per case mix varia dai 7,6 giorni in Veneto ai 6,1 giorni in Toscana. Con riferimento alla degenza preoperatoria, è il Molise a registrare valori pressoché doppi rispetto al Piemonte (2,4 vs. 1,3 giorni).

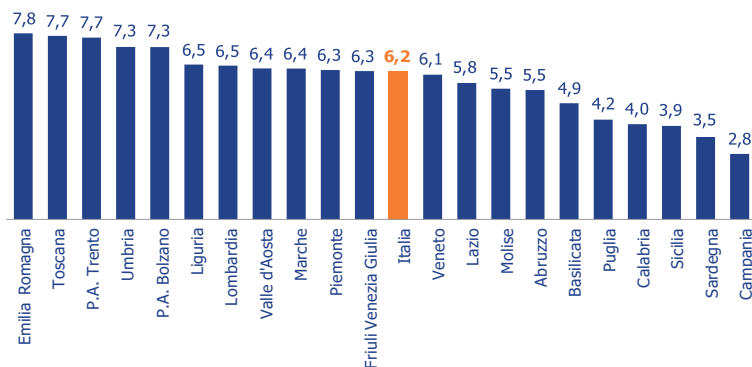


Figura 27. Sintesi dell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" (punteggio 1-10)

Fonte: The European House - Ambrosetti, 2018

Infine, elevati tempi di attesa per ricevere una determinata prestazione denotano, oltre che una non corretta organizzazione del sistema per far fronte ai bisogni della popolazione di riferimento, anche una scarsa consapevolezza dei rischi che si possono correre non intervenendo tempestivamente sui pazienti. Per essere operati ad esempio in Basilicata a tibia e perone occorrono più di 6 giorni, 3 in più rispetto a un paziente della Toscana o del Piemonte. Sempre in Campania occorrono invece quasi 8 giorni per essere operati al collo del femore, quasi 5 giorni in più rispetto alla P.A. di Trento. Anche per accedere ai ricoveri oncologici non urgenti la situazione italiana è molto variegata. Ad esempio nella P.A. di Bolzano occorrono 13 giorni per essere ricoverati per un tumore al polmone, 78 giorni in meno rispetto alla Calabria. Per il tumore alla prostata occorrono 8,7 giorni per il ricovero nella P.A. di Bolzano e 61 giorni in Umbria con un gap pari a 52 giorni. Altro gap rilevante si registra anche nel ricovero per tumore dell'utero: mentre in Basilicata sono necessari 12 giorni, in Molise ne occorrono ben 41,6. Per il ricovero per tumore alla mammella il gap è invece più ridotto, pari a circa 20 giorni tra la P.A. di Bolzano e la Valle d'Aosta.

La figura 27 mostra il punteggio ottenuto dalle Regioni nell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria". Anche in quest'area l'Emilia Romagna ha ottenuto il punteggio più alto con una valutazione pari a 7,8, leggermente superiore a quello ottenuto dalla Toscana (7,7) e dalla P.A. di Trento (7,7). La Campania, la Sardegna e la Sicilia hanno invece ottenuto il punteggio più basso, unici casi di punteggio inferiore a 4.

Quanto una Regione spende per la salute può essere il risultato di diversi fattori sociali ed economici, così come di una diversa struttura organizzativa del sistema sanitario regionale. Come negli

altri indicatori, la difformità in Italia a livello regionale è ampia. La Regione (o Provincia Autonoma) che registra la spesa pubblica pro capite più alta è la P.A. di Bolzano (2.328 euro), contro un valore della Campania pari a 1.715 euro, mentre la media italiana si attesta intorno ai 1.855 euro. I dati si riferiscono al 2016 per indisponibilità del rapporto “Il monitoraggio della spesa sanitaria 2018”.

Un ulteriore indicatore utilizzato in quest’area è la spesa pubblica pro capite in attività di prevenzione rivolta alle persone, che dimostra l’impegno e l’attenzione delle Regioni per preservare la salute della popolazione e la sostenibilità del sistema sanitario, attraverso la riduzione di patologie prevenibili e dei relativi costi. La Regione con il valore pro capite più alto è la Liguria (35,5 euro), in netto contrasto con la P.A. di Trento che riporta un valore più di trenta volte minore (5,4 euro).

Rispetto allo scorso anno è lievemente aumentato il livello medio di compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria (ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie), passato da 47,5 euro pro capite a 47,7 euro pro capite a parità di potere d’acquisto. Nel 2017 la Regione con la più alta spesa per ticket su farmaci e prestazioni sanitarie è stata la Valle d’Aosta (77,1 euro pro capite). Al contrario in Lombardia si è registrato il livello di spesa inferiore (36,5 euro pro capite), in leggero aumento rispetto all’anno precedente.

La rinuncia a curarsi per motivi economici è un problema persistente in Italia. Questa tendenza è palese per le Regioni del Sud, le più povere del Paese. Infatti se nelle Province Autonome del Trentino Alto Adige rispettivamente solo il 2,5% (P.A. di Trento) e 3,2% (P.A. di Bolzano) dei cittadini ha rinunciato a curarsi, in Calabria, Sardegna, Puglia, Sicilia, Abruzzo tale percentuale è superiore al 12%. Sorprende anche la performance del Lazio che, con un valore pari al 12,4%, si inserisce nel gruppo delle Regioni meridionali.

Guardando all’efficienza della gestione, il disavanzo complessivo del Paese nel 2016 è leggermente diminuito rispetto all’anno precedente: a livello pro capite, si è passati da una perdita di 17,8 euro per cittadino a una di 16,7 euro per cittadino. Sono in totale 10 le Regioni che hanno registrato nel 2016 un risultato positivo, con valori pro capite che vanno dai 9 euro delle Marche a 20 centesimi di euro della Sicilia. Guardando alle Regioni con risultato di esercizio negativo prima dell’utilizzo delle coperture, l’entità dei disavanzi è molto superiore, con 3 Regioni (P.A. di Bolzano, Sardegna e Valle d’Aosta) che hanno accumulato perdite superiori ai 170 euro pro capite. I dati si riferiscono al 2016 per indisponibilità del rapporto “Il monitoraggio della spesa sanitaria 2018”.

Sul fronte degli investimenti in sanità, necessari per incrementare l’efficacia e l’efficienza del sistema stesso, le Regioni mostrano notevole disomogeneità nell’utilizzo delle risorse da investire assegnate dallo Stato. Rispetto a una media nazionale di risorse sottoscritte pari al 73,2% delle risorse disponibili, 10 Regioni/P.A. (Valle d’Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Basilicata, Liguria e P.A. di Bolzano) hanno allocato il 100% delle risorse mentre il Molise solo il 21,5%.

La figura 29 mostra il punteggio che le Regioni hanno ottenuto nell’area “Risorse economiche”. Lombardia, Liguria e Emilia Romagna hanno ottenuto i punteggi più alti (8,0, 8,0 e 7,6) seguiti

dalle Province Autonome di Bolzano. I punteggi più bassi, inferiori a 5, sono stati ottenuti tutti da Regioni del Sud, nello specifico Puglia, Sicilia, Abruzzo, Sardegna, Campania e Calabria.

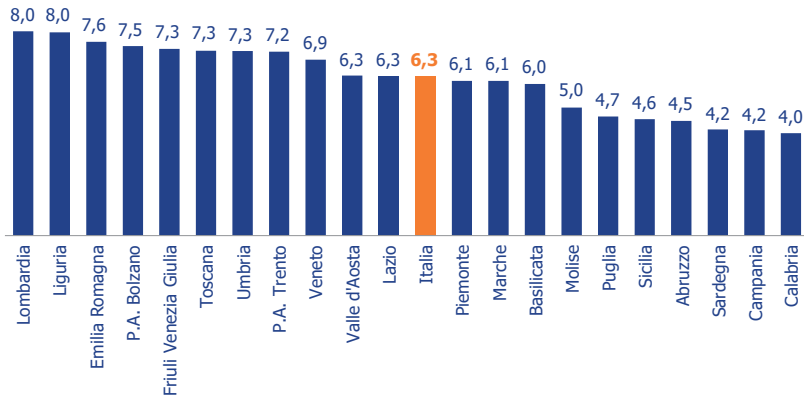


Figura 29. Sintesi dell'area "Risorsa Economiche" (punteggio 1-10)

Fonte: The European House - Ambrosetti, 2018

La media dei punteggi ottenuti dalle Regioni nei 3 sotto-indici che compongono l'indice di mantenimento dello stato di salute offre una visione di insieme delle aree analizzate.

L'Emilia Romagna (7,9), la Toscana (7,5) e la Lombardia (7,5) occupano le prime 3 posizioni. Seguono Umbria e P.A. Trento con un punteggio rispettivamente pari a 7,0 e 6,9. Tutte le Regioni del Sud ottengono invece valori inferiori alla media nazionale.

Mettendo infine in relazione le performance dei sistemi sanitari regionali nell'indice dello stato di salute e nell'indice di mantenimento dello stato di salute emerge una relazione positiva tra le due grandezze: le Regioni con lo stato di salute della popolazione migliori (tutte del Nord) sono anche quelle caratterizzate da un indice di mantenimento dello stato di salute maggiore. Questa relazione mette in evidenza come, purtroppo, il divario tra Nord e Sud sembra destinato ad aumentare.

Infine, il **rapporto di coordinamento della finanza pubblica 2018** predisposto dalla Corte dei conti e contenente un apposito capitolo sulla sanità presentato nel Luglio 2018 che afferma con nettezza "Spesa sanitaria sotto controllo grazie a misure messe in campo in questi anni. Ora investimenti, lotta a disuguaglianze o il Ssn non sarà più sostenibile". Secondo il rapporto 2018 infatti, "Il governo della spesa in campo sanitario si è rivelato più efficace rispetto al complesso della PA. La legislatura che si è conclusa ha consentito di ottenere risultati significativi nella gestione del sis-

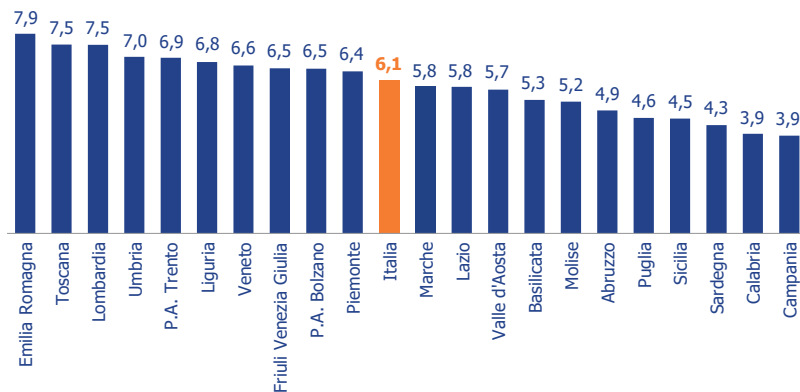


Figura 30. Posizionamento delle Regioni nell'indice di "Mantenimento dello Stato di Salute" (punteggio 1-10)

Fonte: The European House - Ambrosetti, 2018

tema sanitario su diversi fronti; ciò, nonostante gli stretti margini di operatività imposti da un crescente vincolo finanziario. E I dati del 2017 confermano il buon risultato economico delle misure di controllo della spesa messe in campo in questi anni”.

La Corte riconosce gli sforzi fatti in questi anni di crisi per rimettere in sesto i conti, ma in ogni caso segnala come vi siano ancora nodi irrisolti che sarà urgente affrontare per non rendere insostenibile il Ssn. “Si continua a contrarre la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici”, si legge nel Rapporto. E ancora: “La salvaguardia assicurata durante la crisi ai redditi da pensione e una ampia disponibilità di personale addetti ai servizi alla persona hanno consentito, fino ad ora, di sopperire in ambito familiare alla necessità di trovare una risposta a tale bisogno. L’attuale situazione risulterà in prospettiva sempre meno sostenibile”.

Per questo la Corte rimarca come “nella agenda politica dei prossimi anni si impongono quindi scelte importanti sul fronte dell’adeguamento delle strutture; ciò per rendere compatibili con la stabilità del sistema soluzioni adeguate ai bisogni”.

Spesa 2017 a quota 113,6 mld. Nel consuntivo 2017, la spesa sanitaria raggiunge i 113,6 miliardi. Nei documenti programmatici, la spesa corrente era stimata raggiungere i 114,1 miliardi. Un risultato migliore di quello previsto (nel Def 2017 e sostanzialmente confermato nella Nota di aggiornamento dello scorso settembre) dovuto, in parte, ad acquisti di beni e servizi da operatori market inferiori alle attese (rimasti stabili sui valori del 2016 contro la crescita prevista dello 0,6 per cento), ma anche a redditi da lavoro rimasti invariati invece di aumentare dell’1,5 per cento come

assunto in aprile scorso, soprattutto per il rinvio al 2018 della definizione del nuovo contratto. L'aumento oltre alle attese della spesa per consumi intermedi (+4,2 per cento contro il 3,1 previsto inizialmente) riduce il beneficio sui risultati complessivi.

Conto consolidato della sanità 2016-2017. Previsioni e consuntivi

(milioni di euro)			
	2016	2017*	2017
Beni e servizi da produttori market	39.544	39.772	39.561
Redditi da lavoro	34.904	35.439	34.917
Consumi intermedi	31.498	32.453	32.823
Altre componenti	6.427	6.473	6.298
Uscite correnti totali	112.373	114.138	113.599
	Variazioni		
Beni e servizi da produttori market	0,19	0,58	0,04
Redditi da lavoro	-0,51	1,53	0,04
Consumi intermedi	4,18	3,03	4,21
Altre componenti	-0,39	0,72	-2,01
Uscite correnti totali	1,02	1,57	1,09
*dati di previsione (Fonte:elaborazione Corte dei Conti)			

Va inoltre osservato come, nonostante il taglio di risorse apportato negli ultimi esercizi, il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica rimanga nel 2017 positivo (pur riducendosi rispetto ai valori passati): la differenza tra entrate correnti e uscite correnti presenta un saldo netto di oltre 2,5 miliardi (5,7 nel 2016). I dati del 2017 confermano il buon risultato economico delle misure di controllo della spesa messe in campo in questi anni.

Nel Def 2013, ad avvio della legislatura, la spesa sanitaria era prevista in lenta flessione in termini di prodotto per tutto l'arco programmatico: dal 7 per cento del Pil nel 2014 ne era prevista una riduzione al 6,7 nel 2017, ma su livelli assoluti di circa 120 miliardi. Nonostante il più lento au-

mento del prodotto rispetto alle previsioni ad inizio legislatura, a consuntivo la spesa si è attestata nel 2017 al 6,6 per cento del Pil, ma su un livello assoluto di spesa inferiore di oltre 6 miliardi. Il governo della spesa in campo sanitario si è rivelato più efficace rispetto al complesso della PA: la quota della sanità della spesa corrente primaria si riduce dal 16,6 per cento nel 2013 al 16 per cento nel 2017 (dal 15,7 al 14,8 per cento il peso sulla primaria complessiva).

Spesa/Pil al 6,3% nel 2020. Nel quadro tendenziale è prevista una ulteriore riduzione dell'incidenza della spesa su Pil. Lo slittamento del rinnovo dei contratti del settore al 2018 è alla base della crescita nell'esercizio in corso, mentre si confermano le previsioni per il successivo biennio che scontano gli effetti attesi dalle misure correttive da ultimo disposte dalla Legge di Bilancio 2017. A fine periodo, la spesa sanitaria è prevista al 6,3 per cento del Pil, un livello registrato ad inizio anni 2000.

I PROVENTI PER LE COMPARTICIPAZIONI ALLA SPESA

REGIONE	2017 - (in milioni di euro)							2016 - (in milioni di euro)						
	Totale partecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni		Totale partecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni	
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)		A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	
PIEMONTE	180,3	68,7	111,6	110,9	0,5	0,2		187,7	74,3	113,4	112,0	0,9	0,5	
VALLE D'AOSTA	12,2	3,8	8,4	5,9	0,3	2,2		12,1	3,9	8,2	5,8	0,1	2,3	
LOMBARDIA	482,4	269,4	213,1	207,7	5,3	0,0		481,5	265,8	215,7	209,7	6,0	0,0	
P.A. BOLZANO	29,7	9,9	19,7	17,6	1,8	0,3		28,9	9,8	19,1	16,9	1,9	0,3	
P. A. TRENTO	30,4	9,4	21,0	17,5	1,4	2,1		30,2	9,1	21,1	17,6	1,4	2,1	
VENETO	301,9	127,7	174,2	156,6	13,3	4,3		298,5	127,9	170,6	156,9	11,9	1,8	
FRIULI V.G.	61,7	18,8	42,9	37,8	0,4	4,7		61,9	18,4	43,5	38,4	0,4	4,7	
LIGURIA	86,9	44,1	42,8	42,3	0,5	0,0		85,7	43,5	42,2	41,6	0,6	0,0	
EMILIA ROMAGNA	235,1	77,5	157,6	150,1	7,5	0,0		234,0	76,9	157,2	148,4	8,8	0,0	
TOSCANA	208,0	73,7	134,2	130,4	3,1	0,7		207,4	72,9	134,5	130,7	3,1	0,7	
UMBRIA	47,1	19,6	27,6	27,2	0,4	0,0		46,2	19,0	27,3	26,8	0,5	0,0	
MARCHE	66,4	28,1	38,4	38,1	0,2	0,0		70,1	28,9	41,1	40,9	0,2	0,0	
LAZIO	267,6	164,5	103,1	102,9	0,2	0,0		275,2	162,2	113,0	112,7	0,2	0,0	
ABRUZZO	67,6	34,1	33,5	32,8	0,7	0,0		67,5	34,0	33,5	32,3	1,1	0,1	
MOLISE	13,7	9,1	4,5	4,5	0,0	0,0		13,4	8,9	4,5	4,5	0,0	0,0	
CAMPANIA	257,3	201,3	56,0	55,6	0,3	0,0		250,3	197,8	52,5	52,1	0,4	0,0	
PUGLIA	179,0	133,5	45,5	42,0	3,5	0,0		179,8	132,7	47,1	43,4	3,7	0,0	
BASILICATA	28,6	17,8	10,9	10,8	0,0	0,0		27,6	17,1	10,4	10,4	0,0	0,0	
CALABRIA	79,3	53,5	25,8	23,8	2,0	0,0		76,1	52,1	23,9	23,5	0,5	0,0	
SICILIA	203,9	160,2	43,6	43,4	0,3	0,0		199,7	156,7	43,1	42,8	0,3	0,0	
SARDEGNA	50,3	28,1	22,2	21,2	1,0	0,0		54,4	27,8	26,5	25,5	0,9	0,1	
Totale	2.889,4	1.552,8	1.336,6	1.279,3	42,8	14,5		2.888,1	1.539,6	1.348,5	1.293,1	42,9	12,6	
Regioni piano riporto	1.068,4	756,4	312,1	305,0	7,0	0,0		1.062,0	744,4	317,6	311,3	6,2	0,2	
Altre regioni	1.820,9	796,5	1.024,5	974,3	35,8	14,5		1.826,1	795,2	1.030,9	981,8	36,7	12,4	
Regioni Nord	1.420,5	629,2	791,3	746,5	31,1	13,7		1.420,5	629,5	791,0	747,3	32,1	11,6	
RSO	1.286,6	587,3	699,3	667,6	27,2	4,5		1.287,4	588,3	699,1	668,6	28,3	2,3	
RSS	133,9	41,9	92,0	78,9	3,9	9,2		133,1	41,1	91,9	78,8	3,9	9,3	
Regioni Centro	589,2	285,9	303,2	298,6	3,8	0,8		598,8	283,0	315,8	311,2	3,9	0,7	
Regioni Sud	879,7	637,7	242,0	234,2	7,8	0,0		868,8	627,2	241,7	234,6	6,8	0,3	
RSO	625,6	449,4	176,2	169,6	6,6	0,0		614,7	442,7	172,0	166,2	5,7	0,1	
RSS	254,1	188,3	65,8	64,5	1,3	0,0		254,1	184,5	69,6	68,3	1,1	0,2	

Buoni i risultati sul fronte della gestione della spesa. La legislatura che si è conclusa ha consentito di ottenere risultati significativi nella gestione del sistema sanitario su diversi fronti; ciò, nonostante gli stretti margini di operatività imposti da un crescente vincolo finanziario. Con il Patto della salute si è definito un percorso comune tra Stato e Regioni, abbandonando la logica dei tagli lineari e assumendo l'impegno comune ad avviare operazioni di efficientamento con l'obiettivo di liberare risorse per il settore; sono stati rivisti i Lea ed è stato definito un nuovo nomenclatore; è stato predisposto il programma per le liste d'attesa, il piano nazionale cronicità e quello nazionale per la prevenzione vaccinale; ha preso corpo l'attuazione del d.m. n. 70 del 2015 con il riordino del sistema di assistenza ospedaliera e i Piani di rientro per gli ospedali e aziende sanitarie; sono stati potenziati gli strumenti di gestione del sistema informativo sanitario; è stato approvato il provvedimento in tema di responsabilità professionale e la legge 3/2018 con rilevanti misure su ordini professionali e sicurezza alimentare.

Dai farmaci ai ticket: i fronti ancora aperti. Rimangono aperti diversi fronti: la governance farmaceutica, per la quale si tratta di rivedere gli strumenti a disposizione per garantire la sostenibilità della spesa a partire dal payback ed agli strumenti di negoziazione del prezzo dei farmaci; le procedure di approvazione dei nuovi farmaci da velocizzare; le compartecipazioni alla spesa, di cui occorre rivedere modalità di funzionamento e ragioni; i rinnovi contrattuali e lo sblocco del turnover; l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria, per poter affrontare al meglio la questione dell'invecchiamento della popolazione e dell'insufficienza dell'assistenza domiciliare; l'attuazione dei piani regionali delle cronicità. La lunga lista delle cose fatte e da fare ma, soprattutto, la consapevolezza dell'impossibilità di trovare solo all'interno del settore la risposta ad esigenze crescenti fanno guardare alle scelte da assumere nella legislatura in stretto rapporto con le altre aree dell'intervento pubblico.

Gli ultimi dati sulla spesa sanitaria delle Regioni nel 2017 confermano i risultati positivi degli interventi volti a garantire un equilibrio finanziario che, con risorse pressoché stabili, cerca di rispondere ai bisogni crescenti che provengono da cronicità e non autosufficienza. Pressoché tutte le Regioni si trovano in equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria.

Continua la picchiata degli investimenti. Si continua tuttavia a contrarre la spesa per investimenti infrastrutturali e tecnologici. Anche nel 2017 si registra una flessione di oltre il 5 per cento dei pagamenti: alla riduzione si accompagna la conferma di un tasso medio di obsolescenza delle tecnologie a disposizione nelle strutture pubbliche e accreditate. Come si evince dal recente il Rapporto del Ministero della salute, nonostante il lieve miglioramento rispetto al 2016, circa un terzo delle apparecchiature è operativo da più di 10 anni e la diffusione di queste tecnologie presenta rilevanti differenze tra aree territoriali.

LA SPESA SANITARIA NEI DOCUMENTI DI FINANZA PUBBLICA

	(milioni di euro)								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Def aprile 2018	109.614	110.961	111.239	112.373	113.599	115.818	116.382	118.572	120.894
	6,83	6,84	6,73	6,69	6,62	6,56	6,39	6,32	6,27
Nota Def sett 2017	109.614	110.942	111.223	112.514	114.138	115.068	116.105	118.570	
	6,83	6,84	6,73	6,70	6,65	6,50	6,34	6,26	
Def aprile 2017	109.614	110.938	111.245	112.542	114.138	115.068	116.105	118.570	
	6,83	6,84	6,76	6,73	6,68	6,54	6,41	6,37	
LB 2017	109.907	111.304	112.408	113.654	115.377	115.823	116.168		
	6,85	6,87	6,84	6,80	6,77	6,60	6,42		
Nota Def sett. 2016	109.907	111.304	112.408	113.654	115.440	116.821	119.156		
	6,85	6,86	6,84	6,80	6,77	6,64	6,56		
Def aprile 2016	109.907	111.304	112.408	113.376	114.789	116.170	118.505		
	6,83	6,89	6,87	6,78	6,69	6,58	6,52		
LS 2016	110.044	111.028	111.289	111.646	112.957	114.632	117.017		
		6,87	6,81	6,65	6,51	6,39	6,33		
Nota Def sett 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094		
	6,84	6,87	6,81	6,74	6,67	6,60	6,55		
Def aprile 2015	110.044	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094		
	6,84	6,87	6,79	6,72	6,64	6,58	6,52		
LS 2015	109.254	111.474	111.351	113.797	116.328	118.964			
	7,00	6,85	6,76	6,73	6,68	6,61			
Def aprile 2014	109.254	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316			
	7,00	7,02	6,99	6,93	6,86	6,78			
Def aprile 2013	111.108	113.029	115.424	117.616	119.789				
	7,06	6,96	6,88	6,79	6,71				

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati MEF e ISTAT

Offerta servizi in calo per effetto del risanamento. L'offerta di servizi non sta uscendo indenne dalla fase di risanamento reso necessario per riassorbire squilibri strutturali inaccettabili oltre che insostenibili. L'attività del SSN si contrae in tutti gli ambiti assistenziali. Diminuiscono i ricoveri, scesi a 8,7 milioni nel 2016, con una riduzione dell'11,7 tra il 2013-2016. I cali interessano soprattutto quelli a bassa complessità. Se ciò ha permesso di migliorare l'appropriatezza, al contempo non sembra accompagnarsi ad una risposta adeguata alla domanda di assistenza territoriale. Mentre la riduzione nell'indicatore di utilizzo dei posti letto segnala, in molti casi, la permanenza di oneri. In numerose aree del paese si assiste ad una mobilità passiva in crescita. Nella specialistica ambulatoriale, stenta a trovare risposta il problema delle liste d'attesa; tariffe e ticket disincentivanti portano alla diminuzione dei volumi coperti dal servizio pubblico; 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 per cento della spesa ospedaliera, ma solo il 60 per cento della spesa per prestazioni ambulatoriali e il 46 per cento della riabilitazione ambulatoriale. Esaurita la fase più acuta dei piani di rientro (ma non certo quella di un effi cace monitoraggio) rimane l'esigenza di affrontare lo sviluppo dei servizi e la convergenza in termini di qualità dell'assistenza tra aree territoriali.

Permangono le differenze Nord-Sud. I dati definitivi del monitoraggio 2015 e quelli parziali del 2016 indicano infatti il permanere di differenziali Nord-Sud nella qualità e nella disponibilità dei servizi. Ciò si era messo in rilievo nel Rapporto dello scorso anno, con riferimento sia alla speranza di vita in buona salute (che passa da 59,6 anni al Nord a 56 anni al Sud), sia ai casi di rinuncia alle cure. Cresce l'incidenza relativa della mobilità sanitaria dal Sud al Nord. Lo testimonia il rilievo crescente delle somme corrisposte per la mobilità nel 2017, così come quanto messo in rilievo nei dati SDO del 2016 del Ministero della salute che rileva ricoveri acuti in regime ordinario erogati in regioni del Nord (pazienti in mobilità verso le regioni del Nord/su il totale di ricoveri di pazienti residenti nel Sud) che crescono dal 7,3 nel 2013 al 7,9 per cento nel 2016.

Attenzione all'invecchiamento della popolazione. Nel caso dei ricoveri per tumore in mobilità passiva passa dal 12,4 nel 2013 al 13,3 per cento nel 2016. I tassi di copertura dei bisogni di LTC, bassi al Nord, si riducono drasticamente nelle regioni centro-meridionali, in genere più povere di posti letto, sia per acuti, sia per riabilitazione, sia per strutture intermedie, sia per strutture protette. Come si sottolineava anche nel Rapporto 2017, manca una risposta adeguata ad un'area sempre più ampia dell'assistenza quella alle cronicità, alla riabilitazione e alle cure intermedie, aree in cui il bisogno è in aumento a causa della crescita costante dell'età media degli italiani.

La popolazione con cronicità è pari al 39 per cento del totale di cui circa un quinto ha più di una patologia. Una particolare attenzione richiede, poi, il soddisfacimento dei bisogni dei circa 3 milioni di persone non autosufficienti per i quali le strutture esistenti (i 287.000 posti letti ad essi dedicati) e le cure domiciliari oggi attivate non consentono di dare una risposta adeguata. Pur segnando un graduale miglioramento dell'offerta, i dati più recenti testimoniano un accesso al servizio ancora molto limitato. La salvaguardia assicurata durante la crisi ai redditi da pensione e una ampia disponibilità di personale addetti ai servizi alla persona hanno consentito, fino ad ora, di sopperire in ambito familiare alla necessità di trovare una risposta a tale bisogno. L'attuale situazione risulterà in prospettiva sempre meno sostenibile.

Le previsioni demografiche ed economiche, alla base dell'esame delle tendenze del sistema socio sanitario (e pensionistico) elaborato dalla RGS, riportano un rapporto tra anziani e popolazione attiva in crescita nei prossimi anni, poco al di sotto di quota 50 già nel 2030, con un peso della popolazione oltre i 65 anni di 7 punti più elevata di oggi. Come messo in evidenza nel capitolo dedicato al sistema pensionistico, se l'invecchiamento della popolazione sarà accompagnato da una riduzione dei redditi da pensione, a causa del passaggio completo al sistema contributivo e a una minore continuità dei percorsi lavorativi, la sostenibilità del sistema si farà più difficile.

Le proposte della Corte. Nella agenda politica dei prossimi anni si impongono quindi scelte importanti sul fronte dell'adeguamento delle strutture; ciò per rendere compatibili con la stabilità del sistema soluzioni adeguate ai bisogni. Il permanere di vincoli ancora stringenti richiede che nel

trattare le criticità del settore si vada oltre i confini della sanità. Occorre ritrovare coerenza tra tutte le parti che compongono il bilancio pubblico della protezione sociale, prendere atto delle difficoltà che caratterizzano oggi il sistema redistributivo e di solidarietà, considerare la necessità imprescindibile di favorire la crescita, garantire che le soluzioni assunte in tema di contributo richiesto al finanziamento della sanità trovino coerenze stabili, responsabilità e margini di gestione per i diversi livelli di governo per evitare contraddizioni e trappole della povertà.

Il presente capitolo introduttivo si basa sulle comunicazioni ufficiali che hanno accompagnato i singoli rapporti di ricerca e le analisi al momento della loro pubblicazione.

Parte I

La salute in Sardegna nel Rapporto Osservasalute

Il Rapporto Osservasalute viene pubblicato ogni anno, a partire dal 2003, dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.

Il rapporto 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, con particolare riferimento alla spesa sanitaria, all'organizzazione del sistema e alle performance in termini di salute e prevenzione.

PARTE PRIMA: SALUTE E BISOGNI DELLA POPOLAZIONE

Invecchiamento della popolazione

Nel 2017 il numero dei **sardi** di età compresa tra 65 e 74 anni supera la media nazionale, mentre quello degli individui appartenenti alle fasce di età 75-84 anni e *over85* risulta leggermente inferiore al dato medio italiano.

In Italia i “giovani anziani” (le persone di età compresa tra 65 e 74 anni) sono quasi 6,6 milioni e costituiscono il 10,9% della popolazione residente. In **Sardegna** la percentuale degli individui che rientrano in questa fascia d'età è maggiore: con un numero di 192,2 mila abitanti, i giovani anziani rappresentano l'11,6% della popolazione dell'isola.

A livello nazionale gli “anziani” (i soggetti di età compresa tra 75 e 84 anni) sono quasi 4,9 milioni e costituiscono l'8% della popolazione totale. In **Sardegna** la percentuale si ferma invece al 7,8%, pari a 129.500 abitanti.

Infine i “grandi vecchi” (gli individui che hanno un’età pari o superiore a 85 anni) in Italia sono oltre 2 milioni, pari al 3,4% della popolazione. In **Sardegna** gli over85 sono 53.100 e corrispondono al 3,2% della popolazione residente.

Fecondità

In Italia nel 2015 il numero medio di figli per donna (Tft) è pari a 1,35 (italiane: 1,27 e straniere: 1,94). In **Sardegna** - che anche nel 2015 continua a essere una delle regioni meno prolifiche d'Italia - è pari a 1,09 figli per donna in età feconda. Questo valore si abbassa ulteriormente a 1,07 Tft se si prendono in considerazione soltanto le donne sarde, mentre tra le straniere presenti nell’isola sale a 1,70 Tft.

Anche nel 2015 la **Sardegna** è la regione in cui l’età media delle madri al parto raggiunge il valore più alto d'Italia: è pari a 32,4 anni, ma arriva a 32,6 anni se si prendono in considerazione soltanto le donne sarde (tra le straniere questa voce è pari a 28,5 anni). A livello nazionale l’età media delle madri al parto è pari a 31,7 anni: 32,3 anni tra le italiane e 28,7 anni tra le straniere.

Fattori di rischio

La principale causa di morte in Italia, in Europa e nel mondo è costituita 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 2016 i fumatori italiani sono circa 10,4 milioni, poco più di 6,3 milioni tra gli uomini e poco più di 4,1 milioni tra le donne. Si tratta del 19,8% della popolazione italiana di età pari o superiore a 14 anni. In **Sardegna** nel 2016 la percentuale dei fumatori scende al di sotto della media nazionale, attestandosi al 17,7%.

Gli ex fumatori in Italia costituiscono il 22,6% della popolazione italiana di età pari o superiore a 14 anni, mentre in **Sardegna** sono di più e raggiungono il 27,5%.

Infine, in Italia il numero dei non fumatori è pari al 56,1%, mentre in **Sardegna** è più basso e si ferma al 52,8%.

Alcol

L’Istituto Superiore di Sanità (ISS) considera “**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 (*over65*) che superano l’assunzione quotidiana di una UA, indipendentemente dal tipo di bevanda alcolica consumata. Nel 2016 la prevalenza dei consumatori a rischio in Italia è pari al 23,2% per gli uomini e al 9,1% per le donne. In **Sardegna** il valore supera la media nazionale nel sesso

maschile: per gli **uomini sardi** la prevalenza dei consumatori a rischio è infatti pari al 32%. Se si prendono in considerazione le singole fasce d'età, la situazione risulta però più articolata.

Giovani (11-17 anni) - A livello nazionale la prevalenza dei consumatori a rischio in questa fascia d'età è pari al 20,4%. In **Sardegna** questo valore è più alto e raggiunge il 23,4%. Nello specifico, per i ragazzi sardi è pari al 21,2%, un dato inferiore rispetto alla media nazionale (pari al 22,9%), mentre per le adolescenti che vivono nell'isola la prevalenza è significativamente superiore e raggiunge il 25,4% - mentre a livello nazionale si ferma al 17,9%.

Adulti (18-64 anni) - Anche in questa fascia d'età la prevalenza dei consumatori a rischio tra i sardi supera la media nazionale, e in misura significativa: se il dato italiano si ferma al 13,8%, quello rilevato in **Sardegna** raggiunge il 20,3%. In particolare, rientrano nella categoria “consumatori a rischio” il 32,5% degli uomini sardi - un valore più alto di quasi 13 punti percentuali rispetto alla media maschile nazionale, che si attesta al 19,2%. Per le donne sarde, invece, il valore si ferma al 7,9% e resta al di sotto della media femminile nazionale (pari all'8,5%).

Tra gli adulti sardi appare molto diffusa anche la pratica del *binge drinking* (il consumo di quantità eccessive di alcol, più di 6 Unità Alcoliche, concentrato nel tempo e in una singola occasione): la prevalenza di chi vi ricorre è pari al 14,2% per i maschi italiani e al 29,6% per gli **uomini sardi**, mentre nel sesso femminile è pari al 5% a livello nazionale e al 6,8% per le **donne sarde**.

L'analisi della prevalenza delle persone che eccedono i limiti giornalieri di alcol evidenzia che per i maschi italiani di età compresa tra 18 e 64 anni la percentuale è pari al 7,7%, mentre per gli **uomini sardi** è superiore e raggiunge l'8,6%. Nel gentil sesso, invece, si ferma al 4,3% per le donne italiane e risulta ancor più basso per le **sarde**, attestandosi all'1,7%.

Anziani (età pari o superiore a 65 anni) - A livello nazionale la prevalenza dei consumatori a rischio tra gli *over65* è pari al 20,4%, in calo rispetto all'anno precedente (20,8) mentre in **Sardegna** è inferiore e si attesta al 16,3%, in calo rispetto 18,7% del 2015, calo superiore a quello osservato in media nel Paese.

In questo caso gli esponenti di entrambi i sessi restano al di sotto del dato italiano: la prevalenza per gli anziani sardi di sesso maschile è pari al 33,2%, mentre a livello nazionale è pari al 36,2%; per le **anziane sarde**, invece, si ferma al 3%, più di cinque punti percentuali in meno rispetto al valore nazionale (pari all'8,3%).

Tabella 1 - Prevalenza (valori percentuali) di consumatori a rischio di alcol nella popolazione di età 11-17 anni, 18-64 anni e 65 anni e oltre per genere in Italia e in Sardegna - Anno 2015 e 2016

	Fascia d'età 11-17			Fascia d'età 18-64			Fascia d'età 65 e +		
	U	D	Totale	U	D	Totale	U	D	Totale
Italia 2015	22,4	15,6	19	19	8,3	13,6	36,4	9	20,8
Italia 2016	22,9	17,9	20,4	19,2	8,5	13,8	36,2	8,3	20,4
Sardegna 2015	22	27,5	24,9	29,1	9,3	19,3	39,3	2,6	18,7
Sardegna 2016	21,2	25,4	23,4	32,5	7,9	20,3	33,2	3,0	16,3

Alimentazione

Anche nel 2016 la popolazione sarda tende a seguire 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'85,5%, un valore superiore a quello della media nazionale, che si ferma all'83,8%. 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.

Dal Rapporto emerge che in generale i sardi consumano un po' meno verdura rispetto alla media degli italiani: lo fa quotidianamente il 51,9% della popolazione **sarda**, rispetto al 52,6% della media nazionale. Anche il consumo degli ortaggi resta leggermente al di sotto della media italiana: li mangia tutti i giorni il 45,2% dei **sardi**, rispetto al 45,9% della media nazionale. L'introito giornaliero di frutta è invece superiore rispetto alla media: la consuma quotidianamente il 79,9% dei **sardi** rispetto al 74,5% degli italiani. Inoltre, il 77,6% dei **sardi** consuma ogni giorno da 2 a 4 porzioni di Verdura, Ortaggi e Frutta, rispetto al 75,9% della media nazionale, e il 6,8% della popolazione **sarda** mangia VOF cinque volte al giorno, rispetto al 5,6% della media italiana. La percentuale dei **sardi** che consumano questi alimenti una sola volta al giorno è invece inferiore alla media degli italiani (18,5%), e si ferma al 15,6%.

Per quanto riguarda gli altri alimenti, il consumo da parte dei **sardi** appare superiore a quello nazionale se si prendono in considerazione i formaggi (27,1% rispetto al dato nazionale del 20,2%), le carni bovine (62,6% rispetto alla media nazionale del 61,2%) e le carni di maiale (52% rispetto al dato italiano pari al 42,3%). È, invece, inferiore alla media italiana il consumo in **Sardegna** di pesce (56,8% rispetto alla media nazionale di 60,3%), di carni bianche (78,4% rispetto al dato italiano di 79,5%), di uova (55,4% rispetto alla media nazionale di 58,6%) e di legumi in scatola (41,5% rispetto alla media italiana di 51,7%).

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

	Italia 2015	Italia 2016	Sardegna 2015	Sardegna 2016
Verdura	52,6	52,6	51	51,9
Ortaggi	45,5	45,9	47,9	45,2
Frutta	75,4	74,5	78,9	79,9
VOF	84,4	83,8	84,7	85,5

Pane, pasta e riso	80,9	80,0	76,6	76,1
Latte	54,9	53,0	55,1	52,8
Formaggi	21,0	20,2	29,9	27,1
Salumi	58,9	56,3	55,4	52,0
Carni bianche	81,9	79,5	78,4	78,4
Carni bovine	64,1	61,2	63,9	62,6
Carni di maiale	44,1	42,3	54,9	52,0
Uova	59,4	58,6	54,4	55,4
Legumi in scatola	52,1	51,7	45,4	41,5
Pesce	59,6	60,3	50,9	56,8
Snack	27,2	26,8	27,6	25,9
Dolci	49,3	48,2	50,6	52,0
Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	95,6	95,3	97,1	97,0
Condimento a crudo con olio o grassi vegetali	97,4	97,3	98,5	97,3
Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	68,8	69,3	68,0	73,4
Utilizzo di sale arricchito di iodio	46,0	46,2	28,5	32,4

Obesità e sovrappeso

Nel 2016 la percentuale di persone di età pari o superiore a 18 anni che risultano in sovrappeso è pari in **Sardegna** al 33,6%, un dato più basso rispetto alla media nazionale che si attesta al 35,5%. La proporzione degli individui adulti obesi in **Sardegna** è invece pari al 10,5% e supera leggermente la media nazionale, che si ferma al 10,4%.

Per quanto riguarda la popolazione infantile, si osserva che la percentuale di bambini e adolescenti **sardi** di età compresa tra 6 e 17 anni che ha un peso eccessivo è pari al 21,3%, un dato inferiore rispetto alla media nazionale che si attesta 24,7%.

Attività fisica

In generale la popolazione sarda pratica più esercizio fisico rispetto alla media degli italiani. Nel 2016 i cittadini italiani di età pari o superiore a 3 anni che affermano di praticare uno o più sport nel tempo libero sono il 34,8% della popolazione, pari a circa 20,4 milioni di persone. In **Sardegna** la percentuale degli individui che dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario è più alta e si attesta al 36,8%. Entrando nel dettaglio, a livello nazionale le persone che affermano di svolgere uno sport in modo continuativo sono il 25,1%, mentre quelle che lo fanno in modo saltuario sono il 9,7%. Nell'**isola** gli individui che si dedicano allo sport in modo continuativo sono il 26,1%, mentre quelli che lo fanno in modo saltuario sono il 10,7%.

Aspettativa di vita

Nel 2017 la speranza di vita alla nascita in Italia è pari a 80,6 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne. In **Sardegna** questa voce è leggermente inferiore alla media nazionale per gli uomini e lievemente superiore per le donne: la speranza di vita alla nascita per gli uomini sardi è, infatti, pari a 80,4 anni (nel 2011 si fermava a 79,2 anni, per cui nell'ultimo quinquennio è cresciuta di 1,2 anni, l'incremento maggiore registrato in Italia), mentre quella delle donne sarde raggiunge gli 85,1 anni.

Per quanto riguarda la speranza di vita a partire dai 65 anni, dal Rapporto emerge che gli uomini e le donne residenti in **Sardegna** possono sperare di vivere leggermente di più rispetto alla media nazionale. Nel 2017 i sessantacinquenni di sesso maschile in Italia hanno un'aspettativa di vita di altri 19 anni, mentre gli uomini sardi che hanno raggiunto i 65 anni possono sperare di vivere altri 19,1 anni. L'aspettativa di vita delle sessantacinquenni italiane è pari a 22,2 anni, mentre quella delle **sarde** di 65 anni è di altri 22,6 anni.

Tabella 3 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e a 65 anni - Anno 2015 e 2017

2015	Italia		Sardegna	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Speranza di vita alla nascita	79,8	84,8	80,1	84,6
Speranza di vita a 65 anni	18,7	21,9	19,1	22,4
2017	Italia		Sardegna	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Speranza di vita alla nascita	80,6	84,9	80,4	85,1
Speranza di vita a 65 anni	19	22,2	19,1	22,6

Tasso di mortalità precoce

Nel 2015 il tasso di mortalità precoce degli italiani di entrambi i sessi appare significativamente più basso rispetto a 12 anni prima: è passato da 289,9 per 10.000 persone nel 2004 a 232 per 10.000 nel 2015. Nello specifico, il tasso maschile di mortalità precoce è passato da 386,7 per 10.000 uomini del 2004 a 295,6 per 10.000 nel 2015, mentre quello femminile è passato da 201,4 per 10.000 donne del 2004 a 172,9 per 10.000 nel 2015.

In **Sardegna** il tasso di mortalità precoce dal 2004 al 2015 è progressivamente diminuito (con l'eccezione di un incremento registrato nel 2005, quando ha toccato quota 297 per 10.000), passando da 286,7 per 10.000 abitanti nel 2004 a 249,2 per 10.000 nel 2015.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità precoce - Anni 2004-2015

	Italia	Sardegna
2004	289,9	286,7
2005	283,1	297,0
2006	274,0	282,0
2007	269,2	269,4
2008	263,2	268,4
2009	260,4	268,1
2010	251,2	258,6
2011	250,6	262,8
2012	247,0	253,0
2013	236,7	258,1
2014	231,5	235,9
2015	232,0	249,2

Patologie croniche

In Italia il numero delle persone affette da patologie croniche è in costante e progressiva crescita. Secondo il Rapporto, questo fenomeno sarebbe connesso a diversi fattori: il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, economiche e sociali; l'innalzamento dell'età media; la consapevolezza dell'impatto degli stili di vita e dell'ambiente sulla salute; la disponibilità di nuove terapie farmacologiche. L'indagine si concentra, in particolare, sulle prestazioni sanitarie associate alle patologie croniche con un impatto rilevante sulla società, che sono 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 "*Health Search-IMS Longitudinal Patient Database*", il quale con-

tiene tutte le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana di un network di medici di medicina generale (MMG) volontari, distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Iipertensione arteriosa

Nel 2016 gli adulti affetti da ipertensione arteriosa che sono in carico agli 800 medici di medicina generale validati del network *Health Search* sono 315.630. La prevalenza dell'ipertensione (la percentuale di popolazione che ha sofferto della malattia nel 2016) è pari al 30,4%. Nel 2016 i pazienti affetti da ipertensione arteriosa hanno assorbito il 68,2% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), il 52,2% delle richieste di visite specialistiche, il 51,7% degli accertamenti e il 59,7% dei contatti con il medico di medicina generale.

Nel 2016 in **Sardegna** la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale. I pazienti sardi affetti da ipertensione arteriosa nel 2016 hanno generato il 64,7% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 51,5% delle richieste di visite specialistiche, quasi il 50,6% degli accertamenti e il 57,7% dei contatti con il medico di medicina generale.

Ictus ischemico

Nel 2016 gli adulti che dopo essere stati colpiti da ictus ischemico sono in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 46.963. La prevalenza della malattia è pari al 4,5%. L'assorbimento di prestazioni del medico di medicina generale per i pazienti colpiti da ictus ischemico nel 2016 è pari al 13,8% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, al 10,7% delle richieste di visite specialistiche, al 10,4% delle richieste di accertamenti e al 12,1% dei contatti con il MMG.

In **Sardegna** nel 2016 la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale, come lo sono anche le prestazioni fornite ai pazienti: nel 2016 i sardi sopravvissuti all'ictus ischemico hanno assorbito l'8,7% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 6,8% delle richieste di visite specialistiche, il 6,7% degli accertamenti e il 7,6% dei contatti con il medico di medicina generale.

Malattie ischemiche del cuore

I soggetti adulti affetti da malattie ischemiche del cuore in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* nel 2016 sono 46.881. La prevalenza della malattia è pari al 4,5%. I soggetti con malattie ischemiche del cuore presenti nel network *Health Search* nel 2016 hanno generato il 16% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 10,6% delle richieste di visite specialistiche, il 10,1% delle richieste di accertamenti e il 12,5% dei contatti con il MMG.

Anche nel caso delle malattie ischemiche del cuore, nel 2016 in **Sardegna** la prevalenza è inferiore alla media nazionale. Inoltre risultano più basse dei dati registrati a livello nazionale anche le prestazioni fornite ai pazienti: i sardi colpiti da malattie ischemiche del cuore nel 2016 hanno generato il 12,3% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, l'8%

delle richieste di visite specialistiche, l'8,1% degli accertamenti e il 9,8% dei contatti con il medico di medicina generale.

Scompenso cardiaco congestizio

Nel 2016 i pazienti affetti da scompenso cardiaco congestizio assistiti dagli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 15.067. La prevalenza della malattia è pari all'1,5%. Gli adulti cui è stato diagnosticato lo scompenso cardiaco congestizio hanno generato il 5,6% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 4% delle richieste di visite specialistiche, il 4,1% delle richieste di accertamenti e il 4,7% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** nel 2016 la prevalenza della malattia è inferiore alla media nazionale, come lo sono le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti: i sardi colpiti da scompenso cardiaco congestizio hanno assorbito nel 2016 il 3,3% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 2,3% delle richieste di visite specialistiche, il 2,6% degli accertamenti e il 2,7% dei contatti con il medico di medicina generale.

Diabete mellito di tipo 2

Nel 2016 gli adulti affetti da diabete mellito di tipo 2 in cura presso gli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 83.238. La prevalenza della malattia è pari all'8%. I pazienti con diabete mellito di tipo 2 presenti nel network *Health Search* nel 2016 hanno generato il 24,7% delle prescrizioni a carico del SSN, il 18,5% delle richieste di visite specialistiche, il 18,2% delle richieste di accertamenti e il 20,4% dei contatti con il MMG.

In **Sardegna** nel 2016 la prevalenza della malattia corrisponde a quella della media nazionale, ma le prestazioni fornite ai pazienti sono inferiori a quelle della media nazionale in quasi tutti i casi: i sardi colpiti da diabete mellito di tipo 2 nel 2016 hanno generato il 23,6% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 18,5% delle richieste di visite specialistiche (valore equivalente a quello registrato a livello nazionale), il 16,5% degli accertamenti e il 20% dei contatti con il medico di medicina generale.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Il numero degli adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) che nel 2016 sono in carico agli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* è pari a 33.582. La prevalenza della malattia equivale al 3,2%. I soggetti cui è stata diagnosticata la Bpco nel 2016 hanno assorbito il 10% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 7,8% delle richieste di visite specialistiche, il 6,7% delle richieste di accertamenti e l'8,5% dei contatti con il medico di medicina generale.

Nel 2016 in **Sardegna** la prevalenza della malattia è simile a quella della media nazionale. Le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti sono invece tutte inferiori rispetto ai valori italiani: i sardi colpiti da broncopneumopatia cronica ostruttiva nel 2016 hanno assorbito l'8,6% di tutte le pre-

scrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 7% delle richieste di visite specialistiche, il 6,1% degli accertamenti e il 7,6% dei contatti con il medico di medicina generale.

Asma bronchiale

I pazienti con diagnosi di asma bronchiale assistiti nel 2016 dagli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 84.251. La prevalenza della malattia è pari all'8,1%. I soggetti affetti da asma bronchiale hanno assorbito il 10,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 10,6% delle richieste di visite specialistiche, il 9,2% delle richieste di accertamenti e il 10,6% dei contatti con il medico di medicina generale.

Nel 2016 in **Sardegna** la prevalenza della malattia raggiunge l'8,5%, un valore superiore a quello della media nazionale, come lo sono le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti. I sardi affetti da asma bronchiale nel 2016 hanno infatti assorbito l'11,9% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 10,9% delle richieste di visite specialistiche, il 10,1% degli accertamenti e l'11,6% dei contatti con il medico di medicina generale.

Osteoartrosi

Nel 2016 il numero dei soggetti affetti da osteoartrosi in cura presso gli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* si attesta a 186.624. La prevalenza della malattia è pari al 18%. I soggetti affetti da osteoartrosi hanno generato nel 2016 il 40,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 35% delle richieste di visite specialistiche, il 32% delle richieste di accertamenti e il 37,1% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia nel 2016 è più bassa rispetto alla media nazionale, e lo sono anche le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti. Nel 2016 i sardi cui è stata diagnosticata l'osteartrosi hanno assorbito il 33% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio sanitario nazionale, il 27,8% delle richieste di visite specialistiche, il 26,2% degli accertamenti e il 30,2% dei contatti con il medico di medicina generale.

Disturbi tiroidei

Nel 2016 gli adulti affetti da disturbi tiroidei (con esclusione dei tumori alla tiroide) assistiti dagli 800 medici di medicina generale del network *Health Search* sono 159.508. La prevalenza della malattia è pari al 15,3%. I soggetti affetti da disturbi tiroidei hanno generato il 26,5% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 27,1% delle richieste di visite specialistiche, il 26,7% delle richieste di accertamenti e il 26,5% dei contatti con il medico di medicina generale.

In **Sardegna** la prevalenza della malattia nel 2016 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. Nello specifico, i sardi colpiti da disturbi tiroidei nel 2016 hanno assorbito il 26,8% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 28,6% delle richieste di visite specialistiche, il 29,1% degli accertamenti e il 27,4% dei contatti con il medico di medicina generale.

Tabella 5 - Proporzione (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, osteoartrite e disturbi tiroidei assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search- Anno 2015 e 2016

		Italia 2015	Italia 2016	Sardegna 2015	Sardegna 2016
Ipertensione arteriosa	Prescrizioni farmaceutiche	67,42	68,2	64,69	64,7
	Richieste di visite specialistiche	50,89	52,2	51,57	51,5
	Accertamenti	49,71	51,7	50,94	50,6
	Contatti con il MMG	58,46	59,7	57,09	57,7
Ictus ischemico	Prescrizioni farmaceutiche	13,35	13,8	8,63	8,7
	Richieste di visite specialistiche	10,11	10,7	6,97	6,8
	Accertamenti	9,55	10,4	6,73	6,7
	Contatti con il MMG	11,50	12,1	7,50	7,6
Malattie ischemiche del cuore	Prescrizioni farmaceutiche	15,66	16,0	11,77	12,3
	Richieste di visite specialistiche	10,22	10,6	7,78	8,0
	Accertamenti	9,54	10,1	7,75	8,1
	Contatti con il MMG	12,10	12,5	9,15	9,6
Scompenso cardiaco congestizio	Prescrizioni farmaceutiche	5,47	5,6	3,46	3,3
	Richieste di visite specialistiche	3,88	4,0	2,97	2,3
	Accertamenti	4,53	4,1	2,92	2,6
	Contatti con il MMG	24,34	4,7	23,43	2,7
Diabete mellito tipo 2	Prescrizioni farmaceutiche	18,01	24,7	18,58	23,6
	Richieste di visite specialistiche	17,27	18,5	16,92	18,5
	Accertamenti	19,95	18,2	19,38	16,5
	Contatti con il MMG	9,88	20,4	9,01	20,0

Broncopneumopatia cronica ostruttiva	Prescrizioni farmaceutiche	7,68	10,0	7,74	8,6
	Richieste di visite specialistiche	6,42	7,8	6,17	7,0
	Accertamenti	8,28	6,7	7,96	6,1
	Contatti con il MMG	10,04	8,5	11,01	7,6
Asma bronchiale	Prescrizioni farmaceutiche	9,88	10,7	9,98	11,9
	Richieste di visite specialistiche	8,56	10,6	9,35	10,9
	Accertamenti	9,94	9,2	10,75	10,1
	Contatti con il MMG	39,72	10,6	31,48	11,6
Osteoartrosi	Prescrizioni farmaceutiche	33,76	40,7	27,24	33,0
	Richieste di visite specialistiche	30,52	35,0	25,36	27,8
	Accertamenti	35,89	32,0	28,48	26,2
	Contatti con il MMG	25,34	37,1	27,10	30,2
Disturbi tiroidei	Prescrizioni farmaceutiche	25,86	26,5	28,77	26,8
	Richieste di visite specialistiche	25,43	27,1	28,68	28,6
	Accertamenti	25,29	26,7	27,48	29,1
	Contatti con il MMG		26,5		27,4

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 2016 nella popolazione adulta e anziana (età pari o superiore a 25 anni).

Malattie ischemiche del cuore

Nel 2016 in Italia i tassi di ospedalizzazione degli uomini per le malattie ischemiche del cuore sono quasi il triplo rispetto a quelli delle donne: 862,6 ricoveri per 100.000 uomini rispetto a 291,5 ricoveri per 100.000 donne. In particolare, i ricoveri degli uomini per infarto acuto del miocardio sono pari a 367,6 ricoveri per 100.000, mentre quelli delle donne si fermano a 145,3 ricoveri per 100.000. Se si prendono in considerazione i tassi di ospedalizzazione per l'infarto miocardico acuto insieme a quelli per le altre forme acute e subacute d'ischemia cardiaca, emerge che nel 2016 i ricoveri dei maschi sono pari a 496,8 ricoveri per 100.000 uomini, mentre quelli delle femmine si fermano a 188,5 ricoveri per 100.000 donne.

In **Sardegna** i tassi di ricovero per le malattie ischemiche del cuore sono inferiori rispetto a quelli della media nazionale per entrambi i sessi. Ma anche nella Regione questi valori risultano più elevati nel genere maschile: nel 2016 i ricoveri degli uomini per le malattie ischemiche nel loro complesso sono pari a 586,1 per 100.000 uomini, mentre quelli delle donne sono pari a 236,3 per 100.000.

Nell'isola i ricoveri degli uomini per infarto acuto del miocardio sono pari a 316,7 per 100 mila maschi adulti, mentre quelli delle donne sono 139,8 per 100 mila femmine. Inoltre, i ricoveri maschili per infarto acuto del miocardio e per le altre forme acute e subacute d'ischemia cardiaca sono pari a 398,4 per 100 mila uomini, mentre quelli femminili si fermano a 177,5 per 100 mila donne.

Malattie cerebrovascolari

In Italia nel 2016 il tasso maschile di ospedalizzazione per il complesso delle malattie cerebrovascolari (pari a 615,1 per 100 mila uomini) è più alto del 36,2% rispetto a quello femminile (equivalente a 451,7 per 100 mila donne). In particolare, negli uomini i tassi di ospedalizzazione per l'ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il *Transient Ischemic Attack* (TIA) (pari a 353,1 per 100 mila abitanti) e per l'ictus emorragico (pari a 87,7 per 100 mila) sono superiori del 19,5% e del 44% rispetto ai tassi rilevati nelle donne (pari rispettivamente a 295,5 per 100 mila e a 60,9 per 100 mila).

Lo stesso trend si rileva in **Sardegna**: anche nell'isola le malattie cerebrovascolari sono più diffuse nel sesso maschile che in quello femminile. Nello specifico, il tasso regionale di ospedalizzazione per le malattie cerebrovascolari è pari a 545,7 per 100 mila abitanti per gli uomini e a 410,3 per 100 mila per le donne, e in entrambi i casi i valori restano al di sotto della media nazionale. Nel sesso maschile è inferiore ai valori italiani anche il tasso di ospedalizzazione per l'ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il *Transient Ischaemic Attack*, pari a 329,5 per 100 mila, mentre il tasso relativo all'ictus emorragico, pari a 101,9 per 100 mila abitanti, supera il dato italiano. Restano al di sotto della media nazionale i tassi femminili di ospedalizzazione per l'ictus ischemico, pari a 279,6 per 100 mila, e per l'ictus emorragico, pari a 54,6 per 100 mila.

Insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale

A livello nazionale nel 2016 il tasso maschile di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca è pari a 486,6 per 100 mila uomini ed è superiore del 45,4% rispetto a quello femminile, pari a 334,7 per 100 mila donne. Il tasso di ospedalizzazione per fibrillazione atriale negli uomini è invece pari a 149,5 per 100 mila abitanti e risulta più alto del 71,4% rispetto a quello delle donne, pari a 87,2 per 100 mila.

Anche in **Sardegna** i tassi maschili di ospedalizzazione per le due patologie sono superiori a quelli femminili. Nello specifico, negli uomini il tasso maschile di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca è pari a 389,6 per 100 mila abitanti, mentre nelle donne è pari a 260,7 per 100 mila. Il tasso di ospedalizzazione per fibrillazione atriale negli uomini è invece pari a 141 per 100 mila abitanti, mentre quello femminile si ferma a 99,6 per 100 mila abitanti. Quest'ultimo valore è l'unico più alto rispetto alla media nazionale, mentre gli altri registrati nell'isola restano al di sotto dei dati medi italiani.

Tabella 6 - Tasso (standardizzato per 100.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, per codici di diagnosi di malattie ischemiche del cuore, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale in regime di Ricovero Ordinario e diagnosi principale per genere - Anno 2016

		Italia		Sardegna	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Malattie ischemiche del cuore	Malattie ischemiche del cuore	862,6	291,5	586,1	236,3
	Infarto miocardico acuto insieme ad altre forme acute e subacute di ischemia cardiaca	496,8	188,5	398,4	177,5
	Infarto miocardico acuto	367,6	145,3	316,7	139,8
Malattie cerebrovascolari	Malattie cerebrovascolari complessive	615,1	451,7	545,7	410,3
	Ictus emorragico	87,7	60,9	101,9	54,6
	Ictus ischemico più altre malattie cerebrovascolari incluso il Transient Ischemic Attack (TIA)	353,1	295,5	329,5	279,6
Insufficienza cardiaca e fibrillazione atriale	Insufficienza cardiaca	486,6	334,7	389,6	260,7
	Fibrillazione atriale	149,5	87,2	141	99,6

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 che si registra nel sesso femminile: nel 2014 queste patologie hanno causato 11,74 decessi per 10.000 fra gli uomini e 6,35 decessi per 10.000 fra le donne.

La **Sardegna** è la regione in cui il tasso femminile di mortalità per le malattie ischemiche del cuore è il più basso d'Italia: si ferma a 4,75 decessi per 10.000 donne. Ma anche il tasso di mortalità maschile è al di sotto della media nazionale: con un valore di 9,28 per 10.000 è il secondo dato (dopo la Valle d'Aosta) più basso della nazione.

Mortalità per malattie cerebrovascolari

A causa delle malattie cerebrovascolari in Italia muoiono più gli uomini che le donne: nel 2014 queste patologie hanno provocato 7,48 decessi per 10.000 fra gli uomini e 6,44 decessi per 10.000 fra le donne.

In **Sardegna** la mortalità per malattie cerebrovascolari è più bassa rispetto alla media nazionale per entrambi i sessi. Anche nell'isola, però, risulta maggiore nel sesso maschile: nel 2014 queste patologie hanno causato 6,91 decessi per 10.000 fra gli uomini sardi e 5,19 decessi per 10.000 fra le donne sarde.

Malattie metaboliche: diabete mellito

L'analisi del tasso di dimissioni ospedaliere dei pazienti affetti diabete mellito di tipo 2 evidenzia che i diabetici sardi di entrambi i sessi sono più numerosi rispetto alla media nazionale. Nello specifico, nel 2016 a livello nazionale questo valore è pari a 59,60 per 10.000 abitanti: 75,28 per 10.000 tra gli uomini e 46,83 per 10.000 tra le donne. In **Sardegna** il tasso complessivo di dimissioni ospedaliere dei pazienti affetti diabete di tipo 2 è pari a 65,65 per 10.000 abitanti: 81,42 per 10.000 tra gli uomini e 52,67 per 10.000 tra le donne.

Mortalità per diabete mellito

In Italia nel 2014 il tasso di mortalità per diabete mellito tra gli uomini è pari a 2,91 per 10.000, mentre tra le donne si ferma a 2,24 per 10.000. Anche in **Sardegna** il tasso di mortalità per diabete mellito è più basso nel gentil sesso, e appare inferiore alla media nazionale in entrambi i generi: tra gli uomini è pari a 2,24 per 10.000, mentre tra le donne si attesta a 1,81 per 10.000.

Malattie oncologiche

In questa edizione il Rapporto analizza l'"incidenza" (il numero di nuovi casi di tumore che si verificano in una data popolazione in un determinato periodo di tempo), la "sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi" (la probabilità di sopravvivere a uno specifico tumore, al netto della mortalità

competitiva per tutte le altre cause di morte) e la “mortalità” (il numero di decessi per tumore che si verificano in una data popolazione in un determinato periodo di tempo) dei tumori prevenibili di maggior impatto nella popolazione e oggetto di interventi di prevenzione primaria e secondaria di comprovata efficacia: il cancro del polmone, il tumore del colon-retto, il carcinoma della mammella femminile e quello della cervice uterina.

Tumore del polmone

In Italia tra il 2005 e il 2015 il tasso d'incidenza del tumore polmonare maschile è diminuito del 2,7%, passando da 73,4 casi per 100.000 persone/anno nel 2005 a 55,8 casi per 100.000 nel 2015. Questo valore è invece aumentato dell'1,6% l'anno nel sesso femminile: è passato da 16,9 casi per 100.000 nel 2005 a 19,9 casi per 100.000 nel 2015.

Lo stesso trend si è verificato anche in **Sardegna**, dove il tasso d'incidenza del tumore polmonare maschile è diminuito del 2,1% l'anno, passando da 73,1 casi per 100.000 nel 2005 a 58,9 casi per 100.000 nel 2015 - un valore più alto di quello nazionale. Il tasso d'incidenza del tumore polmonare femminile è invece aumentato del 2,1% l'anno, passando da 12,5 casi per 100.000 nel 2005 a 15,5 casi per 100.000 nel 2015, anche se è rimasto al di sotto della media italiana.

A livello nazionale, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è aumentata in entrambi i sessi: negli uomini è passata da 14,1 per 100 del 2005 a 19,8 per 100 nel 2015, mentre nelle donne è passata da 18,2 per 100 del 2005 a 23,8 per 100 nel 2015.

In **Sardegna** la sopravvivenza maschile a 5 anni dalla diagnosi è aumentata più che a livello nazionale, passando da 13,6 per 100 del 2005 a 21,2 per 100 del 2015. È cresciuta anche la sopravvivenza femminile, passata da 16,3 per 100 del 2005 a 17,3 per 100 del 2015.

In Italia la mortalità per tumore polmonare maschile si è ridotta ancor più dell'incidenza: è diminuita del 3,2% annuo, passando da 61,9 per 100.000 nel 2005 a 44,6 per 100.000 nel 2015. Nella popolazione femminile è invece cresciuta dello 0,8% l'anno, passando da 13 per 100.000 nel 2005 a 14,1 per 100.000 nel 2015.

In **Sardegna** la mortalità per tumore polmonare negli uomini è diminuita del 2,7% l'anno, passando da 61 per 100.000 nel 2005 a 46,3 per 100.000 nel 2015. Come avviene a livello nazionale, la mortalità per questa malattia è cresciuta anche tra le donne sarde: è passata da 9,9 per 100.000 nel 2005 a 12,1 per 100.000 nel 2015.

Tumore del colon-retto

Tra il 2005 e il 2015 in Italia il tasso d'incidenza del tumore del colon-retto è diminuito in entrambi i sessi: nelle donne è passato da 39,3 casi per 100.000 persone/anno nel 2005 a 37,8 casi per 100.000 nel 2015, mentre negli uomini è passato da 66,9 casi per 100.000 nel 2005 a 70,4 casi per 100.000 nel 2015.

Anche in **Sardegna** l'incidenza di questa forma di cancro è diminuita significativamente: nelle donne è passata da 32,1 casi per 100.000 nel 2005 a 28,8 casi per 100.000 nel 2015, mentre

negli uomini è passata da 73,1 casi per 100.000 nel 2005 a 58,9 casi per 100.000 nel 2015. In entrambi i casi risulta inferiore alla media nazionale.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per tumore del colon-retto in Italia è aumentata in entrambi i generi, grazie al miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche. Negli uomini è, infatti, passata da 62,8 per 100 del 2005 a 71,6 per 100 nel 2015, mentre nelle donne è passata da 63,7 per 100 del 2005 a 72,1 per 100 nel 2015.

Anche in **Sardegna** la possibilità di essere ancora vivi a distanza di 5 anni dalla diagnosi è aumentata in entrambi i sessi. La sopravvivenza maschile a 5 anni dalla diagnosi è, infatti, passata da 58,1 per 100 del 2005 a 67,6 per 100 del 2015, mentre quella femminile è passata da 59,6 per 100 del 2005 a 68,5 per 100 del 2015.

Infine, a livello nazionale la mortalità per tumore del colon-retto è diminuita sia negli uomini, tra i quali è passata da 26,4 per 100.000 nel 2005 a 22,5 per 100.000 nel 2015, sia nelle donne, tra le quali è passata da 14,2 per 100.000 nel 2005 a 10,4 per 100.000 nel 2015.

In **Sardegna** la mortalità per questo tipo di cancro è diminuita in entrambi i sessi: negli uomini è passata da 61 per 100.000 nel 2005 a 46,3 per 100.000 nel 2015, mentre nella popolazione femminile è passata da 9,9 per 100.000 nel 2005 a 12,1 per 100.000 nel 2015.

Carcinoma della mammella

In Italia tra il 2005 e il 2015 il tasso d'incidenza del tumore della mammella è cresciuto dell'1% annuo, passando da 107,2 casi per 100.000 donne/anno nel 2005 a 118,4 casi per 100.000 nel 2015.

In **Sardegna** l'incidenza di questa forma di cancro è aumentata in misura maggiore, pari al 2,3% l'anno, passando da 108,5 casi per 100.000 nel 2005 a 135,8 casi per 100.000 nel 2015.

È però cresciuta anche la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per carcinoma della mammella, sia a livello nazionale, sia nell'isola: in Italia è passata da 86,9 per 100 del 2005 a 91,1 per 100 nel 2015, mentre in **Sardegna** è passata da 85,2 per 100 del 2005 a 90,5 per 100 del 2015.

Infine, il tasso di mortalità per tumore della mammella è diminuito del 2,8% l'anno, passando da 22,5 per 100.000 nel 2005 a 17 per 100.000 nel 2015.

Si è ridotto anche in **Sardegna** del 2,5% annuo, passando da 24,6 per 100.000 nel 2005 a 19,1 per 100.000 nel 2015.

9.4 Tumore della cervice uterina

In Italia tra il 2005 e il 2015 il tasso d'incidenza del tumore della cervice uterina è diminuito del 4,1% annuo, passando da 5,3 casi per 100.000 donne/anno nel 2005 a 3,5 casi per 100.000 nel 2015.

In **Sardegna** è diminuito del 3,3% l'anno, passando da 4 casi per 100.000 nel 2005 a 2,8 casi per 100.000 nel 2015, un valore più basso rispetto alla media italiana.

A livello nazionale la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per cancro della cervice uterina è aumentata di 2,4 punti percentuali, passando da 65,8 per 100 del 2005 a 68,2 per 100 nel 2015.

Anche in **Sardegna** è aumentata, e in misura leggermente superiore, pari al 2,5% l'anno. È infatti passata da 60,2 per 100 del 2005 a 62,7 per 100 del 2015.

La mortalità è diminuita ancor più dell'incidenza: la riduzione percentuale annua per il tumore cervicale è stata del 4,3%, e il tasso di mortalità è passato da 2,1 per 100.000 nel 2005 a 1,3 per 100.000 nel 2015.

In **Sardegna** il calo è stato pari al 3,8% l'anno, e il tasso di mortalità è passato da 1,9 per 100.000 nel 2005 a 1,3 per 100.000 nel 2015.

Tabella 7 - Stime d'incidenza (per 100.000 persone/anno), sopravvivenza (valori per 100) e mortalità (per 100.000 persone/anno) per tumore del polmone, del colon-retto, della mammella e della cervice uterina nella popolazione di età 0-99 anni - Anni 2005 e 2015

			Incidenza		Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi		Mortalità	
			2005	2015	2005	2015	2005	2015
Tumore polmone	Italia	U	73,4	55,8	14,1	19,8	61,9	44,6
		D	16,9	19,9	18,2	23,8	13,0	14,1
	Sardegna	U	73,1	58,9	13,6	21,2	61,0	46,3
		D	12,5	15,5	16,3	17,3	9,9	12,1
Tumore colon-retto	Italia	U	66,9	70,4	62,8	71,6	26,4	22,5
		D	39,3	37,8	63,7	72,1	15,3	11,9
	Sardegna	U	59,1	73,5	58,1	67,6	25,4	25,5
		D	32,1	28,8	59,6	68,5	14,2	10,4
Tumore mammella	Italia	D	107,2	118,4	86,9	91,1	22,5	17,0
		D	108,5	135,8	85,2	90,5	24,6	19,1
Tumore cervice uterina	Italia	D	5,3	3,5	65,8	68,2	2,1	1,3
		D	4,0	2,8	60,2	62,7	1,9	1,3

Disabilità

Sulla base del *Global Activities Limitations Indicator* (GALI), il Rapporto definisce disabili le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi, nelle attività che svolgono normalmente.

In Italia il 23,8% delle persone di età pari o superiore a 14 anni con limitazioni nelle attività quotidiane riferisce di avere difficoltà nel camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri; il 23,3% sperimenta difficoltà nel salire o scendere una rampa di scale senza l'aiuto di una persona e l'uso di ausili (stampelle, sedie a rotelle etc.); il 12,2% prova difficoltà nel sentire cosa si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza rumorosa; il 5,3% sperimenta difficoltà nel sentire

cosa si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza non rumorosa usando anche apparecchi acustici; infine, il 6,6% ha difficoltà nel vedere usando anche occhiali o lenti a contatto. In **Sardegna** le percentuali sono maggiori: il 27% delle persone di età pari o superiore a 14 anni con limitazioni nelle attività quotidiane riferisce di avere difficoltà nel camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri; il 24,5% sperimenta difficoltà nel salire o scendere una rampa di scale senza l'aiuto di una persona e l'uso di ausili (stampelle, sedie a rotelle etc.); il 16,1% prova difficoltà nel sentire cosa si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza rumorosa, mentre il 5,7% in una stanza non rumorosa usando anche apparecchi acustici; infine, il 7,5% ha difficoltà nel vedere usando anche occhiali o lenti a contatto.

Salute mentale

Anche nel 2015 la **Sardegna** è una delle regioni in cui il numero di persone (di entrambi i sessi) dimesse almeno una volta con diagnosi principale o secondaria di disturbo psichico risulta più elevata. A livello nazionale il tasso maschile di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico è pari a 49,79 per 10.000, mentre in **Sardegna** raggiunge il valore di 69,78 per 10.000. Il tasso femminile di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale o secondaria per disturbo psichico è pari a 47,75 per 10.000 in Italia, mentre in **Sardegna** si attesta a 66,72 per 10.000.

Consumo di farmaci antidepressivi

In Italia nel 2016 il consumo dei medicinali antidepressivi è pari a 39,87 dosi quotidiane ogni mille abitanti (*Defined Daily Dose - DDD/1.000 ab die*). In **Sardegna** risulta maggiore: raggiunge 44,12 DDD/1.000 *ab die*.

Ospedalizzazioni con diagnosi di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive

Nel 2015 in Italia circa 28.000 persone di età pari o superiore a 15 anni sono state dimesse da un ospedale, almeno una volta nel corso dell'anno, con menzione di disturbo psichico derivante dall'uso di sostanze psicoattive.

In **Sardegna** il tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive, è tra i più alti d'Italia nel genere maschile, e supera la media nazionale anche tra la popolazione femminile appartenente alle fasce d'età 15-18 anni e 19-64 anni.

Tabella 8 - Tasso (specifico per 100.000) di dimissioni ospedaliere (non ripetute) di pazienti con diagnosi principale o secondaria di abuso, dipendenza o psicosi da sostanze psicoattive per genere - Anno 2015

Fascia d'età		Italia	Sardegna

15-18	Maschi	33,93	109,03
	Femmine	24,15	74,27
19-64	Maschi	84,71	154,85
	Femmine	35,12	49,75
65-74	Maschi	63,01	82,82
	Femmine	27,19	21,05
75+	Maschi	38,20	74,91
	Femmine	19,73	18,83

Suicidi

In **Sardegna** il tasso maschile di mortalità per suicidio è tra i più alti d'Italia. Nel biennio 2013-2014 il tasso medio di mortalità per suicidio tra le persone di età pari o superiore a 15 anni è di 7,88 per 100.000 abitanti in Italia e di 11,70 per 100.000 abitanti in **Sardegna**. Nello specifico, tra gli uomini sardi è pari a 20,86 per 100.000 (rispetto alla media nazionale di 13,11 per 100.000), mentre tra le donne sarde è pari a 3,28 per 100.000 (un valore leggermente inferiore a quello italiano, che si attesta a 3,37 per 100.000).

Salute materno-infantile

Ricorso al parto cesareo

Il numero di parti con taglio cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato un importante indicatore della qualità dell'assistenza perinatale. Nel 2016 in Italia i parti avvenuti con questa procedura sono stati il 35,12%, mentre in **Sardegna** sono stati più numerosi, fino a raggiungere la percentuale del 38,82%.

Interruzione volontaria di gravidanza

Nel 2016 in Italia il tasso di abortività volontaria è pari a 6,98 casi di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) per 1.000 donne residenti in età feconda. In **Sardegna** è più basso e si ferma a 5,76 casi di IVG per 1.000.

Osservasalute: i sistemi sanitari regionali e la qualità dei servizi

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Il Rapporto Osservasalute 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.

Nel 2015 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) in Italia assorbe il 6,79% del PIL. Registra, quindi, una leggera riduzione rispetto all'anno precedente (6,84%) riposizionandosi sul valore del 2013.

In **Sardegna** la spesa sanitaria pubblica corrente è superiore alla media nazionale e si attesta al 10,68%, un valore leggermente superiore rispetto a quello registrato nel 2014 (10,31%). Questo dato è influenzato soprattutto dalla spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente, che nella Regione raggiunge il 6,95% del PIL, il valore più alto d'Italia.

La spesa in convenzione per prestazioni sociali in Italia è pari al 2,42% del PIL, ed è prevalentemente articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (pari allo 0,57%) e spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (pari allo 0,50%). Riveste un ruolo meno rilevante la spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (pari allo 0,24%), e la spesa sanitaria pubblica per assistenza medico-specialistica (pari allo 0,29%). 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 0,41%) occupano una posizione intermedia.

In **Sardegna** la spesa per prestazioni sociali in convenzione è pari al 3,10% del PIL. In questo caso la voce più rilevante è quella relativa all'assistenza farmaceutica, che rappresenta lo 0,88% del PIL, seguita dalla spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico-generale (pari allo 0,63%). Al terzo posto si colloca la spesa per altre prestazioni (pari allo 0,46%), seguita dalla spesa per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (pari allo 0,42%), dalla spesa per assistenza medico specialistica (pari allo 0,40%) e, infine, dalla spesa sanitaria pubblica per case di cura private (pari allo 0,30%).

Tabella 9 - Spesa (valori percentuali) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in

		Italia			Sardegna		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	Totale	6,76	6,84	6,79	10,56	10,31	10,68
	Per servizi forniti direttamente	3,95	3,97	3,97	6,72	6,64	6,95
	Per altre spese	0,38	0,42	0,40	0,63	0,65	0,63
	In convenzione per prestazioni sociali	2,42	2,46	2,42	3,21	3,03	3,10
In convenzione per prestazioni sociali	Per assistenza farmaceutica	0,53	0,52	0,50	0,96	0,90	0,88
	Per assistenza medico-generale	0,41	0,41	0,41	0,66	0,62	0,63
	Per assistenza medico-specialista	0,29	0,30	0,29	0,39	0,37	0,40
	Per case di cura private	0,56	0,57	0,57	0,37	0,32	0,30
	Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica	0,24	0,25	0,24	0,45	0,44	0,42
	Per altre prestazioni	0,38	0,40	0,41	0,37	0,37	0,46

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 2010-2016. Nel 2016, la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia è leggermente più alta rispetto al 2015 e si attesta a 1.845 euro. Mostra, pertanto, non solo un'inversione di tendenza rispetto al trend in diminuzione registrato a partire dal 2010, ma suggerisce anche una certa stabilità rispetto alla crescita iniziata l'anno precedente. Ciononostante, 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.

Entrando nel dettaglio, il Rapporto rileva che tra il 2010 e il 2016 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è diminuita dello 0,81% in Italia, mentre in **Sardegna** è cresciuta del 5,18%, passando da una spesa sanitaria pro-capite di 1.958 euro nel 2010 a quella di 2.065 euro nel 2016. Rispetto

all'anno precedente, la spesa pro-capite in Italia è aumentata dello 0,38%, mentre in **Sardegna** dello 0,14%.

Tabella 10 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite e variazioni percentuali - Anni 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ% (10-16)	Δ% (15-16)
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	2.065	5,18	0,14
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	1.845	-0,81	0,38

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 2016 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 1,013 miliardi di euro. È quindi in linea con il dato definitivo registrato nel 2015 (1,009 miliardi di euro) e solo leggermente più alto del minimo storico conseguito nel 2014 (928 milioni di euro).

Anche a livello pro-capite il disavanzo nazionale 2016, pari a 17 euro, è uguale a quello del 2015, leggermente superiore a quello del 2014 (15 euro), ma inferiore a valori registrati in ciascuno degli altri anni generalmente considerati (2001-2013).

Con un valore di 193 euro, il disavanzo sanitario pro-capite in **Sardegna** è invece diminuito rispetto al 2015, quando raggiungeva i 201 euro. Continua tuttavia a essere significativamente più alto rispetto al 2006, quando si fermava a 78 euro.

Tabella 11 - Disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro-capite - Anni 2006, 2013,-2016

	2006	2013	2014	2015	2016
Sardegna	78	234	217	201	193
Italia	104	29	15	17	17

ASSISTENZA TERRITORIALE

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

Nel 2015 in Italia i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono complessivamente 287.853, pari a 47,4 ogni 10.000 abitanti. La maggior parte, 169,3 per 10.000, sono destinati ad accogliere gli anziani non autosufficienti, mentre solo 12,9 per 10.000 abitanti sono rivolti agli utenti con disabilità.

In **Sardegna** nel 2015 i posti letto destinati ad accogliere le persone anziane non autosufficienti e i disabili sono complessivamente 30,3 ogni 10.000 abitanti. Nel dettaglio, i posti letto destinati agli anziani non autosufficienti sono 72,1 posti letto per 10 mila abitanti, un numero significativamente inferiore alla media nazionale. Nell'isola per i disabili sono disponibili 18,4 posti letto per 10.000, un valore che in questo caso supera la media italiana.

Pazienti anziani e con disabilità ospitati nei presidi residenziali

In Italia nel 2015 gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono complessivamente 215.894, un numero pari a 161,5 per 10.000 anziani residenti. Gli adulti disabili ospiti dei presidi sono invece 45.832, un valore pari a 12,3 per 10.000 adulti residenti. Infine, i minorenni ospiti dei presidi residenziali sono in tutto 1.835, ossia 1,8 per 10.000 minori residenti.

Nel 2015 in **Sardegna** il tasso di anziani ospiti dei presidi residenziali è pari a 92,8 per 10.000 anziani residenti. Gli adulti con disabilità sono 13 per 10.000 ospiti adulti, un valore superiore a quello della media nazionale. Infine, i minori disabili ospiti dei presidi sono 1,7 per 10.000 minori residenti, un dato lievemente superiore rispetto alla media italiana.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

Per misurare la struttura dell'offerta ospedaliera, il Rapporto valuta la dotazione complessiva di posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti). Nel 2016 in Italia si registra un tasso di posti letto pari a 3,56 per 1.000 residenti, di cui il 2,99 per 1.000 per acuti e lo 0,57 per 1.000 per post-acuti.

In **Sardegna** nel 2016 il tasso complessivo di posti letto è pari a 3,71 per 1.000 residenti, un valore superiore a quello della media nazionale. Nello specifico, 3,48 posti letto per 1.000 sono per acuti, mentre 0,23 per 1.000 per post-acuti.

Tabella 12 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività - Anno 2016

	Italia	Sardegna
Acuti	2,99	3,48

Post-acuti	0,57	0,23
Totale	3,56	3,71

Prestazioni chirurgiche a rischio d'inappropriatezza se erogate in RO o DS

Il DCPM del 12 gennaio 2017 definisce “appropriati” i ricoveri in Day-Surgery (DS) per l'esecuzione di interventi o procedure che non possono essere eseguite in regime ambulatoriale con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente.

Nel 2016 in Italia su un totale di 3.739.003 ricoveri chirurgici, sono stati effettuati 309.634 ricoveri potenzialmente erogabili in regime ambulatoriale (8,3%), che in base al DCPM possono essere classificati come “a rischio di inappropriatezza”. Di questi, 171.744 sono stati effettuati in regime di DS (55,5%) e 137.890 in regime di ricovero ordinario (44,5%).

Il tasso di dimissione a livello nazionale per prestazioni “a rischio di inappropriatezza” erogate dagli istituti pubblici è pari a 69,3 per 1.000 dimessi con DRG (Diagnosis Related Group - 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) chirurgico, di cui 40,3 per 1.000 in regime di DS e 29 per 1.000 in regime di ricovero ordinario (RO). Inoltre, una quota molto elevata dei ricoveri potenzialmente inappropriati, pari a 41,9%, risulta ancora erogato in RO.

In **Sardegna** il tasso di dimissione per prestazioni “a rischio d'inappropriatezza” erogate dagli istituti pubblici è pari a 101,8 per 1.000 dimessi con DRG chirurgico, un valore superiore alla media nazionale. Di questi, il tasso di dimissione per prestazioni erogate in regime di DS è pari a 78,7 per 1.000, mentre quello delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario (RO) è pari a 29 per 1.000. Il 22,7% dei ricoveri potenzialmente inappropriati è stato erogato in regime di RO.

Tabella 13 - Tasso (valori per 1.000) di dimissione dagli istituti pubblici per prestazioni “a rischio di inappropriatezza” erogate in Day Surgery e in Ricovero Ordinario e Ricoveri Ordinari (valori per 100) sul totale

	Italia	Sardegna
Day Surgery (DS)	40,3	78,7
Ricovero ordinario (RO)	29,0	23,1
Totale	69,3	101,8
Ricoveri ordinari/totale ricoveri (%)	41,9	22,7

Parte II

La salute in Sardegna nel “Rapporto OASI. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

La salute in Sardegna nel Rapporto Oasi

Il “Rapporto Oasi - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano” viene pubblicato dal 2000 dal CER GAS (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. Nel corso del 2018 è stato pubblicato il rapporto OASI 2017 da cui sono estrapolati i dati contenuti nei paragrafi che seguono.

APPARATI AMMINISTRATIVI REGIONALI DEL SSN

In Italia nel 2017 sono sette le regioni in cui è presente un'Agenzia Sanitaria Regionale (ASR) come tecnostuttura dell'Assessorato o del Consiglio regionale.

La **Sardegna** è una di queste, insieme a Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania e Puglia (cui va aggiunta anche la Lombardia, che nell'estate 2016 ha autorizzato la costituzione della nuova Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo - Acss).

La nascita dell'Azienda per la Tutela della Salute (ATS), che coincide con l'ambito territoriale della **Sardegna** e ha sede a Sassari, ha avuto ripercussioni sul valore della popolazione media delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) - che in Italia nel 2017 è pari a 504.912 abitanti. Fino all'anno precedente, questo valore in **Sardegna** era tra i più bassi d'Italia e si posizionava sotto i 250.000 abitanti: nel 2016 era pari a 207.267 abitanti. Nel 2017, invece, con 1.653.135 abitanti l'isola presenta la popolazione media regionale più elevata d'Italia, il cui territorio corrisponde appunto alla neonata ATS sarda.

A livello nazionale sono presenti 43 Aziende Ospedaliere e 9 Aziende Ospedaliero-Universitarie integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici). In **Sardegna** sono presenti un'Azienda Ospedaliera (l'AO Brotzu di Cagliari) e due Aziende Ospedaliero-Universitarie (l'AOU di Cagliari e l'AOU di Sassari). Inoltre, nell'isola è presente l'Areus (Azienda regionale per l'emergenza e urgenza) istituita con la Legge regionale n. 23 del 17 novembre 2014, che ha l'obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo nel territorio della Regione il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale. Nell'isola non sono presenti IRCSS pubblici, mentre in Italia ce ne sono 22.

Tabella 14 - Ricognizione degli enti pubblici dei Servizi Sanitari Regionali - Anno 2017

		Italia	Sardegna
Aziende sanitarie locali	Numero ante 502/92	659	22
	Numero al 31/12/95	228	8
	Numero al 30/06/01	197	8
	Numero al 30/06/2015	139	8
	Numero al 30/06/2016	140	8
	Numero al 30/06/2017	120	1
	Popolazione media 2017	504.912	1.653.135
Aziende ospedaliere e Aziende ospedaliere integrate con l'Università (con l'esclusione delle Aziende ospedaliero - universitarie integrate con l'SSN)	Numero al 31/12/1995	81	1
	Numero al 30/06/01	97	1
	Numero al 30/06/15	75	1
	Numero al 30/06/16	44	1
	Numero al 30/06/17	43	1
AO integrate con il SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	Numero al 30/06/17	9	2
IRCSS pubblici	Numero al 30/06/17	22	-
Enti intermedi*	Numero al 30/06/17	17	1

*Tra gli enti intermedi sono qui considerati: AREUS per la Sardegna, le 8 ATS, AREU, l'Agenzia per la Promozione del SSL e l'Agenzia dei Controlli per la Lombardia, l'Azienda Zero per il Veneto, l'EGAS per il Friuli Venezia Giulia, l'A.Li.Sa. per la Liguria, l'Estar per la Toscana, la CRAS per l'Umbria.

Mobilità dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie pubbliche

In Italia la durata media del periodo in cui il Direttore Generale di un'Azienda Sanitaria è rimasto in carica è pari, tra il 1996 e il 2017, a 3,5 anni: 3,8 anni nelle Aziende Ospedaliere e 3,4 anni nelle Aziende Sanitarie Locali.

In **Sardegna** questo periodo di tempo risulta inferiore e si ferma a 2,7 anni: 3,5 anni nelle AO e 2,6 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 d’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. Tuttavia, il Rapporto evidenzia che questo indice risulta progressivamente meno significativo nelle regioni come la **Sardegna** che, nel corso del periodo di osservazione, sono divenute mono-azienda.

Tabella 15 - Durata media in carica dei DG in una data azienda per Regione (1996-2017)

	AO	ASL	Totale complessivo (*)
Sardegna	3,5	2,6	2,7
Italia	3,8	3,4	3,5
* Valore medio calcolato, sia a livello regionale che nazionale, come media aritmetica delle durate medie aziendali			
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)			

Risorse strutturali delle Aziende Sanitarie

Nel 2016 in Italia il numero complessivo delle strutture di ricovero pubbliche è pari a 446, mentre quello delle strutture di ricovero private è pari a 636 (di cui 575 sono private accreditate).

Per quanto riguarda le strutture pubbliche, a livello nazionale sono presenti 344 presidi a gestione diretta e 9 Policlinici Universitari pubblici (ora AO integrate con il SSN). I Policlinici Universitari privati sono complessivamente due, mentre gli IRCCS sono in totale 63, di cui 41 privati - al riguardo, l’aumento degli IRCCS privati (+12 unità) costituisce il risultato delle strategie di specializzazione delle altre tipologie di strutture accreditate, come le case di cura e gli ospedali classificati.

Nel 2016 in **Sardegna** sono presenti complessivamente 25 strutture di ricovero pubbliche: 22 presidi a gestione diretta ASL, un'Azienda Ospedaliera, un'Azienda Ospedaliera + AO integrata con l'Università e due AO integrate con il Servizio Sanitario Nazionale (la Sardegna è una delle 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 16 - Numero di strutture di ricovero per tipologia - Anno 2016

	Italia	Sardegna
Presidi a gestione diretta ASL	344	22
Aziende Ospedaliere	55	1
AO integrate con l'Università	16	
AO (Aziende Ospediere + AO integrate con l'Università)	71	1
AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	9	2
IRCCS pubblici	22	
TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE	446	25
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	485	8
TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE	575	8
Case di cura private non accreditate	61	
TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE	636	8
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)		

Capacità di offerta delle strutture territoriali

Tra il 2001 e il 2013 in Italia il numero dei distretti territoriali è diminuito del 22,4%, passando da 875 a 679, con il conseguente aumento della popolazione media di riferimento, passata da 66.107 nel 2001 a 87.902 nel 2012. La **Sardegna** è una delle poche regioni (insieme a Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Umbria e Provincia Autonoma di Bolzano) in cui il numero dei distretti territoriali 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 1997-2013 in Italia il numero delle strutture territoriali è aumentato del 53,9%, soprattutto grazie all'incremento delle strutture private accreditate, passate da una quota del 33,7% nel

1997 a una percentuale del 54,4% nel 2013. La crescita è dovuta soprattutto all'incremento delle strutture semiresidenziali e residenziali, che nell'arco temporale considerato sono aumentate rispettivamente del 342,8% e del 375,5%.

In **Sardegna** sono presenti complessivamente 620 strutture territoriali. Nel dettaglio, ci sono 362 "ambulatori e laboratori privati", 167 "altre strutture territoriali", 19 "strutture semiresidenziali" e 72 strutture residenziali.

Tabella 17 - Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate - Anno 2012-13 (Elaborazione su dati del rapporto Osservasalute 2018)

	Italia 2012	Italia 2013	Sardegna 2012	Sardegna 2013
Ambulatori e laboratori	9.268	9.214	356	362
Altre strutture territoriali *	5.682	5.694	164	167
Strutture semiresidenziali	2.787	2.886	22	19
Strutture residenziali	6.526	6.834	73	72
Totale strutture territoriali	24.263	24.628	615	620
...di cui privati accreditati	53,4%		44,6%	
* Sono inclusi: centri dialisi ad assistenza limitata, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori materni infantili, centri distrettuali e, ingenerale, strutture che svolgono attività di tipo territoriale.				

Personale del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 2013 in Italia il numero dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale è pari a 626.350 unità, un numero inferiore del 3,8% rispetto al 1997 (650.894 unità) e il valore più basso registrato nel periodo 1997-2013. I dipendenti del SSN rappresentano l'1% della popolazione complessiva, l'1,6% della popolazione attiva (15-65 anni) e il 2,8% degli occupati.

La percentuale degli occupati risulta particolarmente rilevante in **Sardegna**, dove i dipendenti del SSN costituiscono il 3,8% degli occupati, il valore più alto d'Italia.

Il Rapporto analizza la relazione tra infermieri e medici/odontoiatri, che illustra la disponibilità media di infermieri per medico. In Italia questo valore è pari a 2,5 infermieri per medico, mentre in **Sardegna** (come in Sicilia e in Calabria) è inferiore a due unità per ciascuna unità di personale medica del SSN.

Nel 2013 a livello nazionale il numero complessivo di medici di medicina generale (MMG) è pari a 45.203, mentre quello dei pediatri di libera di scelta (PLS) è pari a 7.705. 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 in tutto 1.293, mentre i pediatri di libera di scelta

sono 211. Anche nel 2013 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 questa voce 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 18 - Numero MMG e PLS in Sardegna e in Italia - Anno 2013

	Italia	Sardegna
Numero MMG	45.203	1.293
Numero scelte per MMG	1.160	1.117
% con MMG indennità per attività in forma associativa	70,68%	64,42%
Numero PLS	7.705	211
Numero scelte per PLS	890	771
% PLS con indennità per attività in forma associativa	65,9%	51,2%
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)		

Le attività di ricovero del SSN

Nel periodo 2001-2015 in Italia si è registrato un calo del 28,1% del numero di dimissioni ospedaliere (meno 3.631.534 unità).

L'andamento è stato piuttosto differente tra le prime sette rilevazioni e gli ultimi sette anni: nel periodo 2001-2008 la riduzione era pari al 6,5%, mentre nel periodo 2009-2015 il numero di dimissioni è diminuito del 23,1%. Secondo il Rapporto, la flessione potrebbe essere dovuta, almeno in parte, alla forte spinta per il trasferimento delle prestazioni dal settore ospedaliero a quello territoriale. In particolare, nel 2015 i ricoveri sono diminuiti del 2,3% rispetto al 2014 e del 5,4% rispetto al 2013.

Per quanto riguarda le giornate di ricovero, nel periodo 2001-2015 in Italia sono diminuite del 24,5%. Tra il 2014 e il 2015 si sono ridotte dell'1%. 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 a una del 19,1% del 2006, mentre fra il 2007 e il 2015 sono calate del 6%. In particolare, nel 2015 si è registrato il dato d'incidenza degli accessi in *Day Hospital* più basso rilevato a partire dal 2001, pari al 13%.

La degenza media per acuti in regime ordinario appare tendenzialmente stabile nel periodo monitorato, anche se il valore rilevato nel 2015, pari a 6,85 giornate, è il più alto degli ultimi 15 anni. La degenza media per i ricoveri per riabilitazione in regime ordinario è invece pari a 26,16 giornate, mentre quella per i ricoveri per lungodegenza è pari a 27,21 giornate - nel secondo caso si registra

una marcata riduzione negli ultimi 15 anni: la degenza media è diminuita di 5 giornate rispetto al 2001.

Nel 2015 i ricoveri ospedalieri erogati dal SSN sono stati 8,93 milioni, di cui la maggior parte (il 94,8%) è costituita da ricoveri per acuti, dato sostanzialmente stabile rispetto al 2014 (95%). Rispetto al 2014, resta piuttosto stabile anche la quota di ricoveri SSN per riabilitazione, pari nel 2015 al 3,9% (nel 2014 era pari al 3,8%). Infine, i ricoveri erogati dal SSN per lungodegenza nel 2015 sono rimasti pressoché invariati rispetto al 2014 (-0,77%) e costituiscono una quota molto esigua dei ricoveri totali (1,2%).

Il numero complessivo dei ricoveri erogati dal Servizio Sanitario Regionale della **Sardegna** è superiore a 261 mila. Anche nell'isola la maggior parte riguarda i ricoveri per acuti, che costituiscono il 98% del totale. La percentuale dei ricoveri per riabilitazione si ferma, invece, all'1,3%, mentre quella dei ricoveri per lungodegenza si attesta allo 0,7%.

Tabella 19 - Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività - Anno 2014-15

		Italia 2014	Italia 2015	Sardegna 2014	Sardegna 2015
Ricoveri per acuti	<i>RO</i>	6.486.438	6.398.034	184.252	182.022
	<i>DH</i>	2.194.241	2.069.823	74.006	74.235
	% <i>sul totale</i>	95%	94,8%	98,1%	98%
Ricoveri per riabilitazione	<i>RO</i>	314.715	318.307	2.404	2.452
	<i>DH</i>	34.868	34.106	685	939
	% <i>sul totale</i>	3,8%	3,9%	1,2%	1,3%
Ricoveri per lungodegenza	<i>RO+DH</i>	109.854	110.709	1.873	1.887
	% <i>sul totale</i>	1,2%	1,2%	0,7%	0,7%
Totale ricoveri		9.140.116	8.930.979	263.220	261.535
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)					

In quasi tutte le regioni i ricoveri per riabilitazione sono erogati prevalentemente in regime ordinario (90,3% a livello nazionale), tranne in tre regioni, in cui la percentuale di ricoveri in *Day Hospital* è molto elevata.

La **Sardegna** - insieme a Campania (23,38%) ed Emilia Romagna (18,8%) - è una di queste: nell'isola la percentuale dei ricoveri in *Day Hospital* è pari al 27,7%, il valore più alto d'Italia.

L'analisi dettagliata delle giornate di ricovero erogate nel 2015 evidenzia che in Italia hanno raggiunto il numero di 61,3 milioni. L'80,7% è costituito dalle giornate di ricovero per acuti, il 14,4% dalle giornate di ricovero per riabilitazione e il restante 4,9% dalle giornate di ricovero per lungodegenza. Rispetto al 2014, il numero di giornate di ricovero si è ridotto complessivamente di

0,93 punti percentuali: si riscontra, infatti, un calo delle giornate di ricovero per acuti (-1,2%) e per lungodegenza (-0,9%), che risulta solo parzialmente controbilanciato da un aumento delle giornate di ricovero per riabilitazione (+0,4%).

In **Sardegna** nel 2015 le giornate di degenza superano la cifra di 1,5 milioni. Il 92,6% è costituito dalle giornate di ricovero per acuti (un valore superiore di quasi 12 punti percentuali rispetto alla media nazionale), il 4,4% dalle giornate di ricovero per riabilitazione (un valore inferiore di 10 punti percentuali rispetto alla media italiana) e il 2,9% dalle giornate di ricovero per lungodegenza (un valore inferiore di 2 punti percentuali rispetto alla media nazionale).

Tabella 20 - Ricoveri SSN per regime di ricovero e tipo di attività - Anno 2015 (Fonte rapporto Osservasalute 2018)

		Italia 2014	Italia 2015	Sardegna 2014	Sardegna 2015
Giornate di ricovero per acuti	RO	44.089.980	43.829.193	1.237.189	1.221.359
	DH	6.033.527	5.712.227	211.133	210.089
	% sul totale	80,9%	80,7%	92,9%	92,6%
Giornate di ricovero per riabilitazione	RO	8.276.645	8.326.018	53.799	56.842
	DH	501.122	487.206	9.814	11.216
	% sul totale	14,2%	14,4%	4,1%	4,4%
Giornate di ricovero per lungodegenza	RO+DH	3.038.567	3.012.029	47.815	45.514
	% sul totale	4,9%	4,9%	3,1%	2,9%
Totale giornate di ricovero		61.939.841	61.366.673	1.559.750	1.545.020

Infine, il Rapporto prende in considerazione il peso medio (PM) o Indice di *Case-Mix* (ICM), 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). In base a quest'indicatore, gli indici superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard.

In questo caso si fa riferimento al PM dei soli ricoveri per acuti in regime ordinario, ottenuto come rapporto tra la complessità dei ricoveri ordinari erogati in ogni regione e quella media di tutti gli ospedali nazionali. Nel 2015 il peso medio è pari a 1,17.

Il Rapporto evidenzia che le Regioni contraddistinte da un maggiore PM tendono a evidenziare un tasso di ospedalizzazione (TO) - che esprime 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 1,08 e 106,6 la **Sardegna** rientra nel secondo gruppo, presentando un tasso di ospedalizzazione superiore alla media nazionale.

Appropriatezza organizzativa e clinica

Il Rapporto analizza tre indicatori dell'inappropriatezza organizzativa: la percentuale di dimissioni dai reparti chirurgici con DRG medico (*Diagnosis Related Groups* - termine che indica una categoria di ricoveri ospedalieri dotati di caratteristiche cliniche analoghe e che richiedono, per il loro trattamento, volumi omogenei di risorse ospedaliere); 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.

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 in Italia è passata dal 44,9% del 1998 al 29,2% del 2015.

In **Sardegna** il calo è stato anche maggiore: la percentuale di dimissioni dai reparti chirurgici con DRG medico è, infatti, passata dal 50,1% del 1998 al 36,9% del 2015.

Tra il 1998 e il 2015 è diminuita lievemente su scala nazionale anche la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) per acuti in regime ordinario, che nel 2015 è pari al 10%, mentre nel 1998 raggiungeva il 12,8%. In **Sardegna** la percentuale di ricoveri brevi (1-2 gg) in RO è invece aumentata, passando dal 12,5% del 1998 al 12,3% del 2015.

In Italia la percentuale dei ricoveri oltre-soglia con DRG medico nei pazienti anziani è rimasta pressoché stabile (mostra un calo dello 0,3%): è passata dal 4,6% del 2006 al 4,3% del 2015. In **Sardegna** è invece diminuita in misura maggiore: è passata dal 5,2% del 2006 al 3,6% del 2015. Per quanto riguarda l'inappropriatezza clinica, l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali mostra un peggioramento sia a livello nazionale, sia in ambito sardo.

In Italia questo valore è aumentato del 4% rispetto al 1998, anche se nel 2015 il valore si è fermato al 35,4%, registrando un leggero miglioramento (pari a 0,5 punti percentuali) rispetto all'anno precedente. Questo risultato consolida il trend di riduzione in atto a partire dal 2010 (38,2%; -2,8 punti percentuali).

In **Sardegna** l'incidenza dei parti cesarei sui parti totali è pari al 39,3%, ed è aumentata significativamente rispetto al 1998, quando si fermava al 26%. Inoltre, è cresciuta anche rispetto al 2014, quando il suo valore era pari al 38,5%.

Tabella 21 - Indicatori di appropriatezza organizzativa e clinica delle prestazioni di ricovero per acuti (1998-2015)			
		Italia	Sardegna
% Dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in RO da reparti chirurgici	1998	44,9	50,1
	2015	29,2	36,9

% Ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in RO con DRG medico	1998	12,8	12,5
	2015	10,0	12,7
% ricoveri oltre valore soglia per acuti in regime ordinario per ultra65enni	2006	4,6	5,2
	2015	4,3	3,6
Percentuale parti cesarei sul totale dei parti	1998	31,4	26,0
	2015	35,4	39,3
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)			

Distribuzione dei punti nascita

Nel 2015 in Italia l'81,4% dei punti nascita (PN) si trova in strutture pubbliche, mentre il restante 18,6% in cliniche private e private accreditate.

Rispetto al 2009, i punti nascita sono diminuiti di 154 unità (-23,5%): la diminuzione più elevata è stata registrata nel privato, accreditato e non (-29,6%), mentre nel pubblico il calo risulta un po' inferiore (-21,5%). Nello stesso periodo, la quota complessiva dei punti nascita che superano il valore soglia di 500 parti all'anno è salita di 8,9 punti percentuali, passando dal 63,3% al 72,2%.

Il miglioramento di questo indicatore registrato a livello nazionale non ha interessato la **Sardegna**, dove la quota complessiva dei punti nascita che superano il valore soglia di 500 parti all'anno si ferma al 36,8%, restando ben al di sotto della media nazionale.

Nel 2015 nella regione sono presenti 19 punti nascita, di cui la maggior parte (16) si trova in strutture pubbliche, mentre gli altri tre sono situati in strutture private accreditate.

L'edizione del Rapporto 2017 prende in considerazione un ulteriore parametro: il numero dei punti nascita ogni 1.000 parti registrati dal Piano Nazionale Esiti (PNE), in base al quale valori prossimi a 1,00 per 1.000 neonati indicano una buona capacità di allineamento allo standard ministeriale di 1.000 parti l'anno per PN; valori inferiori a 1,00 segnalano un bacino d'utenza medio per PN superiore alle 1.000 unità; infine, valori al di sopra di 1,00 indicano una ridotta capacità dei PN della regione di raggiungere la soglia fissata dalle linee ministeriali. A livello nazionale nel 2015 si osserva un rilevante miglioramento del valore dell'indice rispetto al 2009, passato da 1,17 a 1,05 per 1.000 neonati. In **Sardegna**, invece, l'indicatore è pari a 1,73 punti nascita ogni 1.000 neonati, il valore più alto d'Italia.

Tabella 22 - Distribuzione dei punti nascita per tipo di istituto - Anno 2014

Punti nascita	Italia 2009	Italia 2014	Sardegna 2014
Strutture pubbliche	530	416	16
Strutture private accreditate	124	88	3
Strutture private non accreditate	11	7	0
Totale punti nascita	665	511	19

% con 500 parti e oltre	63,3	72,2	36,8
Punti nascita per 1.000 neonati	1,17	1,05	1,73
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)			

Attività territoriali

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il Rapporto concentra la sua analisi sulle seguenti attività: guardia medica, specialistica ambulatoriale, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e assistenza erogata da strutture residenziali e semiresidenziali.

Per quanto riguarda l'attività di guardia medica (o "medico di continuità assistenziale", un servizio gratuito per situazioni che rivestono carattere di emergenza e che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi e prefestivi), secondo i dati più recenti relativi al 2013, in Italia sono presenti 2.890 presidi. Si tratta di un valore inferiore del 3,2% rispetto a quello registrato nel 2008, quando erano presenti 2.984 punti di guardia medica.

La **Sardegna** (insieme a Sicilia, Calabria, Puglia e Campania) è una delle cinque regioni in cui è concentrato il 48% di questi presidi.

Con riferimento all'attività di specialistica ambulatoriale, nel 2013 sono state erogate complessivamente 1.340 miliardi di prestazioni, il 5,2% in meno rispetto al 2009 (1.413 miliardi).

La maggior parte delle prestazioni erogate, il 75,8% del totale, rientra nella categoria delle prestazioni di laboratorio (1.016.245.728 prestazioni). Il 12,5% del totale è invece rappresentato da visite specialistiche, mentre circa il 4% è costituito da prestazioni di attività riabilitativa e di diagnostica strumentale e per immagini. In termini intertemporali, tra il 2009 e il 2013 tutte le branche analizzate mostrano un calo, con l'eccezione della radioterapia (+18,4%) e dell'area chirurgica dell'attività clinica (+4,6%).

Anche in **Sardegna** nel 2013 la maggior parte delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate è costituita dalle prestazioni di laboratorio, che sono poco meno di 25,2 milioni. Si tratta tuttavia di un valore inferiore rispetto a quello registrato nel 2009, quando ne sono state erogate 27,6 milioni. Seguono le prestazioni di attività clinica di medicina (circa 4,1 milioni, un valore più basso rispetto ai 4,5 milioni del 2009), e al terzo posto le prestazioni di medicina fisica e riabilitazione (2,2 milioni, in calo rispetto ai 2,6 milioni del 2009).

Tabella 23 - Distribuzione del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale per branca di appartenenza - Anni 2009-2013 (Fonte rapporto Osservasalute 2018)

		Italia	Sardegna
Laboratorio	2009	1.044.000.315	27.608.297
	2013	1.016.245.728	25.193.687
Diagnostica per immagini - Medicina nucleare	2009	2.439.456	56.908
	2013	2.426.574	72.168
Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	2009	59.362.663	1.554.489
	2013	58.419.945	1.430.930
Attività clinica - medicina	2009	130.355.329	4.555.634
	2013	116.106.108	4.164.530
Attività clinica - chirurgia	2009	49.136.735	1.318.490
	2013	51.376.492	1.335.525
Radioterapia	2009	4.523.035	32.972
	2013	5.355.031	126.068
Medicina fisica e riabilitazione	2009	69.764.851	2.638.129
	2013	50.502.553	2.216.223
Altro	2009	54.169.273	1.147.730
	2013	39.941.240	977.931
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)			

Per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) - una forma di assistenza rivolta a soddisfare le esigenze degli anziani, dei disabili e dei pazienti affetti da malattie cronic-degenerative in fase stabilizzata, che presentano una condizione di non autosufficienza -, il Rapporto evidenzia che a livello nazionale nel 2013 sono stati trattati in ADI mediamente 1.206 pazienti ogni 100.000 abitanti, mentre nel 2008 questo valore si fermava a 829 per 100.000. In totale il numero dei casi trattati è pari a 732.780, una cifra significativamente maggiore rispetto ai 494.204 del 2008. Per quanto riguarda la tipologia dei pazienti assistiti, nella maggior parte (83,5%) si tratta di anziani, mentre solo nel 9,4% dei casi si tratta di malati terminali. Infine, l'intensità assistenziale media nazionale è pari a 18 ore per caso trattato, 4 ore in meno rispetto al 2008.

In **Sardegna** sono stati trattati in ADI mediamente 714 pazienti per 100.000 abitanti, per un totale di 11.876 casi. Il 76,8% è rappresentato da anziani, mentre il 18,3% da malati terminali. Le ore di assistenza erogata per caso trattato nell'isola sono superiori alla media nazionale: raggiungono, infatti, le 23 ore.

Tabella 24 - Attività di Assistenza domiciliare integrata - Anno 2013

		Italia 2008	Italia 2013	Sardegna
Casi trattati	<i>Numero</i>	494.204	732.780	11.876
	<i>x 100.000 abitanti</i>	829	1.206	714
	<i>di cui anziani (%) (età > 65)</i>	81	83,5	76,8
	<i>di cui pazienti terminali (%)</i>	9,5	9,4	18,3
Ore di assistenza erogata per caso trattato		22	18	23
(Fonte rapporto Osservasalute 2018)				

Un'altra forma di assistenza territoriale è fornita dalle strutture residenziali e semiresidenziali. In quelle residenziali si offre soprattutto assistenza agli anziani: a livello nazionale queste strutture ospitano 267.084 utenti (l'80,1% del totale), con una media di 224 giornate di assistenza per utente. Nelle strutture semiresidenziali prevale, invece, l'assistenza psichiatrica, che prende in carico 34.456 utenti (pari al 41,8% del totale degli utenti delle strutture semiresidenziali) e richiede, mediamente, 72 giornate per caso trattato.

In **Sardegna** le strutture residenziali offrono assistenza soprattutto ai disabili fisici (859 utenti), con una media di 82 giornate di assistenza per utente. In secondo luogo offrono assistenza agli anziani (697 utenti) con una media di 202 giornate di assistenza per utente, seguiti dai pazienti psichiatrici (491 utenti), con una media di 247 giornate di assistenza per utente, e infine dai disabili psichici (389 utenti), con una media di 158 giornate di assistenza per utente.

Le strutture semiresidenziali, invece, prendono in carico soprattutto i pazienti psichiatrici (505 utenti), con una media di 44 giornate di assistenza per utente. Forniscono poi assistenza ai disabili psichici (67 utenti), con una media di 152 giornate di assistenza per utente, agli anziani (45 utenti), con una media di 102 giornate di assistenza per utente, e ai disabili fisici (9 utenti) con una media di 139 giornate di assistenza per utente.

Tabella 25 - Composizione dell'assistenza erogata dalle strutture residenziali e semiresidenziali - Anno 2013

			Italia	Sardegna
Assistenza psichiatrica	Strutture semiresidenziali	Utenti	34.456	505
		Giornate per utente	72	44
	Strutture residenziali	Utenti	32.129	491
		Giornate per utente	203	247
	Totale	Giornate per utente	275	290
	Strutture semiresidenziali	Utenti	10.157	67
Giornate per utente		164	152	

Assistenza ai disabili psichici	Strutture residenziali	Utenti	10.305	389
		Giornate per utente	279	158
	Totale	Giornate per utente	443	310
Assistenza agli anziani	Strutture semiresidenziali	Utenti	24.111	45
		Giornate per utente	128	102
	Strutture residenziali	Utenti	267.084	697
		Giornate per utente	224	202
	Totale	Giornate per utente	352	304
Assistenza ai disabili fisici	Strutture semiresidenziali	Utenti	13.601	9
		Giornate per utente	187	139
	Strutture residenziali	Utenti	23.895	859
		Giornate per utente	163	82
	Totale	Giornate per utente	350	221

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 di 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 - di conseguenza, maggiori sono i tassi di ospedalizzazione, minore è l'accessibilità e la funzionalità dei servizi.

A livello nazionale, il diabete (13,7 ricoveri ogni 100.000 abitanti), l'asma (6,4 ricoveri ogni 100.000 abitanti), l'influenza nell'anziano (7,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti) e le patologie alcool-correlate (26,9 ricoveri ogni 100.000 abitanti) sono patologie con bassi accessi ai servizi di ricovero. Per quanto riguarda l'influenza dell'anziano, si registra una significativa variazione negli ultimi due anni osservati: il tasso di ospedalizzazione raggiunge nel 2015 un valore più che doppio rispetto a quello registrato nel 2014, passando da 3,6 a 7,6 ogni 100.000 abitanti.

L'insufficienza cardiaca cronica negli anziani è, invece, curata molto spesso in ambito ospedaliero: in media si registrano 1.100,6 ricoveri ogni 100.000 abitanti.

In **Sardegna** i tassi di ospedalizzazione per patologie alcool-correlate (47,9 ricoveri per 100.000 abitanti), per diabete non controllato (22,3 ricoveri per 100.000 abitanti) e per influenza dell'anziano (13,6 per 100.000 abitanti) sono superiori alla media nazionale. Sono invece più bassi rispetto alla media italiana i tassi di ospedalizzazione per asma (5,8 ricoveri per 100.000 abitanti) e per insufficienza cardiaca cronica negli anziani (944,3 ricoveri per 100.000 abitanti).

Tabella 26 - Indicatori proxy di ridotta accessibilità e funzionalità dei servizi territoriali, attività per acuti in strutture pubbliche e private, per 100.000 abitanti (2014-15)

	Italia 2014	Italia 2015	Sardegna 2014	Sardegna 2015
TO per diabete non controllato	14,6	13,7	23,2	22,3
TO per asma nell'adulto	7,5	6,4	9	5,8
TO per influenza nell'anziano	3,6	7,6	11,4	13,6
TO std per patologie correlate all'alcool	29	26,9	52,2	47,9
TO per insufficienza cardiaca (>= 65 anni)	1.161,7	1.100,6	952,2	944,3

SPESA SANITARIA

Nel 2016 il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite è aumentato dell'1,3% rispetto al 2015 e risulta di poco superiore al tasso di crescita della spesa complessiva, pari all'1,1%. Tra il 1990 e il 2016 la spesa sanitaria pro-capite in Italia è aumentata significativamente, passando da 730 euro nel 1990 a 1.899 euro nel 2016.

Il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite in **Sardegna** nel 2016 è cresciuto dell'1,1% rispetto al 2015. Inoltre, tra il 1990 e il 2016 la spesa sanitaria pro-capite nell'isola è quasi triplicata, passando da 695 euro nel 1990 a 2.042 euro nel 2016, il valore più alto registrato nell'intero periodo, superiore anche alla media italiana.

Tabella 27 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite per la gestione corrente, al lordo della mobilità interregionale (1990; 1995; 2000; 2001; 2005; 2010-2015)

Anno	Italia	Sardegna
1990	730	695
1995	840	860
2000	1.223	1.173
2001	1.356	1.288
2005	1.648	1.632
2010	1.836	1.871
2011	1.850	1.932
2012	1.908	2.006
2013	1.882	1.982
2014	1.870	2.020
2015	1.875	2.019
2016	1.899	2.042
2016/2015	1,3%	1,1%
Tasso crescita medio '90/'16	3,9%	4,4%
Tasso crescita medio '95/'01	8,3%	7%
Tasso crescita medio '01/'10	3,4%	4,2%
Tasso crescita medio '10/'16	0,7%	1,8%

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica pro-capite al lordo della mobilità (che si riferisce all'utilizzo delle strutture della Regione) e al netto della mobilità (che fa riferimento alla popolazione residente nella Regione), in **Sardegna** si registrano valori superiori alla media nazionale. Nel 2016 la spesa pro-capite al lordo della mobilità è pari nell'isola a 2.042 euro, mentre a livello

italiano si ferma a 1.899 euro. Inoltre, la spesa pro-capite al netto della mobilità raggiunge in Sardegna i 2.081 euro, mentre a livello nazionale si ferma a 1.899 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 2015-16

		Italia 2015	Italia 2016	Sardegna 2015	Sardegna 2016
Spesa pro-capite (lordo mobilità)	<i>v.a. (Euro)</i>	1.873	1.899	1.983	2.042
	<i>n.i.</i>	100	100,0	105,8	107,5
Spesa pro-capite (netto mobilità)	<i>v.a. (Euro)</i>	1.873	1.899	2.018	2.081
	<i>n.i.</i>	100	100,0	107,7	109,6
Saldo pro-capite mobilità	<i>v.a. (Euro)</i>	0,0	0,0	-34,8	-38,7
Saldo pro-capite mobilità/ spesa pro-capite	%	0%	0,00%	-1,76%	-1,89%

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 dieci anni di crescita quasi costante, rallentata in modo significativo soltanto nel 2013 (9,78%), il valore ha registrato una lieve flessione nel 2015 (10,20%), ma è tornato a salire nel 2016 (10,29%).

Tabella 29 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica (al netto della mobilità) sul PIL regionale - Anni 2004-2016

	Italia	Sardegna
2004	6,22%	10,41%
2005	6,47%	10,91%
2006	6,40%	10,13%
2007	6,42%	10,21%
2008	6,53%	10,41%
2009	6,97%	10,39%
2010	6,90%	10,44%
2011	6,85%	10,36%
2012	7,02%	10,17%
2013	7,00%	9,78%
2014	7,01%	10,25%
2015	6,92%	10,20%
2016*	6,89%	10,29%
*Il dato 2016 del PIL è stimato.		

Spesa farmaceutica pubblica: territoriale e ospedaliera

Nel 2016 la spesa farmaceutica territoriale al netto del *pay-back* a carico delle imprese - *pay-back* della sospensione della riduzione dei prezzi del 5% (settembre 2006), 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; *pay-back* legato allo sfondamento dei tetti di prodotto; *pay-back* relativo agli accordi di rimborso condizionato; *pay-back* relativo alla mancata riduzione del prezzo dei farmaci (Det. AIFA 1525/2015) - e del fondo *ad hoc* per farmaci innovativi è pari a 12.316 milioni di euro (11,16% del FSN), un valore più basso del 2,8% rispetto al 2015. Tra le regioni in cui il tetto dell'11,35% non è stato rispettato c'è la **Sardegna**, dove la spesa farmaceutica territoriale (al netto del *pay-back*) è stata superiore al tetto fissato. Nell'isola la spesa territoriale al netto del *pay-back* a carico delle imprese e del fondo *ad hoc* per farmaci innovativi è pari a 337,40 milioni di euro. Nella regione l'incidenza media della spesa farmaceutica territoriale sul Fondo Sanitario Regionale raggiunge il valore più alto d'Italia, attestandosi al 14,34%.

A livello nazionale nel 2016 la spesa ospedaliera al lordo del *pay-back* a carico delle imprese è pari a 5,4 milioni di euro, l'1,5% in più rispetto al 2015, e assorbe il 4,92% delle assegnazioni per il 2016. Lo sfondamento complessivo registrato nel 2016 è pari a 1.571 milioni di euro: tutte le Regioni (tranne la P.A. di Trento) hanno superato il tetto del 3,5%. Nel 2016 in **Sardegna** la spesa ospedaliera al lordo del *pay-back* a carico delle imprese è pari a 156 milioni di euro. Nella regione l'incidenza media di questa spesa supera quella nazionale (4,92%) attestandosi al 5,27%. Infine, anche in Sardegna il tetto del 3,5% è stato superato: lo sfondamento complessivo nell'isola supera i 52 milioni di euro.

Tabella 30 - La spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera in milioni di euro - Anno 2015-16

		Italia		Sardegna	
		2015	2016	2015	2016
Farmaceutica territoriale	Tetto (11,35%)	12.380,42	12.522,30	333,67	337,40
	Farmaceutica territoriale netto payback	13.414,16	12.316,88	463,88	426,23
	Sfondamento (segno positivo)	1033,74	-205,42	130,20	88,83
	% Variazione su anno prec. (lordo payback)	8,23	-2,76%	11,08	-3,74%
	% Incidenza su FSR	12,30%	11,16%	15,78%	14,34%

Farmaceutica ospedaliera	<i>Tetto (3,5%)</i>	3817,75	3.861,50	102,89	104,04
	<i>Farmaceutica ospedaliera lordo payback</i>	5480,81	5.432,24	171,02	156,78
	<i>Sfondamento (segno positivo)</i>	1663,06	1.570,74	68,13	52,74
	<i>% Variazione anno precedente (lordo Payback)</i>	10,06%	1,48%	11,99%	-6,40%
	<i>% Incidenza su FSR</i>	5,02%	4,92%	5,82%	5,27%

Disavanzo/avanzo sanitario

Dopo aver registrato un avanzo per quattro anni consecutivi nel periodo 2012-2014, nel 2015 il sistema sanitario nazionale ha registrato un disavanzo di 614 milioni di euro.

Questo risultato di esercizio è dovuto principalmente al saldo per la gestione straordinaria delle aziende sanitarie, che pur mantenendo valori negativi, è passato da -397 milioni di euro nel 2014 a -653 milioni di euro nel 2015.

Nel 2016, invece, il sistema sanitario ha riportato nuovamente un risultato di avanzo pari a 329 milioni di euro, attestandosi a valori simili a quelli osservati nel 2013 (avanzo di 333 milioni di euro).

Nel 2016 la **Sardegna** ha riportato il disavanzo peggiore d'Italia, pari a 297 milioni di euro, anche se inferiore al disavanzo di 339 milioni di euro registrato nel 2015. La regione nel 2016 incide sul disavanzo annuale complessivo per quasi il 55%.

Tabella 31 - Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro - Anni 2001-2016

	Italia	Sardegna
2001	4.122	106
2002	2.891	175
2003	2.323	143
2004	5.790	240
2005	5.735	327
2006	4.483	130
2007	3.709	22
2008	3.658	183
2009	3.364	230
2010	2.196	149

2011	1.262	173
2012	-583*	-18*
2013	-333*	-10*
2014	-224*	216
2015	614	339
2016	-329*	297
*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, comprendono 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.

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 2016 la spesa SSN per l’assistenza privata accreditata rappresenta il 18,8% della spesa complessiva del SSN, corrispondente a un valore di 357 euro per abitante. Circa il 40% della spesa complessiva (140 euro pro-capite) è costituito dalla spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accredi-

tate, mentre il 31% si riferisce alla voce “Altra assistenza accreditata”, costituita prevalentemente dall’assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa privata accreditata rappresenta l’11,9% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale e corrisponde a un valore di 242 euro pro-capite. Nel dettaglio, la spesa per i ricoveri ospedalieri in strutture accreditate è pari a 51 euro, quasi un terzo rispetto a quella nazionale. È invece in linea con il valore italiano la spesa specialistica accreditata, pari a 74 euro. Supera la media nazionale (pari a 28 euro) la spesa pro-capite per la riabilitazione accreditata, che equivale a 32 euro. Infine, la spesa per la voce “Altra assistenza accreditata” è inferiore al valore italiano (114 euro), attestandosi a 86 euro.

Tabella 32 - Spesa SSN per l’assistenza sanitaria privata accreditata (euro pro-capite) - Anno 2016

	<i>Italia 2015</i>	<i>Italia 2016</i>	<i>Sardegna 2015</i>	<i>Sardegna 2016</i>
Ospedaliera accreditata	140	140	53	51
Specialistica accreditata	74	74	76	74
Riabilitativa accreditata	28	28	33	32
Altra assistenza accreditata*	109	114	83	86
Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro-capite	350	357	245	242
Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro-capite	1.851	1.899	1.958	2.042
% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata	18,9%	18,8%	12,5%	11,9%

* 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

Nel 2015 le strutture private accreditate hanno erogato il 26,2% delle prestazioni di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale, mentre le strutture pubbliche il 75,8%.

Nel dettaglio, su 8.864.184 dimissioni presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN, il 16% è stato effettuato da case di cura accreditate, il 5,8% da IRCCS e Policlinici privati, mentre il 4,4% da ospedali classificati e istituti qualificati.

In **Sardegna** la percentuale delle prestazioni di ricovero offerta dalle strutture private accreditate nel 2015 è pari al 14%, un valore inferiore rispetto alla media nazionale. Di conseguenza, il restante 86% dei ricoveri è erogato dalle strutture pubbliche.

Assistenza distrettuale privata accreditata

Tra il 1998 e il 2013 il peso del privato in termini strutturali è aumentato, passando dal 38,9% al 54,4%. La crescita è stata caratterizzata da due differenti trend: ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica hanno riportato una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico (-18,7% rispetto a -44,3%); le altre strutture private accreditate, invece, hanno registrato un aumento significativo (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre il numero di quelle pubbliche è rimasto stabile o è diminuito. A livello nazionale, il numero delle strutture pubbliche e private accreditate continua a equivalersi nel caso degli ambulatori e laboratori, con un lieve sbilanciamento a favore del privato accreditato (58,7% vs 41,3%), che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 15 anni. Con riferimento alle strutture residenziali e semiresidenziali, il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i segmenti, che l'ha portato a occupare un ruolo predominante a livello strutturale (78,4% delle strutture residenziali e 66,2% di quelle semiresidenziali).

In **Sardegna** su un totale di 362 ambulatori e laboratori, nel 2013 il 54,4% è costituito dal privato accreditato, una percentuale di poco inferiore a quella della media nazionale. Supera invece il dato italiano la percentuale delle strutture residenziali private accreditate, pari all'83,3% del totale. Il numero delle strutture semiresidenziali private si ferma invece al 42,1%, una percentuale inferiore a quella nazionale. Infine, gli altri tipi di strutture territoriali privati costituiscono in Sardegna il 5,4% del totale, un valore più basso rispetto alla percentuale italiana (12,7%).

Tabella 33 - Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati - Anni 1998-2013

			Italia	Sardegna
Ambulatori e Laboratori	<i>Totale strutture</i>	<i>2013</i>	9.214	362
	% <i>Ambulatori e Laboratori privati accreditati</i>	<i>1998</i>	49,3%	45,7%
		<i>2013</i>	58,7%	54,4%
Strutture residenziali	<i>Totale strutture</i>	<i>2013</i>	6.834	72
	% <i>Strutture residenziali Private accreditate</i>	<i>1998</i>	50,4%	18,2%
		<i>2013</i>	78,4%	83,3%
Strutture semiresidenziali	<i>Totale strutture</i>	<i>2013</i>	2.886	19
	% <i>Strutture semiresidenziali private accreditate</i>	<i>1998</i>	29,6%	7,7%
		<i>2013</i>	66,2%	42,1%
Altri tipi di strutture territoriali	<i>Totale strutture</i>	<i>2013</i>	5.694	167
	% <i>Altre strutture territoriali private accreditate</i>	<i>1998</i>	5,1%	1,0%
		<i>2013</i>	12,7%	5,4%
Totale strutture territoriali	<i>Totale strutture</i>	<i>2013</i>	24.628	620
	% <i>Totale strutture territoriali private accreditate</i>	<i>1998</i>	38,9%	36,3%

<i>creditate</i>	2013	54,4%	44,2%
------------------	------	-------	-------

Il processo di regionalizzazione nel governo dell'assistenza farmaceutica

Il Rapporto analizza le principali politiche regionali di governo dell'assistenza farmaceutica, con particolare riferimento alle compartecipazioni alla spesa farmaceutica in capo ai cittadini. In Italia ne esistono due tipi: il differenziale rispetto al prezzo di riferimento determinato a livello nazionale, e il ticket in quota fissa calcolato come contributo per confezione e/o ticket per ricetta, di competenza regionale.

Le singole regioni, oltre a determinare l'entità della compartecipazione in quota fissa, possono prevedere forme di esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica in grado di limitare o, in alcuni casi, di annullare il pagamento del ticket.

Al 31 luglio 2017 tutte le regioni italiane hanno attivato forme di compartecipazione alla spesa farmaceutica tranne **Sardegna**, Marche e Friuli Venezia Giulia.

A livello nazionale l'incidenza delle compartecipazioni totali sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda (ossia al lordo delle compartecipazioni stesse e di sconti richiesti alla filiera del farmaco) è più che raddoppiata negli ultimi anni, passando dal 6,6% del 2009 al 14,5% del 2016. Nel 2002 la percentuale si fermava al 2,7%.

Anche in **Sardegna** l'incidenza delle compartecipazioni totali sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda è aumentata in modo significativo, pur restando al di sotto della media nazionale: è passata dal 2,1% del 2002 al 3,3% del 2009, fino a raggiungere l'8,8% nel 2016.

Tabella 34 - Incidenza percentuale delle compartecipazioni totali (prezzo di riferimento + ticket in quota fissa) sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda - Anni 2002-2016

	Italia	Sardegna
2002	2,7%	2,1%
2003	5,2%	2,7%
2004	4,4%	1,0%
2005	3,8%	0,7%
2006	3,1%	0,7%
2007	4,2%	1,8%
2008	5,1%	2,4%
2009	6,6%	3,3%
2010	7,6%	4,1%
2011	10,8%	5,9%
2012	12,2%	6,5%
2013	12,8%	7,1%

2014	13,7%	7,9%
2015	14,0%	8,4%
2016	14,5%	8,8%

Forme alternative di distribuzione dei farmaci

La Legge 405/01 ha dato alle singole regioni la possibilità d'implementare forme di distribuzione dei farmaci alternative al canale tradizionale (quello in regime di convenzione), per coprire eventuali disavanzi accertati o stimati. Si tratta di due modalità di dispensazione dei medicinali: la Distribuzione Diretta (DD), che prevede che il farmaco acquistato dalle aziende sanitarie venga distribuito agli assistiti tramite le farmacie interne alle stesse strutture per una somministrazione da effettuarsi al domicilio del paziente, e la Distribuzione in nome e Per Conto (DPC) delle aziende sanitarie, che prevede che il farmaco venga acquistato dalle strutture sanitarie, mentre la dispensazione all'assistito avvenga attraverso l'ausilio delle farmacie convenzionate (il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico avviene in seguito a particolari accordi stipulati tra le regioni o le aziende sanitarie con le principali sigle sindacali/associazioni di categoria).

A livello nazionale, nel periodo 2012-2016 l'incidenza della spesa per i farmaci dispensati in DD e DPC sulla spesa farmaceutica pubblica totale è cresciuta in modo significativo, passando dal 17% del 2012 al 29,3% del 2016. Un trend analogo si registra per l'incidenza della spesa per farmaci erogati attraverso DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale. In particolare il peso delle forme alternative di distribuzione è passato dal 24,9% del 2013 al 45,5% del 2016.

In **Sardegna** l'incidenza della spesa per i farmaci dispensati in DD e DPC sulla spesa farmaceutica pubblica totale è aumentata in misura maggiore rispetto alla media italiana: è passata dal 16,2% del 2012 al 33,5% del 2016. Anche l'incidenza della spesa per farmaci erogati attraverso DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale è cresciuta, passando dal 29,8% del 2013 al 49,7% del 2016.

Tabella 35 - Incidenza percentuale delle forme alternative di distribuzione dei farmaci in fascia A sulla spesa farmaceutica pubblica complessiva e sulla spesa farmaceutica territoriale - Anni 2013-2016

		Italia	Sardegna
Incidenza % DD+DPC sulla spesa farmaceutica pubblica complessiva	2012	17,0%	16,2%
	2013	17,7%	20,8%
	2014	18,7%	22,6%
	2015	25,6%	28,1%
	2016	29,3%	33,5%
Incidenza % DD+DPC sulla spesa farmaceutica territoriale	2013	24,9%	29,8%

	2014	26,6%	32,1%
	2015	38,9%	41,3%
	2016	45,5%	49,7%

Per quanto riguarda la composizione percentuale delle forme alternative di distribuzione, il Rapporto sottolinea che dal 2012 la DD assume sempre valori superiori al 60% sulla spesa totale per farmaci in fascia A distribuiti attraverso queste due tipologie di erogazione. Entrando nel dettaglio, nel 2016 l'incidenza percentuale sulla spesa farmaceutica territoriale della DD si attesta al 33,4%, mentre quella della DPC è pari al 12,1%.

In **Sardegna** entrambi i valori superano la media nazionale: nel 2016 l'incidenza percentuale sulla spesa farmaceutica territoriale della DD è pari al 37,1%, mentre l'incidenza della DPC raggiunge il 12,6%.

Tabella 36 - Spesa regionale (in milioni di euro) per farmaci di fascia A distribuiti attraverso forme alternative di distribuzione e incidenza percentuale di DD e DPC sulla spesa farmaceutica territoriale - Anno 2016

	Italia	Sardegna
Spesa DD + DPC (fascia A)	5.605,4	211,8
Spesa DD (fascia A)	4.110,1	158,2
Spesa DPC (fascia A)	1.495,3	53,6
Inc % DD/spesa territoriale	33,4%	37,1%
Inc % DPC/ spesa territoriale	12,1%	12,6%

Parte IV

La salute in Sardegna nel Rapporto OsMed

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 2017", descrive l'utilizzo dei farmaci da parte della popolazione italiana, a livello nazionale e regionale, nel corso del 2017. Analizza, in particolare, l'assistenza farmaceutica erogata in ambito territoriale e ospedaliero, a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e tramite l'acquisto privato del cittadino.

SPESA FARMACEUTICA COMPLESSIVA E TERRITORIALE

Nel 2017 la spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, è pari a 29,8 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale. In media, la spesa pro-capite ammonta a circa 492 euro. Nel dettaglio, la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, nel 2017 è pari a 21.715 milioni di euro, un valore più basso dell'1,6% rispetto all'anno precedente. Il 59,4% di questa spesa è costituito da quella pubblica (che comprende la spesa per i medicinali erogati in regime di assistenza convenzionata e la spesa per quelli erogati in Distribuzione Diretta e in Distribuzione Per Conto di classe A), che ha raggiunto i 12.909 milioni di euro (213,05 euro pro-capite). Rispetto all'anno precedente, la spesa pubblica ha registrato una riduzione significativa, pari al 6,5%, principalmente a causa della diminuzione della spesa per i farmaci in Distribuzione Diretta e in Distribuzione Per Conto (scesa del 13,7%). Il calo della spesa farmaceutica convenzionata netta risulta invece più contenuto, ed è pari all'1,7%.

La **Sardegna** si configura come la regione con il più alto livello di spesa territoriale complessivo.

Composizione della spesa farmaceutica pubblica e privata

Il Rapporto evidenzia che la spesa erogata dalle regioni in regime di assistenza convenzionata incide per il 35% sulla spesa totale a livello nazionale. Rispetto a questa percentuale, l'Italia appare divisa in due: quasi tutte le Regioni del Nord presentano incidenze inferiori alla media nazionale, mentre le Regioni del Centro e del Sud registrano valori superiori. Al contrario, quando si prende in considerazione la spesa privata sostenuta direttamente dal cittadino, le Regioni del Nord mostrano un'incidenza della spesa maggiore rispetto alla media nazionale e le Regioni del Sud incidenze minori. A livello nazionale la spesa sostenuta per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche incide per il 40% della spesa totale, con il valore massimo del 45,7% che si registra proprio nella regione **Sardegna** e il valore minimo del 32,5% che si riscontra nella Valle d'Aosta - differenze spiegabili anche dal differente impiego delle distribuzioni alternative dei medicinali, quali la Distribuzione Diretta e la Distribuzione Per Conto.

Nel 2017 la spesa farmaceutica totale è pari a 29.464 milioni di euro, mentre in **Sardegna** è pari a 882 milioni di euro.

Nello specifico, in Italia la spesa convenzionata lorda per i farmaci di Classe A-SSN e di classe C raggiunge quasi i 10,5 milioni di euro, ed è pari al 35,4% della spesa farmaceutica complessiva. In **Sardegna** è pari a 305 milioni di euro, il 34,6% della spesa regionale.

A livello nazionale la spesa 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) equivale a 1.317 milioni di euro, pari al 4,5% della spesa, mentre quella per i farmaci di classe C (che prevedono l'obbligo di presentare la prescrizione del medico) corrisponde a 2.874 milioni di euro, pari al 9,8% della spesa totale. In **Sardegna** la spesa per i farmaci di classe A equivale a 22 milioni di euro, pari al 2,5% della spesa regionale. La spesa per i medicinali di classe C raggiunge invece gli 84 milioni di euro, e costituisce il 9,5% della spesa regionale per i farmaci.

I medicinali di automedicazione 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 Italia la spesa per questi farmaci è pari a 3.065 milioni di euro e corrisponde al 10,4% della spesa complessiva. In **Sardegna** si ferma a 67 milioni di euro ed equivale al 7,6% della spesa regionale.

Infine, a livello nazionale la spesa sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche per l'acquisto di medicinali è pari a 11,8 milioni di euro e costituisce il 40% della spesa farmaceutica italiana. In **Sardegna** questa voce di spesa è pari a 403 milioni di euro, una cifra che corrisponde a quasi il 46% della spesa regionale.

Tabella 37 - Composizione della spesa farmaceutica totale - Anno 2017 (Fonte rapporto OSMED 2017)

		Italia	Sardegna
Spesa convenzionata lorda*	€**	10.419	305
	%***	35,4	34,6
Classe A privato	€**	1.317	22
	%***	4,5	2,5
Classe C con ricetta	€**	2.874	84
	%***	9,8	9,5
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	€**	3.065	67
	%***	10,4	7,6
Strutture Pubbliche	€**	11.789	403
	%	40,0	45,7
Totale	€**	29.464	882
*La spesa si riferisce ai farmaci di Classe A-SSN e ai farmaci di classe C (24 milioni di euro) rimborsati dal SSN esclusivamente per i titolari di pensione di guerra diretta vitalizia ai sensi della legge 203/2000			
**Milioni di euro			
***Calcolata sul totale della spesa regionale			

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

Nel 2017 la spesa lorda per l'acquisto dei farmaci di classe A è pari in Italia a 10.418,9 milioni di euro, mentre la spesa pro-capite si attesta a 171,96 euro. A livello nazionale i consumi di questi farmaci sono pari a 972,7 DDD/1000 abitanti al giorno (DDD/1000 abitanti *die*: numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti).

In **Sardegna** la spesa lorda per l'acquisto dei farmaci di classe A nel 2017 è pari a 305,4 milioni di euro, mentre quella pro-capite raggiunge 181,58 euro, un importo più alto di quello nazionale. Il valore dei consumi di questi medicinali nell'isola supera la media italiana, attestandosi a 1.010,4 DDD/1000 *ab die*.

Nel 2017 la spesa pro-capite per l'acquisto dei farmaci di classe C e dei farmaci di automedicazione in Italia è pari a 98,02 euro. In **Sardegna** la spesa pro-capite per l'acquisto dei farmaci di classe C e dei farmaci di automedicazione è più bassa di quella italiana e si ferma a 90,06 euro.

Tabella 38 - Variabilità dei consumi farmaceutici dispensati attraverso le farmacie territoriali, pubbliche e private - Anno 2017

		Italia	Sardegna
--	--	--------	----------

Fascia A rimborsata dal SSN	<i>Spesa lorda Classe A-SSN[^]</i>	10.418,9	305,4
	<i>Spesa lorda pro-capite pesata</i>	171,96	181,58
	<i>Δ % 17-16</i>	-1,3	-3,8
	<i>DDD/1000 ab die pesate</i>	972,7	1.010,4
	<i>Δ % 17-16</i>	0,1	-1,2
Acquisto privato di Classe C, SOP e OTC	<i>Spesa pro-capite pesata</i>	98,02	90,06

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.

Nel 2017 in Italia la spesa farmaceutica pubblica erogata in regime di assistenza convenzionata (al netto di sconti e ticket a carico dei pazienti) è pari a 8.116 milioni di euro. Sono state emesse oltre 580 mila ricette che hanno garantito la dispensazione ai cittadini di 1,1 miliardi di confezioni di medicinali. Nello stesso tempo, il Sistema Sanitario Nazionale ha ottenuto economie derivanti dalla scontistica di legge per un ammontare di 829 milioni di euro, a cui si aggiunge la compartecipazione del cittadino (per un totale di 1,5 miliardi di euro) che è stata acquisita dalle Regioni sotto forma di ticket per ricetta o per confezione solo per il 32,2%. Questa percentuale, che non prende in considerazione le Regioni che non applicano il ticket fisso (ossia **Sardegna**, Marche e Friuli Venezia Giulia), risulta molto variabile a causa delle diverse modalità di applicazione dei ticket regionali.

In **Sardegna** nel 2017 la spesa farmaceutica pubblica erogata in regime di assistenza convenzionata (al netto di sconti e ticket a carico dei pazienti) è pari a 254 milioni di euro. In totale sono state emesse 18.254 ricette, che hanno permesso di fornire ai cittadini quasi 32 mila confezioni di medicinali. Il Sistema sanitario sardo ha ottenuto economie derivanti dalla scontistica di legge per un importo di 24 milioni di euro, a cui si aggiunge la compartecipazione del cittadino pari a 28 milioni di euro.

Tabella 39 - Spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata* - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Ricette (migliaia)	580.705	18.254
Confezioni (migliaia)	1.109.220	31.941
Spesa lorda (milioni)	10.495	306
Sconto (milioni)	829	24
Compartecipazione (milioni)**	1.549	28

Spesa netta (milioni)***	8.116	254
*La spesa è inclusiva dell'ossigeno.		
**Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e sugli equivalenti		
***La spesa netta è ottenuta sottraendo alla spesa lorda lo sconto e il ticket a carico dei pazienti		

La spesa farmaceutica netta erogata in regime di assistenza convenzionata a carico delle Regioni, a livello nazionale nel 2017 è pari a 134 euro pro-capite, l'1,7% in meno rispetto al 2016.

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa farmaceutica netta convenzionata pro-capite è pari a 150,9 euro, un valore ben al di sopra della media italiana, anche se inferiore del 4,3% rispetto a quello registrato nel 2016.

Tabella 40 - Spesa farmaceutica convenzionata - Anno 2017

		Italia	Sardegna
Spesa netta pro-capite	€	134,0	150,9
	Δ% 17/16	-1,7	-4,3
Spesa lorda pro-capite	€	173,2	181,8
	Δ% 17/16	-1,4	-3,9

Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata

In termini di spesa farmaceutica convenzionata a prezzi al pubblico (spesa lorda), la spesa pro-capite nazionale nel 2017 è pari a 171,96 euro. In media per ogni cittadino sono state dispensate dalle farmacie convenzionate 18,3 confezioni di farmaci di classe A-SSN e sono state utilizzate 972,7 dosi di questi medicinali ogni 1000 abitanti al giorno.

In **Sardegna** la spesa pro-capite regionale è più alta della media nazionale (con uno scostamento del 5,6%) e raggiunge 181,58 euro. Anche il consumo dei farmaci di classe A-SSN supera il valore italiano, toccando quota 1.010,4 DDD/1000 *ab die*, mentre le confezioni di medicinali dispensate dalle farmacie convenzionate sono in media 19 per ogni cittadino.

Tabella 41 - Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata di classe ASSN (popolazione pesata) e variabilità regionale

	Italia	Sardegna
Spesa lorda pro-capite	171,96	181,58
Scostamento % dalla media nazionale		5,6
Confezioni pro-capite	18,3	19,0
DDD/1000 <i>ab die</i>	972,7	1.010,4

L'analisi della relazione tra spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata evidenzia che, in generale, la **Sardegna** spende e consuma di più rispetto alla media nazionale: il costo medio di una giornata di terapia è più alto di 2 euro, mentre il consumo medio di farmaci è maggiore di 4 DDD/1000 *ab die*.

Tabella 42 - Variabilità regionale dei consumi farmaceutici in regime di assistenza convenzionata per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa - Anno 2017

Sardegna		2016	2017
Scostamento % dalla media nazionale	<i>DDD/ 1000 ab die</i>	7,53	4
	<i>Costo medio DDD</i>	0,22	2
	<i>Spesa lorda pro-capite</i>	7,77	6
Rango spesa		7	7

Effetto consumi, prezzi e “mix” sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata

Le principali componenti che influenzano la variazione della spesa farmaceutica convenzionata lorda 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 2017 in Italia la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita dell’1,5% rispetto all’anno precedente, soprattutto a causa della riduzione dei prezzi, diminuiti del 2,4%. Il calo è dovuto in parte alla crescita dell’impiego di medicinali a brevetto scaduto, in parte al potenziamento dell’erogazione dei farmaci attraverso i canali alternativi della distribuzione e, infine, allo spostamento della prescrizione verso specialità più costose (effetto mix: +1,1%). I consumi dei farmaci prescritti sono invece rimasti pressoché stabili: hanno registrato un aumento dello 0,1% in termini di DDD (“dosi-definite-giornaliere”).

In **Sardegna** nel 2017 la spesa farmaceutica convenzionata è diminuita del 3,7% rispetto al 2016, soprattutto a causa della riduzione dei prezzi, scesi del 2,8%, ma anche della flessione dei consumi, diminuiti di 1,2 DDD. Nella regione l’effetto mix è invece pari a zero.

Tabella 43 - Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica convenzionata regionale di classe A-SSN: confronto 2017-2016

		Italia 2016	Italia 2017	Sardegna	Sardegna
Spesa lorda 2017 (milioni)		10.581,86	10.418,88	317,40	305,43
Spesa lorda procapite pesata		174,43		188,71	
$\Delta\%$ anno precedente	<i>spesa</i>	-1,87	-1,50	-6,54	-3,70
	<i>DDD</i>	-2,05	0,10	-2,22	-1,20
	<i>prezzi</i>	-1,06	-2,40	-4,72	-2,80
	<i>mix</i>	1,73	1,10	0,04	0,00
$\Delta\%$ costo medio DDD		-3,33	-1,21	-6,80	-2,39

Distribuzione dei consumi e della spesa farmaceutica convenzionata per i farmaci di classe A-SSN

Il Rapporto utilizza come sistema di classificazione dei farmaci il sistema ATC (Anatomica-Terapeutica-Chimica), che raggruppa i principi attivi in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche. Nel 2017 la categoria terapeutica dei farmaci per l'apparato cardiovascolare rappresenta la prima sia in termini di spesa (53,6 euro pro-capite), sia in termini di dosi medie prescritte (466,8 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 32,8 euro e un consumo di 152 DDD/1000 *ab die*.

Al terzo posto si trova la categoria dei farmaci per il sistema nervoso centrale con una spesa pro-capite di 22,4 euro e un consumo di 63,3 DDD/1000 *ab die*.

Anche in **Sardegna** la spesa e i consumi più elevati riferiti ai farmaci di classe A-SSN sono quelli relativi ai medicinali per il sistema cardiovascolare: la spesa pro-capite per l'acquisto di questi medicinali è pari a 58,4 euro (un valore superiore alla media nazionale), mentre i consumi sono pari a 454,7 DDD/1000 *ab die* (un valore inferiore alla media nazionale).

Al secondo posto, anche in questo caso, si trovano i farmaci per l'apparato gastrointestinale, con una spesa pro-capite di 35,6 euro (un valore superiore alla media nazionale) e un consumo di 166,2 DDD/1000 *ab die* (un valore superiore alla media nazionale). Infine, al terzo posto si classificano i farmaci per il sistema nervoso centrale, con una spesa pro-capite di 24,6 euro (un valore superiore alla media nazionale) e un consumo di 71,3 DDD/1000 *ab die* (un valore superiore alla media nazionale).

Tabella 44 - Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa convenzionata lorda pro-capite delle DDD/1000 abitanti die (su popolazione pesata) in regime di assistenza convenzionata per i farmaci di classe A-SSN - Anno 2017

	Italia		Sardegna	
	<i>Spesa lorda pro-capite</i>	<i>DDD/ 1000 abitanti die</i>	<i>Spesa lorda pro-capite</i>	<i>DDD/ 1000 abitanti die</i>
A (apparato gastrointestinale e metabolismo)	32,8	152,0	35,6	166,2
B (sangue ed organi emopoietici)	8,1	86,4	4,5	87,4
C (sistema cardiovascolare)	53,6	466,8	58,4	454,7
D (dermatologici)	0,9	4,1	1,1	4,7
G (sistema genito-urinario e ormoni sessuali)	6,6	39,5	6,5	40,1
H (preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali)	3,8	34,4	3,1	43,2
J (antimicrobici per uso sistemico)	13,1	20,7	13,0	19,5
L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori)	3,9	5,8	4,4	7,0
M (sistema muscolo-scheletrico)	6,1	37,6	8,0	49,1
N (sistema nervoso centrale)	22,4	63,3	24,6	71,3
P (antiparassitari)	0,2	0,9	0,2	1,0
R (sistema respiratorio)	16,4	41,2	18,5	46,5
S (organi di senso)	3,8	20,0	3,5	19,5
V (vari)	0,1	0,1	0,1	0,1
Totale	172,0	972,7	181,6	1.010,4

Acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche

La spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, RSA e penitenziari) nel 2017 è pari a circa 12,1 miliardi di euro, ossia 194,58 euro pro-capite. Questa voce di spesa, costituita dalla spesa per la Distribuzione Diretta (DD) e Per Conto (DPC) di fascia A (pari a 4.793 euro) e da quella sostenuta da ASL, Aziende Ospedaliere, RSA e penitenziari (pari a 7.267 milioni di euro) nel 2017 rappresenta il 40% della spesa farmaceutica totale pubblica e privata. Rispetto al 2016 risulta leggermente più bassa: è in calo dello 0,7%.

In **Sardegna** la spesa per l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche nel 2017 raggiunge il valore più alto d'Italia, pari a 239,64 euro pro-capite, e rappresenta il 45,7% della spesa farmaceutica totale pubblica e privata. Rispetto al 2016 presenta un incremento del 4%. In Italia il consumo dei medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2017 è pari a 158,7 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti, un valore più alto del 4,8% rispetto all'anno precedente. Complessivamente sono state acquistate 4,6 confezioni pro-capite.

In **Sardegna** il consumo dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è invece leggermente diminuito: nel 2017 è pari a 151,1 DDD/1000 *ab die*, un valore più basso della media nazionale e inferiore dello 0,3% rispetto al 2016. Il numero di confezioni acquistate dalle strutture sanitarie regionali dell'isola è di poco maggiore rispetto alla media nazionale ed è pari a 4,7 confezioni pro-capite.

Tabella 45 - Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: 2016-2017 (popolazione pesata)

		Italia 2016	Italia 2017	Sardegna 2016	Sardegna 2017
Spesa SSN pro capite	€	195,84	194,58	233,21	239,64
	Δ% 16-15	8,78		6,13	
	Δ% 17-16		-0,7		4,0
DDD/1000 abitanti <i>die</i>	N.	166,17	158,7	157,26	151,1
	Δ% 16-15	8,61		7,97	
	Δ% 17-16		4,8		-0,3
Confezioni pro-capite			4,6		4,7

L'analisi della relazione tra spesa e consumi dei farmaci dispensati dalle strutture sanitarie pubbliche evidenzia che in **Sardegna** le strutture sanitarie regionali hanno acquistato dosi di medicinali in quantità mediamente inferiori rispetto alla media nazionale, con una spesa pro-capite mediamente più elevata. Nell'isola il costo medio di una giornata di terapia è più alto di 29 euro rispetto alla media nazionale, mentre il consumo medio di farmaci è inferiore di 5 DDD/1000 *ab die*.

Tabella 46 - Variabilità regionale dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per quantità, costo medio di giornata di terapia e spesa - Anno 2017

		Sardegna
Scostamento % dalla media nazionale	DDD/ 1000 <i>ab die</i>	-5
	Costo medio DDD	29
	Spesa lorda pro capite	23
Rango spesa		1

Distribuzione dei consumi e della spesa pro-capite per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche

Nel 2017 le strutture sanitarie pubbliche hanno speso di più per acquistare i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (79,6 euro pro-capite), anche se in termini di consumi è la categoria dei farmaci per il sangue ed organi emopoietici a occupare il primo posto, con 39 dosi ogni 1000 abitanti al giorno.

Nella classifica relativa alla spesa, al secondo posto si trovano i farmaci antimicrobici per uso sistemico (44,4 euro pro-capite), seguiti dalla categoria sangue ed organi emopoietici (26,1 euro pro-capite).

Per quanto riguarda i consumi, al secondo posto si classificano i farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (31 DDD/1000 *ab die*), mentre al terzo i medicinali per il sistema nervoso centrale (22,7 DDD/1000 *ab die*).

In **Sardegna** la spesa segue lo stesso trend osservato a livello nazionale: al primo posto si trovano i farmaci antineoplastici e immunomodulatori (94,3 euro pro-capite, un valore superiore al dato italiano), seguiti dai medicinali antimicrobici per uso sistemico (46,1 euro pro-capite) e dai farmaci per sangue ed organi emopoietici (26,3 euro pro-capite).

Anche in termini di consumi si riscontra lo stesso andamento rilevato a livello italiano: in vetta alla classifica si trovano i medicinali per sangue ed organi emopoietici (43,1 DDD/1000 *ab die*), seguiti dai farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (32,7 DDD/1000 *ab die*) e dai medicinali per il sistema nervoso centrale (22,5 DDD/1000 *ab die*).

Tabella 47 - Distribuzione regionale per I livello ATC della spesa convenzionata lorda pro-capite delle DDD/1000 abitanti die (su popolazione pesata) in regime di assistenza convenzionata per i farmaci di classe A-SSN - Anno 2017

	Italia		Sardegna	
	<i>Spesa lorda pro-capite</i>	<i>DDD/1000 abitanti die</i>	<i>Spesa lorda pro-capite</i>	<i>DDD/1000 abitanti die</i>
A (apparato gastrointestinale e metabolismo)	12,6	31,0	12,6	32,7
B (sangue ed organi emopoietici)	26,1	39,0	26,3	43,1
C (sistema cardiovascolare)	4,9	17,4	5,3	9,2
D (dermatologici)	0,4	12,8	0,4	8,8
G (sistema genito-urinario e ormoni sessuali)	1,9	2,4	2,1	1,9
H (preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali)	4,6	5,5	4,7	4,9
J (antimicrobici per uso sistemico)	44,4	6,5	46,1	5,9
L (farmaci antineoplastici e immunomodulatori)	79,6	9,0	94,3	10,2
M (sistema muscolo-scheletrico)	1,5	4,3	1,7	4,7

N (sistema nervoso centrale)	8,4	22,7	12,1	22,5
P (antiparassitari)	0,0	0,0	0,0	0,0
R (sistema respiratorio)	2,0	2,4	0,8	1,2
S (organi di senso)	3,1	2,6	23,1	2,2
V (vari)	5,1	3,1	10,3	3,7
Totale	194,6	158,7	239,6	151,1

Spesa a carico dei cittadini

La spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per la compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto consegnato al cittadino e il corrispondente prezzo di riferimento), la spesa per i medicinali di fascia A acquistati privatamente e quella per i farmaci di classe C, nel 2017 è pari a 8.806 milioni di euro, il 7,1% in più rispetto al 2016. Secondo il Rapporto, l'incremento sarebbe stato influenzato dall'aumento della spesa per l'acquisto di medicinali per automedicazione (+12,4%) e degli esercizi commerciali (+10,8%), e della spesa per i medicinali di Classe C con ricetta (+8,8%), a cui si aggiunge un lieve aumento della compartecipazione del cittadino (+0,6%).

In Italia 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 sottolinea che la **Sardegna** è una delle tre regioni (insieme a Marche e Friuli Venezia Giulia) che non applicano il ticket su farmaci o confezioni come manovra di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.

In Italia la spesa per la compartecipazione a carico del cittadino nel 2017 è pari a 1.549 milioni di euro (circa 25,6 euro pro-capite), e la sua incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda raggiunge il 14,8%. Rispetto al 2016, l'incremento della spesa per la compartecipazione del cittadino è stato essenzialmente determinato dalla crescita della quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+2,8%), mentre è diminuita la spesa relativa al ticket per ricetta/confezione (-3,7%).

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa per la compartecipazione a carico del cittadino proviene esclusivamente dalla compartecipazione sui medicinali a brevetto scaduto (poiché, come specificato sopra, la regione ha scelto di non applicare il ticket su farmaci) ed è pari a 16,7 euro pro-capite, un valore inferiore rispetto alla media nazionale. L'incidenza di questa voce sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda è pari al 9,2%.

Tabella 48 - Spesa per la compartecipazione a carico dei cittadini - Anno 2017

		Italia	Sardegna
Compartecipazione del cittadino*	<i>Pro-capite €</i>	25,6	16,7
	<i>%**</i>	14,8	9,2
	<i>Δ% 17/16</i>	0,7	0,8
	<i>Ticket fisso (%)***</i>	32,2	0,0
	<i>Quota prezzo di riferimento (%)***</i>	67,8	100,0

* Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto
**Percentuale calcolata sulla spesa lorda.
***Percentuale calcolata sulla compartecipazione totale.

Analisi dei consumi sulla base delle categorie terapeutiche

In questa sezione si analizza l'andamento temporale del consumo medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti (DDD/1000 *ab die*) nel biennio 2016-2017, relativo a 25 categorie di medicinali. I dati si riferiscono sia all'erogazione in regime di assistenza convenzionata, sia all'acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Farmaci oncologici

Nel biennio 2016-2017 in Italia il consumo dei medicinali oncologici è aumentato del 2,8%, passando da 9,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 9,5 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** nel biennio esaminato il consumo di farmaci oncologici ha registrato un lieve aumento (pari allo 0,7%): è passato da 9,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 9,8 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso

In Italia il consumo dei medicinali per l'ipertensione e lo scompenso è diminuito dello 0,3% nel corso del biennio, passando da 371,6 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 370,5 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci è sceso: è passato da 343,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 340,8 DDD/1000 *ab die* nel 2017. In entrambi gli anni i valori sono rimasti al di sotto della media nazionale.

Immunosoppressori e immunomodulatori

A livello nazionale il consumo di questi medicinali è aumentato dell'8,7%, passando da 4,1 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 4,5 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Il consumo di Immunosoppressori e immunomodulatori è cresciuto anche in **Sardegna**, anche se in misura minore: è aumentato del 6,3%, passando da 5,3 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 5,6 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Ipolipemizzanti

A livello nazionale il consumo dei medicinali ipolipemizzanti è cresciuto del 4,8%, passando da 84,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 88,8 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** il consumo di questi farmaci è superiore alla media nazionale ed è cresciuto del 3% durante il biennio considerato, passando da 101,5 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 104,6 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Antiaggreganti e anticoagulanti

In Italia il consumo dei medicinali antiaggreganti e anticoagulanti è aumentato dell'1,7% nel biennio 2016-2017, passando da 90,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 92,3 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci è lievemente aumentato (+0,6%): è passato 98,5 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 99,1 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Antiasmatici

Nel periodo 2016-17 il consumo nazionale di antiasmatici è diminuito dell'1,8%, passando da 34,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 33,6 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci è sceso durante il biennio: è passato da 37,3 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 36,9 DDD/1000 *ab die* nel 2017. In entrambi i casi risulta superiore alla media nazionale.

Farmaci antivirali anti-HCV

In Italia il consumo dei farmaci antivirali anti-HCV è diminuito in modo significativo (-52,3%): è passato da 32,71 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 15,61 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** la flessione raggiunge il 53,2%: il consumo di questi farmaci è passato da 40,50 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 18,96 DDD/1000 *ab die* nel 2017. In entrambi gli anni supera la media italiana.

Antiacidi e antiulcera

A livello nazionale il consumo dei medicinali antiacidi e antiulcera è diminuito dell'1,5%, passando da 81 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 79,8 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** il calo del consumo di questi farmaci risulta più consistente: è passato da 94,4 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 87,2 DDD/1000 *ab die* nel 2017, registrando una flessione del 7,6%. Anche per quanto riguarda questa categoria, i cittadini sardi consumano più medicinali rispetto alla media degli italiani.

Antidiabetici

In Italia il consumo degli antidiabetici è aumentato leggermente (+0,8%), passando da 62,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 62,7 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Nel biennio considerato il consumo di questi farmaci in **Sardegna** supera la media nazionale ed è cresciuto di un ulteriore 2,6%: è passato da 64,9 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 66,7 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Antibiotici

In Italia il consumo di antibiotici è diminuito dell'1,6%, passando da 21,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 21,4 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** è invece cresciuto del 2,5%: è passato da 19,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 19,6 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci antivirali anti-HIV

A livello nazionale il consumo dei farmaci antivirali anti-HIV è rimasto sostanzialmente stabile: si è attestato a 2,4 DDD/1000 *ab die* nel 2016 e a 2,4 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** è cambiato poco: è passato da 2,4 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 2,3 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci per la sclerosi multipla

Nel biennio 2016-17 il consumo di farmaci per la sclerosi multipla in Italia ha registrato una variazione percentuale pari al 28,9%, ed è passato da 0,8 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 1,0 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi medicinali ha mostrato una variazione percentuale rilevante, anche se inferiore alla media nazionale, pari al 17,5%. Nel 2016 era pari a 1,8 DDD/1000 *ab die*, mentre nel 2017 a 2,2 DDD/1000 *ab die*.

Farmaci per l'osteoporosi

In Italia il consumo dei medicinali per l'osteoporosi è aumentato dell'8,5%, passando da 22,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 24,7 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** questi farmaci vengono consumati in misura maggiore rispetto alla media italiana, e il consumo è aumentato ulteriormente durante il biennio preso in considerazione: è passato da 30,1 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 31,9 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Fattori della coagulazione

A livello nazionale il consumo di questi farmaci ha registrato un incremento del 6,3% ed è passato da 7,58 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 8,06 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** il consumo di questi medicinali è rimasto pressoché invariato (-0,1%): è pari a 5,28 DDD/1000 *ab die* nel 2016 e a 5,28 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Vaccini

In Italia l'impiego dei vaccini è tornato a crescere (+36,6%) nel biennio 2016-17: il consumo di questi farmaci è passato da 5,89 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 8,05 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci è aumentato, passando da 5,20 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 6,65 DDD/1000 *ab die* nel 2017. Entrambi i valori restano però al di sotto della media nazionale.

Terapia del dolore

A livello nazionale il consumo dei medicinali per il dolore è rimasto sostanzialmente stabile (+1%): è passato da 6,9 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 7 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** è variato poco: nel 2016 il consumo era pari a 6,8 DDD/1000 *ab die*, mentre nel 2017 a 7 DDD/1000 *ab die*.

Farmaci per i disturbi oculari

Nel biennio 2016-17 in Italia il consumo dei medicinali per i disturbi oculari è rimasto sostanzialmente stabile (+0,5%): è passato da 20,5 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 20,6 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci non ha mostrato variazioni significative (-0,2%), attestandosi a 19,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 e a 19,7 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Antidepressivi

In Italia il consumo degli antidepressivi è cambiato poco durante il biennio: è passato da 39,7 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 40,4 DDD/1000 *ab die* nel 2017, registrando una variazione percentuale dell'1,7%.

In **Sardegna** il consumo di questi medicinali supera la media nazionale e nel biennio considerato è cresciuto dell'1,1%, passando da 43,9 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 44,4 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci per i disturbi genito-urinari

A livello nazionale il consumo dei farmaci per i disturbi genito-urinari è cresciuto del 2,3%, passando da 33,8 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 34,5 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Su valori molto simili si attesta il consumo di questi medicinali in **Sardegna**, che nel 2016 è pari 33,5 DDD/1000 *ab die*, mentre nel 2017 a 34,5 DDD/1000 *ab die*.

Antipsicotici

In Italia il consumo di antipsicotici è aumentato lievemente nel corso del biennio considerato: è passato da 9,1 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 9,3 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** il consumo di questi medicinali è invece leggermente diminuito, passando da 13,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 13 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Antiparkinson

A livello nazionale nel biennio 2016-17 il consumo di medicinali antiparkinson è passato da 5 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 5,1 DDD/1000 *ab die* nel 2017, registrando una variazione percentuale del 2,2%.

In **Sardegna** il consumo di questi farmaci è aumentato in misura maggiore, anche se resta sempre inferiore alla media italiana: è passato da 3,9 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 4,2 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS)

In Italia il consumo di FANS è diminuito del 3,7% tra il 2016 e il 2017. Nel corso del biennio è passato da 19,9 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 19,2 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci si è ridotto: è passato da 30 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 27,5 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci per la tiroide

Nel biennio 2016-17 a livello nazionale il consumo di farmaci per la tiroide è aumentato lievemente, passando da 21,4 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 21,6 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** il consumo di questi medicinali è invece leggermente diminuito: è passato da 28,9 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 28,7 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Farmaci per la fibrosi cistica

A livello nazionale il consumo di medicinali per la fibrosi cistica ha registrato un aumento: è passato da 0,55 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 0,79 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Anche in **Sardegna** il consumo di questi farmaci è cresciuto, passando da 0,12 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 0,15 DDD/1000 *ab die* nel 2017. In entrambi gli anni resta al di sotto della media nazionale.

Farmaci antidemenza

In Italia il consumo di farmaci antidemenza è rimasto sostanzialmente stabile nel biennio considerato: è pari a 2,4 DDD/1000 *ab die* nel 2016 e a 2,4 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna**, invece, è leggermente diminuito: il consumo di medicinali antidemenza è passato da 2,2 DDD/1000 *ab die* nel 2016 a 2,1 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Tabella 49 - Andamento regionale delle DDD/1000 ab die. Confronto anni 2016-2017

	Italia			Sardegna		
	2016	2017	Δ % 17-16	2016	2017	Δ % 17-16
Farmaci oncologici	9,2	9,5	2,8	9,7	9,8	0,7
Farmaci per l'ipertensione e lo scompenso	371,6	370,5	0,3	343,2	340,8	-0,7
Immunosoppressori e immunomodulatori	4,1	4,5	8,7	5,3	5,6	6,3
Ipolipemizzanti	84,7	88,8	4,8	101,5	104,6	3,0
Antiaggreganti e anticoagulanti	90,7	92,3	1,7	98,5	99,1	0,6
Antiasmatici	34,2	33,6	-1,8	37,3	36,9	-1,1
Farmaci antivirali anti-HCV	32,71	15,61	-52,3	40,50	18,96	-53,2
Antiacidi e antiulcera	81,0	79,8	-1,5	94,4	87,2	-7,6
Antidiabetici	62,2	62,7	0,8	64,9	66,7	2,6
Antibiotici	21,7	21,4	-1,6	19,2	19,6	2,5
Farmaci antivirali anti-HIV	2,4	2,4	-0,7	2,4	2,3	-4,6
Farmaci per la sclerosi multipla	0,8	1,0	28,9	1,8	2,2	17,5
Farmaci per l'osteoporosi	22,7	24,7	8,5	30,1	31,9	6,1
Fattori della coagulazione	7,58	8,06	6,3	5,28	5,28	-0,1
Vaccini	5,89	8,05	36,6	5,20	6,65	28,0
Terapia del dolore	6,9	7,0	1,0	6,8	7,0	2,4
Farmaci per i disturbi oculari	20,5	20,6	0,5	19,7	19,7	-0,2
Antidepressivi	39,7	40,4	1,7	43,9	44,4	1,1
Farmaci per i disturbi genito-urinari	33,8	34,5	2,3	33,5	34,5	3,0
Antipsicotici	9,1	9,3	2,4	13,2	13,0	-1,3
Antiparkinson	5,0	5,1	2,2	3,9	4,2	6,9
Farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS)	19,9	19,2	-3,7	30,0	27,5	-8,4
Farmaci per la tiroide	21,4	21,6	1,3	28,9	28,7	-0,4
Farmaci per la fibrosi cistica	0,55	0,79	43,5	0,12	0,15	25,6
Farmaci antidemenza	2,4	2,4	0,6	2,2	2,1	-4,2

Farmaci a brevetto scaduto

Nel 2017 i farmaci a brevetto scaduto rappresentano il 59% della spesa e il 79,4% dei consumi in regime di assistenza convenzionata. I farmaci equivalenti (ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, che non includono quelli che hanno goduto di copertura brevettuale) costituiscono il 15,2% della spesa e il 27,7% dei consumi. La spesa e i consumi dei farmaci a brevetto

scaduto sono in crescita, mentre i consumi e la spesa dei farmaci equivalenti restano pressoché stabili.

La **Sardegna** è una delle regioni nelle quali è stato registrato il livello più basso di spesa per farmaci a brevetto scaduto. Nell'isola l'incidenza di questa voce di spesa sulla spesa farmaceutica convenzionata regionale si ferma infatti al 56,8%, un valore inferiore rispetto alla media nazionale e tra i più bassi d'Italia.

Tabella 50 - Spesa convenzionata regionale dei farmaci a brevetto scaduto* di classe ASSN: confronto 2017-2016

		Italia	Sardegna
Spesa pro-capite pesata	2016	62,7	65,0
	2017	65,8	67,1
% sul totale spesa	2016	55,3	52,9
	2017	59,0	56,8
*Sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso degli anni 2016-2017			

Per quanto riguarda il consumo di farmaci a brevetto scaduto in regime di assistenza convenzionata regionale, nel 2017 la **Sardegna** rientra tra le regioni nelle quali è stato registrato il consumo più basso della nazione, che nell'isola è pari al 78,2%.

Tabella 51 - Consumo in regime di assistenza convenzionata regionale dei farmaci a brevetto scaduto* di classe A-SSN: confronto 2017-2016

		Italia	Sardegna
DDD/1000 abitanti die pesate	2016	744,9	770,7
	2017	772,0	789,9
% sul totale delle DDD	2016	76,7	75,3
	2017	79,4	78,2
*Sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso degli anni 2016-2017			

Infine, nel 2017 in **Sardegna** la spesa per i farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale è pari al 75,3%, mentre quella per i farmaci equivalenti è pari al 24,7%.

Consumo di farmaci a carico del cittadino

Il consumo dei farmaci a carico del cittadino si divide in due categorie: il consumo dei medicinali di classe C, che richiedono l'obbligo di presentare la prescrizione del medico, e il consumo dei farmaci o di "automedicazione", che possono essere acquistati senza ricetta medica.

Quest'ultima categoria viene classificata ulteriormente in due sottocategorie: medicinali OTC (*over the counter*) o "da banco", che possono essere acquistati oltre che in farmacia anche all'interno di altri esercizi commerciali (come le parafarmacie e gli "angoli della salute" presenti negli ipermercati e nei supermercati della grande distribuzione organizzata), e i medicinali SOP (non soggetti a prescrizione medica), che a differenza degli OTC non possono essere oggetto di pubblicità.

Nel 2017 la spesa a carico del cittadino ha superato il valore di 5,6 miliardi di euro. Il 51% (2,9 miliardi) è relativo ai farmaci di classe C con ricetta, mentre il restante 49% (2,7 miliardi) ai farmaci di automedicazione (SOP e OTC). L'aumento dell'8,8% dei medicinali di classe C con ricetta rispetto all'anno precedente è stato determinato principalmente dall'incremento delle quantità (+8,5%), mentre i prezzi e l'effetto mix sono rimasti tendenzialmente stabili: i prezzi hanno registrato un calo dello 0,1%, mentre l'effetto mix una crescita dello 0,3%.

A livello nazionale, per l'acquisto dei medicinali di classe C con ricetta i cittadini nel 2017 hanno speso 47,4 euro a testa, l'8,9% in più rispetto al 2016. Il consumo quotidiano è pari a 183,3 DDD/1000 *ab die*, e anche in questo caso è superiore dell'8,9% rispetto all'anno precedente.

In **Sardegna** la spesa pro-capite per l'acquisto di medicinali di classe C nel 2017 supera la media nazionale, attestandosi a 50 euro. Registra comunque un decremento dell'1,2% rispetto al valore rilevato nel 2016. Anche il consumo quotidiano di questi farmaci da parte dei cittadini sardi è superiore alla media italiana: raggiunge 219,5 DDD/1000 *ab die*, e rimane tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente (-0,1%).

Per quanto riguarda i medicinali di automedicazione (SOP e OTC), in Italia nel 2017 la spesa pro-capite è pari a 50,6 euro, il 12,4% in più rispetto all'anno precedente. È aumentato significativamente (+12,2%) anche il consumo di questi farmaci, che si attesta a 153,8 DDD/1000 *ab die*.

In **Sardegna** la spesa pro-capite per l'acquisto di medicinali di automedicazione è inferiore alla media nazionale: è pari a 40 euro, un valore più basso del 5,3% rispetto al 2016. Al di sotto della media italiana si trova anche il consumo quotidiano di questi farmaci, pari a 120,1 DDD/1000 *ab die*, che registra una flessione del 5% rispetto all'anno precedente.

Tabella 52 - Consumi e spesa per i farmaci di classe C con ricetta e Automedicazione - Anno 2017

		Italia	Sardegna
Classe C con ricetta	<i>Spesa pro-capite</i>	47,44	50,04
	Δ % 17-16	8,9	-1,2
	DDD/1000 <i>ab die</i>	183,3	219,5
	Δ % 17-16	8,9	-0,1
Automedicazione (SOP e OTC)	<i>Spesa pro-capite</i>	50,58	40,02
	Δ % 17-16	12,4	-5,2
	DDD/1000 <i>ab die</i>	153,8	120,1

	$\Delta\%$ 17-16	12,2	-5,0
--	------------------	------	------

Consumo di benzodiazepine, contraccettivi orali e farmaci per la disfunzione erettile

Il Rapporto si concentra sul consumo di tre particolari categorie di farmaci: le benzodiazepine (utilizzate principalmente per il trattamento di disturbi come ansia e insonnia), i contraccettivi orali e i farmaci per la disfunzione erettile.

In Italia tra il 2014 e il 2016 il consumo di benzodiazepine è diminuito, per poi tornare a crescere nel 2017, quando ha raggiunto il valore di 47,9 DDD/1000 *ab die*.

In **Sardegna** il consumo di questi farmaci è superiore alla media nazionale, anche se la regione non rientra tra quelle in cui si riscontrano i consumi più elevati. Tra il 2014 e il 2015 il consumo di benzodiazepine è diminuito significativamente, passando da 57,8 DDD/1000 *ab die* a 50,6 DDD/1000 *ab die*. Nel 2016 è tornato a salire (61,6 DDD/1000 *ab die*), per poi scendere nuovamente nel 2017, quando si è fermato a 60,7 DDD/1000 *ab die*.

In Italia nel periodo considerato il consumo di contraccettivi orali ha avuto un andamento altalenante, fino ad attestarsi a 46,2 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

Pur avendo registrato un calo nel 2015 e nel 2017, in **Sardegna** il consumo di questi farmaci è significativamente più elevato rispetto alla media nazionale in tutti gli anni esaminati, tanto che in questo caso l'isola rientra tra le regioni nelle quali si riscontrano i consumi più alti d'Italia. Nel 2017 il consumo di contraccettivi orali in Sardegna è pari a 111,5 DDD/1000 *ab die*, più del doppio rispetto al livello nazionale.

Infine, in Italia il consumo di farmaci per la disfunzione erettile è tendenzialmente cresciuto (tranne che nel 2015), fino a raggiungere i 3,2 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** il consumo di questi farmaci nel periodo considerato è inferiore alla media nazionale. Anche nell'isola è diminuito nel 2015, per poi tornare a crescere nei due anni successivi. Nel 2017 si attesta a 2,7 DDD/1000 *ab die*.

Tabella 53 - Benzodiazepine, contraccettivi orali e farmaci per la disfunzione erettile, andamento regionale delle DDD/1000 abitanti die territoriali pesate: confronto 2014-2017			
		Italia	Sardegna
Benzodiazepine	2014	47,4	57,8
	2015	40,0	50,6
	2016	44,1	61,6
	2017	47,9	60,7
	$\Delta\%$ 17-16	8,6	-1,5
Contraccettivi orali	2014	50,7	118,9

	2015	40,0	97,9
	2016	43,6	114,7
	2017	46,2	111,5
	$\Delta\%$ 17-16	6,0	-2,8
Farmaci per la disfunzione erettile	2014	2,9	2,3
	2015	2,4	1,9
	2016	2,8	2,6
	2017	3,2	2,7
	$\Delta\%$ 17-16	13,0	1,2

Distribuzione Diretta e Per Conto

In Italia la spesa per i farmaci dispensati attraverso le modalità alternative di erogazione, ovvero la Distribuzione Diretta (DD) e la Distribuzione Per Conto (DPC), nel 2017 è pari a 8.168 milioni di euro.

L'80,1% di questa voce di spesa è costituito dalla Distribuzione Diretta in senso stretto, superiore ai 6,5 milioni di euro, mentre il restante 19,9% dalla Distribuzione Per Conto, pari a 1,6 milioni di euro.

In **Sardegna** la spesa per i farmaci dispensati attraverso la Distribuzione Diretta e La Distribuzione Per Conto raggiunge 315 milioni di euro. L'81% è costituito dalla spesa per i medicinali erogati in DD, pari a 255 milioni di euro. Il restante 19% è rappresentato dalla spesa per i farmaci erogati in DPC, che tocca i 60 milioni di euro.

Tabella 54 - Composizione della spesa regionale per medicinali erogati in Distribuzione Diretta (DD) e in Distribuzione Per Conto (DPC) - Anno 2017

	Italia	Sardegna
DD (milioni di euro)	6.544	255
DPC (milioni di euro)	1.623	60
Totale	8.168	315
Inc% DD	80,1	81,0
Inc% DPC	19,9	19,0

Nota: dati consolidati al 12 aprile 2018, relativi a medicinali con Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)

Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in Distribuzione Diretta e Per Conto

Nel 2017 in Italia la quota principale della spesa per i medicinali erogati in Distribuzione Diretta e Per Conto è rappresentata dai farmaci di classe A (58,7%), con 4.793 milioni di euro. Al secondo posto si trovano i medicinali di classe H (38,8%), che hanno comportato una spesa di 3.167 milioni di euro. Infine, con 207 milioni di euro i farmaci di classe C rappresentano una quota residuale (2,5%).

Anche in **Sardegna** la voce di spesa più cospicua è quella relativa ai medicinali di classe A, che con 182 milioni di euro rappresentano il 57,9% della spesa complessiva per i farmaci erogati in DD e in DPC. Con 124 milioni di euro i medicinali di classe H si classificano al secondo posto (39,4%), mentre al terzo posto si trovano i farmaci di classe C (2,7%), con 9 milioni di euro.

Tabella 55 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in Distribuzione Diretta e Per Conto - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Classe A (milioni di euro)	4.793	182
Classe C (milioni di euro)	207	9
Classe H (milioni di euro)	3.167	124
Totale (milioni di euro)	8.168	315
Inc% A	58,7	57,9
Inc% C	2,5	2,7
Inc% H	38,8	39,4
Nota: dati consolidati al 12 aprile 2018, relativi a medicinali con Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)		

Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale

Nel 2017 in Italia la spesa per i farmaci erogati in ambito ospedaliero e ambulatoriale è pari a 2.911 milioni di euro ed è composta per il 72,8% dalla spesa per i farmaci di classe H, per il 18,8% dai farmaci di classe C e per l'8,8% dai farmaci di classe A.

In **Sardegna** la spesa per i medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale ha raggiunto 55 milioni di euro.

Come avviene a livello nazionale, anche nella regione la spesa relativa ai farmaci di classe H è superiore a quella registrata per i farmaci di classe A e C. Per l'acquisto dei medicinali di classe H, infatti, sono stati spesi 34 milioni di euro, circa il 61% del totale.

Per quelli di classe C sono invece stati spesi 15 milioni di euro, pari al 27% della spesa complessiva. Infine, per i medicinali di classe A sono stati spesi 7 milioni di euro, quasi il 12% della spesa registrata nel 2017.

Tabella 56 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Classe A (milioni di euro)	246	7
Classe C (milioni di euro)	548	15
Classe H (milioni di euro)	2.118	34
Totale (milioni di euro)	2.911	55
Inc% A	8,4	11,9
Inc% C	18,8	27,0
Inc% H	72,8	61,2
Nota: dati consolidati al 12 aprile 2018, relativi a medicinali con Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)		

Parte V

La salute in Sardegna nel Rapporto “Meridiano sanità”

Il Rapporto “Meridiano Sanità - le coordinate della salute” è pubblicato dal gruppo professionale *The European House - Ambrosetti*. Giunto alla tredicesima edizione, nel 2018 affronta le tematiche della salute e delle politiche sanitarie attuate, anche in relazione agli impatti sulla coesione sociale e sulla crescita del Sistema Paese.

LE PATOLOGIE AD ALTO IMPATTO PER IL SISTEMA

Dopo aver descritto la struttura demografica e lo stato di salute della popolazione italiana, il Rapporto si concentra sulle “patologie ad alto impatto per il sistema” (le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie metaboliche), evidenziando che la diffusione di queste patologie richiede un ripensamento profondo dell’assetto organizzativo e del funzionamento del sistema sanitario italiano.

Le malattie cardiovascolari

Storicamente le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia. Nel 2015 hanno causato quasi 240.000 decessi, ossia il 37% di tutte le morti registrate quell’anno nel Belpaese, e l’8,8% in più rispetto al 2014. Nel 43% dei casi le persone morte per malattie cardiovascolari erano di sesso maschile (103.254 decessi), mentre nel restante 57% erano di sesso femminile (136.273 decessi). Negli uomini le malattie ischemiche del cuore hanno costituito la prima causa di morte sia in ambito cardiovascolare (36% dei decessi), sia in generale (5,8% dei decessi). Nelle donne, invece, la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie cerebrovascolari. I decessi riguardano soprattutto la fascia più anziana della popolazione: più del 90% delle morti è stata,

infatti, registrata negli individui con più di 65 anni. A livello nazionale il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari standardizzato per età è pari a 32,9 decessi per 10.000 abitanti.

In **Sardegna**, questo valore non è soltanto inferiore alla media nazionale, ma è anche il più basso d'Italia: nell'isola il tasso di mortalità per malattie cardiovascolari standardizzato per età si ferma a 27,4 decessi per 10.000 abitanti.

Tabella 57 - Mortalità per malattie cardiovascolari (tasso standardizzato per 10.000 abitanti) - Anno 2015		
	Italia	Sardegna
Tasso di mortalità per 10.000 abitanti	32,9	27,4

Le patologie tumorali

Nel 2015 in Italia i tumori si configurano come la seconda causa di morte (hanno provocato oltre 178.000 decessi, 1.000 in più rispetto al 2014) e la prima causa di anni di vita persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura (sono responsabili di oltre 3 milioni di anni di vita persi).

Negli ultimi 15 anni in Italia si è però registrato un significativo aumento della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi di cancro: nel sesso maschile questo valore è passato dal 39% degli anni 1990-94 al 54% degli anni 2005-2009, mentre nel genere femminile è passato dal 55% degli anni 1990-94 al 63% degli anni 2005-2009. Il tasso di sopravvivenza media per tutti i tumori diagnosticati nel 2005-2009 si attesta tra il 58 e il 60%.

In **Sardegna**, invece, tasso di sopravvivenza media per tutti i tumori è decisamente più basso e risulta inferiore al 55% - il valore più basso d'Italia, riscontrabile soltanto in un'altra regione (la Campania).

Lo *screening* per tumore al seno, cervice uterina e colon-retto

Il Rapporto sottolinea che la tempestività della diagnosi è cruciale per aumentare le probabilità di sopravvivere al cancro, e che spesso il merito della diagnosi precoce di alcuni tra i tumori più diffusi va attribuito ai programmi di *screening* forniti dal SSN. Grazie a questi controlli, negli ultimi anni è significativamente diminuita l'incidenza del carcinoma del colon-retto e della cervice uterina (patologie per le quali i test di screening hanno la finalità d'individuare lesioni pre-maligne, che possono essere asportate evitando lo sviluppo successivo del tumore). Attualmente il Servizio Sanitario Nazionale fornisce gratuitamente accertamenti per la diagnosi precoce del tumore al seno (invito a sottoporsi a mammografia ogni 2 anni rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni), del tumore al collo dell'utero (invito alle donne di età compresa tra 25 e 65 anni a effettuare il Pap test ogni 3 anni) e del tumore al colon-retto (ricerca del sangue occulto nelle feci ogni anno per uomini e donne tra i 50 e i 75 anni).

Secondo le ultime rilevazioni PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (2014-2017), oltre 7 donne su 10 di età compresa tra 50 e 69 anni si sono sottoposte a scopo preventivo allo *screening* mammografico: il 54% ha effettuato la mammografia nell'ambito dei programmi organizzati dalle Asl, mentre il 19% per iniziativa personale. La percentuale media di adesione ai programmi di *screening* è pari al 73,5% - un valore costituito dalla percentuale di adesione ai programmi organizzati dalle Asl (pari al 53,8%) e da quella di adesione ai programmi spontanei (pari al 19,2%).

In **Sardegna** la percentuale di adesione ai programmi di *screening* mammografico è simile a quella nazionale, anche se leggermente inferiore: si attesta al 70,1%. La percentuale di adesione ai programmi organizzati dalle Asl nell'isola è pari al 52,6%, mentre l'adesione spontanea è pari al 16,9%.

Per quanto riguarda i programmi di *screening* coloretale, il tasso di copertura medio nazionale nel periodo 2014-2017 è pari al 45,5%. Ciò significa che meno di una persona su due di età compresa tra 50 e 69 anni ha eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto. La maggior parte delle persone che ha aderito al programma di *screening* lo ha fatto nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL (37,4%), mentre l'adesione ai programmi spontanei si ferma al 7,5%.

In **Sardegna** la percentuale di adesione ai programmi di *screening* è inferiore a quella nazionale: la copertura totale è pari al 41,4%, l'adesione ai programmi organizzati dalle Asl è pari al 34,6%, mentre quella spontanea è pari al 6,4%.

Per quanto riguarda la prevenzione del tumore del collo dell'utero, si stima che nel 2014-2017 in Italia circa otto donne su dieci di età compresa tra 25 e 64 anni (79,3%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati. A livello nazionale l'adesione ai programmi organizzati dalle ASL si attesta al 45,3%, mentre l'adesione ai programmi spontanei è pari al 33,4%.

In **Sardegna** la percentuale di adesione ai programmi di *screening* è inferiore a quella nazionale: la copertura totale è pari al 75,4%, l'adesione ai programmi organizzati dalle Asl è pari al 57%, mentre quella spontanea è pari al 17,9%.

Tabella 58 - Copertura dei programmi di screening mammografico, coloretale e cervicale (tassi standardizzati) - Anni 2014-2017

		Italia	Sardegna
Screening mammografico	Copertura screening totale	73,5	70,1
	Copertura screening organizzato	53,8	52,6
	Copertura screening spontaneo	19,2	16,9
Screening coloretale	Copertura screening totale	45,5	41,4
	Copertura screening organizzato	37,4	34,6

	<i>Copertura screening spontaneo</i>	7,5	6,4
<i>Screening cervicale</i>	<i>Copertura screening totale</i>	79,3	75,4
	<i>Copertura screening organizzato</i>	45,3	57,0
	<i>Copertura screening spontaneo</i>	33,4	17,9

Mettendo in relazione l'adesione ai tre programmi di *screening* oncologici (tasso di adesione medio) e la sopravvivenza netta a 5 anni per i tumori della mammella, dell'utero e del colon-retto, emerge che le Regioni del Sud, che presentano tutte tassi di copertura inferiori alla media nazionale, sono anche caratterizzate da tassi di sopravvivenza medi per tutti i tumori più bassi. In media in Italia l'adesione ai tre programmi di *screening* si attesta intorno al 66%, mentre la sopravvivenza netta a 5 anni si colloca tra il 58 e il 59%.

In **Sardegna** l'adesione ai tre programmi di *screening* si aggira intorno al 62%, mentre la sopravvivenza netta a 5 anni si ferma a circa il 55%.

Presenza di reti oncologiche

Un elemento che genera risultati positivi in termini di sopravvivenza al cancro è l'organizzazione del percorso di cura con un'assistenza sanitaria integrata, multidisciplinare e maggiormente centrata sul paziente. Le reti oncologiche rappresentano un modello organizzativo che permette di attuare un approccio integrato e multidisciplinare sia in termini di strategia di cura, sia in termini di offerta adeguata di assistenza, in continuità tra ospedale e territorio e vicino al domicilio. Nonostante ciò, in Italia le reti oncologiche sono attive soltanto in 7 regioni e nella P.A. di Trento, e questo si riflette sulla sopravvivenza dei pazienti: dove la rete si è realizzata, i pazienti colpiti dal cancro presentano tassi di sopravvivenza a 5 anni superiori. Per esempio, se Toscana e Veneto presentano tassi di sopravvivenza rispettivamente pari al 56% e al 55% per gli uomini e al 65% e al 64% per le donne, la **Sardegna** (dove la rete esiste solo "sulla carta") presenta tassi di sopravvivenza pari al 49% per gli uomini e al 60% per le donne.

Le demenze

Le demenze rappresentano una delle priorità di salute pubblica a livello globale: si stima che si verifichi un nuovo caso ogni 3 secondi e che nel mondo ne soffrano 47 milioni di persone. La gestione di queste malattie comporta una spesa complessiva superiore a 800 miliardi di dollari. Tra le varie forme di demenza, la più frequente è la malattia di Alzheimer, che colpisce maggiormente la popolazione ultrasessantacinquenne. La prevalenza della malattia aumenta con l'età e raggiunge il 15-20% nei soggetti di oltre 80 anni. La durata di vita media del paziente affetto da Alzheimer varia dai 3 ai 10 anni in base all'età in cui insorge la malattia (fino a 10 anni per i pazienti che ricevono una diagnosi tra i 60 e 70 anni, e dai 3 anni in giù per i pazienti che ricevono la diagnosi a novan-

t'anni). In Italia il numero delle persone affette da demenza è pari a circa 1 milione, di cui il 60-70% è costituito da malati di Alzheimer. Tra il 2005 e il 2015 il numero di persone colpite da una forma di demenza è aumentato significativamente, passando da 7,5 a 15,6 malati ogni mille abitanti, mentre i pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer sono passati da 4,5 a 9,4 malati ogni mille abitanti.

In **Sardegna** nel 2015 il numero delle persone affette da Alzheimer è pari a 8,6 malati ogni mille abitanti, mentre quello degli individui colpiti da altre forme di demenza è pari a 5,7 malati ogni mille abitanti.

Per quanto riguarda la mortalità associata alle demenze, il Rapporto evidenzia che nel 2015 l'Alzheimer e le altre demenze sono state responsabili di circa 32.000 decessi. La malattia di Alzheimer da sola ha causato 12.000 decessi, due terzi dei quali hanno riguardato le donne. A livello nazionale il tasso standardizzato di mortalità per la patologia è pari a 1,61 per 10.000 abitanti.

In **Sardegna** il tasso standardizzato di mortalità per Alzheimer è maggiore e risulta tra i più alti d'Italia, attestandosi a 2,12 per 10.000 abitanti.

Per la gestione delle demenze, le famiglie possono affidarsi a strutture quali i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD), i Centri diurni e le strutture residenziali, qualora siano presenti. In Italia ci sono 1,9 centri ogni 1.000 abitanti, pari a un numero complessivo di 1.788 strutture (574 CDCD, 553 Centri diurni e 661 strutture residenziali).

In **Sardegna** nel 2017 sono presenti in tutto 39 strutture: 15 CDCD, 6 Centri diurni e 18 strutture residenziali. Nell'isola sono pertanto disponibili 1,6 centri ogni 1.000 abitanti, un valore inferiore rispetto alla media nazionale.

Tabella 59 - Le strutture per le Demenze disponibili a livello regionale e nazionale (ogni 1.000 malati affetti da demenza) - Anno 2017		
	Italia	Sardegna
CDCD	574	15
Centri Diurni	553	6
Strutture residenziali	661	18
Totale	1.788	39
Numero di Centri ogni 1.000 malati affetti da demenza	1,9	1,6

Le malattie metaboliche

Le malattie metaboliche interessano il metabolismo e possono essere provocate da deficienze enzimatiche o ormonali, che a loro volta possono avere una natura genetica o essere causate da cambiamenti nello stile di vita. La malattia metabolica più diffusa è il diabete mellito, che rappre-

senta un problema rilevante non soltanto dal punto di vista sanitario, ma anche dal punto di vista sociale ed economico, poiché comporta la riduzione della produttività e implica ingenti costi per il trattamento della patologia e delle complicanze che vi sono correlate. La prevalenza del diabete in Italia è in continua crescita: è passata dal 3,9% del 2012 al 5,7% del 2017, con un aumento dei casi prevalenti superiore al milione.

In **Sardegna** la prevalenza del diabete mellito nel 2017 è superiore alla media nazionale e si attesta al 6,8%.

Le malattie dell'apparato respiratorio

Le malattie respiratorie, che comprendono polmonite, bronchite, asma e broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO), sono un gruppo di patologie gravi che causano mortalità e morbidità. In particolare la BPCO è una patologia progressiva che provoca un'ostruzione irreversibile delle vie aeree e infezioni del tessuto polmonare, e accresce il rischio di contrarre infezioni di origine virale, batterica o fungina che possono facilitare l'insorgenza di altre patologie dell'apparato respiratorio. In Italia la bronchite cronica affligge circa il 6% della popolazione, pari a 3,5 milioni d'individui. La prevalenza negli anni si è mantenuta sostanzialmente stabile, passando dal 6,2% del 2009 al 5,9% del 2017. In **Sardegna** nel 2017 il tasso di prevalenza della malattia è pari al 7,5%, un valore significativamente più alto della media nazionale e secondo soltanto a quello della Basilicata (7,7%).

In Italia nel 2015 tutte le malattie respiratorie hanno provocato oltre 48.000 decessi. Le malattie croniche delle basse vie respiratorie (tra cui la BPCO e l'asma), hanno causato quasi la metà delle morti, mentre la polmonite è stata responsabile di quasi un quarto dei decessi. I decessi per le malattie croniche delle basse vie respiratorie (22.498 decessi nel 2015) hanno riguardato più gli uomini delle donne (rispettivamente il 58% e il 42%). A livello nazionale il tasso di mortalità per le malattie respiratorie è pari a 3,1 decessi per 10.000 abitanti.

Nel 2015 in **Sardegna** il tasso di mortalità per le malattie respiratorie è leggermente inferiore alla media italiana: si attesta, infatti, al 3%.

Tabella 59 - Mortalità per le malattie croniche delle basse vie respiratorie (tasso standardizzato per 10.000 abitanti) e prevalenza di bronchite cronica (percentuale) - Anni 2015 e 2017		
	Italia	Sardegna
Prevalenza di bronchite cronica nel 2017	5,9	7,5
Mortalità per le malattie croniche delle basse vie respiratorie nel 2015	3,1	3,0

L'antimicrobico-resistenza e le politiche d'immunizzazione

Il Rapporto affronta il problema dell'aumento della diffusione dell'antimicrobico-resistenza (AMR): lo sviluppo, da parte di agenti patogeni (come batteri, funghi, virus e parassiti) della capacità di

resistere all'azione dei farmaci antimicrobici, che pertanto risultano inefficaci e non più in grado di combattere le infezioni generate da questi microrganismi. Si stima che l'AMR, che costituisce un problema globale di salute pubblica ed è dovuto all'uso improprio ed eccessivo degli antimicrobici, sarebbe responsabile di 25.000 decessi l'anno soltanto nell'Unione Europea e di 700.000 decessi in tutto il mondo. Se non verranno adottate contromisure adeguate, a partire dalla riduzione dell'impiego inadeguato di questi farmaci, entro il 2050 l'AMR potrebbe causare il decesso di 10 milioni di persone, un numero superiore ai casi di morte per cancro.

Il Rapporto evidenzia che oltre a mettere in pericolo la salute umana, l'AMR è anche responsabile dell'aumento dei costi dei trattamenti e della riduzione della produttività lavorativa. Si stima che solo nell'Unione Europea l'antimicrobico-resistenza abbia un impatto economico pari a 1,5 miliardi di euro l'anno (cifra che comprende costi sanitari e perdite di produttività).

L'Italia rientra fra i Paesi europei in cui si registra il maggior consumo di antibiotici, anche se le ultime analisi riportate nel Rapporto OsMed 2017 indicano che nel periodo 2013-2017 si è registrata una riduzione dell'uso di questi farmaci pari al 10,8%: il consumo è passato da 24 DDD/1000 *ab die* nel 2013 a 21,4 DDD/1000 *ab die* nel 2017.

In **Sardegna** nel 2017 il consumo di antibiotici è inferiore al livello nazionale e si ferma a 19,6 DDD/1000 *ab die*.

Tabella 60 - Uso di antibiotici (DDD/1000 abitanti die) - Anno 2017		
	Italia	Sardegna
Consumo di antibiotici	21,4	19,6

Nel mese di novembre 2017 è stato pubblicato il “*Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020*” elaborato dal Ministero della Salute insieme all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e ai rappresentanti delle Regioni e delle Società scientifiche. Il Piano individua sei ambiti d'intervento: la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni; l'uso corretto degli antibiotici, compresa l'“*antimicrobial stewardship*”; la formazione; la comunicazione e l'informazione; la ricerca e l'innovazione; il disegno di un percorso per l'azione che comprende obiettivi precisi e azioni, per i quali è previsto un processo di monitoraggio e valutazione basato su indicatori quantitativi misurabili. Per ogni azione indicata nel Piano sono stati definiti obiettivi a medio (2017-2018) e a lungo termine (2017-2020). Il potenziamento dei servizi diagnostici di microbiologia, la formazione degli operatori sanitari, la corretta informazione della popolazione e una ricerca mirata sono state definite “attività indispensabili” per il raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Tra le azioni specifiche e gli obiettivi principali del Piano è compresa l'implementazione concreta del PNCAR a livello regionale, ma ad oggi solo 11 regioni hanno deliberato il recepimento del

Piano Nazionale AMR (Veneto, Lombardia, Campania, Basilicata, Calabria, Liguria, Puglia, Sicilia, Marche, Valle D’Aosta ed Emilia Romagna).

La **Sardegna** (insieme a Piemonte, Toscana, Umbria) è una delle quattro regioni che, pur non avendo deliberato esplicitamente il recepimento del PNCAR, hanno avviato azioni coerenti con gli obiettivi del Piano.

Impatto delle infezioni causate dai batteri resistenti agli antibiotici

Il Rapporto stima in 319 milioni di euro il costo sanitario diretto dell’antimicrobico-resistenza in Italia, ma nel peggiore degli scenari questa somma potrebbe aumentare fino a 1,8 miliardi di euro nel 2050. Inoltre, a questa spesa occorre aggiungere un ulteriore 40% di costi non sanitari.

Nel dibattito sull’AMR va prestata particolare attenzione all’ambiente ospedaliero, dove vengono utilizzare ingenti dosi di antibiotici a scopo profilattico e/o terapeutico. Gli effetti immediati delle infezioni nosocomiali, secondo il Rapporto, devono essere considerate come un prolungamento della degenza ospedaliera e un fallimento terapeutico, che provoca l’incremento del numero dei decessi e il conseguente aumento dei costi sanitari.

Le infezioni ospedaliere rappresentano la complicità più grave e frequente dell’assistenza sanitaria. Si tratta delle infezioni insorte durante l’ospedalizzazione del paziente, oppure appena dopo le dimissioni di quest’ultimo, e che al momento della sua presa in carico non erano clinicamente manifestate oppure in incubazione.

Secondo i dati dell’Istituto Superiore di Sanità, spesso in Italia le infezioni ospedaliere hanno un impatto molto più importante di tante altre malattie. Su 9 milioni di persone che vengono ricoverate negli ospedali italiani, ogni anno si registrano da 450.000 a 700.000 casi d’infezioni ospedaliere, che colpiscono circa il 5-8% dei pazienti ricoverati. Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili e che nell’1% dei casi siano direttamente causa del decesso.

Nell’ultimo decennio in Italia le infezioni associate alle cure mediche sono aumentate: nel 2007 erano pari a 6,9 casi ogni 100.000 dimissioni, mentre nel 2016 sono salite a 12,4 casi ogni 100.000 dimissioni, riportando un incremento del 79%. Le infezioni post-chirurgiche sono invece passate da 144,59 casi ogni 100.000 dimissioni nel 2007 a 233,1 casi ogni 100.000 dimissioni nel 2016, registrando una crescita del 61,2%, nonostante il numero dei ricoveri sia diminuito in modo significativo (3 milioni in meno).

In **Sardegna** nel 2016 il tasso d’infezioni dovute a trattamenti medici è inferiore alla media nazionale e si ferma a 4,4 casi ogni 100.000 dimissioni. Anche il numero delle infezioni post-chirurgiche è più basso del livello nazionale ed è pari a 128,1 casi ogni 100.000 dimissioni.

Tabella 61 - Tasso di infezioni dovute a cure mediche e tasso di infezioni post-chirurgiche (per 100.000 dimissioni) - Anno 2016

	Italia	Sardegna
--	--------	----------

Infezioni dovute a cure mediche	12,4	4,4
Infezioni post-chirurgiche	233,1	128,1

Coperture vaccinali

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ogni anno i vaccini permettono di salvare la vita di 2-3 milioni di persone in tutto il mondo. Soltanto in Italia le vaccinazioni contro difterite, tetano e poliomielite (le tre malattie infettive che registravano la mortalità più elevata nel secolo scorso) avrebbero permesso di evitare oltre 70.000 morti e più di 4 milioni d'infezioni.

Il Rapporto evidenzia che oltre a ridurre i tassi di mortalità e morbosità e a limitare la diffusione di agenti patogeni, i vaccini svolgono anche un ruolo importante nella lotta contro l'antimicrobico-resistenza: l'introduzione dei vaccini contro *Haemophilus Influenzae* (Hib), pneumococco e meningococco, per esempio, ha ridotto la circolazione dei ceppi di questi batteri antibiotico-resistenti. Inoltre, si stima che la vaccinazione universale contro lo pneumococco potrebbe ridurre del 47% il consumo di antibiotici nei bambini di età inferiore a 5 anni. Ciononostante, in molti Paesi europei si continua a registrare un calo delle coperture vaccinali tra adulti e bambini, che ha serie ricadute a livello sanitario, sociale ed economico.

Per fronteggiare questo fenomeno, spesso provocato dalla cosiddetta “*Vaccine Hesitancy*” (“esitazione vaccinale”, ossia la tendenza a ritardare o rifiutare la vaccinazione pur in presenza della disponibilità di questo servizio, alimentata dalla diffusione d'informazioni prive di fondamento scientifico sulla pericolosità dei vaccini, amplificate dall'utilizzo dei social media e del web), nel 2017 l'Italia ha attivato una nuova strategia di prevenzione vaccinale, con l'approvazione del “*Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV)*”, che prevede diversi obiettivi da perseguire a livello nazionale. In particolare, stabilisce la promozione della prevenzione come strumento di sviluppo della società; l'adozione di un approccio di sanità pubblica che riduca le iniquità del sistema; la creazione di un sistema decisionale e d'intervento basato su evidenze di efficacia; la gestione delle sfide relative al rapporto costo-efficacia di interventi, innovazione e *governance*; la promozione di competenze utili a garantire un uso più sapiente delle risorse disponibili tra gli operatori sanitari e la popolazione generale; l'introduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni nell'età pediatrica e adolescenziale con il Decreto Legge 73/2017, poi trasformato nella Legge 119/2017 (recante: “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*”). La norma, in particolare, ha esteso le vaccinazioni obbligatorie da 4 a 10 (poliomielite, difterite, tetano, epatite B, pertosse, *Haemophilus Influenzae* di tipo B, morbillo, parotite, rosolia e varicella), introducendo l'obbligo vaccinale per vaccinazioni raccomandate già presenti in calendario dal 1999.

Con la nuova normativa, le vaccinazioni sono diventate un requisito per l'accesso all'asilo nido e alle scuole per l'infanzia per i bambini nella fascia di età compresa da 0 a 6 anni. L'obbligo non è appli-

cato ai minori di età compresa tra 6 e 16 anni, ma la normativa ha previsto (per tutte le età) un sistema sanzionatorio che si applica in caso d'inadempienza.

Le vaccinazioni pediatriche: copertura vaccinazione anti-polio

Nel 2017 la copertura nazionale per la vaccinazione anti-polio a 24 mesi è pari al 94,5%, e ha registrato un aumento di 1,2 punti percentuali rispetto al 2016. Il valore delle coperture, sebbene in crescita, è ancora lontano dai valori del 2011-2012 (96%). Attualmente 11 regioni raggiungono o superano la soglia del 95% per la vaccinazione anti-polio (nel 2016 erano soltanto 7). La **Sardegna** è una di queste: nell'isola la copertura per la vaccinazione anti-polio a 24 mesi è pari al 96%.

Se si prende in considerazione la copertura a 36 mesi per l'anti-polio (coorte 2014), a livello nazionale la soglia raggiunge il 95,1%. In questo caso le regioni che superano la soglia di sicurezza diventano 12. In **Sardegna** la copertura per la vaccinazione anti-polio a 36 mesi è ancora più alta e raggiunge il 96,6%.

Le vaccinazioni pediatriche: copertura vaccinazione anti-DTP

Nel 2017 la copertura media nazionale per la vaccinazione anti-DTP (difterite, tetano, pertosse) a 24 mesi è pari al 94,6%, e registra un incremento di 1,1 punti percentuali rispetto al 2016. In questo caso le regioni che raggiungono la soglia del 95% sono 13. Anche per quanto riguarda la vaccinazione anti-DTP in **Sardegna** viene raggiunta e superata la soglia raccomandata: nell'isola la copertura vaccinale contro difterite, tetano e pertosse a 24 mesi è pari al 96%.

A livello nazionale la copertura a 36 mesi per la vaccinazione anti-DTP (coorte 2014) raggiunge il 95,1, mentre restano sotto la soglia 9 regioni. In **Sardegna** la copertura per la vaccinazione anti-DTP a 36 mesi cresce ulteriormente, fino a raggiungere il 96,5%.

Le vaccinazioni pediatriche: copertura vaccinazione anti-MPR

Dopo il drastico calo verificatosi tra il 2013 e il 2015, nel 2017 la copertura media nazionale per la vaccinazione anti-MPR (morbillo, parotite, rosolia) a 24 mesi ha proseguito il trend di aumento iniziato nel 2016, fino a raggiungere il 91,6%. Pur essendo cresciuto del 4,4% rispetto al 2016, resta ancora lontano dalla soglia ottimale del 95%. Nel 2017 solo una regione (il Lazio) ha raggiunto il target del 95%, mentre 5 Regioni non arrivano neanche al 90%. In questo caso la copertura vaccinale a 24 mesi in **Sardegna** resta sotto la soglia e si ferma al 92,9%.

Anche se si considera il tasso di copertura per la vaccinazione anti-MPR a 36 mesi si può osservare che in nessuna regione o Provincia Autonoma viene raggiunta la soglia di sicurezza del 95%. Il valore medio di copertura contro morbillo, parotite e rosolia in Italia si ferma al 92,3%. In **Sardegna** la copertura per la vaccinazione anti-MPR a 36 mesi arriva al 93,5%, rimanendo anche in questo caso sotto la soglia del 95%.

Le vaccinazioni pediatriche: copertura vaccinazione anti-pneumococcica

A partire dal 2013 il tasso di copertura della vaccinazione anti-pneumococcica è drasticamente diminuito, tanto da aver perso 4,8 punti percentuali tra il 2013 e il 2017. Nel 2017, il tasso medio di copertura a 24 mesi è pari al 90,9% e registra un aumento del 2,5% rispetto al 2016. Soltanto 3 Regioni hanno superato il livello di copertura ottimale. La **Sardegna** è una di queste: nell'isola la copertura per la vaccinazione anti-pneumococcica a 24 mesi raggiunge il 95,4%.

Il livello di copertura medio nazionale per la vaccinazione anti-pneumococcica a 36 mesi (relativo alla coorte 2014) si ferma al 90,4% e si attesta su un valore leggermente più basso rispetto al livello di copertura a 24 mesi. Anche in questo caso solo tre regioni (Sardegna, Basilicata e Molise) superano la soglia di sicurezza pari al 95% e in sette casi il livello di copertura non raggiunge neanche il 90%. In **Sardegna**, come anticipato, la copertura per la vaccinazione anti-pneumococcica a 36 mesi raggiunge e supera la soglia, attestandosi al 95,1%.

Le vaccinazioni pediatriche: copertura vaccinazione anti-meningococco C

A partire dal 2014 il tasso di copertura per la vaccinazione anti-meningococco C ha registrato un aumento, anche se resta ben al di sotto del livello di copertura target. Nel 2017 la copertura per la vaccinazione a 24 mesi ha raggiunto l'83,1%, un valore più alto di 2,4 punti percentuali rispetto al 2016, ma più basso di 11,9 punti percentuali rispetto alla soglia raccomandata. Anche in **Sardegna** questo valore resta al di sotto della soglia del 95%: nell'isola la copertura vaccinale contro il meningococco C a 24 mesi è pari al 90,1%.

La situazione appare migliore quando si prende in considerazione la copertura a 36 mesi: in questo caso nel 2017 il tasso di copertura per la vaccinazione anti-meningococco C raggiunge un livello pari al 90,4%, e tre regioni superano la soglia del 95%. La **Sardegna** è una di queste: nell'isola la copertura si attesta al 95,1%.

Le vaccinazioni pediatriche: copertura vaccinazioni anti-meningococco B e anti-rotavirus

Dal 2017 il Ministero della Salute ha iniziato a fornire i dati di copertura per due vaccinazioni introdotte gratuitamente dal PNPV 2017-2019 e inserite nei LEA: il vaccino contro il meningococco B e il rotavirus, entrambi da somministrare durante il primo anno di vita. L'obiettivo di copertura per questi due vaccini fissato dal PNPV 2017-2019 è pari al 60% per il 2017, al 75% per il 2018 e al 95% (la soglia ottimale) per il 2019.

Nel 2017 la copertura media nazionale a 24 mesi per la vaccinazione anti-meningococco B è pari al 38,6%. In 8 regioni non ha raggiunto neanche il 10%, mentre in quattro regioni ha superato l'80%. In **Sardegna** il tasso di copertura è lontano dalla soglia raccomandata e risulta inferiore anche alla media nazionale: si ferma, infatti, al 28,7%.

Per quanto riguarda la vaccinazione anti-rotavirus, che viene raccomandata ai bambini a partire dalla sesta settimana di vita, nel 2017 in Italia il livello di copertura a 24 mesi è pari al 14,3%. In

questo caso, 15 regioni non hanno raggiunto nemmeno la soglia del 10%. In **Sardegna** la copertura per la vaccinazione anti-rotavirus è maggiore rispetto al livello nazionale e arriva al 20,9%.

Tabella 62 - Copertura della campagna di vaccinazione anti-polio, anti-DTP, anti-MPR, anti-pneumococcica, anti-meningococco C, anti-meningococco B e anti-rotavirus a 24 mesi e a 36 mesi (percentuale) - Anno 2017			
		Italia	Sardegna
Vaccinazione anti-polio	<i>Copertura a 24 mesi</i>	94,5	96,0
	<i>Copertura a 36 mesi</i>	95,1	96,6
Vaccinazione anti-DTP	<i>Copertura a 24 mesi</i>	94,6	96,0
	<i>Copertura a 36 mesi</i>	95,1	96,5
Vaccinazione anti-MPR	<i>Copertura a 24 mesi</i>	91,6	92,9
	<i>Copertura a 36 mesi</i>	92,3	93,5
Vaccinazione anti-pneumococcica	<i>Copertura a 24 mesi</i>	90,9	95,4
	<i>Copertura a 36 mesi</i>	90,4	95,1
Vaccinazione anti-meningococco C	<i>Copertura a 24 mesi</i>	83,1	90,1
	<i>Copertura a 36 mesi</i>	90,4	95,1
Vaccinazione anti-meningococco B	<i>Copertura a 24 mesi</i>	38,6	28,7
Vaccinazione anti-rotavirus	<i>Copertura a 24 mesi</i>	14,3	20,9

La vaccinazione nell'età adolescenziale: copertura vaccinazione anti-HPV

Il PNPV 2017-2019 ha introdotto la vaccinazione anti-HPV (papilloma virus umano) universale, estendendo l'offerta ai maschi undicenni, con l'obiettivo di prevenire anche alcune forme di tumori HPV-correlati. L'obiettivo di copertura per la popolazione di sesso maschile è pari al 60% nel 2017 e nel 2018, al 75% nel 2019 e al 95% nel 2020, mentre per la popolazione di sesso femminile è pari al 95%.

Secondo i dati del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al 31 dicembre 2017, il livello di copertura per ciclo completo contro il papilloma virus umano si è ridotto sostanzialmente: la copertura fra le dodicenni nate nel 2005 e vaccinate a ciclo completo è pari al 49,9%, 22 punti percentuali al di sotto della coorte delle dodicenni nate nel 2000 e sottoposte al ciclo completo della vaccinazione. Si tratta di un livello ampiamente inferiore rispetto all'obiettivo del 95% fissato già nel PNPV 2012-2014, che ha sancito l'introduzione effettiva della vaccinazione. Solo due regioni presentano tassi di copertura superiore al 70% e al 76%, mentre 8 regioni non raggiungono la soglia del 50% di copertura (nella precedente rilevazione erano 5 regioni). La **Sardegna** è una di queste: nell'isola la copertura per la vaccinazione anti-HPV nel 2017 si ferma al 36,8%.

Per quanto riguarda il tasso di copertura vaccinale anti-HPV per i maschi, la copertura vaccinale media è pari al 15,4%, quindi risulta molto lontana dagli obiettivi previsti dal PNPV 2017-2019, che

identifica una soglia graduale del 60% per il 2017. In **Sardegna** la copertura per la vaccinazione anti-HPV tra i dodicenni maschi è ancora più bassa e si ferma al 4,8%.

Tabella 63 - Copertura della campagna di vaccinazione anti-HPV, coorte 2005 dodicenni vaccinati a ciclo completo (percentuale) - Anno 2017			
		Italia	Sardegna
Vaccinazione anti-HPV	<i>Femmine</i>	49,9	36,8
	<i>Maschi</i>	15,4	4,8

La vaccinazione nell'età adulta: copertura vaccinazione anti-influenzale

Negli ultimi anni in Italia i livelli di copertura per il vaccino antinfluenzale negli over 65 sono diminuiti significativamente: la copertura è passata dal 62,4% della stagione 2010-2011 al 52,7% della stagione 2017-2018, anche se è cresciuta dello 0,7% rispetto alla stagione 2016-2017 (quando si fermava al 52%). Si tratta comunque di un valore ben al di sotto della soglia ottimale del 95%, ma anche della soglia minima del 75%.

In **Sardegna** nella stagione 2017-2018 la copertura per il vaccino antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni è inferiore al livello nazionale e si attesta al 44%.

Se si prende in considerazione la popolazione generale, il livello di copertura medio nazionale per il vaccino antinfluenzale nella stagione 2017-2018 è pari a 15,3%, lo stesso valore riportato nella stagione precedente, ma più basso del 2,6% rispetto ai livelli della stagione 2010-2011. In **Sardegna** anche tra la popolazione generale il tasso di copertura per la vaccinazione antinfluenzale è inferiore alla media nazionale: nella stagione 2017-2018 si ferma al 13,2%.

Tabella 64 - Copertura della campagna di vaccinazione antinfluenzale nella popolazione over 65 e nella popolazione generale (percentuale) - Stagione 2017-2018			
		Italia	Sardegna
Vaccinazione antinfluenzale	<i>Over 65</i>	52,7	44,0
	<i>Popolazione generale</i>	15,3	13,2

La spesa in prevenzione per i vaccini

In Italia nel 2017 la spesa per i vaccini è pari a 487,6 milioni di euro, una cifra corrispondente al 2,2% della spesa totale del SSN per i farmaci. A livello pro-capite, questa voce di spesa è pari a 8,05 euro e rispetto al 2014 è aumentata di circa 3 euro (nel 2014 si fermava a 4,79 euro). La spesa pro-capite più elevata si registra per i vaccini meningococcici (2,71 euro), pneumococcici (1,66 euro) e

batterici e virali in associazione (1,26 euro). Tra il 2014 e il 2017 la spesa pro-capite cresciuta in maniera più significativa è quella relativa ai vaccini meningococcici, aumentata di 2,48 euro. In **Sardegna** nel 2017 la spesa pro-capite per i vaccini è pari a 6,7 euro.

Tabella 64 - Spesa pro-capite per vaccini (euro) - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Spesa pro-capite	8,1	6,7

Le dinamiche della spesa in sanità

Nel 2017 la spesa sanitaria totale italiana, espressa in valore pro-capite, è pari a 2.474 euro. Ha quindi registrato una crescita dell'1% rispetto al valore osservato nel 2016. La componente della spesa pubblica ha un ruolo predominante sul totale della spesa sanitaria: con un valore pro-capite di 1.845 euro, incide nella misura del 74%.

In **Sardegna** la spesa sanitaria totale pro-capite nel 2017 è leggermente inferiore alla media nazionale e si ferma a 2.466 euro. Nell'isola l'incidenza della spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria è maggiore rispetto al livello italiano e raggiunge l'82%. Nella regione l'entità della spesa sanitaria pubblica pro-capite è pari a 2.065 euro, il terzo valore più elevato d'Italia (dopo quello di 2.285 euro registrato nella P.A. di Bolzano e quello di 2.111 euro rilevato in Umbria).

Tabella 65 - Spesa sanitaria totale pro-capite, spesa sanitaria pubblica pro-capite e incidenza della spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale - Anno 2017

		Italia	Sardegna
Spesa sanitaria totale pro-capite	<i>Euro</i>	2.474	2.466
Spesa sanitaria pubblica pro-capite	<i>Euro</i>	1.845	2.065
Incidenza spesa pubblica	%	74	82

Spesa sanitaria privata pro-capite

Nel 2017 in Italia la spesa sanitaria privata delle famiglie, espressa in valore pro-capite, è pari a 629 euro e risulta cresciuta rispetto al 2016, quando si fermava a 593 euro.

In **Sardegna** la spesa sanitaria privata delle famiglie pro-capite è significativamente più bassa rispetto alla media italiana e si ferma a 450 euro.

A livello nazionale nel 2017 il 7,6% della spesa privata delle famiglie pro-capite è costituito dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria dei cittadini, pari a 48 euro (26 euro pro-capite per i farmaci

e 22 euro pro-capite per le prestazioni sanitarie). La spesa pro-capite in compartecipazioni è rimasta invariata rispetto al 2016, mentre è aumentata la spesa pro-capite privata.

La **Sardegna** si caratterizza come la Regione con il livello di compartecipazione pro-capite più basso d'Italia, pari a 31 euro (un valore inferiore rispetto a quello dell'anno precedente). Nell'isola l'incidenza dei ticket sulle prestazioni sanitarie è maggiore di quella dei ticket sui farmaci.

Tabella 66 - Spesa sanitaria privata delle famiglie pro-capite e compartecipazione dei cittadini in termini di ticket sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie (euro) - Anno 2017		
	Italia	Sardegna
Spesa sanitaria privata delle famiglie pro-capite	629	450
Compartecipazione dei cittadini	48	31

La spesa in prevenzione

Nel 2016 in Italia l'incidenza della spesa in prevenzione sulla spesa sanitaria è pari al 4,2%. Tra il 2010 e il 2016 la spesa in prevenzione è rimasta sostanzialmente stabile, registrando un aumento del 2%: è passata da 82,4 euro nel 2010 a 84,1 nel 2016.

In **Sardegna** l'incidenza della spesa in prevenzione sulla spesa sanitaria totale è maggiore rispetto alla media nazionale e si attesta al 4,9%. Il valore della spesa pro-capite in prevenzione nell'isola è pari a 104 euro, un valore più alto rispetto alla media nazionale. Tuttavia, nel periodo compreso tra il 2010 e il 2016 questa voce di spesa è diminuita del 14%.

Tabella 67 - Spesa pro-capite in prevenzione - Anni 2010-2016			
		Italia	Sardegna
Spesa sanitaria pro-capite in prevenzione	2016 (euro)	84,1	104
	Incidenza sulla spesa sanitaria totale (%)	4,2	4,9
	Δ % 2016-2010	2	-14

La spesa farmaceutica

Il Rapporto sottolinea che il 2017 è il primo anno di esercizio dopo che la Legge di Bilancio 2017 ha disposto la riformulazione dei tetti di spesa farmaceutica nei seguenti valori:

- tetto del 7,96% per la spesa farmaceutica convenzionata (inclusi i ticket), in sostituzione del precedente tetto per la spesa territoriale (pari all'11,35%);

- tetto del 6,89% per la spesa farmaceutica per gli acquisti diretti (che include la spesa ospedaliera, la distribuzione diretta dei farmaci in fascia H e la distribuzione diretta e per conto di classe A), in sostituzione del precedente tetto per la spesa ospedaliera (pari al 3,5%).

Il tetto del 7,96% per la spesa farmaceutica convenzionata è stato superato da 7 regioni, compresa la **Sardegna** che riporta uno sfondamento pari all'8,24% e uno scostamento negativo di 8 milioni di euro.

Tabella 68 - Spesa farmaceutica convenzionata - Anno 2017			
		Italia	Sardegna
FSR		111.856	2.998
Tetto 7,96%		8.904	239
Spesa convenzionata		8.430	247
Sfondamento tetto 7,96%	<i>Incidenza sul FSR</i>	7,54%	8,24%
	<i>Scostamento assoluto</i>	205	8

Il tetto di spesa del 6,89% per gli acquisti diretti è stato invece superato da quasi tutte le regioni, con l'eccezione della P.A. di Trento (6,65%) e della Valle d'Aosta (6,30%). In questo caso 8 regioni hanno superato il 9% del proprio FSR per gli acquisti diretti, registrando uno scostamento superiore a 2 punti percentuali rispetto al tetto. Anche in questo caso la **Sardegna** si colloca in fondo alla classifica, riportando uno sfondamento del tetto pari al 9,97% e uno scostamento negativo pari a 92 milioni di euro.

Tabella 69 - Spesa farmaceutica per acquisti diretti - Anno 2017			
		Italia	Sardegna
FSR		111.856	2.998
Tetto 6,89%		7.707	207
Spesa acquisti diretti		9.292	299
Sfondamento tetto 6,89%	<i>Incidenza sul FSR</i>	8,31%	9,97%
	<i>Scostamento assoluto</i>	1.585	92

La **Sardegna** è una delle 7 regioni (insieme a Marche, Puglia, Calabria, Abruzzo, Lazio e Campania) che presentano uno sfondamento in entrambe le componenti della spesa farmaceutica.

Lo stato di salute della popolazione e le performance dei sistemi sanitari

Il Rapporto si prefigge di fornire una valutazione multidimensionale delle performance del sistema sanitario nazionale, attraverso l'analisi e il confronto di diversi indicatori. Generalmente le regioni del Nord guidano la classifica, mentre quelle del Sud si posizionano nella parte inferiore della graduatoria. La **Sardegna** in tutti casi esaminati resta al di sotto della media nazionale.

Stato di salute della popolazione

Per valutare le prestazioni del sistema sanitario in termini di salute della popolazione, il Rapporto prende in considerazione i seguenti indici:

- aspettativa di vita alla nascita (che indica il numero medio atteso di anni che i bambini appena nati vivranno);
- aspettativa di vita in buona salute (che misura il numero di anni di vita alla nascita in buona salute, senza la presenza di limitazioni e disabilità);
- tasso di mortalità infantile (che indica il numero di bambini morti nel primo anno di vita per 10.000 bambini nati vivi nello stesso anno);
- tasso di mortalità standardizzato per età (che quantifica il fenomeno della mortalità al netto delle diverse strutture demografiche delle regioni italiane);
- fattori di rischio per la salute dei bambini (si tratta di un indice composito costruito aggregando i dati sul fumo, sul consumo di frutta e verdura, sulla percentuale d'individui in sovrappeso e obesi e sullo svolgimento di attività fisica per la popolazione di età inferiore ai 15 anni);
- fattori di rischio per la salute degli adulti (indice composito costruito aggregando i dati sul fumo, sul consumo di alcol, sul consumo di frutta e verdura, sulla percentuale d'individui in sovrappeso e obesi e sullo svolgimento di attività fisica per la popolazione di età superiore ai 15 anni);
- tasso di prevalenza standardizzato per patologie croniche "ad alto impatto" (che aggrega i dati di prevalenza delle malattie cardiovascolari, del diabete, del cancro, delle demenze e della broncopneumopatia cronica ostruttiva);
- comorbidità (che fa riferimento alla speranza di vita in buona salute per le persone che sono affette da 3 o più malattie croniche).

La **Sardegna** occupa una posizione preminente in tre degli ambiti considerati nell'analisi.

Innanzitutto, è la Regione con il più basso tasso di mortalità infantile: nell'isola questo valore si ferma a quasi 19 decessi su 10.000 bambini nati vivi, mentre a livello nazionale il tasso è pari a 29 decessi su 10.000 bambini nati vivi.

In secondo luogo, nell'ambito dell'analisi del tasso di prevalenza standardizzato per patologie croniche "ad alto impatto", la **Sardegna** registra i valori più bassi di prevalenza delle malattie cardiovascolari (infarto del miocardio, angina pectoris e altre malattie del cuore).

Per quanto riguarda invece l'indicatore della comorbidità, la **Sardegna** registra un primato negativo: presenta la prevalenza più alta di malattie croniche. Nell'isola, infatti, circa 17,2 persone su 1.000 abitanti dichiarano di soffrire di almeno 3 malattie croniche, mentre la media nazionale si ferma a 12,8 persone su 1.000 abitanti.

Mettendo insieme i risultati ottenuti dall'analisi di tutti gli indicatori, il Rapporto ha elaborato il punteggio medio di ciascuna regione e Provincia Autonoma nell'area: "Stato di salute della popolazione", dove un punteggio maggiore indica performance migliori, mentre un punteggio inferiore segnala la presenza di criticità. La media nazionale è pari a 5,5. La **Sardegna** ottiene un punteggio inferiore, pari a 5,2, nonostante occupi il primo posto nella classifica relativa alla mortalità infantile.

Tabella 70 - Sintesi dell'area "Stato di salute della popolazione" (punteggio 1 = minore, 10 = maggiore)	
P.A. Bolzano	9,4
P.A. Trento	9,1
Lombardia	7,2
Veneto	7,2
Friuli Venezia Giulia	7,0
Piemonte	6,5
Emilia Romagna	6,5
Liguria	6,4
Toscana	6,3
Marche	6,0
Valle d'Aosta	6,0
Italia	5,5
Umbria	5,3
Sardegna	5,2
Lazio	5,1
Abruzzo	4,6
Molise	4,2
Puglia	4,0
Basilicata	3,7
Calabria	3,2
Sicilia	3,0
Campania	2,7

Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione

Il punteggio finale dell'“Indice di mantenimento dello stato di salute” della popolazione è stato calcolato come media dei punteggi ottenuti nelle tre seguenti aree: “Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute”, “Efficienza, efficacia e appropriatezza dell’offerta sanitaria” e “Risorse economiche”.

Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute

Per verificare in quale misura i sistemi sanitari regionali si siano organizzati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, il Rapporto analizza i seguenti *Key Performance Indicator* (KPI):

- tasso di copertura dei programmi di vaccinazione infantile (vaccini per difterite, tetano e pertosse, per epatite B, per morbillo, parotite e rosolia, per poliomelite e per *Haemophilus influenzae* e di tipo B), tasso di copertura dei programmi di vaccinazione per gli anziani (vaccino antinfluenzale) e tasso di copertura dei programmi di vaccinazioni per adolescenti (vaccino per Human Papilloma Virus - HPV);
- copertura dei programmi di *screening* (al seno, alla cervice uterina e al colon-retto);
- attenzione agli anziani (sono stati presi in considerazione gli anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per 10.000 residenti over 65 e i posti letto in strutture residenziali per anziani, pubblici e privati);
- emigrazione sanitaria (misurata attraverso il tasso di mobilità passiva, cioè il rapporto tra il numero di ricoverati in una regione diversa da quella di residenza e il totale dei residenti nella regione che hanno subito un ricovero);
- accesso all’innovazione farmaceutica (misurato attraverso la spesa pro-capite di farmaci innovativi);
- informatizzazione dei servizi sanitari (misurata attraverso la quota di popolazione di età pari o superiore a 14 anni che ha usato Internet negli ultimi 12 mesi per accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico sul totale delle persone di età pari o superiore a 14 anni che hanno usato internet negli ultimi 12 mesi per relazionarsi per uso privato con la PA o con i gestori dei servizi pubblici).

In questo caso il ruolo della **Sardegna** non risulta preminente, né in positivo, né in negativo. Dalla combinazione di tutti gli indicatori presi in considerazione, il Rapporto ha elaborato il punteggio medio di ciascuna regione e Provincia Autonoma nell’area: “Capacità di risposta ai bisogni di salute”. La media nazionale è pari a 5,7. Il punteggio della **Sardegna** anche stavolta risulta inferiore al livello italiano e si ferma a 5,2.

Tabella 71 - Sintesi dell'area "Capacità di risposta ai bisogni di salute" (punteggio 1-10)	
Emilia Romagna	8,2
Lombardia	7,8
Toscana	7,4
Veneto	6,9
Piemonte	6,8
Umbria	6,4
Friuli Venezia Giulia	6,0
P.A. Trento	5,9
Liguria	5,8
Italia	5,7
Lazio	5,3
Sardegna	5,2
Sicilia	5,1
Molise	5,1
Marche	5,0
Basilicata	5,0
Puglia	4,8
P.A. Bolzano	4,8
Campania	4,7
Abruzzo	4,6
Valle d'Aosta	4,4
Calabria	3,8

Efficienza, efficacia e appropriatezza dell'offerta sanitaria

Per valutare il livello di efficacia, efficienza e appropriatezza dei servizi erogati dal sistema sanitario, sono stati esaminati i seguenti indicatori dell'adequazione di prescrizioni, prestazioni e ricoveri:

- efficacia delle cure (misurata attraverso la mortalità a 30 giorni a seguito del ricovero per infarto acuto del miocardio e la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro per uomini e donne);
- immigrazione sanitaria (*proxy* dell'attrattività di un sistema sanitario misurata attraverso il tasso di mobilità attiva, cioè il rapporto tra il numero di pazienti residenti in altre Regioni dimessi e il totale di pazienti dimessi nella Regione. Sono state considerate le attività per acuti in regime ordinario e diurno, attività di riabilitazione in regime ordinario e diurno, attività di lungodegenza);
- appropriatezza delle prescrizioni, delle prestazioni e dei ricoveri (indicatore misurato con: il volume di antibiotici prescritti espresso in dosi definite giornaliere, come *proxy* dell'appropriatezza prescrittiva; il tasso di ospedalizzazioni evitabili per BPCO, asma e diabete senza complicanze, che misura l'appropriatezza dei ricoveri e la percentuale di parti cesarei, come *proxy* di appropriatezza di prestazioni sanitarie);
- tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri (percentuale media dei posti letto occupati al giorno, calcolata come le giornate di degenza registrate in un anno sul numero di posti letto disponibili in un anno);
- degenza media standardizzata per *case mix* (il numero totale di giornate di degenza per il numero di ricoveri standardizzato per patologia - la standardizzazione permette di eliminare distorsioni dovute alla diversa complessità dei casi trattati - e degenza media preoperatoria, indicatore di efficienza organizzativa, calcolato come il rapporto fra il totale delle giornate intercorse tra la data di ricovero e la data d'intervento e il totale dei dimessi);
- tempi di attesa per intervento chirurgico (valutati attraverso il numero mediano di giorni di attesa per gli interventi di frattura di tibia/perone e frattura del collo del femore corretti per la gravità della frattura stessa; e tempi di attesa per ricovero oncologico non urgente, valutati considerando i giorni di attesa per il ricovero per tumore al polmone, al colon-retto, all'utero, alla mammella e alla prostata).

In questo caso il ruolo della **Sardegna** spicca (in negativo) nell'ambito dell'immigrazione sanitaria, in quanto l'isola presenta i tassi più bassi di mobilità attiva (insieme a Campania, Calabria e Sicilia). Sulla base dei risultati ottenuti dall'analisi di tutti gli indicatori, il Rapporto ha elaborato il punteggio medio di ciascuna regione e Provincia Autonoma nell'area: "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria". La media nazionale è pari a 6,2. Il punteggio della **Sardegna** in questo caso non è solo inferiore al livello nazionale, ma si colloca al penultimo posto della classifica. Con un punteggio di 3,5, si posiziona al di sopra soltanto della Campania (2,8).

Tabella 72 - Sintesi dell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" (punteggio 1-10)	
Emilia Romagna	7,8
Toscana	7,7
P.A. Trento	7,7
Umbria	7,3
P.A. Bolzano	7,3
Liguria	6,5
Lombardia	6,5
Valle d'Aosta	6,4
Marche	6,4
Piemonte	6,3
Friuli Venezia Giulia	6,3
Italia	6,2
Veneto	6,1
Lazio	5,8
Molise	5,5
Abruzzo	5,5
Basilicata	4,9
Puglia	4,2
Calabria	4,0
Sicilia	3,9
Sardegna	3,5
Campania	2,8

Risorse economiche

Per valutare l'entità delle risorse economiche dei diversi sistemi sanitari, il Rapporto utilizza i seguenti KPI:

- spesa pubblica pro-capite (l'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data Regione, e di conseguenza dell'intera nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un determinato periodo di riferimento);
- spesa pubblica pro-capite in attività di prevenzione (un indicatore importante perché l'adozione oggi di misure volte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare, domani, alla riduzione del numero di persone da curare);
- compartecipazione del cittadino alle spese sanitarie (misurata come la spesa sostenuta da ogni singolo cittadino, a parità di potere d'acquisto, per i ticket sui farmaci e le visite specialistiche per accedere alle cure);
- rinuncia a spese sanitarie per motivi economici (*proxy* del numero di cittadini che in virtù del basso reddito disponibile hanno dovuto rinunciare a cure mediche e visite specialistiche);
- disavanzo sanitario pro-capite (calcolato come il risultato di esercizio delle regioni prima delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi);
- investimenti in sanità (espressi con la quota già sottoscritta in progetti d'investimento delle risorse messe a disposizione dallo Stato).

La **Sardegna** si mette in luce (in negativo) nell'ambito della rinuncia alle cure per motivi economici: nell'isola (come in Calabria, Puglia, Sicilia, Abruzzo e Lazio) la percentuale dei cittadini che rinuncia a curarsi per questioni economiche supera il 12%, mentre in alcune regioni del Nord risulta significativamente più bassa (nella P.A. di Trento è pari al 2,5% e nella P.A. di Bolzano al 3,2%).

Per quanto riguarda l'efficienza della gestione, il disavanzo complessivo del Paese nel 2016 è leggermente diminuito rispetto all'anno precedente, passando da una perdita pro-capite di 17,8 euro per cittadino a una di 16,7 euro per cittadino. Nel 2016 dieci regioni hanno registrato un risultato positivo, ma la **Sardegna** non è una di queste. Al contrario, insieme alla P.A. di Bolzano e alla Valle d'Aosta l'isola è una delle tre regioni che hanno accumulato le perdite più elevate, registrando un disavanzo superiore ai 170 euro pro-capite.

Dall'analisi del punteggio medio di ciascuna regione e Provincia Autonoma nell'area: "Risorse economiche", ottenuto mettendo insieme i risultati di tutti gli indicatori presi in considerazione, emerge che il valore della media nazionale è pari a 6,3. Il punteggio ottenuto dalla **Sardegna**, pari a 4,2, è più basso del livello italiano e anche in questo caso si colloca al penultimo posto in classifica (a pari merito con la Campania e prima della Calabria).

Tabella 72 - Sintesi dell'area "Risorse economiche" (punteggio 1-10)	
Lombardia	8,0
Liguria	8,0
Emilia Romagna	7,6
P.A. Bolzano	7,5
Friuli Venezia Giulia	7,3
Toscana	7,3
Umbria	7,3
P.A. Trento	7,2
Veneto	6,9
Valle d'Aosta	6,3
Lazio	6,3
Italia	6,3
Piemonte	6,1
Marche	6,1
Basilicata	6,0
Molise	5,0
Puglia	4,7
Sicilia	4,6
Abruzzo	4,5
Sardegna	4,2
Campania	4,2
Calabria	4,0

Indice di mantenimento dello stato di salute: risultati

La media dei punteggi ottenuti dalle regioni nei 3 sotto-indici che compongono l'Indice di mantenimento dello stato di salute ("*Capacità di risposta del sistema sanitario ai bisogni di salute*", "*Efficienza, efficacia e appropriatezza dell'offerta sanitaria*" e "*Risorse economiche*") offre una visione d'insieme delle aree analizzate. Le regioni del Nord occupano la parte alta della classifica, mentre tutte le regioni del Sud presentano valori inferiori alla media nazionale, pari a 6,1. Anche in questa graduatoria, la **Sardegna** si posiziona al penultimo posto: con un punteggio di 4,3, si colloca al di sopra soltanto della Campania e della Calabria (che ottengono entrambe il punteggio di 3,9).

Tabella 73 - Posizionamento delle Regioni nell'indice di "Mantenimento dello Stato di Salute" (punteggio 1-10)

Emilia Romagna	7,9
Toscana	7,5
Lombardia	7,5
Umbria	7,0
P.A. Trento	6,9
Liguria	6,8
Veneto	6,6
Friuli Venezia Giulia	6,5
P.A. Bolzano	6,5
Piemonte	6,4
Italia	6,1
Marche	5,8
Lazio	5,8
Valle d'Aosta	5,7
Basilicata	5,3
Molise	5,2
Abruzzo	4,9
Puglia	4,6
Sicilia	4,5
Sardegna	4,3
Calabria	3,9
Campania	3,9

Servizi di *e-health*: il Fascicolo Sanitario Elettronico

L'evoluzione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) in ambito sanitario ha definito un modello innovativo di sanità "elettronica", la cosiddetta *e-health*, basata sull'uso delle tecnologie a supporto dei processi sanitari e amministrativi delle Aziende Sanitarie, sia nella gestione delle relazioni tra strutture/medici e pazienti, sia nel governo dei sistemi sanitari stessi.

In Italia il "Patto per la Salute 2014-2016", il "Patto per la Sanità Digitale" approvato a luglio 2016 in Conferenza Stato-Regioni (che riconosce il potenziale dell'innovazione digitale per migliorare la qualità e aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari), il "Piano Nazionale delle Cronicità" e l'"Atto d'indirizzo per l'anno 2017" del Ministero della Salute (che definisce le aree prioritarie d'intervento in materia di sanità con azioni specifiche dedicate alla sanità digitale) si muovono in questa direzione. Tuttavia, il Belpaese presenta significativi ritardi nell'attuazione della strategia digitale sanitaria e i finanziamenti destinati a quest'iniziativa risultano inferiori a quelli stanziati da altri Paesi. I cittadini italiani, d'altra parte, utilizzano internet sempre in misura maggiore per cercare informazioni sul proprio stato di salute e utilizzano App e tecnologie per monitorare il proprio benessere.

In particolare, l'Italia appare in ritardo rispetto alla media europea nell'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e nell'utilizzo di altri servizi digitali come l'*e-prescription* e l'*e-booking*. Attualmente il Fascicolo è stato attivato da 17 regioni, ma solo in 14 l'attivazione ha raggiunto un livello superiore all'80%. In totale sono stati attivati 11,7 milioni di FSE e sono stati digitalizzati 26,9 milioni di referti. Inoltre, solamente 11 Regioni hanno aderito all'interoperabilità.

Nel 2018 in **Sardegna** il livello di attuazione del FSE è pari al 94%.

Nel 2018 a livello nazionale il Fascicolo Sanitario Elettronico è stato attivato da circa il 25% del totale degli assistiti dal Sistema Sanitario Nazionale, con percentuali molto variabili tra le regioni in cui il FSE è effettivamente operativo. In media solo il 38% dei cittadini che ha attivato il FSE vi ha effettuato un accesso nel corso dell'anno. La **Sardegna** è una delle tre regioni (insieme a Lazio e Molise) in cui il numero dei cittadini che hanno eseguito l'accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti della regione raggiunge la percentuale del 100%.

Per quanto riguarda l'utilizzo del FSE da parte dei medici italiani, si osserva che nel 2018 in media la percentuale dei medici di medicina generale (MMG) che hanno utilizzato il FSE sul totale dei medici abilitati è pari al 37%, con una percentuale di FSE alimentati su quelli attivati pari ad appena il 9%. In **Sardegna** la percentuale dei medici di medicina generale che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale del MMG abilitati è pari, anche in questo caso, al 100%.

Infine, nel 2018 l'utilizzo del FSE da parte delle Aziende sanitarie presenta ancora una forte disomogeneità sul territorio. In media sono disponibili sul FSE solamente il 35% del totale dei referti. In questo caso la **Sardegna** (insieme alle Marche) si trova in fondo alla classifica: nell'isola è disponibile soltanto il 2% dei referti digitalizzati.

Tabella 74 - Percentuale dei cittadini che hanno effettuato l'accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti della Regione
percentuale dei medici di medicina generale (MMG) che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale dei MMG abilitati a
FSE e percentuale dei referti disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti - Anno 2018

	Italia	Sardegna
Cittadini che hanno effettuato l'accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti	38	100
Numero dei MMG che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale dei MMG abilitati	37	100
Referti disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti	35	2

La salute in Sardegna nel Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica

Il “Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica” viene elaborato dal 2010 dalle Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei Conti.

Nell’edizione 2018 il capitolo “La sanità: dopo il risanamento le scelte” descrive i risultati della gestione del sistema sanitario, con particolare riferimento alle misure di controllo della spesa messe in campo nel corso degli ultimi anni.

Spesa sanitaria ed equilibrio finanziario

Il Rapporto evidenzia che i dati sulla spesa sanitaria relativi al 2017 confermano i risultati positivi degli interventi diretti a garantire l’equilibrio finanziario del sistema sanitario italiano. Si tratta di un compito reso ancor più arduo dal fatto che, pur avendo a disposizione risorse pressoché stabili, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) cerca di rispondere ai bisogni crescenti che provengono da cronicità e non autosufficienza. Tra il 2013 e il 2017 la spesa del SSN è cresciuta in media dello 0,9% l’anno, un valore inferiore rispetto al tasso di crescita del prodotto, aumentato dell’1,3%. Nel 2017 tutte le regioni si trovano in sostanziale equilibrio finanziario una volta contabilizzate le entrate fiscali regionali a copertura della spesa sanitaria.

Analizzando il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica, si osserva che nel consuntivo 2017 la spesa sanitaria raggiunge i 113,6 miliardi di euro, un valore inferiore rispetto ai 114,1 miliardi di euro previsti nei documenti programmatici. Questo risultato, migliore delle aspettative, secondo la Corte dei Conti sarebbe dovuto al fatto che gli acquisti di beni e servizi da operatori

market sono inferiori alle attese (restano stabili sui valori del 2016, mentre si stimava un crescita dello 0,6%) e che i redditi da lavoro sono rimasti invariati (secondo le attese dovevano invece aumentare dell'1,5%). La spesa per consumi intermedi è invece aumentata più del previsto: ha registrato un incremento del 4,2%, mentre le previsioni stimavano una crescita del 3,1%. Il Rapporto evidenzia che nonostante il taglio di risorse apportato negli ultimi esercizi, nel 2017 il contributo del settore agli obiettivi di finanza pubblica è rimasto positivo, anche se inferiore al passato: la differenza tra entrate correnti e uscite correnti presenta un saldo netto di oltre 2,5 miliardi di euro (5,7 miliardi di euro nel 2016).

Per quanto riguarda i risultati del settore nei preconsuntivi 2017 delle Aziende Sanitarie, si può osservare un leggero peggioramento rispetto all'anno precedente. Nel 2017 i risultati di esercizio (senza prendere in considerazione i contributi aggiuntivi disposti a livello regionale per la garanzia dei Lea) registrano un incremento delle perdite, passate dagli 804 milioni del 2016 ai 951 milioni del 2017.

I dati complessivi sono il risultato dell'andamento diverso rilevato tra le regioni in Piano di rientro, che continuano nel loro percorso di riassorbimento delle perdite (passate dai 260 milioni del 2016 a circa 93 milioni nel 2017), e le regioni non in Piano, che registrano un incremento del deficit complessivo, passato dai circa 544 milioni del 2016 a poco più di 690 milioni nel 2017. Nelle regioni in Piano di rientro l'esito è positivo per poco più di 930 milioni rispetto all'utile di 370 milioni dello scorso anno. Nelle regioni non in Piano il saldo complessivo è ancora negativo per circa 153 milioni, ma se si escludono gli attivi di alcune regioni, si può osservare che le perdite ammontano a 237 milioni (422 milioni nel 2016), come nelle ultime gestioni, e sono riconducibili soprattutto a due Regioni che presentano un disavanzo di circa 221 milioni: la Liguria e la **Sardegna**.

Nel confronto tra l'esercizio 2016 e l'esercizio 2017 emerge che sono solo 3 le regioni che presentano ancora perdite non coperte: **Sardegna**, Friuli Venezia Giulia e Abruzzo, ma negli ultimi due casi si tratta di importi molto contenuti. Occorre però sottolineare che la **Sardegna** nel 2017 ha più che dimezzato il disavanzo registrato nel 2016.

Piani di rientro di Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali

La legge di stabilità per il 2016 ha previsto l'estensione della metodica dei Piani di rientro al risanamento e alla riqualificazione di strutture di ricovero che si trovino in squilibrio finanziario (ossia che presentino uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10% dei ricavi, o in valore assoluto di almeno 10 milioni di euro) o che presentino carenze nella quantità, nella qualità e nell'esito delle cure.

Gli enti interessati sono stati incaricati di presentare alla regione entro 90 giorni un Piano di rientro, della durata non superiore al triennio, che contenga le misure idonee al superamento dei dis-

allineamenti rilevati, con riferimento all'equilibrio economico-finanziario, all'equilibrio patrimoniale, al miglioramento della qualità delle cure e all'adeguamento dell'offerta. Sulla base dei risultati economici e degli esiti clinici, nell'anno intercorso 12 regioni hanno segnalato complessivamente 33 Aziende sanitarie da sottoporre a piani di rientro.

La **Sardegna** è una di queste: ospita, infatti, un'azienda che dev'essere sottoposta al piano di rientro, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari. Inoltre, la regione rientra fra le quattro regioni (con Emilia Romagna, Lazio e Basilicata) che hanno già approvato il piano (nell'isola con la deliberazione della Giunta Regionale n. 13/2 del 14/3/2017, recante: *"Piano triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l'adeguamento dell'offerta dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari"*), mentre altre cinque regioni hanno individuato le Aziende, ma devono ancora approvare i piani di rientro, e le ultime tre non hanno ancora individuato le Aziende da sottoporre al piano.

Tabella 74 - I Piani di rientro di AO e Asl - Anno 2017		
	Italia	Sardegna
Aziende individuate in applicazione del punto A e/o B, comma 524 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208	33	1

Spesa per acquisti di beni: dispositivi medici

Nel 2017 la spesa per acquisti di beni rappresenta la voce più dinamica dell'aggregato di spesa, con una variazione superiore al 4%. Le due componenti più rilevanti di questa voce di spesa sono i prodotti farmaceutici e i dispositivi medici, che presentano variazioni rispettivamente del 4,4% e del 2,3%. Se nell'ultimo quinquennio il tasso di crescita della spesa per i farmaci ha registrato una lieve riduzione, la spesa per i dispositivi medici mostra invece la tendenza a crescere. Nello specifico, rispetto al 2016 la spesa per i dispositivi diagnostici in vitro e per quelli impiantabili attivi presenta nel 2017 una crescita molto contenuta, rispettivamente dello 0,5% e dello 0,7%, ma gli esborsi per gli altri dispositivi sono aumentati del 3,1%.

In particolare, nel 2017 la spesa complessiva per i dispositivi medici (categoria definita "B.1.A.3") è pari a 5,97 milioni di euro, quella per gli altri dispositivi (categoria "B.1.A.3.1", che comprende i dispositivi medici dotati di numero di Iscrizione nel sistema Banca dati/Repertorio ai sensi del D.M. 20/02/2007, modificato dal D.M. 21/12/2009) supera i 4,1 milioni di euro.

I costi per l'acquisto dei dispositivi medici impiantabili attivi (categoria "B.1.A.3.2", che include qualsiasi dispositivo medico attivo destinato a essere impiantato interamente o parzialmente mediante intervento chirurgico o medico nel corpo umano, destinato a restarvi dopo l'intervento) raggiungono 523 mila euro, mentre quelli per l'acquisto dei dispositivi medico diagnostici in vitro

(categoria “B.1.A.3.3”, che riguarda i dispositivi ricadenti nell’ambito di applicazione del D.Lgs. 332/2000) superano 1,33 milioni di euro.

Rispetto al 2016, in **Sardegna** la spesa complessiva per i dispositivi medici nel 2017 è diminuita dell’1,3%, quella per gli altri dispositivi (B.1.A.3.1) si è ridotta dell’1,7% e quella per i dispositivi medico diagnostici in vitro è scesa dell’1,3%. Invece, la spesa per i dispositivi impiantabili attivi è aumentata del 2%. Nella Regione nel 2017 la spesa complessiva per i dispositivi medici (B.1.A.3) è pari a 200 mila euro, quella per gli altri dispositivi (B.1.A.3.1) raggiunge i 142 mila euro, quella per i dispositivi medici impiantabili attivi (B.1.A.3.2) si ferma a 15 mila euro, mentre quella per i dispositivi medico diagnostici in vitro (B.1.A.3.3) arriva a quasi 43 mila euro.

Tabella 75 - La spesa (migliaia di euro) per dispositivi medici - Anno 2017			
		Italia	Sardegna
2017	<i>B.1.A.3) Dispositivi medici</i>	5.972.969	200.238
	<i>B.1.A.3.1) Dispositivi medici</i>	4.111.996	142.151
	<i>B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi</i>	523.688	15.138
	<i>B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)</i>	1.337.285	42.949
2016	<i>B.1.A.3) Dispositivi medici</i>	5.835.900	202.915
	<i>B.1.A.3.1) Dispositivi medici</i>	3.986.517	144.567
	<i>B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi</i>	520.932	14.844
	<i>B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)</i>	1.328.451	43.504
Var 2017/16	<i>B.1.A.3)</i>	2,3	-1,3
	<i>B.1.A.3. 1)</i>	3,1	-1,7
	<i>B.1.A.3. 2)</i>	0,5	2,0
	<i>B.1.A.3. 3)</i>	0,7	-1,3

Monitoraggio della spesa farmaceutica

La verifica del rispetto dei tetti di spesa in ambito farmaceutico effettuata dalla Corte dei Conti tiene in considerazione le modifiche introdotte con la legge di bilancio 2017, che dispone una revisione dei meccanismi che regolano il sistema e si prefigge, in particolare, di consentire una maggiore tracciabilità dei dati - utile anche per ridurre i contenziosi con le aziende farmaceutiche, che nell’ul-

timo periodo hanno registrato un notevole aumento. La legge di bilancio ha previsto che dal 2017 la spesa per farmaci di classe A in distribuzione diretta (DD) e in distribuzione per conto (DPC) sia ricompresa tra quella ospedaliera e non più tra quella territoriale. Di conseguenza, sono mutate le quote previste per i tetti di spesa, che sono passati da 11,35% a 7,96% per la spesa farmaceutica territoriale e da 3,5% a 6,89% per la spesa farmaceutica ospedaliera.

I risultati del monitoraggio relativi ai primi undici mesi dell'anno evidenziano che il tetto di spesa della farmaceutica convenzionata, pari a 8,1 miliardi, è stato rispettato: la spesa si è mantenuta al di sotto del limite per oltre 396 milioni. Complessivamente questa voce è pari a 7.765,2 milioni di euro.

Nel periodo gennaio-novembre 2017 la spesa farmaceutica convenzionata in **Sardegna** ha raggiunto 228,5 milioni di euro. La sua incidenza rispetto al Fondo Sanitario Nazionale è pari all'8,32%, e supera pertanto l'obiettivo del 7,96%. Nell'isola lo scostamento rispetto al limite è pari a 9,8 milioni di euro.

Tabella 76 - Il monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale (in milioni) - Anno 2017		
	Italia	Sardegna
FSN Gen-Nov 2017	102.535,0	2.747,7
Tetto 6,89%	8.161,8	218,7
Spesa Diretta	7.765,2	228,5
Scostamento assoluto	396,6	-9,8
% sul FSN	7,57	8,32

La spesa nazionale per gli acquisti diretti eccede il limite previsto di oltre 1.547 milioni. Questo importo è il risultato della differenza tra il tetto previsto (7,1 miliardi) e il dato di tracciabilità trasmesso dalle Aziende (10,3 miliardi), al netto dei *payback* e della spesa coperta con il fondo per i farmaci innovativi e oncologici. I *payback* considerati sono quelli relativi alla sospensione della riduzione di prezzo del 5%, quelli per il ripiano di sfondamenti ed eccedenze degli accordi negoziali e quelli versati dalle Aziende in applicazione delle procedure di rimborsabilità condizionata per un totale di circa 1,1 miliardi. Lo scostamento rispetto all'obiettivo riguarda pressoché tutte le regioni, ma l'entità degli importi può variare anche molto.

La **Sardegna** è una delle tre regioni che riportano gli scostamenti maggiori, superiori a 3 punti rispetto al limite. Nell'isola la spesa farmaceutica diretta nel 2017 è pari a 287,3 milioni di euro, mentre la sua incidenza rispetto al Fondo Sanitario Nazionale è pari al 10,46%.

Tabella 77 - Il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera (in milioni) - Anno 2017

	Italia	Sardegna
FSN Gen-Nov 2017	102.535,0	2.747,7
Tetto 6,89%	7.064,7	189,3
Spesa Diretta	8.661,7	287,3
Scostamento assoluto	1.554,4	46,9
% sul FSN	8,45	10,46

Le entrate

Oltre alla spesa, il Rapporto analizza le entrate riguardanti il settore sanitario (al netto delle coperture e di ulteriori trasferimenti per assicurare la copertura dei LEA da Province e Regioni a statuto speciale), che nel 2017 sono cresciute dell'1,2%. In particolare, gli importi dei fondi sanitari indistinto e vincolato sono aumentati complessivamente dell'1,6%. Secondo l'indagine, questa crescita consentirebbe di riassorbire la riduzione di tutte le altre voci di entrata. Tra quelle di maggior importo, presentano una flessione dello 0,9% i proventi da compartecipazione, diminuiscono del 4,7% i ricavi per prestazioni sanitarie, si riducono del 2,9% i ricavi per contributi in conto esercizio da enti pubblici, scendono del 2,7% i costi capitalizzati e, infine, si abbassa del 7,9% la voce residuale "entrate varie".

Le entrate da compartecipazioni alla spesa

L'analisi dei proventi per le compartecipazioni alla spesa evidenzia che nel 2017 la somma complessiva di tutte le compartecipazioni è superiore a 2,8 miliardi di euro e corrisponde a quasi 48 euro pro-capite. Le compartecipazioni relative ai ticket sui farmaci (che comprendono la quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento e il ticket fisso per ricetta) raggiungono 1,5 miliardi di euro, pari a 25 euro pro-capite, e riportano un aumento dello 0,9% rispetto al 2016. Le compartecipazioni sulle prestazioni sanitarie (che riguardano quelle relative alla specialistica ambulatoriale, al pronto soccorso e ad altre prestazioni) superano 1,3 miliardi di euro, pari a 22 euro pro-capite, e mostrano una flessione dello 0,9%. In quest'ultimo caso, secondo la Corte dei Conti, la riduzione sarebbe riconducibile principalmente al calo delle compartecipazioni sulla specialistica ambulatoriale.

In **Sardegna** nel 2017 la somma totale di tutte le compartecipazioni alla spesa raggiunge 50 milioni di euro, pari a 30 euro pro-capite, un valore più basso del 7,6% rispetto all'anno precedente. Nel dettaglio, le compartecipazioni relative ai ticket sui farmaci arrivano a 28 milioni di euro, pari a 17 euro pro-capite, e mostrano un aumento dell'1% rispetto al 2016. Le compartecipazioni sulle prestazioni sanitarie, invece, si fermano a 22 milioni di euro, pari a 13 euro pro-capite, e registrano una flessione del 16,6% rispetto al 2016 - come avviene a livello nazionale, anche nella regione il

calo di questa voce sarebbe dovuto principalmente alla riduzione delle compartecipazioni sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Tabella 78 - I proventi per le compartecipazioni alla spesa - Anni 2016-2017				
			Italia	Sardegna
2017 - (in milioni di euro)	<i>Totale compartecipazioni</i>	A+B	2.889,4	50,3
	<i>Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)</i>	A	1.552,8	28,1
	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)</i>	B=1+2+3	1.336,6	22,2
	<i>Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	(1)	1.279,3	21,2
	<i>Ticket sul pronto soccorso</i>	(2)	42,8	1,0
	<i>Ticket su altre prestazioni</i>	(3)	14,5	0,0
2016 - (in milioni di euro)	<i>Totale compartecipazioni</i>	A+B	2.888,1	54,4
	<i>Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)</i>	A	1.539,6	27,8
	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)</i>	B=1+2+3	1.348,5	26,5
	<i>Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	(1)	1.293,1	25,5
	<i>Ticket sul pronto soccorso</i>	(2)	42,9	0,9
	<i>Ticket su altre prestazioni</i>	(3)	12,6	0,1
Variazione %	<i>Totale compartecipazioni</i>	A+B	0,0	-7,6
	<i>Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)</i>	A	0,9	1,0
	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)</i>	B	-0,9	-16,6
Pro-capite 2017 (in euro)	<i>Totale compartecipazioni</i>	A+B	47,7	30,4
	<i>Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)</i>	A	25,6	17,0
	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)</i>	B	22,1	13,4
	<i>Totale compartecipazioni (2015) pro-capite</i>	A+B	47,6	32,8

Le entrate da *payback*

Anche nel 2017 il contributo alle entrate regionali del *payback* si conferma nullo per il superamento del tetto della farmaceutica ospedaliera - ora definita "spesa diretta". Solo questa voce rientra tra

le entrate, mentre nella rappresentazione dei conti regionali, i *payback* relativi alla farmaceutica territoriale e gli ulteriori *payback* sono computati a riduzione della spesa per farmaci. I *payback* per il superamento dei tetti negli acquisti diretti e in convenzione sono ancora soggetti al contenzioso con le aziende farmaceutiche, per cui anche nel 2017 la Corte dei Conti non ha potuto prevedere un'imputazione ancorché provvisoria. Sono invece in forte crescita le somme relative agli "altri *payback*": quelli relativi all'assistenza non convenzionata corrisposti alle Regioni dalle case farmaceutiche per la sospensione delle riduzioni di prezzo del 5% dei medicinali di fascia A e H; quelli previsti a ripiano degli sfondamenti dei tetti definiti con delibera CIPE 3/2001; quelli versati dalle aziende in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata ex articolo 48 c.33 del DL 269/2003; quelli a riduzione di spesa del SSN ai sensi dell'articolo 48 del DL 269/03 e del monitoraggio di cui al DL 113/16. Nel 2017 le entrate relative agli altri *payback* raggiungono quasi 708 milioni di euro in Italia, mentre in **Sardegna** superano 24,6 milioni di euro.

Tabella 79 - Le entrate da *payback* - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Rimborsi da aziende farmaceutiche per il <i>payback</i>	707.992	24.654
<i>Payback</i> territoriale	0	0
<i>Payback</i> ospedaliero	0	0
Ulteriore <i>payback</i>	707.992	24.654

Spesa sanitaria diretta delle famiglie

Tra il 2012 e il 2016 la spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta dell'8,3%, rispetto al 2% di quella delle amministrazioni pubbliche. La quota di spesa a carico delle famiglie ha raggiunto il 22,7% (il 2,1% del prodotto). Il Rapporto sottolinea che una quota non trascurabile della spesa delle famiglie "ritorna" al pubblico sotto forma di entrata, in quanto viene corrisposta o come compartecipazione alla spesa o come corrispettivo per prestazioni *intramoenia*. Nello specifico, questo valore in Italia nel 2017 si attesta a poco meno di 4 miliardi. Ai 2,9 miliardi per compartecipazioni si sommano gli 1,1 miliardi per l'*intramoenia*: le prestazioni specialistiche raggiungono 768 milioni, mentre quelle ospedaliere si attestano sui 205 milioni. Il rilievo di quest'attività, al netto dei costi corrisposti al personale per le prestazioni rese, è comunque limitato quale entrata per il settore pubblico.

In **Sardegna** la spesa complessiva delle famiglie corrisposta come compartecipazione alla spesa e come corrispettivo per prestazioni *intramoenia* è di poco inferiore ai 63 milioni di euro (pari a 38 euro pro-capite). Nel dettaglio, la spesa per compartecipazioni è pari a 50 milioni di euro, mentre quella per le prestazioni *intramoenia* supera i 12 milioni di euro. Questa voce si divide ulterior-

mente nella spesa per le prestazioni specialistiche, pari a quasi 10 milioni di euro, e in quella per le prestazioni ospedaliere, che si ferma a 300 mila euro.

Tabella 80 - La spesa sanitaria privata riversata al pubblico - Anno 2017		
	Italia	Sardegna
Totale compartecipazioni e <i>intramoenia</i>	3.973,9	62,9
Valori pro-capite	65,6	38,0
Compartecipazioni	2.889,4	50,3
Intramoenia	1.084,6	12,6
<i>di cui ospedaliera</i>	205,5	0,3
<i>di cui specialistica</i>	768,0	9,9

A livello nazionale la spesa sanitaria a carico delle famiglie supera i 2.500 euro e corrisponde, in media, a circa 114 euro mensili. L'incidenza media che questa voce ha sulla spesa complessiva per consumi delle famiglie è pari al 4,5%, mentre rispetto al Pil è pari al 2,1%.

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa sanitaria a carico delle famiglie si attesta intorno ai 2.100 euro, un valore pari a 80 euro mensili. Il peso di questa voce sulla spesa complessiva per consumi delle famiglie è pari al 3,8%, mentre rispetto al Pil è pari al 2%.

Tabella 81 - La spesa sanitaria privata per famiglia - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Spesa sanitaria media per famiglia	113,7	80,2
Spesa media complessiva per famiglia	2.524,4	2.128,7
Spesa sanitaria/spesa complessiva	4,5	3,8
Spesa sanitaria/Pil	2,1	2,0

Spesa sanitaria in Irpef

Il Rapporto affronta il tema del ruolo della “spesa fiscale”, riferendosi al trattamento riservato in sede di valutazione del reddito delle persone fisiche in termini di deduzioni e detrazioni d'imposta ad alcune specifiche categorie di spese sanitarie.

L'analisi si basa sull'elaborazione dei risultati delle dichiarazioni dei redditi presentate nel 2017 e relative al 2016, e fa riferimento essenzialmente alle tre voci di maggior interesse che si possono trarre dalla lettura dei dati fiscali. Innanzitutto, il testo unico sui redditi delle persone fisiche prevede una detrazione del 19% per le spese sanitarie relative alle spese mediche e di assistenza

specifica, alle spese per interventi chirurgici, per prestazioni specialistiche, per protesi dentarie e sanitarie in genere.

Nel 2016 gli oneri detraibili al 19% sono stati di poco inferiori ai 17,7 miliardi, il 5,9% in più rispetto al 2015. In secondo luogo, il Rapporto reputa rilevanti le deduzioni previste per spese mediche per portatori di handicap: si tratta nel complesso di oltre 1 miliardo, in crescita dell'11% rispetto al 2015. Infine, nell'analisi vengono prese in considerazione le spese sostenute per l'assistenza personale in favore di determinati soggetti, nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, che risultano meno ingenti.

Dal 2016 è prevista una detrazione del 19% su un importo massimo di 2.100 euro, se il reddito complessivo non supera 40.000 euro (compreso il reddito da cedolare secca). La detrazione spetta al soggetto che ha sostenuto la spesa anche se non è titolare del contratto di lavoro del personale addetto all'assistenza. La detrazione riguarda le spese sostenute per gli addetti all'assistenza personale propria o di uno o più familiari anche se non fiscalmente a carico del contribuente.

L'indagine evidenzia che le spese sanitarie a cui corrisponde una detrazione d'imposta del 19% sono cresciute, passando da 16,7 miliardi nel 2015 a 17,7 miliardi nel 2016: 1 miliardo in più rispetto allo scorso anno. Nel 2016 è anche aumentata la quota dei contribuenti che presentano spese sanitarie.

Con riguardo alla spesa per classi di reddito, la ricerca evidenzia che i contribuenti della fascia compresa tra i 15.000 e i 40.000 euro hanno presentato i tassi di crescita della spesa più marcati a partire dal 2009. A questa categoria, nel complesso, è riferibile oltre il 62% della spesa a fronte di una quota di reddito di poco superiore al 47%. I contribuenti con più di 50.000 euro di reddito denunciano spese per il 9% del totale e redditi per il 14,2%.

In Italia la spesa sanitaria è pari a 17,6 milioni di euro ed è stata presentata da 18 milioni di contribuenti. In media la spesa sanitaria pro-capite è pari a 980 euro, ed è cresciuta del 2,1% rispetto al 2015.

In **Sardegna** la spesa sanitaria è pari a 312 mila euro ed è stata presentata da quasi 372 mila contribuenti. La spesa sanitaria media pro-capite è inferiore a quella nazionale e si ferma a circa 840 euro. Rispetto all'anno precedente, ha registrato un aumento del 3,4%.

Tabella 82 - La spesa sanitaria in Irpef - Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e acquisto cani guida - Anno 2016

		Italia	Sardegna
Numero contribuenti	2016	40.872.080	1.051.100
Numero contribuenti con spese sanitarie	2016	18.070.198	371.939
Spesa sanitaria	2016	17.695.164	312.287

Reddito complessivo	2016	842.977.946	18.394.904
Reddito complessivo medio	2016	20.625	17.501
	<i>Variazione 16/15</i>	0,9	0,8
Importi medi spesa sanitaria (per soggetti che presentano la spesa)	2016	979,2	839,6
	<i>Variazione 16/15</i>	2,1	3,4
Sanità/reddito	2016	2,1	1,7
	<i>Variazione 16/15</i>	4,7	8,3
Beneficio fiscale	2016	3.362,08	59,33
	<i>Variazione 16/15</i>	5,9	9,2

Se ci si concentra sulla categoria dei pensionati, l'aumento degli importi medi è ancora più pronunciato, così come la quota dei contribuenti che indicano spese su cui calcolare la detrazione. La crescita della spesa segna anche l'aumento nel rilievo della spesa fiscale che cresce a circa 3,4 miliardi di euro, di cui 1,5 miliardi di euro sono riferiti ai percettori di pensione. Quest'importo è pari a circa il 3% della spesa complessiva dell'anno.

Nello specifico, a livello nazionale la spesa sanitaria è pari a 7,8 milioni di euro ed è stata presentata da oltre 7 milioni di contribuenti. La spesa sanitaria pro-capite è pari in media a 1.100 euro, ed è cresciuta del 2,4% rispetto al 2015.

In **Sardegna** la spesa sanitaria complessiva tra i pensionati è pari a 130 mila euro ed è stata presentata da 142 mila contribuenti. Anche in questo caso la spesa sanitaria media pro-capite è inferiore a quella nazionale e si ferma a 912 euro, anche se ha registrato un aumento del 3,5% rispetto all'anno precedente.

Tabella 83 - La spesa sanitaria in Irpef - I pensionati - Anno 2016			
		Italia	Sardegna
Numero contribuenti	2016	14.622.169	386.740
Numero contribuenti con spese sanitarie	2016	7.075.630	142.753
Spesa sanitaria	2016	7.834.529	130.151
Reddito complessivo	2016	300.148.669	7.041.367
Reddito complessivo medio	2016	20.527,0	18.207
	<i>Variazione 16/15</i>	1,8	1,4
Importi medi spesa sanitaria (per soggetti che presentano la spesa)	2016	1.107	912
	<i>Variazione 16/15</i>	2,4	3,5
Sanità/reddito	2016	2,6	1,8
	<i>Variazione 16/15</i>	5,2	9,0

Beneficio fiscale	2016	1488,6	24,7
	Variazione 16/15	6,0	9,8

Se si prendono in considerazione tutti i contribuenti, le spese mediche per portatori di handicap in Italia sono percepite complessivamente da quasi 260 mila persone. L'83% delle somme sono riferite a classi di reddito complessivo comprese tra i 10 e i 40 mila euro. Le spese per addetti all'assistenza personale sono percepite invece da 125 mila persone, per un importo pari a 236 mila euro.

In **Sardegna** le spese mediche per portatori di handicap sono percepite complessivamente da oltre 4 mila persone. Le spese per addetti all'assistenza personale sono invece percepite da 2,3 mila persone, per un importo pari a poco più di 4 mila euro.

Tabella 84 - Le spese mediche per portatori di handicap e per addetti all'assistenza personale - Tutti i contribuenti - Anno 2016			
		Italia	Sardegna
Numero contribuenti		40.872.080	1.051.100
Spese mediche per portatori handicap	<i>Numero percettori</i>	259.303	4.167
	<i>Deduzione</i>	1.019.855	12.127
	<i>Comp%</i>	100,0	1,2
	<i>Aliquota</i>	27,13	26,07
	<i>Beneficio</i>	276.666	3.162
Spese per addetti assistenza personale	<i>Numero percettori</i>	125.217	2.357
	<i>Importo</i>	236.015	4.272
	<i>Beneficio</i>	44.843	812

Con riguardo alla sola categoria dei pensionati, a livello nazionale le spese mediche per portatori di handicap sono percepite complessivamente da quasi 209 mila persone. Le spese per addetti all'assistenza personale sono percepite invece da quasi 108 mila persone, per un importo pari a 205 mila euro.

In **Sardegna** le spese mediche per portatori di handicap sono percepite da oltre 3,3 mila pensionati. Quelle relative agli addetti all'assistenza personale sono invece percepite da circa 2 mila persone, per un importo di circa 3,8 mila euro.

Tabella 85 - Le spese mediche per portatori di handicap e per addetti all'assistenza personale - I pensionati - Anno 2016			
		Italia	Sardegna

Numero contribuenti		14.622.169	386.740
Spese mediche per portatori handicap	<i>Numero percettori</i>	208.924	3.375
	<i>Deduzione</i>	887.736	10.618
	<i>Comp%</i>		
	<i>Aliq</i>	26,35	25,60
	<i>Beneficio</i>	233.898	2.718
Spese per addetti assistenza personale	<i>Numero percettori</i>	107.843	2.077
	<i>Importo</i>	205.775	3.806
	<i>Beneficio</i>	39.097	723

Investimenti in sanità

Il Rapporto evidenzia che la crisi ha determinato un forte ridimensionamento degli investimenti in capitale fisso nel settore sanitario, come suggeriscono i dati di pagamenti, ma anche le difficoltà di portare a termine programmi d'intervento previsti da specifiche leggi, che procedono con molta lentezza. Nel 2017 i pagamenti per investimenti in conto capitale sono diminuiti del 5,2%, registrando un calo di oltre il 42% rispetto al livello del 2013. Tra il 2013 e il 2017 il volume delle somme pagate si è ridotto drasticamente, da poco più di 2,4 a circa 1,4 miliardi - un risultato che assume caratteri e intensità diverse per tipologia di bene e per area territoriale. A livello nazionale la riduzione interessa tutte le voci, con l'esclusione degli "automezzi" e "dei mobili e arredi", che invece crescono rispettivamente del 6,6% e del 15,4%. Rispetto al 2016 (quando raggiungeva il 19,4%), è diminuito il calo degli acquisti di "attrezzature sanitarie e scientifiche", che nell'anno in considerazione è sceso dell'1,5%. Aumenta invece la riduzione degli acquisti di "impianti e macchinari", pari al 27,1%, che complessivamente sono diminuiti del 47% rispetto al 2013.

Per quanto riguarda la gestione degli Accordi di programma ex art. 20 della legge 67/1988 (legge finanziaria 1988) concernenti gli investimenti in edilizia e tecnologie, si rileva che a fronte della disponibilità di 15,3 miliardi, al 31 dicembre 2017 risultavano sottoscritti 81 Accordi (due in più rispetto al 2016), per un importo di 11,2 miliardi (circa 300 milioni in più rispetto alla situazione a fine 2016), per 10,3 miliardi ammessi a finanziamento. Le risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di nuovi Accordi sono passate da 5,1 a 4,1 miliardi.

In **Sardegna** nel 2017 le risorse destinate agli Accordi di programma ex art. 20 della legge 67/1988 sono quasi 548 milioni di euro, mentre il valore degli Accordi di Programma sottoscritti al

31 dicembre è pari a 303 milioni di euro, la stessa cifra ammessa a finanziamento. Infine, il valore delle risorse ancora da utilizzare per la sottoscrizione di nuovi Accordi è pari a 243 milioni di euro.

Tabella 87 - Il programma pluriennale d'investimenti in sanità - Art. 20 della Legge n. 67 del 1988 - Monitoraggio Accordi di programma (in milioni) - Anno 2017

		Italia	Sardegna
Risorse destinate ad Accordi di programma	<i>a</i>	15.286,0	547,7
Valore degli Accordi di Programma sottoscritti al 31 dicembre 2017	<i>b</i>	11.183,9	303,8
% risorse sottoscritte su risorse destinate	$c=b/a$	73,2	55,5
Risorse ammesse a finanziamento a valere sugli Accordi sottoscritti	<i>d</i>	10.326,0	303,7
Numero interventi ammessi a finanziamento	<i>e</i>	2.338,0	199,0
% risorse ammesse a finanziamento a valere su accordi sottoscritti	$f=d/b$	92,3	100,0
Risorse residue per Accordi di programma da sottoscrivere	<i>g</i>	4.102,0	243,9

Investimenti per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Il finanziamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), pari a 173,8 milioni, è stato ripartito in base alla popolazione residente al 1° gennaio 2011 (50% delle risorse) e al numero dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari (50% delle risorse). Nel corso del 2017 sono stati sottoscritti i decreti di tutte le regioni. Le somme assegnate sono aumentate di meno di un milione.

In **Sardegna** nel 2017 i fondi destinati al superamento degli OPG raggiungono la cifra di 5,4 milioni di euro.

Tabella 88 - Programma per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (in migliaia) - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Superamento ex OPG DM 28/12/2012 Legge n. 191/2009	173.808,0	5.446,7
DM di assegnazione per singola Regione D.M.09/10/2013		
Importo assegnato con DM	163.328,0	5.446,7
N. interventi contenuti nel DM	64	1

Investimenti per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani

Il Rapporto sottolinea che il “Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani” previsto dalla legge n. 448 del 1998 (recante: “*Misure di finanza*

pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo”), per il quale è previsto un finanziamento di 1,2 miliardi, continua a registrare forti ritardi nella fase di realizzazione: a quasi 20 anni dall’avvio, la percentuale dei fondi utilizzati dalle regioni è pari al 72,7% - sono stati erogati 855 milioni di cui 39,2 milioni nel 2017. Forti ritardi sono stati accumulati nella fase di attuazione, in particolare nelle città di **Cagliari** e **Torino**.

In **Sardegna** sono stati stanziati complessivamente 23,7 milioni di euro per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria a Cagliari, ma come anticipato la realizzazione del progetto presenta ingenti ritardi e finora è stato erogato solo il 73,1% di questa cifra.

Tabella 89 - Gli interventi per la riorganizzazione e riqualificazione dell’assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (in milioni) - Anno 2017

	Italia (totale)	Sardegna (Cagliari)
Finanziamenti D.M. 5.4.2001	1.239,5	23,7
Impegni totali iscritti in bilancio	1.176,4	23,8
Importo erogato al 31 dicembre 2017	855,0	17,4
% importo erogato	72,7	73,1

Investimenti per la realizzazione di strutture per cure palliative

L'utilizzo dei finanziamenti per l’attuazione della legge n. 39 del 1999 (recante: “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000*”), che sancisce il diritto del cittadino di accedere alle cure palliative e che prevede la realizzazione di un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di cure palliative (*hospice*) in tutte le regioni italiane, non risulta omogeneo a livello territoriale. Al 31 dicembre 2017, sono stati impegnati complessivamente 206,6 milioni di euro a favore delle regioni, ma risultano erogati finanziamenti per 187,8 milioni (il 90,89%), con una consistenza di residui passivi perenti pari a 18,8 milioni.

La **Sardegna** è una delle poche regioni (insieme alla Provincia autonoma di Trento, al Friuli Venezia Giulia e alla Calabria) in cui le erogazioni sono inferiori al 7%. Inoltre, nel 2017 ha richiesto la reiscrizione delle somme perenti per 4,1 milioni. Nell’isola la percentuale di realizzazione del programma, per il quale sono stati stanziati quasi 5 milioni di euro, è ferma al 15,4%, il valore più basso d’Italia, di gran lunga inferiore rispetto a quello registrato nelle altre regioni.

Tabella 90 - Programma nazionale per la realizzazione di strutture per cure palliative (in migliaia) - Anno 2017

	Italia	Sardegna
Finanziamento	206.566,3	4.998,0
importo erogato	187.752,2	771,9
residuo al 31/12/2016	18.814,1	4.226,2

% realizzazione	90,9	15,4
-----------------	------	------

Qualità dell'assistenza: le criticità evidenziate in Sardegna

Il Rapporto dedica un capitolo all'analisi della qualità dell'assistenza offerta dalle diverse regioni italiane nel corso del 2016. Sulla base degli indicatori presi in considerazione, si può osservare che la **Sardegna** presenta numerose criticità.

Assistenza ospedaliera - In quest'ambito nel 2016 la Sardegna ha rispettato il parametro di riferimento di un tasso totale standardizzato di dimissioni inferiore o uguale a 160 per 1000 residenti: nell'isola questo valore è di poco inferiore a 148. Tuttavia, per quanto riguarda l'offerta di posti letto, la dotazione totale presente nell'isola è pari a 3,52 posti letto per mille residenti, un valore inferiore rispetto alla soglia di riferimento corretta per la mobilità prevista dal D.M. 70/2015 (recante: "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*"), pari a 3,79 posti letto per mille residenti. Inoltre, nella regione l'offerta di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acute è pari a 0,22 posti letto per mille, e si pone al di sotto del valore minimo di 0,35 stabilita dal Comitato LEA. L'isola presenta infatti un'elevata mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario), e nella regione il saldo tra mobilità attiva e mobilità passiva risulta negativo.

Appropriatezza clinico-organizzativa - Per quanto riguarda la valutazione dell'appropriatezza, il Rapporto fa riferimento al tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne, che in Sardegna è pari a 288 su 1000 abitanti anziani: è quindi maggiore rispetto al valore nazionale di riferimento di 265 su 1000 abitanti anziani. Inoltre, la durata della degenza media pre-operatoria (che costituisce un indicatore di appropriatezza dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica) in Sardegna è pari a 1,94 giorni, mentre il valore medio nazionale si ferma a 1,70 giorni. Nell'isola si riscontra anche un'elevata percentuale (36,1%) 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), che segnala un utilizzo improprio dei reparti chirurgici. Questo valore, tuttavia, nel 2016 appare in miglioramento rispetto al 2015.

Qualità e sicurezza assistenziale - Un indicatore della presenza di difficoltà in questo settore è rappresentato dalla frequenza di utilizzo del ricovero ordinario di pazienti per specifici che patologie trattabili, invece, a livello territoriale. Nel caso di pazienti in età pediatrica, la Sardegna rientra all'interno del limite di riferimento, pari a 141: nell'isola questo indicatore è pari a 108. Positivo anche il riscontro nel caso di malattie croniche riguardanti pazienti adulti, che nell'isola, con un valore di 296, si situa al di sotto del valore limite (pari a 409). Tuttavia, la regione non ha raggiunto la soglia del 60% dei casi d'intervento per rottura del collo del femore entro il secondo giorno del ricovero:

nel 2016 in Sardegna il valore si è fermata al 46,7%. Appare poi particolarmente critica la situazione dell'isola quando si affronta il tema del ricorso eccessivo al taglio cesareo nei parti primari. Nel 2016 la soglia di riferimento del 20% sul totale delle dimissioni per parto è stata largamente superata in Sardegna, dove ha raggiunto il 30%. Inoltre, nell'isola lo stesso anno è stata riscontrata una percentuale di parti fortemente pre-termine in punti nascita non attrezzati per la terapia neonatale pari al 51,6%, mentre il valore-limite è pari al 18% sul totale di questa tipologia di parti.

Prevenzione - In quest'ambito la Sardegna appare indietro per quanto riguarda la quota di residenti che hanno effettuato gli *screening* oncologici nell'ambito di programmi organizzati: è l'unica regione che resta al di sotto rispetto alla soglia richiesta (pari a 7).

Vaccinazioni - Per quanto riguarda le vaccinazioni, la Sardegna raggiunge il target del 95% raccomandato dal Ministero della Salute e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per le vaccinazioni obbligatorie a 24 mesi: nell'isola la copertura è pari al 95,6%, mentre a livello nazionale si ferma al 93,4%. Ma la copertura a 24 mesi per morbillo, parotite e rosolia (MRP), pur essendo superiore alla media nazionale (87,2%), si ferma al 90,2%, rimanendo al di sotto della soglia raccomandata del 95%. Infine, è inferiore alla soglia consigliata del 75% anche la copertura per vaccinazione antinfluenzale negli anziani, che in Sardegna è pari al 41,6% - un valore più basso anche rispetto alla media nazionale, che raggiunge il 52%.

Tabella 91 - Indicatori su struttura, prevenzione, appropriatezza e qualità dell'assistenza in Sardegna - Anno 2016

		Sardegna
Assistenza ospedaliera	<i>Dimissioni tasso standardizzato x 1000 residenti ≤160</i>	147,94
	<i>% ricoveri fuori regione dei residenti sul totale dei ricoveri in regione (acuti in DO) <8,2% VN</i>	5,5
	<i>peso medio dei ricoveri fuori regione dei residenti (acuti in DO) >1,40 VN</i>	1,12
	<i>Posti letto tasso x 1000 residenti</i>	3,52
	<i>PL acuti tasso x 1000 residenti</i>	3,29
	<i>PL post acuzie tasso x 1000 residenti</i>	0,22
	<i>intervallo chiamata-arrivo mezzi soccorso ≤18 minuti</i>	ND
Prevenzione	<i>Screening oncologici - Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati ≥7</i>	5
Vaccinazioni	<i>Copertura vaccinazioni base a 24 mesi ≥95% (VN 93)</i>	95,63 (tutte ≥ 92%)
	<i>MRP ≥95% (VN 87,2%)</i>	90,28
	<i>antinfluenzale >65 anni ≥75% (VN 52%)</i>	41,64

Appropriatezza	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico su tot dimissioni $\leq 28,59$ VN	36,1
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico su totale ricoveri $\leq 38,57$ VN	27,6
	T.O. over 75 anni per 1.000 ab. Anziani $\leq 265,3$ VN	288,32
	Degenza media pre-operatoria (gg) $\leq 1,70$ VN	1,94
Qualità e sicurezza assistenza	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite ≤ 141	108,79
	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato per 100000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco ≤ 409	296,46
	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1000 parti /anno $\leq 15\%$	30,2
	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con oltre 1000 parti/anno $\leq 25\%$	29,8
	Percentuale di parti cesarei primari $\leq 20\%$	30,0
	Percentuale di parti fortemente pre-termine in punti nascita senza UTIN $\leq 18\%$	51,6
	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario $\geq 60\%$	51,12
(VN): il valore di riferimento è relativo alla media nazionale 2016		

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

Parte prima: salute della popolazione

Invecchiamento

La popolazione sarda, in generale, è più giovane di quella ligure e friulana, ma più anziana di quella calabrese. Nel 2017 il numero dei “giovani anziani” (le persone che hanno un’età compresa tra 65 e 74 anni) in **Sardegna** raggiunge i 192,2 mila individui e corrisponde all’11,6% della popolazione residente nell’isola. In Liguria, che anche nel 2017 continua a detenere il record di regione “più vecchia” d’Italia, la percentuale di “giovani anziani” tocca i 199,1 mila abitanti ed equivale al 12,7% della popolazione. In Friuli Venezia Giulia le persone di questa fascia d’età sono 151,4 mila, pari al 12,4% della popolazione. Infine, in Calabria sono 202,9 mila, pari al 10,3% della popolazione.

Nel 2017 la percentuale degli “anziani” (gli individui appartenenti alla fascia d’età 75-84 anni) in **Sardegna** è pari al 7,8% della popolazione, e corrisponde a 129,5 mila abitanti. Si tratta di un valore più basso rispetto a quello rilevato in Liguria, dove gli “anziani” costituiscono il 10,7% della popolazione (167 mila abitanti) e in Friuli Venezia Giulia, dove la percentuale raggiunge il 9,2% (112 mila abitanti). Appare comunque più alto del valore registrato in Calabria, dove le persone di questa fascia d’età rappresentano il 7,4% della popolazione (quasi 146 mila abitanti).

Infine, nel 2017 i “grandi vecchi” (gli over 85) in **Sardegna** costituiscono il 3,2% della popolazione (53 mila abitanti), la stessa percentuale rilevata in Calabria (62,5 mila abitanti). Tuttavia, il valore risulta più basso rispetto alla percentuale del 5% registrata in Liguria (77,6 mila abitanti) e a quella del 4,1% osservata in Friuli Venezia Giulia (49,6 mila abitanti).

Tabella 92 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso relativo per 100 sul totale della popolazione per cittadinanza) di età

		Sardegna	Liguria	Friuli Venezia Giulia	Calabria	Italia
Fascia d'età	<i>Valori assoluti</i>	192,2	199,1	151,4	202,9	6.596,4
65-74	<i>Peso relativo</i>	11,6	12,7	12,4	10,3	10,9
Fascia d'età	<i>Valori assoluti</i>	129,5	167,0	112,4	145,8	4.870,5
75-84	<i>Peso relativo</i>	7,8	10,7	9,2	7,4	8,0
Fascia d'età	<i>Valori assoluti</i>	53,1	77,6	49,6	62,5	2.061,7
over 85	<i>Peso relativo</i>	3,2	5,0	4,1	3,2	3,4

Aspettativa di vita

Nel 2017 in **Sardegna** la speranza di vita alla nascita per gli uomini è pari a 80,4 anni, un valore leggermente inferiore all'aspettativa di vita degli uomini liguri (80,5 anni) e friulani (80,6 anni), ma lievemente superiore a quella dei maschi calabresi (80 anni). L'aspettativa di vita alla nascita delle donne in **Sardegna**, pari 85,1 anni, oltre a essere più elevata di quella della media nazionale è anche più alta di quella rilevata in Liguria (85 anni) e in Calabria (84,5 anni). Risulta tuttavia più bassa rispetto a quella registrata tra le donne residenti in Friuli Venezia Giulia (85,5 anni).

Se si prende in considerazione la speranza di vita a partire dai 65 anni, si può osservare che in Sardegna la situazione cambia un po' nel sesso maschile, mentre segue lo stesso trend nel genere femminile. Nello specifico, l'aspettativa di vita dei sessantacinquenni maschi in **Sardegna** è pari a 19,1 anni, un valore superiore a quello della media nazionale (19 anni) e a quello rilevato in Friuli Venezia Giulia (19 anni), Liguria (18,9 anni) e Calabria (18,8 anni).

La speranza di vita a partire dai 65 anni delle esponenti del gentil sesso in **Sardegna** è pari a 22,6 anni, un valore leggermente inferiore a quello osservato tra le donne friulane (22,7 anni), ma superiore a quello registrato a livello nazionale (22,2 anni), in Liguria (22,4 anni) e in Calabria (21,8 anni).

Tabella 93 - Speranza di vita (anni) alla nascita e a 65 anni per genere e per regione - Anno 2017

		Sardegna	Liguria	Friuli Venezia Giulia	Calabria	Italia
Speranza di vita alla nascita	<i>Maschi</i>	80,4	80,5	80,6	80	80,6
	<i>Femmine</i>	85,1	85,0	85,5	84,5	84,9
Speranza di vita a 65 anni	<i>Maschi</i>	19,1	18,9	19	18,8	19
	<i>Femmine</i>	22,6	22,4	22,7	21,8	22,2

Fecondità

La **Sardegna** è una delle regioni meno prolifiche d'Italia. Nel 2015 il numero medio di figli per donna (Tft) è pari nell'isola a 1,09 figli per donna in età feconda (sarde: 1,07 Tft, straniera: 1,70 Tft), un valore più basso rispetto a quello registrato in Calabria (1,29 Tft – calabresi: 1,27, straniera: 1,72), in Liguria (1,30 Tft – liguri: 1,17, straniera: 1,96 Tft) e in Friuli Venezia Giulia (1,32 Tft – friulane: 1,21, straniera: 1,90 Tft).

Inoltre, anche nel 2015 la **Sardegna** è la regione in cui l'età media delle madri al parto raggiunge il valore più alto d'Italia, pari a 32,4 anni (sarde: 32,6 anni, straniera: 28,5 anni). Supera pertanto il dato registrato in Calabria (31,4 anni – calabresi: 31,7 anni, straniera: 28,1 anni), in Liguria (31,8 anni – liguri: 32,8 anni, straniera: 28,6 Tft) e in Friuli Venezia Giulia (31,8 anni – friulane: 32,6 anni, straniera: 28,8 anni). Occorre tuttavia precisare che se si prendono in considerazione soltanto le donne italiane, l'età media delle madri al parto registrata in **Sardegna** è uguale a quella osservata in Friuli Venezia Giulia e risulta inferiore a quella rilevata in Liguria.

Tabella 94 - Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (valori in anni) della madre al parto e quota (valori per 100) di nati da madre straniera per regione - Anno 2015

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Tasso di fecondità totale	<i>Totale</i>	1,09	1,30	1,32	1,29	1,35
	<i>Italiane</i>	1,07	1,17	1,21	1,27	1,27
	<i>Straniera</i>	1,70	1,96	1,90	1,72	1,94
Età media delle madri al parto	<i>Totale</i>	32,4	31,8	31,8	31,4	31,7
	<i>Italiane</i>	32,6	32,8	32,6	31,7	32,3
	<i>Straniera</i>	28,5	28,6	28,8	28,1	28,7

Tasso di mortalità precoce

Il tasso di mortalità precoce in **Sardegna** nel 2015 è pari a 249,2 per 10.000 abitanti, un valore più elevato non solo rispetto alla media italiana (232 per 10.000 abitanti), ma anche rispetto a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (225,4 per 10.000 abitanti), in Liguria (221,5 per 10.000 abitanti) e in Calabria (243 per 10.000 abitanti).

Tabella 95 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità precoce per regione - anno 2015

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Tasso di mortalità precoce	249,2	221,5	225,4	243,0	232,0

Screening per tumore a seno, cervice uterina e colon-retto

Nel periodo 2014-2017 in **Sardegna** la percentuale di adesione ai programmi di *screening* mammografico è pari al 70,1% (l'adesione ai programmi organizzati dalle Asl è pari al 52,6%, mentre l'adesione spontanea al 16,9%), un valore inferiore rispetto alla media nazionale, pari al 73,5% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 53,8%; adesione ai programmi spontanei: 19,2%), ma anche rispetto alla percentuale dell'84,4% osservata in Liguria (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 60,9%; adesione ai programmi spontanei: 23,4%) e a quella dell'85,5% riscontrata in Friuli Venezia Giulia (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 70,1%; adesione ai programmi spontanei: 15,3%). Risulta comunque superiore all'adesione del 56,6% rilevata in Calabria (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 33,4%; adesione ai programmi spontanei: 21%).

Per quanto riguarda i programmi di *screening* colorettrale, il tasso di copertura in **Sardegna** è pari al 41,4% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl pari al 34,6% e adesione ai programmi spontanei pari al 6,4%). È quindi inferiore alla media nazionale, pari al 45,5% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 37,4%; adesione ai programmi spontanei: 7,5%), alla percentuale rilevata in Friuli Venezia Giulia, pari al 70,3% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 65,2%; adesione ai programmi spontanei: 4,9%) e a quella osservata in Liguria, pari al 48,9% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 40,2%; adesione ai programmi spontanei: 8,4%). Anche in questo caso, però, si tratta di un valore più alto del tasso di copertura osservato in Calabria, pari al 13,9%, dove l'adesione ai programmi organizzati dalle Asl (5,6%) è inferiore a quella spontanea (7,7%).

In **Sardegna** la percentuale di adesione ai programmi di *screening* cervicale per la prevenzione del tumore del collo dell'utero è pari al 75,4% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl pari al 57% e adesione ai programmi spontanei pari al 17,9%), un valore più basso rispetto a quello nazionale, pari al 79,3% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 45,3%; adesione ai programmi spon-

tanei: 33,4%), come anche al tasso di copertura rilevato in Friuli Venezia Giulia, pari all'89,2% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 65,5%; adesione ai programmi spontanei: 23,6%) e a quello osservato in Liguria, pari all'87,8% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 34,7%; adesione ai programmi spontanei: 53%). Ma anche stavolta, è maggiore rispetto all'adesione riscontrata in Calabria, pari al 61,8% (adesione ai programmi organizzati dalle Asl: 37,6%; adesione ai programmi spontanei: 21,8%).

Tabella 96 - Copertura dei programmi di screening mammografico, coloretale e cervicale (tassi standardizzati) - Anni 2014-2017

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
<i>Screening mammografico</i>	<i>Copertura screening totale</i>	70,1	84,4	85,5	56,6	73,5
	<i>Copertura screening organizzato</i>	52,6	60,9	70,1	33,4	53,8
	<i>Copertura screening spontaneo</i>	16,9	23,4	15,3	21,0	19,2
<i>Screening coloretale</i>	<i>Copertura screening totale</i>	41,4	48,9	70,3	13,9	45,5
	<i>Copertura screening organizzato</i>	34,6	40,2	65,2	5,6	37,4
	<i>Copertura screening spontaneo</i>	6,4	8,4	4,9	7,7	7,5
<i>Screening cervicale</i>	<i>Copertura screening totale</i>	75,4	87,8	89,2	61,8	79,3
	<i>Copertura screening organizzato</i>	57,0	34,7	65,5	37,6	45,3
	<i>Copertura screening spontaneo</i>	17,9	53,0	23,6	21,8	33,4

Le coperture vaccinali

Le vaccinazioni pediatriche

Vaccinazione anti-polio a 24 mesi - Nel 2017 la copertura per la vaccinazione anti-polio a 24 mesi è pari in **Sardegna** al 96%, un valore lievemente inferiore a quello registrato in Calabria (96,1%), ma superiore a quello osservato in Liguria (95%) e in Friuli Venezia Giulia (90,4%). Il Friuli non raggiunge la soglia raccomandata del 95%.

Vaccinazione anti-polio a 36 mesi - In **Sardegna** la copertura per la vaccinazione anti-polio a 36 mesi sale al 96,6%. Anche in questo caso risulta più bassa di quella riscontrata in Calabria (98,3%), ma più alta di quella rilevata in Liguria (95,2%) e in Friuli Venezia Giulia (91,9%). Anche stavolta il Friuli resta al di sotto della soglia del 95%.

Vaccinazione anti-DTP a 24 mesi - Nel 2017 la copertura per la vaccinazione anti-DTP (difterite, tetano, pertosse) a 24 mesi è pari in **Sardegna** al 96%, un valore di poco più basso rispetto a quello registrato in Calabria (96,1%), ma superiore a quello osservato in Liguria (95%) e in Friuli Venezia Giulia (90,6%) - che anche in questo caso non raggiunge la soglia target del 95%.

Vaccinazione anti-DTP a 36 mesi - La copertura a 36 mesi per la vaccinazione anti-DTP (coorte 2014) in **Sardegna** raggiunge il 96,5%, un valore più alto rispetto alla copertura osservata in Liguria (95,2%) e in Friuli Venezia Giulia (91,9%) - che resta anche stavolta al di sotto della soglia ottimale del 95% -, ma più basso rispetto alla percentuale del 98,3% rilevata in Calabria.

Vaccinazione anti-MPR a 24 mesi - Nel 2017 la copertura per la vaccinazione anti-MPR (morbillo, parotite, rosolia) a 24 mesi in **Sardegna** è pari al 92,9%: non raggiunge, pertanto, la soglia del 95%. È comunque superiore rispetto al valore osservato in Calabria (92,8%), in Liguria (90,8 %) e in Friuli Venezia Giulia (86,6%).

Vaccinazione anti-MPR a 36 mesi - Anche se si considera il tasso di copertura per la vaccinazione anti-MPR a 36 mesi la **Sardegna** resta sotto la soglia del 95%: nell'isola la copertura vaccinale arriva al 93,5%, un tasso comunque maggiore di quello registrato in Calabria (93%), in Liguria (91,8%) e in Friuli Venezia Giulia (90,3%).

Vaccinazione anti-pneumococcica a 24 mesi - Nel 2017 il tasso di copertura a 24 mesi per la vaccinazione anti-pneumococcica in **Sardegna** raggiunge il 95,4%. Oltre a superare la soglia ottimale del 95%, presenta un tasso maggiore rispetto a quello rilevato in Calabria (94,6%), in Liguria (93%) e in Friuli Venezia Giulia (83,8%), che restano al di sotto della soglia raccomandata.

Vaccinazione anti-pneumococcica a 36 mesi - Il tasso di copertura per la vaccinazione anti-pneumococcica a 36 mesi (relativo alla coorte 2014) in **Sardegna** si attesta nel 2017 al 95,1%. Anche in questo caso supera la soglia del 95%, a differenza di quanto avviene in Calabria, dove la copertura a 36 mesi è pari al 93,6%, in Liguria, dove si ferma al 91,6%, e in Friuli Venezia Giulia, che registra il tasso di copertura più basso d'Italia, pari all'83,7%.

Vaccinazione anti-meningococco C a 24 mesi - Nel 2017 il tasso di copertura per la vaccinazione anti-meningococco C a 24 mesi in **Sardegna** resta al di sotto della soglia del 95%, fermandosi al 90,1%. Risulta comunque superiore al livello di copertura osservato in Friuli Venezia Giulia (89%), in Liguria (84,1%) e soprattutto in Calabria, dove si registra il valore più basso della nazione (56,9%).

Vaccinazione anti-meningococco C a 36 mesi - Il tasso di copertura per la vaccinazione anti-meningococco C a 36 mesi in **Sardegna** sale, fin a raggiungere il 95,1% e a superare la soglia raccomandata. Anche in questo caso, nell'isola la copertura è maggiore rispetto a quella rilevata in

Calabria (93,6%), in Liguria (91,6%) e in Friuli Venezia Giulia (83,7%), che restano tutte sotto la soglia del 95%. Inoltre, il Friuli registra il tasso di copertura più basso d'Italia.

Vaccinazione anti-meningococco B a 24 mesi - La vaccinazione contro il meningococco B, da somministrare durante il primo anno di vita, è stata introdotta gratuitamente dal “Piano Nazionale Prevenzione Vaccina (PNPV) 2017-2019” e inserita nei LEA. L'obiettivo di copertura fissato dal PNPV 2017-2019 è pari al 60% per il 2017, al 75% per il 2018 e al 95% (la soglia ottimale) per il 2019. Nel 2017 in **Sardegna** il tasso di copertura a 24 mesi per la vaccinazione anti-meningococco B è lontano dalla soglia raccomandata: si ferma, infatti, al 28,7%. Risulta anche inferiore al tasso registrato in Calabria (57,6%), ma soprattutto a quello dell'82,4% raggiunto in Liguria e a quello del 68,9% conseguito in Friuli Venezia Giulia: entrambe queste regioni hanno superato la soglia richiesta del 60%.

Vaccinazione anti-rotavirus a 24 mesi - Anche la vaccinazione anti-rotavirus, che viene raccomandata ai bambini a partire dalla sesta settimana di vita, è stata introdotta gratuitamente dal PNPV 2017-2019 e inserita nei LEA, con l'obiettivo di copertura pari al 60% per il 2017, al 75% per il 2018 e al 95% per il 2019. Nel 2017 in **Sardegna** il tasso di copertura per la vaccinazione anti-rotavirus a 24 mesi arriva al 20,9%: anche in questo caso appare lontano dalla soglia ottimale. Ma pur essendo inferiore al valore osservato in Calabria (41,5%), resta al di sopra della percentuale riscontrata in Liguria (20,1%) e in Friuli Venezia Giulia (4,1%).

Tabella 97 - Copertura della campagna di vaccinazione anti-polio, anti-DTP, anti-MPR, anti-pneumococcica, anti-meningococco C,

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Vaccinazione anti-polio	Copertura a 24 mesi	96,0	95	90,4	96,1	94,5
	Copertura a 36 mesi	96,6	95,2	91,9	98,3	95,1
Vaccinazione anti-DTP	Copertura a 24 mesi	96,0	95	90,6	96,1	94,6
	Copertura a 36 mesi	96,5	95,2	91,9	98,3	95,1
Vaccinazione anti-MPR	Copertura a 24 mesi	92,9	90,8	86,6	92,8	91,6
	Copertura a 36 mesi	93,5	91,8	90,3	93,0	92,3
Vaccinazione anti-pneumococcica	Copertura a 24 mesi	95,4	93,0	83,8	94,6	90,9
	Copertura a 36 mesi	95,1	91,6	83,7	93,6	90,4
Vaccinazione anti-meningococco C	Copertura a 24 mesi	90,1	84,1	89,0	56,9	83,1
	Copertura a 36 mesi	95,1	91,6	83,7	93,6	90,4
Vaccinazione anti-meningococco B	Copertura a 24 mesi	28,7	82,4	68,9	57,6	38,6
Vaccinazione anti-rotavirus	Copertura a 24 mesi	20,9	20,1	4,1	41,5	14,3

La vaccinazione nell'età adolescenziale: copertura vaccinazione anti-HPV

Nel 2017 il livello di copertura per ciclo completo contro il papilloma virus umano (HPV) tra le dodicenni (coorte 2005) in **Sardegna** si ferma al 36,8%, un valore più basso rispetto al tasso registrato in Calabria (40,9%), in Liguria (50,4%) e in Friuli Venezia Giulia (41,7%). In tutti i casi si resta ben al di sotto della soglia raccomandata del 95%.

Il PNPV 2017-2019 ha introdotto la vaccinazione anti-HPV (papilloma virus umano) universale, estendendo l'offerta anche ai maschi, con l'obiettivo di copertura pari al 60% nel 2017 e nel 2018, al 75% nel 2019 e al 95% (soglia ottimale) nel 2020. Il tasso di copertura vaccinale anti-HPV per i maschi (coorte 2005) nel 2017 in **Sardegna** è molto lontana dalla soglia richiesta e si ferma al 4,8%. Risulta più alta, anche se sempre al di sotto della soglia del 60%, la copertura rilevata in Calabria (28,5%), in Liguria (33,2%) e in Friuli Venezia Giulia (38,5%).

Tabella 98 - Copertura della campagna di vaccinazione anti-HPV, coorte 2005 dodicenni vaccinati a ciclo completo (percentuale)

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Vaccinazione anti-HPV	<i>Femmine</i>	36,8	50,4	41,7	40,9	49,9
	<i>Maschi</i>	4,8	33,2	38,5	28,5	15,4

La vaccinazione nell'età adulta: copertura vaccinazione anti-influenzale

Nella stagione 2017-2018 la copertura per il vaccino antinfluenzale negli over 65 in **Sardegna** si attesta al 44%, un valore ben al di sotto della soglia ottimale del 95%, ma anche della soglia minima del 75%. È anche inferiore alla percentuale del 50,1% osservata in Liguria, a quella del 55,7% rilevata in Friuli Venezia Giulia e a quella del 61,2% registrata in Calabria.

Nella popolazione generale, il livello di copertura per il vaccino antinfluenzale nella stagione 2017-2018 è pari in **Sardegna** al 13,2%. Anche in questo caso, risulta più basso dei valori riscontrati in Calabria (15,6%), Liguria (18,3%) e Friuli Venezia Giulia (17,6%).

Tabella 99 - Copertura della campagna di vaccinazione antinfluenzale nella popolazione over 65 e nella popolazione generale (percentuale) - Stagione 2017-2018

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Vaccinazione antinfluenzale	<i>Over 65</i>	44,0	50,1	55,7	61,2	52,7
	<i>Popolazione generale</i>	13,2	18,3	17,6	15,6	15,3

Parte seconda: spesa sanitaria, entrate e qualità dei servizi offerti dai sistemi sanitari regionali

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione

Nel 2015 la spesa sanitaria pubblica corrente per funzione (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 10,68% del Prodotto interno lordo (PIL). Si tratta di un valore superiore non solo rispetto alla media nazionale (6,79% del PIL), ma anche a quello registrato in Liguria (6,71% del PIL), in Friuli Venezia Giulia (6,51% del PIL) e, anche se in misura minore, in Calabria (10,48% del PIL).

Nello specifico, in **Sardegna** la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente nel 2015 raggiunge il 6,95% del PIL, il valore più alto d'Italia. In Liguria questo dato si ferma al 4,17% del PIL, in Friuli Venezia Giulia al 4,52% del PIL e in Calabria al 6,08% del PIL.

In **Sardegna** le spese per le prestazioni sociali in convenzione sono pari al 3,10% del PIL, mentre quelle relative ad altre spese allo 0,63% del PIL. Entrambi i valori sono superiori a quelli rilevati in Liguria (rispettivamente 2,16% e 0,38% del PIL) e in Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 1,61% e 0,38% del PIL), ma inferiori a quelli riscontrati in Calabria (rispettivamente 3,69% e 0,70% del PIL).

La spesa per prestazioni sociali in convenzione è articolata in sei voci: nel 2015 in **Sardegna** la più rilevante è quella relativa all'assistenza farmaceutica (pari allo 0,88% del PIL), che si attesta su un valore inferiore a quello della Calabria (0,94% del PIL), ma significativamente superiore a quello della Liguria (0,46% del PIL) e del Friuli Venezia Giulia (0,51% del PIL). La voce relativa alla spesa sanitaria pubblica in convenzione per assistenza medico-generale è pari in **Sardegna** allo 0,63% del PIL, un valore che anche in questo caso appare più basso di quello rilevato in Calabria (0,78% del PIL), ma più alto di quello registrato in Liguria (0,33% del PIL) e in Friuli Venezia Giulia (0,34% del PIL). La spesa per altre prestazioni in **Sardegna** è pari allo 0,46%, un valore più alto di quello osservato in Calabria (0,43% del PIL), Liguria (0,33% del PIL) e Friuli Venezia Giulia (0,26% del PIL). La spesa per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica è pari in **Sardegna** allo 0,42%, un valore inferiore a quello della Calabria (0,52% del PIL), ma superiore a quello della Liguria (0,32% del PIL) e del Friuli Venezia Giulia (0,18% del PIL). La spesa per assistenza-medico specialistica in **Sardegna** è pari allo 0,40% del PIL, un valore equivalente a quello registrato in Calabria ma più alto di quello rilevato in Liguria (0,24% del PIL) e in Friuli Venezia Giulia (0,13% del PIL). Infine, la spesa sanitaria pubblica per case di cura private è pari in **Sardegna** allo 0,30%, un valore più alto di quello osservato in Friuli Venezia Giulia (0,18% del PIL), ma più basso di quello rilevato in Calabria (0,62% del PIL) e Liguria (0,48% del PIL).

Tabella 100 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anno 2015

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione	<i>Totale</i>	10,68	6,71	6,51	10,48	6,79
	<i>Per servizi forniti direttamente</i>	6,95	4,17	4,52	6,08	3,97
	<i>Per altre spese</i>	0,63	0,38	0,38	0,70	0,40
	<i>In convenzione per prestazioni sociali</i>	3,10	2,16	1,61	3,69	2,42
In convenzione per prestazioni sociali	<i>Per assistenza farmaceutica</i>	0,88	0,46	0,51	0,94	0,50
	<i>Per assistenza medico-generale</i>	0,63	0,33	0,34	0,78	0,41
	<i>Per assistenza medico-specialista</i>	0,40	0,24	0,13	0,40	0,29
	<i>Per case di cura private</i>	0,30	0,48	0,18	0,62	0,57
	<i>Per assistenza riabilitativa integrativa e protesica</i>	0,42	0,32	0,18	0,52	0,24
	<i>Per altre prestazioni</i>	0,46	0,33	0,26	0,43	0,41

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 2010-2016). In **Sardegna** tra il 2010 e il 2016 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è cresciuta del 5,18%, passando dal valore di 1.958 euro nel 2010 a quello di 2.065 euro nel 2016 (rispetto all'anno precedente, questa voce di spesa è aumentata dello 0,14% nell'isola). Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica pro-capite è, invece, diminuita dell'1,60% in Liguria (dov'è passata da 2.070 euro nel 2010 a 2.037 nel 2016), del 2,12% in Calabria (passata da 1.778 euro nel 2010 a 1.741 nel 2016) e addirittura del 5,33% in Friuli Venezia Giulia (passata da 2.001 euro nel 2010 a 1.900 nel 2016).

Tabella 101 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro-capite e variazioni percentuali - Anni 2010-2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ% (2010- 2016)	Δ% (2015- 2016)
Sardegna	1.958	1.982	2.049	1.994	2.041	2.062	2.065	5,18	0,14
Liguria	2.070	2.061	2.019	1.999	2.014	2.044	2.037	-1,60	-0,32
Friuli Venezia Giulia	2.001	2.045	2.060	2.040	1.960	1.898	1.900	-5,33	0,09
Calabria	1.778	1.751	1.745	1.715	1.711	1.725	1.741	-2,12	0,93
Italia	1.860	1.856	1.844	1.816	1.817	1.838	1.845	-0,81	0,38

Disavanzo/avanzo sanitario pubblico

L'indicatore "disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro-capite" misura l'entità dei disavanzi, in termini pro-capite, dei Servizi sanitari regionali, fornendo informazioni sulla performance economico-finanziarie dei Servizi stessi. Secondo il Rapporto Oasi, nel 2016 la **Sardegna** ha riportato il disavanzo peggiore d'Italia, pari a 297 milioni di euro, un valore pertanto superiore rispetto a quello registrato in Liguria (71 milioni di euro) e in Friuli Venezia Giulia (15 milioni di euro). In Calabria si registra invece un avanzo di 44 milioni di euro.

Tabella 102 - Disavanzo sanitario regionale: milioni di Euro - Anni 2001-2016

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
2001	106	77	18	226	4.122
2002	175	44	-34	148	2.891
2003	143	48	-19	57	2.323
2004	240	329	-9	128	5.790
2005	327	254	-27	79	5.735
2006	130	100	-18	35	4.483
2007	22	142	-39	170	3.709
2008	183	110	-22	202	3.658
2009	230	105	-17	232	3.364
2010	149	90	-15	67	2.196
2011	173	143	-17	110	1.262
2012	-18*	13	62	-44	-583*
2013	-10*	78	-16	-76	-333*
2014	216	64	-23	-41	-224*
2015	339	95	-31	-46	614

2016	297	71	15	-44	-329*
*Il segno meno denota un avanzo.					

Il Rapporto Osservasalute si concentra, invece, sul disavanzo sanitario pro-capite, che nel 2016 in **Sardegna** è pari a 193 euro. È quindi diminuito rispetto al 2015, quando raggiungeva i 201 euro. Continua tuttavia a essere significativamente più alto rispetto al 2006, quando si fermava a 78 euro. Si tratta del secondo dato più alto rilevato in Italia (dopo quello di 437 euro riscontrato nella Provincia Autonoma di Bolzano) e risulta di gran lunga superiore al disavanzo sanitario pro-capite di 45 euro rilevato in Liguria e a quello di 28 euro osservato in Calabria. In Friuli Venezia Giulia, invece, si registra un avanzo di 5 euro.

Tabella 103 - Disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro-capite - Anni 2006, 2015 e 2016					
	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
2006	78	59	4	27	104
2015	201	62	-5	30	17
2016	193	45	-5	28	17

Le entrate

Le entrate da compartecipazioni alla spesa

L'analisi dei proventi per le compartecipazioni alla spesa evidenzia che nel 2017 in **Sardegna** la somma complessiva di tutte le compartecipazioni è pari a 50 milioni di euro (30 euro pro-capite) un valore più basso rispetto ai 61,7 milioni di euro del Friuli Venezia Giulia (50 euro pro-capite), ai 79,3 milioni di euro della Calabria (40 euro pro-capite) e ai quasi 87 milioni di euro della Liguria (55,5 euro pro-capite).

Nello specifico, in **Sardegna** le compartecipazioni relative ai ticket sui farmaci raggiungono i 28 milioni di euro (17 euro pro-capite), un ammontare più alto rispetto ai quasi 19 milioni di euro registrati in Friuli Venezia Giulia (15,4 euro pro-capite), ma inferiore rispetto ai 44 milioni di euro della Liguria (28 euro pro-capite) e ai 53,5 milioni di euro della Calabria (27 euro pro-capite).

Le compartecipazioni sulle prestazioni sanitarie in **Sardegna** sono invece pari a 22 milioni di euro (13 euro pro-capite), una cifra più bassa rispetto a quella di quasi 26 milioni di euro registrata in Calabria (13 euro pro-capite), a quella di quasi 43 milioni di euro osservata in Liguria (27 euro pro-capite) e a quella di quasi 43 milioni di euro riportata in Friuli Venezia Giulia (35 euro pro-capite).

Tabella 13 - I proventi (in milioni di euro) per le compartecipazioni alla spesa - Anno 2017

			Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Valore compartecipazioni	<i>Totale compartecipazioni</i>	<i>A+B</i>	50,3	86,9	61,7	79,3	2.889,4
	<i>Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)</i>	<i>A</i>	28,1	44,1	18,8	53,5	1.552,8
	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)</i>	<i>B=1+2+3</i>	22,2	42,8	42,9	25,8	1.336,6
	<i>Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale</i>	<i>(1)</i>	21,2	42,3	37,8	23,8	1.279,3
	<i>Ticket sul pronto soccorso</i>	<i>(2)</i>	1,0	0,5	0,4	2,0	42,8
	<i>Ticket su altre prestazioni</i>	<i>(3)</i>	0,0	0,0	4,7	0,0	14,5
Pro-capite 2017 (in euro)	<i>Totale compartecipazioni</i>	<i>A+B</i>	30,4	55,5	50,6	40,4	47,7
	<i>Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)</i>	<i>A</i>	17,0	28,2	15,4	27,2	25,6
	<i>Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)</i>	<i>B</i>	13,4	27,4	35,2	13,1	22,1

Le entrate da *payback*

Nel 2017 le entrate relative agli “altri *payback*” (quelli relativi all’assistenza non convenzionata corrisposti alle Regioni dalle case farmaceutiche per la sospensione delle riduzioni di prezzo del 5% dei medicinali di fascia A e H; quelli previsti a ripiano degli sfondamenti dei tetti definiti con delibera CIPE 3/2001; quelli versati dalle aziende in applicazione di procedure di rimborsabilità condizionata ex articolo 48 c.33 del DL 269/2003; quelli a riduzione di spesa del SSN ai sensi dell’articolo 48 del DL 269/03 e del monitoraggio di cui al DL 113/16) in **Sardegna** sono pari a 24,6 milioni di euro, un valore superiore rispetto a quello di 12,3 milioni di euro riportato in Friuli Venezia Giulia, ma inferiore rispetto alla cifra di 30,5 milioni di euro registrata in Liguria e a quella di 26,3 milioni di euro rilevata in Calabria.

Tabella 105 - Le entrate da payback - Anno 2017

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Rimborsi da aziende farmaceutiche per il <i>payback</i>	24.654	30.594	12.363	26.336	707.992
<i>Payback</i> territoriale	0	0	0	0	0
<i>Payback</i> ospedaliero	0	0	0	0	0
Ulteriore <i>payback</i>	24.654	30.594	12.363	26.336	707.992

Spesa sanitaria diretta delle famiglie

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa sanitaria diretta delle famiglie corrisposta come compartecipazione alla spesa e come corrispettivo per prestazioni *intramoenia* è di poco inferiore ai 63 milioni di euro, un valore più basso di quello registrato in Friuli Venezia Giulia (87,7 milioni di euro), in Calabria (quasi 90 milioni di euro) e soprattutto alla cifra rilevata in Liguria (123 milioni di euro).

Nel dettaglio, la spesa per compartecipazioni in **Sardegna** è pari a 50 milioni di euro, un importo più basso di quello osservato in Friuli Venezia Giulia (quasi 62 milioni di euro), Liguria (87 milioni di euro) e Calabria (79 milioni di euro).

La spesa per le prestazioni *intramoenia* in **Sardegna** è pari a 12,6 milioni di euro, un valore superiore a quello registrato in Calabria (10,6 milioni di euro), ma inferiore a quello osservato in Friuli Venezia Giulia (26 milioni di euro) e in Liguria (36,5 milioni di euro).

La spesa per le prestazioni *intramoenia* si divide ulteriormente in due voci di spesa: quella per le prestazioni specialistiche e quella per le prestazioni ospedaliere. Nel 2017 in **Sardegna** la spesa per le prestazioni specialistiche raggiunge quasi 10 milioni di euro, un valore di poco inferiore a quello rilevato in Calabria (10 milioni di euro) e più basso anche di quello registrato in Friuli Venezia Giulia (24,3 milioni di euro) e in Liguria (22,8 milioni di euro).

Infine, la spesa per le prestazioni ospedaliere in **Sardegna** è pari a 300 mila euro, un valore più basso di quello osservato in Friuli Venezia Giulia (2 milioni di euro) e in Liguria (6,5 milioni di euro). In Calabria invece questa cifra è pari a zero.

Tabella 106 - La spesa sanitaria privata riversata al pubblico - Anno 2017

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Totale compartecipazioni e <i>intramoenia</i>	62,9	123,4	87,7	89,9	3.973,9
Valori pro-capite	38,0	78,8	72,0	45,8	65,6
Compartecipazioni	50,3	86,9	61,7	79,3	2.889,4
Intramoenia	12,6	36,5	26,0	10,6	1.084,6
di cui ospedaliera	0,3	6,5	2,0	0,0	205,5

<i>di cui specialistica</i>	9,9	24,3	22,8	10,0	768,0
-----------------------------	-----	------	------	------	-------

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa sanitaria a carico delle famiglie si attesta intorno ai 2.100 euro (pari a 80 euro mensili), una cifra più alta di quella registrata in Calabria (1.700 euro, pari a 74 euro mensili), ma più bassa rispetto a quella rilevata in Friuli Venezia Giulia (quasi 2.500 euro, pari a circa 115 euro mensili) e in Liguria (quasi 2.300 euro, pari a 104 euro mensili).

Tabella 107 - La spesa sanitaria privata per famiglia - Anno 2017					
	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Spesa sanitaria media per famiglia	80,2	104,4	114,6	74,2	113,7
Spesa media complessiva per famiglia	2.128,7	2.289,5	2.479,0	1.701,0	2.524,4
Spesa sanitaria/spesa complessiva	3,8	4,6	4,6	4,4	4,5
Spesa sanitaria/Pil	2,0	2,0	2,0	2,2	2,1

Assistenza territoriale

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

Nel 2015 in **Sardegna** i posti letto (PL) destinati ad accogliere disabili e anziani non autosufficienti sono in totale 30,3 per 10.000 abitanti (72,1 PL per 10 mila sono rivolti agli anziani non autosufficienti, mentre 18,4 PL per 10.000 sono destinati ai disabili). Si tratta di un valore più basso rispetto alla media nazionale (47,4 PL per 10.000 – anziani: 169,3 per 10.000; disabili: 12,9 per 10.000) e significativamente inferiore rispetto a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (91,4 PL per 10.000 - anziani: 304,3 per 10.000; disabili: 18,7 per 10.000) e in Liguria (73 PL per 10.000 -anziani: 178,2 per 10.000; disabili: 31,7 per 10.000). Risulta tuttavia superiore al valore rilevato in Calabria (18,3 PL per 10.000 - anziani: 50,1 per 10.000; disabili: 10,1 per 10.000).

Tabella 108 - Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-			
	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale
Sardegna	18,4	72,1	30,3
Liguria	31,7	178,2	73,0
Friuli Venezia Giulia	18,7	304,3	91,4
Calabria	10,1	50,1	18,3
Italia	12,9	169,3	47,4

Pazienti anziani e con disabilità ospitati nei presidi residenziali

Nel 2015 in **Sardegna** il tasso di anziani ospiti dei presidi residenziali è pari a 92,8 per 10.000 anziani residenti, un valore inferiore alla media nazionale (161,5 per 10.000) e a quello registrato in Liguria (190,7 per 10.000) e in Friuli Venezia Giulia (295,8 per 10.000), ma superiore al tasso rilevato in Calabria (59,2 per 10.000).

Il tasso degli adulti con disabilità ospiti dei presidi residenziali in **Sardegna** è pari a 13 per 10.000 ospiti adulti, un valore leggermente superiore a quello della media nazionale (12,3 per 10.000) e a quello osservato in Calabria (8,7 per 10.000), ma inferiore al dato riscontrato in Liguria (24,6 per 10.000) e in Friuli Venezia Giulia (16,9 per 10.000).

Infine, i minori disabili ospiti dei presidi in **Sardegna** sono 1,7 per 10.000 minori residenti, un dato lievemente superiore rispetto alla media italiana (1,6 per 10.000), al valore rilevato in Calabria (0,7 per 10.000) e in Friuli Venezia Giulia (0,6 per 10.000), ma inferiore rispetto al tasso registrato in Liguria (2,9 per 10.000).

Tabella 109 - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani, adulti e minori con disabilità assistiti nei presidi residenziali per regione - Anno 2015

	Anziani	Adulti con disa- bilità	Minori con disa- bilità
Sardegna	92,8	13,0	1,7
Liguria	190,7	24,6	2,9
Friuli Venezia Giulia	295,8	16,9	0,6
Calabria	59,2	8,7	0,7
Italia	161,5	12,3	1,6

Assistenza ospedaliera

Posti letto ospedalieri per tipologia di attività e regime di ricovero

Per misurare la struttura dell'offerta ospedaliera, il Rapporto Osservasalute valuta la dotazione complessiva dei posti letto per tipologia di attività (acuti e post-acuti). Nel 2016 in **Sardegna** il tasso complessivo di posti letto è pari a 3,71 per 1.000 residenti, un valore superiore a quello della media nazionale (3,56 per 1.000), a quello osservato in Liguria (3,62 per 1.000) e Calabria (2,80 per 1.000), ma più basso di quello registrato in Friuli Venezia Giulia (6,18 per 1.000).

Nello specifico, i posti letto per acuti in **Sardegna** sono 3,48 PL per 1.000, un valore superiore a quello nazionale (2,99 per 1.000), a quello rilevato in Calabria (2,33 per 1.000) e Liguria (3,02 per 1.000), ma inferiore a quello osservato in Friuli Venezia Giulia (5,75 per 1.000).

Infine, i posti letto per post-acuti in **Sardegna** sono 0,23 PL per 1.000, un valore inferiore a quello della media nazionale (0,57 per 1.000), della Calabria (0,47 per 1.000), della Liguria (0,59 per 1.000) e del Friuli Venezia Giulia (0,43 per 1.000).

Tabella 110 - Tasso (valori per 1.000) di posti letto per tipologia di attività - Anno 2016					
	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Acuti	3,48	3,02	5,75	2,33	2,99
Post-acuti	0,23	0,59	0,43	0,47	0,57
Totale	3,71	3,62	6,18	2,80	3,56

Parte terza: sistema sanitario pubblico e privato accreditato

Apparati amministrativi regionali del SSN

Risorse strutturali delle Aziende Sanitarie

Nel 2016 in **Sardegna** sono presenti complessivamente 25 strutture di ricovero pubbliche: 22 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. Il numero di strutture di ricovero pubbliche registrato nell'isola è superiore a quello registrato in Liguria (8), in Friuli Venezia Giulia (10) e in Calabria (21). Il numero delle strutture di ricovero private accreditate in **Sardegna** è pari a 8, un valore equivalente a quello della Liguria, superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (5) e inferiore a quello della Calabria (28).

Tabella 111 - Numero di strutture di ricovero per tipologia - Anno 2016					
	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Presidi a gestione diretta ASL	22	6	8	16	344
Aziende Ospedaliere	1			4	55
AO integrate con l'Università					16
AO (Aziende Ospedaliere + AO integrate con l'Università)	1			4	71
AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)	2				9
IRCCS pubblici		2	2	1	22

TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE	25	8	10	21	446
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	5	5	28	485
TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE ACCREDITATE	8	8	5	28	575
Case di cura private non accreditate		2			61
TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PRIVATE	8	10	5	28	636

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).

La **Sardegna** ospita complessivamente 620 strutture territoriali (362 "ambulatori e laboratori privati", 167 "altre strutture territoriali", 19 "strutture semiresidenziali" e 72 strutture residenziali), un numero inferiore rispetto a quello della Liguria (851) e della Calabria (654), ma superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (491).

Tabella 112 - Presenza di strutture territoriali pubbliche e private accreditate - Anno 2012

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Ambulatori e laboratori	362	364	121	387	9.214
Altre strutture territoriali *	167	122	100	141	5.694
Strutture semiresidenziali	19	64	83	15	2.886
Strutture residenziali	72	301	187	111	6.834
Totale strutture territoriali	620	851	491	654	24.628

* 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.

Le attività di ricovero del SSN

Nel 2015 il numero complessivo dei ricoveri presso il Servizio Sanitario Regionale della **Sardegna** è pari a 261,5 mila degenze, un valore inferiore a quello registrato in Liguria (264,6 mila), ma superiore rispetto a quello osservato in Friuli Venezia Giulia (174,8 mila) e in Calabria (224,9 mila). La maggior parte dei ricoveri registrati in **Sardegna** è costituita dai ricoveri per acuti, che nell'isola si attestano al 98%, una percentuale superiore a quella registrata in Liguria (94%), in Friuli Venezia Giulia (96,9%) e in Calabria (95%).

I ricoveri per riabilitazione in **Sardegna** rappresentano l'1,3% dei ricoveri presso il SSR, mentre quella dei ricoveri per lungodegenza è pari allo 0,7%: in entrambi i casi le percentuali sono inferiori a quelle rilevate in Liguria (rispettivamente 4,5% e 1,5%), in Friuli Venezia Giulia (rispettivamente 1,6% e 1,5%) e in Calabria (rispettivamente 4% e 1%).

Tabella 113 - Ricoveri SSN per Regione, per regime di ricovero e tipo di attività - Anno 2015

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Ricoveri per acuti	<i>RO</i>	182.022	163.989	129.680	157.089	6.398.034
	<i>DH</i>	74.235	84.744	39.772	56.526	2.069.823
	<i>% sul totale</i>	98%	94,0%	96,9%	95,0%	94,8%
Ricoveri per riabilitazione	<i>RO</i>	2.452	10.957	2.664	7.633	318.307
	<i>DH</i>	939	966	139	1.343	34.106
	<i>% sul totale</i>	1,3%	4,5%	1,6%	4,0%	3,9%
Ricoveri per lungodegenza	<i>RO+DH</i>	1.887	4.041	2.576	2.323	110.709
	<i>% sul totale</i>	0,7%	1,5%	1,5%	1,0%	1,2%
Totale ricoveri		261.535	264.697	174.831	224.914	8.930.979

Piani di rientro delle Aziende Sanitarie

La legge di stabilità per il 2016 ha previsto l'estensione della metodica dei Piani di rientro al risanamento e alla riqualificazione di strutture di ricovero che si trovino in squilibrio finanziario (ossia che presentino uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 10% dei ricavi, o in valore assoluto di almeno 10 milioni di euro) o che presentino carenze nella quantità, nella qualità e nell'esito delle cure. La **Sardegna**, il Friuli Venezia Giulia, la Calabria e la Liguria rientrano tutte fra le 12 regioni che ospitano Aziende Sanitarie da sottoporre a piani di rientro.

In **Sardegna** è stata rilevata una struttura da sottoporre al piano (l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari), come anche in Friuli Venezia Giulia, mentre in Calabria le Aziende da sottoporre al piano di rientro sono quattro. La Liguria è una delle tre regioni (insieme a Lombardia e Puglia) che

non hanno ancora individuato le Aziende da sottoporre al piano. Il Friuli Venezia Giulia e la Calabria hanno individuato le Aziende, ma devono ancora approvare i piani di rientro. La **Sardegna** è una delle quattro regioni (con Emilia Romagna, Lazio e Basilicata) che hanno già approvato il piano (con la deliberazione della Giunta Regionale n. 13/2 del 14/3/2017, recante: *“Piano triennale di rientro per il miglioramento della qualità delle cure e l’adeguamento dell’offerta dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari”*).

Tabella 114 - I Piani di rientro di AO e Asl - Anno 2017

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Aziende individuate in applicazione del punto A e/o B, comma 524 dell’art. 1 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208	1	?	1	4	33

Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività

Nel 2016 in **Sardegna** la spesa privata accreditata rappresenta l’11,9% della spesa complessiva del Servizio Sanitario Regionale, un valore superiore a quello rilevato in Friuli Venezia Giulia (8,4%) e in Liguria (11,2%), ma inferiore alla spesa privata accreditata pro-capite della Calabria, pari al 15,1%.

Nel dettaglio, la spesa per i ricoveri ospedalieri nelle strutture accreditate è pari in **Sardegna** a 51 euro, un valore di poco superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (49 euro) e più alto di quello osservato in Liguria (31 euro), ma significativamente più basso rispetto alla spesa di 99 euro rilevata in Calabria.

La spesa specialistica accreditata in **Sardegna** è invece pari a 74 euro pro-capite, un valore superiore a quello osservato in Calabria (61 euro), in Liguria (30 euro) e in Friuli Venezia Giulia (41 euro).

Nel 2015 in **Sardegna** la spesa privata accreditata per la riabilitazione è pari a 32 euro pro-capite, un valore superiore rispetto a quello del Friuli Venezia Giulia (11 euro), ma inferiore a quello osservato in Calabria (34 euro) e in Liguria (61 euro).

Infine, la spesa registrata in **Sardegna** per la voce “altra assistenza convenzionata e accreditata” è pari a 86 euro pro-capite, un valore inferiore rispetto a quello osservato in Liguria (110 euro), ma superiore a quello rilevato in Calabria (72 euro) e in Friuli Venezia Giulia (67 euro)

Tabella 115 - Spesa SSN per l’assistenza sanitaria privata accreditata (euro pro-capite) - Anno 2016

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Ospedaliera accreditata	51	31	49	99	140
Specialistica accreditata	74	30	41	61	74

Riabilitativa accreditata	32	61	11	34	28
Altra assistenza accreditata*	86	110	67	72	114
Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro-capite	242	231	168	265	357
Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro-capite	2.042	2.063	1.997	1.749	1.899
% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata	11,9%	11,2%	8,4%	15,1%	18,8%

* 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

Nel 2015 in **Sardegna** la percentuale delle prestazioni di ricovero offerta dalle strutture private accreditate è pari al 14% (mentre le strutture pubbliche forniscono il restante 86%), un valore inferiore rispetto alla media nazionale (26,2%) e al dato registrato in Calabria (22%) e in Liguria (15%), ma superiore a quello rilevato in Friuli Venezia Giulia (10%).

Assistenza distrettuale privata accreditata

Nel 2013 in **Sardegna** il 54,4% dei 362 ambulatori e laboratori presenti sull'isola è costituito dal privato accreditato, una percentuale inferiore a quella della media nazionale (58,7%) e a quella rilevata in Calabria (58,9%), ma superiore a quella registrata in Liguria (21,4%) e in Friuli Venezia Giulia (35,5%).

La percentuale delle strutture residenziali private accreditate in **Sardegna** è pari all'83,3% del totale, un dato più alto di quello registrato a livello nazionale (78,4%), in Friuli Venezia Giulia (65,2%) e in Calabria (81,1%), ma più basso di quello rilevato in Liguria (87%).

La percentuale delle strutture semiresidenziali private in **Sardegna** si ferma al 42,1%, un valore inferiore a quello nazionale (66,2%) e quello registrato in Liguria (54,2%) e in Friuli Venezia Giulia (70,3%), ma superiore a quello riscontrato in Calabria (26,7%).

Infine, gli altri tipi di strutture territoriali private costituiscono in **Sardegna** il 5,4% del totale, un valore più basso rispetto alla percentuale italiana (12,7%) e al dato quello rilevato in Liguria (7,4%), in Friuli Venezia Giulia (6%) e in Calabria (9,2%).

Tabella 116 - Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati - Anno 2013

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Ambulatori e Laboratori	<i>Totale strutture</i>	362	364	121	387	9.214
	<i>% Ambulatori e Laboratori privati accreditati</i>	54,4%	21,4%	35,5%	58,9%	58,7%
Strutture residenziali	<i>Totale strutture</i>	72	301	187	111	6.834
	<i>% Strutture residenziali private accreditate</i>	83,3%	87,0%	65,2%	81,1%	78,4%
Strutture semiresidenziali	<i>Totale strutture</i>	19	64	83	15	2.886
	<i>% Strutture semiresidenziali private accreditate</i>	42,1%	70,3%	54,2%	26,7%	66,2%
Altri tipi di strutture territoriali	<i>Totale strutture</i>	167	122	100	141	5.694
	<i>% Altre strutture territoriali private accreditate</i>	5,4%	7,4%	6,0%	9,2%	12,7%
Totale strutture territoriali	<i>Totale strutture</i>	620	851	491	654	24.628
	<i>% Totale strutture territoriali private accreditate</i>	44,2%	46,3%	44,0%	51,2%	54,4%

3. Servizi di e-health: il Fascicolo Sanitario Elettronico

Nel 2018 il livello di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in **Sardegna** è pari al 94%, una percentuale superiore a quella del 92% riscontrata in Friuli Venezia Giulia e a quella dell'86% registrata in Liguria. In Calabria il livello di attuazione del FSE è invece pari a 0.

La **Sardegna** è una delle tre regioni (insieme a Lazio e Molise) in cui il numero dei cittadini che hanno effettuato l'accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti della regione raggiunge la percentuale del 100%. In Liguria questa percentuale è pari al 60%, mentre in Friuli Venezia Giulia e in Calabria è pari a zero.

Per quanto riguarda l'utilizzo del FSE da parte dei medici italiani, ancora una volta la Sardegna mostra progressi maggiori rispetto alle altre regioni prese in esame. Nel 2018 in **Sardegna** la percentuale dei medici di medicina generale (MMG) che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale dei MMG abilitati è pari al 100%, mentre in Liguria è pari al 3%, in Friuli Venezia Giulia all'1% e in Calabria a zero.

Per quanto riguarda l'utilizzo del FSE da parte delle Aziende sanitarie, in **Sardegna** è disponibile soltanto il 2% dei referti digitalizzati. In questo caso l'isola fa meglio della Calabria, dove questo valore è pari a zero, ma risulta indietro rispetto alla Liguria, dove la percentuale dei referti disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti è pari al 9%, e soprattutto rispetto al Friuli Venezia Giulia, dove la disponibilità dei referti digitalizzati raggiunge il 95%.

Tabella 117 - Percentuale dei cittadini che hanno effettuato l'accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti della Regione, percentuale dei medici di medicina generale (MMG) che hanno

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Cittadini che hanno effettuato l'accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti	100	60	0	0	38
Numero dei MMG che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale dei MMG abilitati	100	3	1	0	37
Referti disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti	2	9	95	0	35

Parte quarta: assistenza farmaceutica

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

Nel 2017 la spesa lorda per l'acquisto dei farmaci di classe A è pari in **Sardegna** a 305,4 milioni di euro, una cifra maggiore di quella registrata in Liguria (267 milioni di euro) e in Friuli Venezia Giulia (206 milioni di euro), ma più bassa di quella riscontrata in Calabria (quasi 380 milioni di euro).

Nello stesso anno, la spesa pro-capite per l'acquisto dei farmaci di classe A in **Sardegna** raggiunge 181,58 euro, un importo più alto di quello nazionale (pari a 171,96 euro) e di quello rilevato in Liguria (152,53 euro) e in Friuli Venezia Giulia (158,44 euro). Risulta però inferiore rispetto alla spesa pro-capite registrata in Calabria, pari a 199,77 euro.

Il consumo dei farmaci di classe A nel 2017 in **Sardegna** è pari a 1.010,4 DDD/1000 abitanti al giorno (DDD/1000 *ab die*: numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti). Supera quindi la media italiana (pari a 972,7 DDD/1000 *ab die*), il consumo registrato in Liguria (855,5 DDD/1000 *ab die*) e in Friuli Venezia Giulia (953,5 DDD/1000 *ab die*), ma resta al di sotto del valore osservato in Calabria (1.060,3 DDD/1000 *ab die*)

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa pro-capite per l'acquisto dei farmaci di classe C (che prevedono l'obbligo di presentare la prescrizione del medico) e dei farmaci di automedicazione (che possono essere acquistati senza ricetta medica) è pari a 90,06 euro, una cifra più bassa rispetto alla media italiana (98,02 euro) e a quella osservata in Liguria (136,71 euro). Risulta però superiore alla spesa pro-capite registrata in Calabria (86,96 euro) e in Friuli Venezia Giulia (88,87 euro).

Tabella 118 - Variabilità dei consumi farmaceutici dispensati attraverso le farmacie territoriali, pubbliche e private - Anno 2017

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Fascia A rim-borsata dal SSN	<i>Spesa lorda Classe A-SSN[^]</i>	305,4	267,0	206,1	379,9	10.418,9
	<i>Spesa lorda pro-capite pesata</i>	181,58	152,53	158,44	199,77	171,96
	<i>Δ % 17-16</i>	-3,8	-1,2	-1,3	-1,5	-1,3
	<i>DDD/1000 ab die pesate</i>	1.010,4	855,5	953,5	1.060,3	972,7
	<i>Δ % 17-16</i>	-1,2	-0,2	-0,1	0,2	0,1
Acquisto privato di Classe C, SOP e OTC	<i>Spesa pro-capite pesata</i>	90,06	136,71	88,87	86,96	98,02

Spesa farmaceutica convenzionata

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa farmaceutica pubblica erogata in regime di assistenza convenzionata (al netto di sconti e ticket a carico dei pazienti) è pari a 254 milioni di euro, un valore inferiore rispetto a quello rilevato in Calabria (301 milioni di euro), ma superiore a quello osservato in Liguria (204 milioni di euro) e in Friuli Venezia Giulia (172 milioni di euro).

In **Sardegna** nel 2017 sono state emesse 18.254 ricette, che hanno permesso di fornire ai cittadini quasi 32 mila confezioni di medicinali. Si tratta di valori inferiori a quelli osservati in Calabria

(22.331 ricette e oltre 40 mila confezioni di medicinali), ma superiore a quelli registrati in Friuli Venezia Giulia (11.370 ricette e quasi 23 mila confezioni di medicinali) e in Liguria (15.231 ricette e quasi 28 mila confezioni di medicinali).

La compartecipazione del cittadino in **Sardegna** è pari nel 2017 a 28 milioni di euro, una cifra superiore a quella del Friuli Venezia Giulia (19 milioni di euro), ma inferiore a quella della Liguria (44 milioni di euro) e della Calabria (53 milioni di euro).

Tabella 119 - Spesa e consumi dei farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata* - Anno 2017

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Ricette (migliaia)	18.254	15.231	11.370	22.331	580.705
Confezioni (migliaia)	31.941	27.977	22.853	40.076	1.109.220
Spesa lorda (milioni)	306	268	207	382	10.495
Sconto (milioni)	24	20	16	28	829
Compartecipazione (milioni)**	28	44	19	53	1.549
Spesa netta (milioni)***	254	204	172	301	8.116

*La spesa è inclusiva dell'ossigeno.

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

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

Acquisto dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche

Nel 2017 la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, policlinici Universitari, ecc.) in **Sardegna** è pari a 239,6 euro pro-capite, un valore più alto rispetto alla media nazionale (194,5 euro), ma anche rispetto alla cifra rilevata in Liguria (189,9 euro), in Friuli Venezia Giulia (200,2 euro) e in Calabria (209,1 euro).

I consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche in **Sardegna** sono pari a 151,1 dosi giornaliere per mille abitanti (DDD/1000 abitanti *die*), un dato più basso rispetto alla media nazionale (158,7 DDD/1000 abitanti *die*), al valore registrato in Friuli Venezia Giulia (172,6 DDD/1000 abitanti *die*) e in Liguria (209,1 DDD/1000 abitanti *die*), ma più alto di quello osservato in Calabria (126,2 DDD/1000 *ab die*).

Il numero di confezioni acquistate dalle strutture sanitarie regionali in **Sardegna** è pari a 4,7 confezioni, poco più rispetto alla media nazionale (4,6 confezioni). Il valore supera anche il numero registrato in Calabria (3,4 confezioni), ma risulta più basso di quello osservato in Liguria (5,4 confezioni) e in Friuli Venezia Giulia (5,6 confezioni).

Tabella 120 - Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2017-2016 (popolazione)

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Spesa SSN pro capite	€	239,64	189,94	200,20	209,15	194,58
	Δ% 17-16	4,0	-0,1	18,5	0,1	-0,7
DDD/1000 abitanti die	N.	151,1	209,1	172,6	126,2	158,7
	Δ% 17-16	-0,3	15,6	-2,4	7,5	4,8
Confezioni pro-capite		4,7	5,4	5,6	3,4	4,6

Distribuzione diretta e per conto

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa complessiva per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta (DD) e la distribuzione per conto (DPC) è pari a 315 milioni di euro, un valore superiore rispetto a quello registrato in Liguria (237 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia (160 milioni di euro) e in Calabria (293 milioni di euro).

In particolare, la spesa per i medicinali erogati tramite la distribuzione diretta in **Sardegna** è pari a 255 milioni di euro, e risulta superiore alla cifra registrata in Liguria (217 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia (121 milioni di euro) e in Calabria (198 milioni di euro).

La spesa per i farmaci erogati in distribuzione per conto in **Sardegna** è pari a 60 milioni di euro, un valore più alto di quello osservato in Liguria (20 milioni di euro) e in Friuli Venezia Giulia (39 milioni di euro), ma più basso di quello rilevato in Calabria (96 milioni di euro).

Tabella 121 - Composizione della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta (DD) e in distribuzione per

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
DD (milioni di euro)	255	217	121	198	6.544
DPC (milioni di euro)	60	20	39	96	1.623
Totale	315	237	160	293	8.168
Inc% DD	81,0	91,6	75,7	67,4	80,1
Inc% DPC	19,0	8,4	24,3	32,6	19,9

Nota: dati consolidati al 12 aprile 2018, relativi a medicinali con Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)

Composizione della spesa regionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto
In **Sardegna** nel 2017 la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è composta per il 57,9% dai farmaci di classe A (182 milioni di euro), per il 39,4% dai farmaci di classe H (124 milioni di euro) e per il restante 2,7% dai farmaci di classe C (9 milioni di euro).

In Liguria la spesa per i farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è costituita per il 61,5% (146 milioni di euro) dai farmaci di classe A, per il 35,9% (85 milioni di euro) dai farmaci di classe H e per il restante 2,6% (6 milioni di euro) dai farmaci di classe C.

In Friuli Venezia Giulia questa voce di spesa è composta per il 53,5% (86 milioni di euro) dai farmaci di classe A, per il 43,9% (70 milioni di euro) dai farmaci di classe H e per il 2,6% (4 milioni di euro) dai farmaci di classe C.

Infine, in Calabria la spesa è costituita per il 64,7% (190 milioni di euro) dai farmaci di classe A, per il 33,1% (97 milioni di euro) dai farmaci di classe H e per il 2,2% (6 milioni di euro) dai farmaci di classe C.

Tabella 122 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati in distribuzione diretta e per conto - Anno 2017					
	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Classe A (milioni di euro)	182	146	86	190	4.793
Classe C (milioni di euro)	9	6	4	6	207
Classe H (milioni di euro)	124	85	70	97	3.167
Totale (milioni di euro)	315	237	160	293	8.168
Inc% A	57,9	61,5	53,5	64,7	58,7
Inc% C	2,7	2,6	2,6	2,2	2,5
Inc% H	39,4	35,9	43,9	33,1	38,8
Nota: dati consolidati al 12 aprile 2018, relativi a medicinali con Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)					

Spesa a carico dei cittadini

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa per la compartecipazione a carico del cittadino è pari a 16,7 euro pro-capite e proviene esclusivamente dalla compartecipazione sui medicinali a brevetto scaduto, poiché la regione ha scelto di non applicare il ticket su farmaci. Nell'isola questa voce di spesa è inferiore a quella registrata in Liguria (25,1 euro) e in Calabria (28,1 euro), ma più alta di quella rilevata in Friuli Venezia Giulia (14,4 euro), che come la Sardegna e le Marche non applica il ticket su farmaci.

L'incidenza della spesa per la compartecipazione a carico del cittadino sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda in **Sardegna** è pari al 9,2%, un valore di poco superiore a quello del Friuli Venezia Giulia (9,1%), ma più basso di quello registrato in Liguria (16,4%) e in Calabria (14%).

Tabella 123 - Spesa per la compartecipazione a carico dei cittadini - Anno 2017

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Compartecipazione del cittadino*	Pro-capite €	16,7	25,1	14,4	28,1	25,6
	%**	9,2	16,4	9,1	14,0	14,8
	Δ% 17/16	0,8	1,9	2,3	2,8	0,7
	Ticket fisso (%)***	0,0	41,9	0,0	21,5	32,2
	Quota prezzo di riferimento (%)***	100,0	58,1	100,0	78,5	67,8
* Comprende la compartecipazione per confezione, per ricetta e quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto **Percentuale calcolata sulla spesa lorda. ***Percentuale calcolata sulla compartecipazione totale.						

Consumo di farmaci a carico del cittadino

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

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa pro-capite per l'acquisto di medicinali di classe C è pari a 50 euro, un valore superiore alla media nazionale (47,4 euro) e a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (43,8 euro) e in Calabria (41,4 euro). L'importo resta tuttavia al di sotto di quello rilevato in Liguria (62,2 euro).

Il consumo quotidiano dei farmaci di classe C in **Sardegna** è pari a 219,5 DDD/1000 *ab die*, un valore più alto rispetto alla media italiana (183,3 DDD/1000 *ab die*) e a quello registrato in Friuli Venezia Giulia (180 DDD/1000 *ab die*) e in Calabria (181,8 DDD/1000 *ab die*), ma più basso di quello osservato in Liguria (258,7 DDD/1000 *ab die*).

La spesa pro-capite per l'acquisto dei medicinali di automedicazione (OTC e SOP) nel 2017 in **Sardegna** è pari a 40 euro, un valore più basso non solo rispetto alla media nazionale (50,5 euro), ma anche rispetto a quello registrato in Liguria (74,4 euro), in Friuli Venezia Giulia (45 euro) e in Calabria (45,4 euro).

Il consumo giornaliero dei farmaci di automedicazione è pari in **Sardegna** a 120,1 DDD/1000 *ab die*, un valore inferiore rispetto alla media italiana (153,8 DDD/1000 *ab die*) e a quello registrato in Liguria (227,9 DDD/1000 *ab die*), in Friuli Venezia Giulia (139,4 DDD/1000 *ab die*) e in Calabria (136,4 DDD/1000 *ab die*).

Tabella 124 - Consumi e spesa per i farmaci di classe C con ricetta e Automedicazione - Anno 2017

		Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Classe C con ricetta	Spesa pro-capite	50,04	62,27	43,80	41,47	47,44
	Δ % 17-16	-1,2	0,2	12,3	3,7	8,9
	DDD/1000 <i>ab die</i>	219,5	258,7	180,0	181,8	183,3
	Δ % 17-16	-0,1	0,3	10,8	4,3	8,9
Automedicazione (SOP e OTC)	Spesa pro-capite	40,02	74,44	45,07	45,49	50,58
	Δ % 17-16	-5,2	6,5	8,2	13,5	12,4
	DDD/1000 <i>ab die</i>	120,1	227,9	139,4	136,4	153,8
	Δ % 17-16	-5,0	5,9	7,6	11,5	12,2

Farmaci a brevetto scaduto

Nel 2017 la spesa per i farmaci a brevetto scaduto in **Sardegna** rappresenta il 56,8% della spesa farmaceutica convenzionata regionale, un valore inferiore non solo alla media nazionale (59%), ma anche ai dati riscontrati in Liguria (59,5%), in Friuli Venezia Giulia (58,3%) e in Calabria (58,8%).

Nello stesso anno, il consumo dei farmaci a brevetto scaduto in regime di assistenza convenzionata regionale in **Sardegna** è pari al 78,2%, un valore anche in questo caso più basso della media nazionale (79,4%) e di quello osservato in Liguria (78,5%), in Friuli Venezia Giulia (80,2%) e, anche se di poco, in Calabria (78,4%).

Tabella 125 - Spesa e consumo in regime di assistenza convenzionata regionale dei farmaci a brevetto scaduto* di classe A-SSN:

			Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Spesa	Spesa pro-capite pesata	2016	65,0	55,4	56,5	71,7	62,7
		2017	67,1	58,9	59,7	76,8	65,8
	% sul totale spesa	2016	52,9	55,3	54,3	54,1	55,3
		2017	56,8	59,5	58,3	58,8	59,0
Consumo	DDD/1000 abitanti die pesate	2016	770,7	646,2	738,6	794,2	744,9
		2017	789,9	671,7	764,9	831,5	772,0
	% sul totale delle DDD	2016	75,3	75,4	77,4	75,1	76,7
		2017	78,2	78,5	80,2	78,4	79,4
*Sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso degli anni 2016-2017							

Assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale

Nel 2017 in **Sardegna** la spesa per i medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale è pari a 55 milioni di euro, un valore inferiore rispetto a quello rilevato in Liguria (91 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia (79 milioni di euro) e in Calabria (82 milioni di euro).

Nel dettaglio, questa voce di spesa in **Sardegna** è composta per il 61% dai farmaci di classe H (34 milioni di euro). La percentuale dei farmaci di classe H erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale nell'isola è inferiore a quella registrata in Liguria, dove si attesta al 72,3% (65 milioni di euro), ma anche in Friuli Venezia Giulia, dove raggiunge il 72,5% (57 milioni di euro) e in Calabria, dove arriva al 66,3% (54 milioni di euro).

Per l'acquisto dei medicinali di classe C in **Sardegna** sono stati spesi 15 milioni di euro, pari al 27% della spesa complessiva. Si tratta di una percentuale superiore a quella registrata in Liguria, dove questa voce di spesa si ferma al 19,5% (18 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia, dove arriva al 20,5% (16 milioni di euro) e in Calabria, dove raggiunge il 24,1% (20 milioni di euro).

Infine, la spesa per i farmaci di classe A erogati nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale in **Sardegna** è pari all'11,9% (7 milioni di euro) della spesa registrata nel 2017, un valore più elevato di quello osservato in Liguria, dove questa percentuale è pari all'8,2% (7 milioni di euro), in Friuli Venezia Giulia, dove si attesta al 7% (5 milioni di euro) e in Calabria, dove arriva al 9,5%, (8 milioni di euro).

Tabella 126 - Composizione per classe di rimborsabilità della spesa regionale per medicinali erogati nell'ambito dell'assistenza

	Sardegna	Liguria	Friuli VG	Calabria	Italia
Classe A (milioni di euro)	7	7	5	8	246
Classe C (milioni di euro)	15	18	16	20	548
Classe H (milioni di euro)	34	65	57	54	2.118
Totale (milioni di euro)	55	91	79	82	2.911
Inc% A	11,9	8,2	7,0	9,5	8,4
Inc% C	27,0	19,5	20,5	24,1	18,8
Inc% H	61,2	72,3	72,5	66,3	72,8

Nota: dati consolidati al 12 aprile 2018, relativi a medicinali con Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC)

Liste d'attesa in Sardegna: un focus

Liste d'attesa in Sardegna, ancora molto da fare (prima parte)

N.C. è di Ittiri: a lui hanno fissato una risonanza alla colonna vertebrale senza liquido di contrasto, nel settembre del 2019 a Sassari, mentre a Cagliari gli è stata fissata nella stessa giornata. Ha l'auto, è partito alle 14 e alle 18, puntuale all'appuntamento, pagato il ticket, la risonanza è stata eseguita. Una giornata di lavoro persa, oltre al disagio, i costi, ma la salute viene prima di tutto. Alla signora G.S. di Porto Torres hanno fissato una risonanza all'encefalo a Nuoro ad Aprile del 2019, con 337 giorni di attesa. Non ha le risorse per una prestazione privata da 250 euro ma non può neanche aspettare così tanto, dovrà fare un sacrificio e pagare andando peraltro a Oristano o Cagliari perché a Sassari le attrezzature disponibili sono destinate a chi è ricoverato. La signora G.G. ha avuto un appuntamento per una Tac a Giugno del 2019 a Sassari mentre a C.C. di Sassari per una mammografia le hanno proposto 240 giorni di attesa.

Non è un buon biglietto da visita per il secondo obiettivo strategico, l'abbattimento delle liste d'attesa, dell'ATS, l'azienda unica della sanità, creata per razionalizzare il sistema più sprecone d'Italia (il primo è il recupero di parte dei 400 milioni all'anno sprecati per una sanità che non funzionava). A quasi due anni dall'avvio dell'azienda, un primo bilancio provvisorio dice che sul fronte del recupero degli sprechi i risultati anticipati dal manager parlano di 200 milioni recuperati nell'anno in corso, mentre si va verso l'assunzione di

oltre 1500 tra sanitari e non, dopo anni di precariato e di blocco delle assunzioni, iniziati dal 2011 con le norme antidefault del governo Monti, necessarie ad evitare l'impennata dello spray e il crollo dell'euro. Quindi bene nel lavoro di riduzione del deficit, stabilizzazioni dei precari e nuove assunzioni per il ricambio generazionale in corso ma sul fronte delle liste d'attesa i risultati tardano ad arrivare, soprattutto in alcune parti dell'isola.

La ministra della salute Giulia Grillo si è distinta per due iniziative in questi primi mesi di mandato ministeriale, la circolare di rinvio sui vaccini per rispondere ai supporter antivax e la richiesta alle regioni di un report sulla gestione delle liste d'attesa e sulla attività libero-professionale intramurali per poter varare un nuovo piano nazionale di gestione delle liste d'attesa (PNGLE) dopo quello del 2010-2012, affidando ad una fondazione autonoma, la GIMBE, il compito di predisporre lo stato dell'arte sull'attività dei sistemi sanitari regionali. Secondo un primo report della fondazione 6 regioni non danno informazioni pubbliche, 10 regioni o province autonome danno informazioni di media qualità e solo 5 dispongono di sistemi avanzati di rendicontazione pubblica. La Sardegna sta nel gruppone dei 10 con un voto sufficiente perché rende disponibili i dati di rilevamento da ottobre 2014 ad aprile 2018 con una periodicità semestrale.

Sono 43 le prestazioni sottoposte al monitoraggio della regione Sardegna: 14 visite la cui erogazione deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta, e 29 prestazioni diagnostiche, dalle mammografie, all'elettrocardiogramma, alla Tac o alla risonanza per le quali i giorni massimi di attesa non devono superare i 60 giorni. In entrambi i casi i 30 e i 60 giorni sono per le prestazioni ordinarie, dalle quali sono escluse le visite di controllo che possono avere tempi diversi e le prestazioni dichiarate urgenti dal medico che devono essere erogate entro 5 gg lavorativi: lo dice il decreto legislativo 128 del 1988 che sancisce obblighi del sistema sanitario e delle regioni e diritti dei pazienti. E tra i diritti dei pazienti c'è anche quello di non sentirsi rispondere che le liste d'attesa e le agende sono bloccate e di ottenere la prestazione entro i tempi di legge, nel territorio circostante, attraverso il ricorso all'intramoenia o alla prestazione privata che poi viene rimborsata dalla Regione, con un costo maggiore per il sistema pubblico.

Nell'ottobre 2014, viene pubblicato il primo monitoraggio delle liste d'attesa, per iniziativa dell'attuale Giunta mentre era obbligatorio già dal 2010 anno di avvio del piano nazionale di gestione delle liste d'attesa.

Tempi di attesa regionali ottobre 2014

	Prestazione	Codice Prestazione	N. prestazioni prenotate	Media gg	Mediana gg
1	Visita cardiologica	89.7	4219	69	44
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	79	112	115
3	Visita endocrinologica	89.7	1233	119	120
4	Visita neurologica	89.13	1260	61	38
5	Visita oculistica	95.02	5123	105	90
6	Visita ortopedica	89.7	2185	46	42
7	Visita ginecologica	89.26	862	36	19
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	2262	34	29
9	Visita urologica	89.7	1107	80	59
10	Visita dermatologica	89.7	2483	50	43
11	Visita fisiatrice	89.7	1384	38	29
12	Visita gastroenterologica	89.7	263	95	98
13	Visita oncologica	89.7	117	34	16
14	Visita pneumologica	89.7	598	44	28
	Max 30 giorni		23.175	65,9	55,0
				Out 14/14	Out 9/14

Uno sguardo alla tabella pubblicata nel 2014 ci dice ci volevano in media 65 giorni per avere una visita che di norma va erogata entro i 30 giorni, con punte massime oltre i 100 giorni per la chirurgia vascolare, l'oculistica e l'endocrinologia.

Solo nel caso di 5 tipologie di visita, oncologica, ginecologica, pneumologica, fisiatrice e otorinolaringoiatrica, le visite in maggior parte venivano fissate entro i termini di legge.

Quale è la situazione nel 2018, ad aprile, dopo quasi un anno e mezzo di azienda unica della sanità?

Si può osservare un miglioramento medio che passa dai 66 giorni ai 64 di media, e dai 55 ai 49 di mediana, ovvero dove si posizionano la maggior parte degli appuntamenti, così come si osserva un miglioramento in alcune discipline in particolare l'oncologia che dimezza i tempi di attesa, mentre peggiorano i tempi di attesa delle visite urologiche e

Tempi di attesa regionali aprile 2018

	Prestazione	Codice Prestazione	N. prestazioni prenotate	Media gg	Mediana gg
1	Visita cardiologica	89.7	2730	69	47
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	73	84	40
3	Visita endocrinologica	89.7	619	108	98
4	Visita neurologica	89.13	913	60	28
5	Visita oculistica	95.02	2645	119	104
6	Visita ortopedica	89.7	1517	37	34
7	Visita ginecologica	89.26	554	36	28
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	1523	35	25
9	Visita urologica	89.7	653	111	76
10	Visita dermatologica	89.7	1332	48	48
11	Visita fisiatrica	89.7	1070	28	21
12	Visita gastroenterologica	89.7	209	88	84
13	Visita oncologica	89.7	17	16	7
14	Visita pneumologica	89.7	457	61	48
	Max 30 giorni		14.312	64,3	49,1
				Out 12/14	Out 9/14

restano inattaccabili, oltre i 3 mesi l'oculistica, la gastroenterologica e l'endocrinologica.

Un leggero miglioramento che comunque mette solo 2 prestazioni medie e 5 in mediana (out 12/14 e out 9/14) a termini di legge in termini di erogazione al paziente che altrimenti tende a procedere per altre vie che sono la strada privata o la rinuncia alla prestazione, in caso di risorse economiche limitate.

E ciò che deve preoccupare il decisore pubblico e l'associazionismo dei pazienti, quello di valutazione delle prestazioni del sistema sanitario regionale è il crollo delle richieste. Colpisce il passaggio dalle 23.175 prestazioni richieste nella settimana indicativa di ottobre 2014 alle 14.312 nella settimana indicativa dell'aprile 2018, un crollo del 40% che racconta con rande probabilità la reazione alla lunghezza delle liste d'attesa: il ricorso al privato non convenzionato, con effetti indiretti sull'economia e sui consumi delle famiglie, o la rinuncia alla prestazione sanitaria.

Monitoraggio 14 visite max 30 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa
Ottobre 2014	23.175	65,9	55,0
Aprile 2018	14.312	64,3	49,1

Come detto, oltre alle 14 visite monitorate ci sono 29 prestazioni diagnostiche e strumentali oggetto di verifica, prestazioni che contengono risonanze, tac, controlli finalizzati alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, le più frequenti e pericolose.

In maniera divergente dal dato delle visite, tra l'ottobre 2014, prima rilevazione del nuovo piano di gestione delle liste d'attesa, le 29 prestazioni monitorate vedono un peggioramento dei giorni di attesa.

Superano i 6 mesi i tempi medi per una mammografia con 192 giorni e quelli per una colonscopia che arrivano a 208, entrambe prestazioni per le quali dovrebbe essere operativo un programma di screening finanziato dal ministero che dovrebbe abbattere le liste d'attesa. Peggiorano i tempi delle TAC superando i 60 giorni per il torace, l'addome e il capo, mentre ci vogliono 3 o 4 mesi per una risonanza magnetica al cervello e tronco encefalico o per la colonna vertebrale.

E cade anche il numero di prestazioni prenotate che passa dai 18.430 a meno di 14.000 con una riduzione delle richieste del 25%, meno rispetto al 40% sulle visite ma comunque significativa come riduzione. D'altronde su una riduzione delle richieste di

Tabella sintetica sui tempi di attesa regionali per gli esami diagnostico-strumentali monitorati per il PNGLA

			Ottobre 2014		Aprile 2018		
	Prestazione	N presta- zioni prenotate	Media gg di attesa	Mediana gg di attesa	N presta- zioni prenotate	Media gg di attesa	Mediana gg di attesa
15	Mammografia (no screening)	2566	145	114	1251	192	195
16	TAC Torace (s/c contrasto)	384	53	29	275	90	73
17	TAC Addome superiore (s/c contrasto)	43	65	36	13	68	56
18	TAC Addome inferiore (s/c contrasto)	28	51	36	4	76	71
19	TAC Addome completo (s/c contrasto)	279	60	35	210	96	71
20	TAC Capo (s/c contrasto)	282	25	14	167	63	50
21	TAC Rachide e speco vertebrale (s/c contrasto)	45	24	16	24	46	21
22	TAC Bacino (s/c contrasto)	8	52	25	5	11	3
23	RMN Cervello e tronco encefalico	395	113	111	235	127	103
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	31	98	108	36	107	107
25	RMN Muscoloscheletrica	464	56	36	301	30	9
26	RMN Colonna vertebrale	758	96	70	391	98	59
27	Ecografia Capo e collo	1266	79	53	760	79	43
28	Ecocolordoppler cardiaca	567	65	48	843	57	38
29	Ecocolordoppler tronchi sovraortici	724	71	47	940	79	44
30	Ecocolordoppler vasi periferici	570	67	51	623	55	34
31	Ecografia Addome	2127	60	44	1497	59	28
32	Ecografia Mammella	917	93	75	804	107	76
33	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	294	38	32	224	37	21
34	Colonscopia (no screening)	410	119	89	298	208	196
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	24	140	92	12	66	29
36	Esofagogastroduodenoscopia	439	77	56	282	113	119
37	Elettrocardiogramma	4466	67	42	3425	73	48
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	117	58	40	137	58	42
39	Elettrocardiogramma da sforzo	34	58	49	74	49	42
40	Audiometria	326	30	28	261	39	28
41	Spirometria	260	55	34	246	93	52
42	Fondo Oculare	437	77	73	317	93	84
43	Elettromiografia	169	74	71	225	75	54
	Max 60 giorni	18.430	71,2	53,6	13.880	80,8	61,9
			Out 16/29	Out 9/29		Out 19/29	Out 10/29

prenotazione al Cup arriva un dato di conferma anche dal confronto con i dati di aprile e di ottobre 2017 che registrano un crollo delle richieste all'inizio del 2017 e una ripresa costante con un dato ancora lontano dal passato.

Monitoraggio 29 prestazioni diagnostiche max 60 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa
Ottobre 2014	18.430	71,2	53,6
Aprile 2018	13.880	80,8	61,9

In media si passa dai 71 agli 81 giorni di media e dai 53 ai 61 di mediana. Le prestazioni che eccedono i tempi di legge crescono e diventano 19 su 29 come tempo medio e 10 su 29 nella mediana dei giorni di attesa.

Come spiegare questa riduzione? Per la diagnostica ha certamente influito la nuova normativa nazionale che richiede che la prescrizione di alcuni esami debba essere fatta da uno specialista. Il fatto che però siano ridotte anche le richieste delle visite non può che attribuirsi ad una riduzione della fiducia sulla possibilità di ottenere prestazioni in tempi adeguati con il sistema unico di prenotazione tanto che i pazienti non ci provano neanche più in caso di urgenza e vanno direttamente all'erogazione privata o rinunciano del tutto. Non sono pubblicati sul sito della Regione i dati sugli appuntamenti fissati e non rispettati dai pazienti, che non avvertono della rinuncia alla prestazione, problema diffuso anche in tutte le altre regioni che in maggioranza applicano sanzioni economiche.

La Sardegna infatti, oltre non applicare i super ticket, insieme a Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, non impone sanzioni a chi non si presenta agli appuntamenti prenotati. Questo fenomeno tuttavia è in parte motivato dal fatto che in presenza di appuntamenti a lungo termine il paziente tende a trovare soluzioni in ambito privato, in tempi più brevi.

In sintesi ci sono miglioramenti sul quadro regionale dell'accesso alle visite entro i 30 giorni previsti dalla legge 124/98 e un quadro non migliorato sugli esami strumentali: sono oltre la metà le prestazioni che non rispettano i tempi massimi previsti dalla normativa nazionale, 30 giorni per le visite e 60 per gli esami strumentali.

Colpiscono i tempi di attesa di 6 mesi su mammografie e colonscopie, prestazioni che non dovrebbero averne se fossero efficaci le campagne di screening attive, su cui vale la pena ritornare come occorre riflettere sulla riduzione delle prestazioni richieste e sulla leggera ripresa dell'ultimo anno osservato.

Monitoraggio 14 visite max 30 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa	Out 30 gg mediana
Ottobre 2014	23.175	65,9	55,0	9/14
Aprile 2017	11.598	68,8	53,1	10/14
Ottobre 2017	11.958	64,4	51,4	9/14
Aprile 2018	14.312	64,3	49,1	9/14
Monitoraggio 29 prestazioni diagnostiche max 60 gg attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa	Out 30 gg mediana
Ottobre 2014	18.430	71,2	53,6	9/29
Aprile 2017	8.841	77,1	53,7	9/29
Ottobre 2017	11.159	74,7	55	11/29
Aprile 2018	13.880	80,8	61,9	10/29

Gli esperti di organizzazione sanitaria dicono che affrontare la sfida delle liste d'attesa richiede una attenta analisi del rapporto tra domanda e offerta: in sintesi la richiesta diminuisce in assenza di un'offerta e aumenta quando la disponibilità di prestazioni e strumentazione tecnologica aumenta.

Questo dato è appare confermato anche in Sardegna dove emerge una stretta correlazione tra i dati delle liste d'attesa nei diversi territori e l'offerta disponibile per i pazienti: dove è più alta l'offerta più numerose sono le richieste di prestazioni e più alto il budget procapite come emerge chiaramente dalla seconda parte di questo studio.

Liste d'attesa. Territori e disuguaglianze, offerta e domanda.

Dopo anni di tentativi non andati a buon fine, effetto positivo dell'azienda unica regionale, il CUP, il centro unico di prenotazione opera su base regionale. Da 8 cup non connessi tra loro, a partire dalla fine del 2017 al numero unico risponde a rotazione una delle otto sedi territoriali che risponde offrendo al paziente una prestazione nel proprio territorio o in altri territori, qualora il tempo di attesa sia più breve. È per questo motivo che N.C. di Ittiri ha potuto fare una TAC, che a Sassari sarebbe stata dopo 9 mesi, nella stessa giornata della richiesta al CUP ma a Cagliari.

L'analisi dei dati distinti per i singoli territori permette di verificare come si componga la media regionale dei tempi di attesa e se esistono territori nei quali ci sono punti di maggiore crisi.

	Visite Ottobre 2014	Visite Aprile 2018	Delta gg medie di attesa	Diagnostica Ottobre 2014	Diagnostica Aprile 2018	Delta gg medie di attesa
Media RAS	65,9	64,3	-1,6	71,2	80,8	9,6
Asl 1 Sassari	82,5	66,8	-15,7	77	112,6	35,6
Asl 2 Olbia	62,3	73,7	11,4	85,9	64	-21,9
Asl 3 Nuoro	66,8	98	31,2	84,7	137,2	52,5
Asl 5 Oristano	46,2	48	1,8	87	79,5	-7,5
Asl 7 Sulcis	81,2	104,2	23,0	41,5	102,1	60,6
Asl 8 Cagliari	57,1	46,8	-10,3	55,8	66,7	10,9
Aou SS	85,1	52,3	-32,8	145,2	75,3	-69,9
Aou CA	117,5	111,5	-6,0	109	139,5	30,5

Il confronto tra territori vede innanzitutto una differenza media nelle prestazioni del territorio di Cagliari (ex Asl 8) rispetto a quello di Sassari (ex Asl 1) nel 2018 di 20 giorni in meno per una visita (66,8 vs 46,8) e 46 giorni in meno (112,6 vs 66,7) per un esame a favore del capoluogo di regione.

In sostanza mentre un utente del Cagliaritano ha la prestazione entro i due mesi, quello del Sassarese deve attendere quasi 4 mesi.

Questo avviene nonostante le due aziende ospedaliero-universitarie che pure non sono vincolate ad erogare prestazioni diagnostiche esterne rispetto ai pazienti ricoverati contribuiscano alle performance del territorio in maniera differente, e stando ai dati superiori nel nord dell'isola, a Sassari rispetto a Cagliari, dove opera anche l'azienda ospedaliera Brotzu.

Nel resto del territorio regionale, non sempre piccolo è bello.

Faticano Nuoro, molto e il Sulcis, che però ha lo sbocco di Cagliari, mentre sono isole felici la Gallura e Oristano almeno per le prestazioni erogate.

Olbia presenta dati nella media regionale per le visite mentre migliora i risultati sulla diagnostica riducendo nel periodo osservato di oltre 20 giorni i tempi d'attesa medi, da 86 a 64 gg.

Nuoro presenta dati molto al di sopra della media regionale di oltre 30 giorni per le visite e di oltre 55 per la diagnostica arrivando ad un dato medio di 137 gg.

Oristano si presenta con dati al di sotto della media regionale sia per le visite che per la diagnostica mentre il Sulcis supera la media regionale di 40 gg per le visite di 20 giorni per la diagnostica.

Non valutiamo nello specifico la Assl 4 di Lanusei e la 6 di Sanluri perché territori piccoli e molto dipendenti da quelli adiacenti, Nuoro, Oristano e Cagliari per entrambi.

Per quanto riguarda le due aziende ospedaliero universitarie la performance di quella di Sassari appare elevata in termini di miglioramento nel triennio con una riduzione dei tempi di prestazione, già in partenza migliori di quella di Cagliari, di 32 giorni per le visite e di 70 giorni per la diagnostica.

Più dati in peggioramento che in miglioramento ad una analisi generale dei dati, con punte negative su Sassari, Nuoro e Sulcis per la diagnostica.

A questo sguardo d'insieme che è certamente indicativo, può essere aggiunto un focus intorno ad un'analisi delle prestazioni più richieste, anche suddivise per territorio.

Nella tabella che segue si può osservare come concentrando le prestazioni più richieste si arrivi a quasi il 90% delle 29 prestazioni monitorate.

Prestazioni diagnostiche più richieste sul totale (dati su aprile 2018)

Mammografia (no screening)	1251	9,01%
Colonscopia (no screening)	298	2,15%
TAC	698	5,03%
RNM	963	6,94%
Ecografie	3285	23,67%
Ecocolordoppler	2406	17,33%
Elettrocardiogramma	3425	24,68%
Totale su 13.880 prestazioni monitorate		88,81%

Tra queste mammografie, ecografie, ecocolordoppler ed ecg, costituiscono quasi il 75% del totale. Per queste prestazioni l'accesso al privato non convenzionato è compatibile sul piano economico (40-50 euro ca) e la lista d'attesa, in caso di urgenza viene normalmente superata attraverso questo canale alternativo. Diventa più alto il costo, e dunque limitato a pochi, la scelta di una prestazione privata per una TAC o una risonanza magnetica nucleare alla colonna o al capo, se non proibitivo nel caso di una RNM con mezzo di contrasto, che arriva a diverse centinaia di euro.

I dati analizzati provengono, come detto, dal monitoraggio della Regione Sardegna effettuato secondo le modalità dichiarate nel documento.

Come si può vedere dalla estrapolazione delle prestazioni più richieste, emerge come risultano critiche le liste d'attesa a Sassari e a Nuoro, dove si raggiungono e si superano i 200 e i 300 giorni di attesa, contro i 60 che devono essere garantiti per legge.

Tempi di attesa diagnostica suddiviso per territori (aprile 2018) *dati AOSS **assenza

	Asl 1 SS	Asl 2 Olbia	Asl 3 Nuoro	Asl 5 Or	Asl 7 Sulcis	Asl 8 Ca	RAS
Mammografia	279	9	336	97	158	95	192
TAC Encefalo	120	56	58	45	104	49	63
TAC Torace	140	55	135	61	106	74	90
TAC Addome	162	65	138	81	100	73	96
RNM Colonna*	248		181	247	168	71	98
RNM Encefalo**			252	203	201	89	127
Eco Addome	156	70	91	50	35	34	59
Ecocolord. sovraaortici	179	57	89	21	31	43	79
Colonscopia*	134	197	391	173	97	189	208

I dati mostrano come il fenomeno delle liste d'attesa abbia una dimensione territoriale molto definita e che a risultati regionali in linea con la normativa del tempo limite di 30 o 60 giorni corrisponde poi una reale esigibilità del diritto infinitamente meno efficiente da territorio a territorio.

Mentre liste d'attesa in territori più periferici per prestazioni specialistiche possono essere giustificati da un'offerta limitata, nel caso di Sassari e Nuoro, la presenza di un sistema ospedaliero ad alta specializzazione non pare coprire la richiesta di prestazioni di chi non è ospedalizzato. In un certo senso l'ospedale produce per coloro che sono ricoverati ma non riesce ad offrire prestazioni sufficienti per chi ricoverato non è, rendendo necessario l'accesso privato o lo spostamento su altri territori dove le liste d'attesa sono più basse.

L'analisi della domanda di sanità in termini di prestazioni monitorate, visite e diagnostica riporta un quadro generale che è stabile in termini generali ma peggiora in alcuni territori, paradossalmente ben attrezzati e coperti sul piano ospedaliero.

La dimensione dell'offerta pubblica della diagnostica (il settore più in difficoltà) è rappresentata nei documenti della rete ospedaliera perché coincide in grande parte con la presenza dei presidi ospedalieri, mentre l'offerta privata è resa (finalmente) trasparente nel documento relativo al piano di acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica dalle strutture private accreditate anni 2018-2020, allegati alla delibera di ATS del giugno 2018.

Si tratta di un documento presente sotto questa forma per la prima volta, perché sino alla nascita dell'ATS erano le singole Asl sulla base di un tetto regionale a stipulare i singoli contratti rendendo il quadro generale molto più complesso da costruire.

Quadro della spesa per il privato accreditato, in milioni di euro. *escluso Mater Olbia

	2018	2019	2020
Assistenza ospedaliera*	98.986.877	98.152.560	97.328.788
Assistenza specialistica	62.973.263	62.973.263	62.973.263
Assistenza residenziale	30.366.245	31.535.689	32.785.110
Assistenza riabilitativa	53.047.098	52.319.050	51.373.062
Totale	245.373.483	244.980.562	244.460.223

Grande parte della risposta sulle liste d'attesa proviene dall'assistenza specialistica (circa 62 milioni di euro) che, detratta una quota di finanziamento per l'emodialisi, prestazioni salvavita, tenta di mettere per la prima volta in discussione la spesa storica consolidata dal 2010 in poi e che vede profonde differenze nella disponibilità di risorse tra territorio e territorio.

Il percorso che sviluppa ATS è quello di avere prima di tutto un tetto teorico per territorio e branca di attività e successivamente stipulare i contratti con le singole strutture o professionisti, limitando le variazioni rispetto al 2017 sino ad un massimo del 7-8%, probabilmente al fine di evitare effetti negativi sul piano occupazionale del singolo erogatore. La somma dei tetti delle singole strutture costituisce il massimale delle prestazioni per il territorio ovvero un tetto reale di erogazione. Questo non significa che una struttura non

fornisca servizi ad un paziente di un altro territorio ma, se lo fa, a parità di potenziale offerta e di risposta genera il disagio alla mobilità da un territorio all'altro, quasi mai possibile con i mezzi pubblici e non sempre agevole a causa di patologie che richiedono l'esame diagnostico o il controllo, se non in qualche caso la rinuncia all'esame, soprattutto se di controllo.

Se si suddivide per branca di attività l'assistenza specialistica si ottiene un dato di evidente squilibrio già a partire dal tetto teorico.

Anno 2018	FKT	RX RNM TAC	VISITA	TOT
Asl 1 Ss	515.808,51	1.269.659,66	1.389.979,83	3.175.448,00
Asl 2 Ol	99.381,77	293.936,59	52.663,28	445.981,64
Asl 3 Nu	119.512,18	745.201,47	307.691,94	1.172.405,59
Asl 4 La	226.893,08	703.663,70	180.582,39	1.111.139,17
Asl 5 Or	938.362,16	1.322.319,41	778.677,66	3.039.359,23
Asl 6 Mc	781.035,09	940.566,84	453.946,87	2.175.548,80
Asl 7 Su	541.730,79	1.724.860,78	411.070,46	2.677.662,03
Asl 8 Ca	4.527.169,66	13.184.613,88	4.661.528,96	22.373.312,50
Totale	7.749.893,24	20.184.822,33	8.236.141,39	36.170.856,96

Per la diagnostica il rapporto tra il territorio di Sassari e quello di Cagliari è di 1:10 in termini di finanziamento, rapporto che si conferma anche per la fisioterapia (FKT, 1:9) su cui sono presenti liste di attesa per l'accesso importanti anche se non rese note sul sito della Regione, fatto che dovrebbe essere superato. Mentre risulta meno squilibrato (1:3,5) il dato sulle visite che infatti si riverbera su una minore differenza di liste d'attesa in quell'ambito tra Sassari e Cagliari.

Per evidenziare meglio il dato della differenza di disponibilità tra territori si può affiancare il numero degli assistiti in una tabella di sintesi.

Contratti 2018 - tetto effettivo dei contratti singole strutture per territorio					
	Abitanti	Rx RNM Tac	Rx RNM Tac euro procapite	FKT	Fkt Euro Procapite
Assl 1 Ss	334.103	1.522.850,34	4,56	514.997,33	1,54
Assl 2 Ol	160.368	224.599,86	1,40	41.662,44	0,26
Assl 3 Nu	157.078	2.730.674,66	17,38	140.824,45	0,9
Assl 4 La	57.318	774.567,18	13,51	222.327,47	3,88
Assl 5 Or	161.600	1.073.288,03	6,64	1.236.430,4	7,65
Assl 6 Mc	99.320	1.050.599,47	10,58	783.993,13	7,89
Assl 7 Su	127.062	1.825.576,09	14,37	764.091,09	6,01
Assl 8 Ca	561.289	13.462.773,88	23,99	5.745.664,64	10,24
Totale	1.658.138	22.664.929,51		9.449.990,95	
Totale/media			13,67		5,70

Dai dati appare evidente come in Sardegna si pianifichi in media una spesa di 13,67 euro per abitante per prestazioni di diagnostica strumentale in campo privato, con fortissime differenze. Le vecchie province di Sassari e Nuoro presentano un tetto teorico di livelli di spesa al di sotto dei 5 euro per persona, mentre da Oristano verso Cagliari si va sopra gli 8 per arrivare ai 14,37 euro del Sulcis e ai 24 euro per Cagliari nel solo territorio dell'area socio sanitaria locale (Assl 8).

Lo stesso dato appare persino più eclatante se applicato alle prestazioni di fisioterapia. In questo caso la spesa per abitante in Sardegna sarà nel 2018 di 5,70 a testa ma in realtà a Sassari, Olbia e Nuoro si arriva intorno all'euro procapite contro i 6-8 euro dell'area cagliaritano estesa, sino ai 10 di Cagliari.

Non si hanno dati ufficiali regionali sulle liste di attesa per la FKT ma queste in alcuni territori sono note, tanto che passano giorni o settimane dopo la dimissione dall'ospedale per acuti prima di ottenere prestazioni riabilitative. Anche su questo la rete ospedaliera appena approvata contiene una risposta riorganizzativa attesa da molti anni ma servirà

del tempo per mettere a regime. Questi dati sono ancora più eclatanti se si aggregano per un dato di popolazione omogeneo.

Anno 2018	Abitanti	RX RNM TAC	Euro x abitante Diagnostica	FKT	Euro x abitante
Assl 1+2	494.471	1.563.596,25	3,16	615.190,28	1,24
Assl 8 Ca	561.289	13.184.613,88	23,49	4.527.169,66	8,07

I territori delle aree sociosanitarie locali 1 e 2, corrispondenti alla provincia “storica” di Sassari sommano mezzo milione di abitanti come l’area sociosanitaria locale 8 di Cagliari, ma sulla seconda la spesa pro capite è 8 volte superiore al nord dell’isola, sia sulla fisioterapia che sulla diagnostica.

Sulle visite la differenza del tetto teorico tra territori è minore e la spesa procapite nel territorio più finanziato raggiunge al massimo con una media di 4 euro che diventano 8 euro per abitante su Cagliari. Questo dato si appaia con quello delle liste d’attesa dove la differenza tra territori è minore e la distanza con i tempi stabiliti per legge non è stellare come per la diagnostica.

Tetto teorico Visite per ASSL 2018 sulla base del PPA piano preventivo attività

Anno 2018	Abitanti	Visite	Euro x abitante Diagnostica
Assl 1 Ss	334.103	1.389.979,83	4,16
Assl 2 OI	160.368	52.663,28	0,33
Assl 3 Nu	157.078	307.691,94	1,96
Assl 4 La	57.318	180.582,39	3,15
Assl 5 Or	161.600	778.677,66	4,82
Assl 6 Mc	99.320	453.946,87	4,57
Assl 7 Su	127.062	411.070,46	3,24
Assl 8 Ca	561.289	4.661.528,96	8,31
Totale	1.658.138	8.236.141,39	4,97

Come detto, il tetto teorico rappresenterebbe in termini di programmazione per la ATS la proposta di fabbisogno per territorio e per macroaggregato specialistico (FKT, Rx, RNM e TAC, Visite, Laboratori) sintetizzata nel piano preventivo delle attività approvato nel marzo 2018 (PPA). Una proposta che, come si legge nel documento dell'ATS viene distribuita sulla base del fatturato storico dell'ultimo triennio, della capacità erogativa della struttura (!?), della dislocazione territoriale e dei tempi di attesa.

Successivamente ATS divide il tetto teorico per territori e per macroaggregato sulle singole strutture avendo come riferimento il contratto 2017 ed evitando scostamenti in più del 7% o in meno dell'8% sul contratto dell'anno precedente per attenuare la distanza tra spesa storica e fabbisogno reale.

Il prodotto di questo ulteriore lavoro che costituisce la spesa reale di offerta privata nel territorio produce un dato che attenua la differenza sulla spesa media regionale in alcuni territori ma non su altri, con un evidente dislivello che non viene attualmente colmato in termini di offerta.

Confronto tra tetto teorico e tetto reale						
	Rx RNM Tac euro procapite				Fkt Euro Procapite	
	Tetto teorico	Tetto reale		Tetto teorico	Tetto reale	
Asl 1 Ss	3,80	4,56	0,76	1,54	1,54	-0,00
Asl 2 Ol	1,83	1,40	-0,43	0,62	0,26	-0,36
Asl 3 Nu	4,74	17,38	12,64	0,76	0,9	0,14
Asl 4 La	3,14	13,51	10,37	3,96	3,88	-0,08
Asl 5 Or	8,18	6,64	-1,54	5,81	7,65	1,84
Asl 6 Mc	9,47	10,58	1,11	7,86	7,89	0,03
Asl 7 Su	13,57	14,37	0,80	4,26	6,01	1,75
Asl 8 Ca	23,49	23,99	0,50	8,07	10,24	2,17
Media reg.le	12,17	13,67		4,67	5,70	

Sul piano della FKT le differenze tra il tetto teorico e il tetto reale configurano un miglioramento su dati già alti: Oristano, Sulcis e Cagliari aumentano di 1,5-2 euro procapite il dato che già era più alto. Questo conferma che offerta e domanda sono molto legate e una maggiore offerta genera o mantiene un livello più alto di domanda. Infatti il fatto che il tetto reale sia più alto del tetto teorico porta a rappresentare il fatto che la spesa storica degli operatori sia persino più alto del fabbisogno storico proposto dalle vecchie Asl prima che diventassero parti dell'ATS come aree socio sanitarie locali (ASSL). Non è possibile infatti considerare come ragionevole che il fabbisogno di alcune aree sia 8-10 volte minore rispetto alle altre e non è detto che siano ragionevoli il procapite più alto non meno di quello più basso.

Resta dunque il fatto che la spesa reale sulla fisiokinesioterapia passi da 26 centesimi o 1 euro di media procapite del nord Sardegna sino ai 7-8 del sud Sardegna e ai 10 di Cagliari.

Sul campo della diagnostica ci sono territori che paiono godere di un riequilibrio sul tetto reale e sono quelle dell'assl 3 e 4, che quadruplicano il tetto teorico passando ad una spesa reale simile al Sud Sardegna. Si abbassa la spesa procapite di Oristano rispetto al tetto reale di oltre 1,5 euro mentre resta distante il dato del nord e del sud della Sardegna.

In conclusione, l'insieme di questi dati, incrociati con quelli delle liste d'attesa nei singoli territori, spiegano molto delle difficoltà che attanagliano Sassari e non paiono giustificare la lunga attesa a Nuoro, salvo che l'offerta del centro Sardegna non risponda in realtà a migrazioni da altri territori.

Appaiono meno credibili alcuni dati delle liste di attesa di prestazioni in territori che oltre all'offerta pubblica, possono contare su un'offerta privata 4-5 volte superiore.

Il riequilibrio dell'offerta sul territorio, riorganizzando quella pubblica e riequilibrando gradualmente quella privata, è indispensabile per aggredire il fenomeno delle liste d'attesa.

Con la nascita dell'azienda unica questi dati sono stati resi disponibili, e si è fatto un passo in avanti sulla trasparenza, ma le azioni di riequilibrio sono ancora limitate.

Secondo il piano di acquisto delle prestazioni ambulatoriali, il 75% della spesa viene ripartita sulla spesa storica ma il budget di ogni singola impresa non potrà essere ridotto o aumentato di una percentuale vicina al 5-6%.

Nel concreto ridurre del 5% una spesa di 23 milioni significa tagliare 1.150 mila euro, con conseguenze occupazionali nel settore in ambito locale, con il paradosso che aumentare del 5% una spesa di 600.000 euro porta ad un massimo di 30.000 euro, cifra inadeguata ad essere incisiva sulle liste d'attesa del territorio danneggiato.

È dunque impossibile, che ai territori privi di offerta privata e sottoposti a liste di attesa fuori norma, si possa consentire un vero riequilibrio se non con un aumento delle risorse iniziale e un recupero graduale del tempo da una riduzione sui territori nei quali si è esagerato nella costruzione di una offerta eccessivamente dimensionata che ha influenzato considerevolmente la domanda, anche attraverso l'attrazione obbligatoria da altri territori.

In sintesi, con la nuova normativa, nuove regole comuni, un sistema unico di prenotazione e di controllo aziendale dei contratti degli erogatori privati emerge sia la domanda che l'offerta di servizi sanitari e si può pianificare un governo efficiente delle liste d'attesa in correlazione con l'offerta ospedaliera e territoriale erogata dal sistema pubblici in maniera diretta.

Gli interventi sul fronte della maggiore definizione dei software di governo con l'eliminazione delle seconde visite come dato d'attesa ordinario o la definizione delle urgenze da parte del prescrittore sono passi in avanti che rendono le liste d'attesa più corrispondenti alla realtà.

Questo lavoro tuttavia non risolve le grandi differenze tra i territori che sono evidenti in misura maggiore nella diagnostica e nella riabilitazione e minore ma comunque alta nell'offerta ambulatoriale di visite. Su questo tema occorre un coraggioso riequilibrio per i cittadini del nord Sardegna che si sono visti costretti in questi anni a percorrere centinaia di chilometri per avere un servizio dovuto entro i 50-60 km al massimo, hanno dovuto aspettare un anno per averlo ordinariamente oppure ci hanno dovuto rinunciare.

Occorre intervenire sulla riorganizzazione dell'offerta aumentandola dove è notevolmente più bassa e ad essa corrisponde una lista d'attesa lunga, e verificare i motivi per i quali ad una offerta molto elevata corrisponde una domanda altrettanto importante con liste d'attesa lunghe.

Infine occorre un controllo pubblico più ampio e accessibile dei servizi, un salto di qualità che ci avvicini alle 5 regioni più virtuose in termini di servizi come di trasparenza nella loro erogazione. Le agende dei professionisti devono essere pubbliche e visibili e va resa possibile la visione quotidiana delle liste d'attesa nelle singole prestazioni per territorio e sul piano regionale e non solo ogni 6 mesi attraverso un report che rileva la settimana oggetto del monitoraggio.

Conclusioni

I dati sulla **dinamica demografica** inseriscono la Sardegna tra le regioni di punta nel fenomeno dell'invecchiamento che colpisce il nostro Paese all'interno del più vasto continente europeo. Nell'isola le persone tra i 65 e i 74 anni sono l'11,6% della popolazione contro il 10,9% del dato nazionale, mentre gli ultra 75enni sono il 7,8% nell'isola contro l'8% italiano. Il dato demografico tende ad accentuarsi nell'isola dato che il numero medio di figli per donna è, nel 2015, 1,09 in Sardegna contro 1,35 nel Paese, con un'età media delle madri al parto di 32,4 contro il dato nazionale di 31,7.

Se si considera che tra coloro che hanno più di 65 anni uno su cinque non è autosufficiente, si comprende come la dinamica dei costi sanitari della regione tende ad aumentare con il tempo in misura accelerata rispetto ad altre regioni.

Tra le **abitudini scorrette** la Sardegna conserva alti fattori di rischio. Se da un lato la percentuale di fumatori è più bassa della media italiana, sono molto, alti i numeri degli ex fumatori, con il 52% di non fumatori nell'isola contro il 56% in Italia. Tra consumatori di alcol, la Sardegna ha percentuali più elevate della media tra i minorenni, soprattutto nel sesso femminile, e tra gli adulti tra i 18 e i 65 anni dove il dato italiano è del 13,8% contro il 20,3% dell'isola, un dato in crescita di un punto tra il 2015 e il 2016. Le abitudini alimentari vedono i sardi seguire un consumo di VOF, in crescita tra il 2015 e il 2016 e in percentuali più elevate della media italiana, un consumo di carni rosse più elevato ma non in eccesso. L'obesità infantile segna in Sardegna un dato inferiore alla media nazionale (21,3 contro 24,7, mentre gli adulti stanno nella media del Paese. Infine i sardi dichiarano di svolgere attività sportiva sono una percentuale più elevata della media italiana (36,8 contro il 34,8).

In sintesi la fotografia 2015-2016 di osservasalute vede una progressione positiva per i sardi che rispetto alla media italiana sono più anziani, con una buona alimentazione e una pratica sportiva discreta ma con un passato da fumatori e un presente con qualche abuso di alcol in più soprattutto tra i maschi.

Anche in Sardegna come nel resto del paese la **speranza di vita** ha ripreso a crescere, con un ritmo maggiore nell'isola che però resta ancora indietro rispetto alla media nazionale per gli uomini (80,4 in Sardegna contro 80,6), mentre è superiore per le donne (85,1 in Sardegna contro 84,9), nonostante gli ultracentenari. In realtà la speranza di vita a vita a 65 è più alta nell'isola rispetto alla media italiana sia per le donne che per gli uomini, dati che migliorano dal 2015 al 2017. Dal 2004 al 2015 il tasso di mortalità precoce decresce considerevolmente (37,5 in meno) ma molto meno velocemente che nella media italiana, dove si riduce di 57,9 punti).

Il tasso di ospedalizzazione per malattie cardiache è significativamente più basso in Sardegna rispetto alla media italiana, così come il tasso di mortalità, che vede le donne sarde con la percentuale più bassa nell'isola e gli uomini secondi dietro la Val d'Aosta. Anche il tasso di mortalità

per malattie cerebrovascolari e per diabete mellito, nonostante l'alta incidenza di malattia, è più basso nell'isola rispetto alla media italiana.

In Sardegna la mortalità per tumore al polmone diminuisce ma non con la rapidità della media italiana, radendo abitudini al fumo che nel passato sono state più radicate, mentre altri tumori, la minore diminuzione della mortalità (mammella e cervice uterina) o addirittura l'aumento come per il colon retto sono figli di programmi di screening più efficienti in altre regioni rispetto ai ritardi segnati nell'isola.

La Sardegna mostra livelli alti di diagnosi di disturbi psichici, di consumi di farmaci antidepressivi e di abuso o dipendenza di sostanze psicoattive e il tasso di suicidi maschili è del 20,86 su 100.000 abitanti contro il 13,11 nazionale mentre concedono i tassi di incidenza tra le donne,

In sintesi la speranza di vita in Sardegna cresce ma meno rispetto alla media Italiana perché restano ancora presenti alcune abitudini a rischio (alcol e fumo, anche se in via di riduzione, quest'ultimo) e inefficienze nella precoce diagnosi di alcune patologie tumorali attraverso gli screening. D'altro canto il sistema sanitario sembra corrispondere positivamente alla lotta contro il diabete mellito che presenta alta incidenza e bassi tassi di ospedalizzazione e buona prevenzione sulle malattie cardio e cerebrovascolari.

Secondo il rapporto OASI sul piano amministrativo e gestionale la Sardegna si trova in una fase di passaggio. La media degli abitanti per ASL era nel 2016 tra le più basse in Italia con aziende che avevano una media di 200.000 abitanti per passare nel 2018 ad una sola azienda con la popolazione media di 1.653.135 abitanti, la media regionale più elevata d'Italia. Sul piano del management la Sardegna è una regione ad alta variabilità, sia sul piano della stabilità che per l'indice di apertura.

In sintesi il periodo di tempo medio di gestione di un manager in Sardegna è inferiore a 3 anni e non c'è una rotazione interna ma una tendenza a ricercar nuovi manager con un effetto di instabilità del sistema gestionale e di un orizzonte di gestione troppo limitato nel tempo per ottenere cambiamenti stabili.

Per ciò che riguarda la sanità territoriale nel periodo di osservazione la Sardegna ha aumentato il numero di distretti mentre diminuiscono di numero nel Paese, con un numero di strutture di erogazione di servizi nel territorio analogo a quello della media nazionale ma con una percentuale di privato accreditato di 10 punti inferiore al dato medio nazionale (53 vs 44).

La percentuale di occupati nel Servizio Sanitario ha il valore più alto tra le Regioni in Sardegna (3,8% Sardegna vs 2,8% Italia), ci sono 2 infermieri per ogni medico contro i 2,5 della media nazionale. Appropriately e qualità dei ricoveri non vedono la Sardegna con alti livelli di qualità: eccedenza di ricoveri per acuti e per riabilitazione mentre migliora l'appropriatezza, crescita dei parti cesarei in misura doppia, mentre si mantiene il più alto numero di punti nascita per abitante. Valgono considerazioni analoghe i dati relativi all'assistenza territoriale dove in media i sardi hanno

il 15% di prestazioni in meno della media nazionale, dall'ADI alle strutture residenziali dove si arriva ad un'offerta dimezzata.

In sintesi l'offerta sanitaria ospedaliera mostra qualche segnale di miglioramento nell'appropriatezza ma continua ad essere prevalente e centrale mentre l'offerta di servizi territoriali resta fragile e inadeguata.

La spesa sanitaria pubblica procapite in Sardegna è tra le più alte in Italia (+7,5%) arrivando al 10% del PIL contro il 7% del Paese, con il peggiore disavanzo tra le Regioni Italiane nei due anni di osservazione (2015/16). Nel 2017 la spesa procapite pubblica in Sardegna è di 2065 euro contro i 1845 della media italiana, differenza che diminuisce la spesa procapite privata (629 vs 450).

Ad una alta spesa sanitaria contribuisce la spesa farmaceutica, territoriale (14,34 vs 11,15) e ospedaliera (5,27 vs 4,92) più alta nel Paese. Proprio quest'ultima, analizzata nel rapporto OSMED, mostra un andamento simile alla media nazionale nella tipologia di farmaci maggiormente richiesti dai cittadini in un contesto di spesa pubblica ampiamente superiore e di compartecipazione dei cittadini molto inferiore, con oltre 25 euro di media italiana contro i 16 dell'isola (dati 2017). In generale il consumo di farmaci è più elevato per quasi tutte le forme di acquisto e le categorie con l'eccezione dei farmaci per automedicazione.

In sintesi la spesa sanitaria farmaceutica è più alta in Sardegna rispetto alle Regioni Italiane con una minore partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e un maggior uso di farmaci.

Nel rapporto **Meridiani della sanità** emergono alcuni dati che rappresentano fattori positivi in merito alla diffusione di patologie. La Sardegna appare una regione con bassi livelli di infezioni post ospedaliere con una media dimezzata rispetto a quella nazionale e un alto livello di vaccinazioni obbligatorie. Bassa invece l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale (44 vs 52,7 negli over65) e agli screening oncologici. La Regione ha il più basso tasso di mortalità infantile e di prevalenza delle malattie cardiache mentre è ai primi posti per malattie croniche.

L'indice complessivo dello stato di salute (indice sintetizzato dal rapporto Meridiani) della popolazione sarda pone la Regione al 14° posto tra le regioni italiane con un indice pari a 5,2, al di sotto della media italiana di 5,5, sale al 12° posto per l'indice di mantenimento della salute mentre sprofonda al 19° posto per efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria e per risorse economiche, anche per l'elevato numero (12%) di persone che rinunciano alle cure per mancanza di risorse economiche: solo Campania e Calabria fanno peggio dell'isola in questi due campi.

In sintesi la spesa sanitaria pubblica è la più alta d'Italia e anche con una bassa integrazione di spesa sanitaria privata, la spesa complessiva dei sardi resta molto elevata se raffrontata con i risultati di salute: quello sardo appare un sistema sanitario costoso ma inefficiente, con gravi disuguaglianze nell'accesso alle cure che raggiunge alcuni risultati positivi in maniera non coordinata ne conseguente alla sua organizzazione.

Confermano la sintesi appena espressa i dati relativi all'articolazione della spesa sanitaria provenienti dal **rapporto della Corte dei Conti**: a fronte della spesa pubblica procapite più alta del Paese, nel 2017 in Sardegna sono stati spesi 63 milioni di euro tra compartecipazione alla spesa e prestazione in regime di intramoenia, in assoluto un'importante cifra, ma con una media procapite di 38 euro per l'isola contro i 65,6 della media nazionale. Ogni mese la spesa sanitaria complessiva è di 80 euro in Sardegna contro i 114 della media nazionale.

Le detrazioni fiscali a cui i soggetti possono accedere arrivano a circa 840 euro in Sardegna contro i 980 della media italiana su un reddito complessivo medio di 17.500 euro contro i 20.500 con valori in crescita tra il 2015 e il 2016. Tra i pensionati le detrazioni medie sono di 912 euro in Sardegna e di 1107 in Italia, con un aumento del 3,5% rispetto all'anno precedente.

In sintesi, la spesa sanitaria detraibile è per i sardi, molto più bassa rispetto alla media italiana sia nella popolazione generale che tra gli anziani.

Il confronto con le regioni Friuli, Liguria e Calabria, regioni con elementi di similitudine con l'isola mostra interessanti elementi che contraddicono alcuni possibili pregiudizi. La Sardegna è più giovane di Friuli e Liguria e leggermente più anziana della Calabria. La Sardegna si piazza al terzo posto, davanti alla Calabria per aspettativa di vita e tasso di mortalità precoce mentre è all'ultimo posto per tasso di fecondità e età media delle donne al primo parto.

Negli screening antitumorali, la Sardegna è al terzo posto, distante da Friuli e Liguria, al secondo posto per coperture vaccinali, (al primo la Calabria), e all'ultimo per la vaccinazione per Papilloma virus e per la vaccinazione antinfluenzale.

La Sardegna ha un valore di spesa sanitaria pubblica procapite superiore alle tre regioni, con la Calabria distante il 15%, con una spesa sanitaria privata riversata sul pubblico, compartecipazione e intramoenia, la più bassa tra le quattro regioni, con 63 euro di media contro i 90 di Calabria e Friuli e i 123 della Liguria.

Un dato interessante riguarda gli anziani ospiti di strutture residenziali dove la Sardegna di situa al terzo posto con 92,8 anziani contro i 161 della media e i 300 del Friuli. Solo la Calabria fa peggio con i 60 ospiti ogni 10.000 abitanti. La Sardegna risale alla media nazionale, invece per le persone con disabilità, adulti e minori, ospiti di strutture pur restando sempre al terzo posto tra le regioni di confronto.

In Sardegna ci sono 25 ospedali pubblici contro i 8 della Liguria e gli 10 del Friuli. Anche la Calabria, che supera i due milioni di abitanti arriva a "soli" 21 ospedali (comprese le aziende ospedaliere. Nonostante questo la Sardegna (242 euro) è seconda solo alla Calabria (265) per spesa privata accreditata, rispetto a Friuli (168) e Liguria (231), come se l'eccesso di strutture ospedaliere pubbliche producesse inefficienza e maggiore richiesta privata. Anche nella spesa farmaceutica la Sardegna ha un record negativo superata solo dalla Calabria: i sardi spendono il 50% in più dei Friulani e il 20% in più dei liguri e solo il 20% in meno dei calabresi ma partecipano alla spesa come i friulani con poco più di 15 euro contro i 25 dei liguri e i 30 dei calabresi.

In sintesi la quantità elevata della spesa procapite pubblica come quella più bassa privata in Sardegna non corrispondono ad un utilizzo efficiente delle opportunità della sanità (screening e vaccinazioni), né a risultati di salute più elevati.

Non c'è correlazione tra la quantità di strutture disponibili, i fabbisogni della popolazione e il numero di prestazioni erogate mentre appare invece più indice di efficienza una condizione organizzativa semplificata e razionale.

La lettura dei dati della spesa mostrano un costo più elevato dei farmaci e una quantità di medici più elevata rispetto alla media nazionale, a cui non corrisponde un dato di salute più elevato rispetto a regioni che hanno forti elementi di analogia per dimensione geografica, condizioni orografica e numerosità della popolazione.

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 focus Liste d'attesa 2018 del rapporto Life è un approfondimento costruito dal Centro Studi politiche sanitarie Life Sardegna su mandato delle Acli e della loro organizzazione che si occupa di tutela delle fasce più anziane della popolazione, la FAP.

Il focus sulle liste d'attesa è stato predisposto, con il sostegno della Fondazione di Sardegna, in collaborazione con l'associazione Collettivo Sanitario sulla base dei dati pubblicati dalla Regione Sardegna sul proprio sito riguardanti il monitoraggio delle liste d'attesa su 43 prestazioni scelte nell'ambito del Piano di Governo delle Liste d'attesa.

I tempi di attesa delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio della Regione Sardegna, sono rilevati durante la settimana indice (Aprile 2018 è l'ultima rilevazione) nell'ambito del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa. Il monitoraggio ha cadenza semestrale (nei mesi di aprile e ottobre). La fonte informativa è il CUP regionale che rileva tutti gli appuntamenti forniti ai pazienti al momento della richiesta di prenotazione (data di contatto) e i tempi di attesa prospettati (data assegnata per l'erogazione). Il tempo di attesa per singola richiesta è calcolato come differenza tra Data di contatto e data assegnata per l'erogazione, ossia data di prenotazione. Il tempo di attesa (prospettato) al momento del contatto non rappresenta la prima disponibilità perché potrebbe essere stato condizionato, in aumento, dalla scelta esercitata dell'utente al momento della prenotazione. Al contrario, potrebbe essere inferiore alla prima disponibilità in caso di riposizionamento nella lista a seguito di disdetta o di incremento dell'offerta. La rilevazione di tali informazioni è estesa a tutte le agende informatizzate, configurate ed effettivamente disponibili per prenotazione sul CUP regionale, tralasciando le prenotazioni con classe di

priorità U (urgente) e P (programmata) espressamente indicata dal prescrittore. I dati sull'attività convenzionata sono contenuti nel piano di acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica dalle strutture private accreditate anni 2018-2020, allegati alla delibera di ATS del giugno 2018.

Il rapporto di ricerca Life 2018 è stato curato da Nadia Commerci e Gianluca Chelo.