

**Collana CER GAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

## Rapporto OASI 2017

### Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CER GAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

*Il CER GAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.*

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

[www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)



CER GAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

a cura di  
CER GAS-SDA Bocconi

# Rapporto OASI 2017

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**B** Università Bocconi  
CER GAS  
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

**SDA Bocconi**  
School of Management

**Egea**

ne nelle fasce di età infantile e anziana, presumibilmente perché qualcuno si occupa della loro alimentazione in egual modo a prescindere dal sesso: genitori nei primi anni di vita, partner, familiare, o *caregiver* nelle ultime fasce d'età. Tuttavia, nelle fasce centrali di età, tra i 15-17 anni fino ai 55-77 anni, le donne registrano mediamente un'alimentazione più adeguata rispetto agli uomini, con valori che rimangono pressoché costanti nel tempo, seppur con qualche variazione tra fasce di età.

### 2.3.4 Mortalità evitabile

Quanti dei decessi registrati in un dato Paese possono essere imputabili a inadeguati stili di vita e fattori di rischio sottovalutati? Quanti invece sono il risultato di interventi sanitari inadeguati, tardivi o del tutto assenti?

Eurostat, e in Italia, Nebo Ricerche PA, hanno condotto interessanti studi per valutare quante delle morti registrate in un dato Paese sarebbe stato possibile evitare con un intervento tempestivo e appropriato<sup>8</sup>.

Nel 2013 l'Unione Europea ha registrato 1,7 milioni di morti tra la popolazione che ha meno di 75 anni, di cui il 33,7% dei decessi evitabili. Le aree principali in cui si registrano inadeguatezze sono infarti (184.800 morti) e ictus (circa 94.000 morti), seguiti da cancro del colon-retto e della mammella, ipertensione e polmonite, che ammontano al 48% delle morti premature. Secondo Eurostat, in Italia, nel 2013, circa 52.000 decessi sarebbero avvenuti per cause trattabili; le morti prevenibili, invece, sarebbero state circa 89.700 (Eurostat, 2016).

Tra i dati dell'ultimo Rapporto MEV(i) (Mortalità evitabile con Intelligenza) è riportato il dato per regione dei giorni perduti per cause evitabili pro capite, calcolato come la somma degli anni di vita persi rispetto a quelli attesi in tutti i casi di morte evitabile, convertiti in giorni e divisi per tutti gli abitanti dell'area di riferimento. Vengono così calcolati i giorni persi in media da ogni cittadino all'anno a causa di questi decessi.

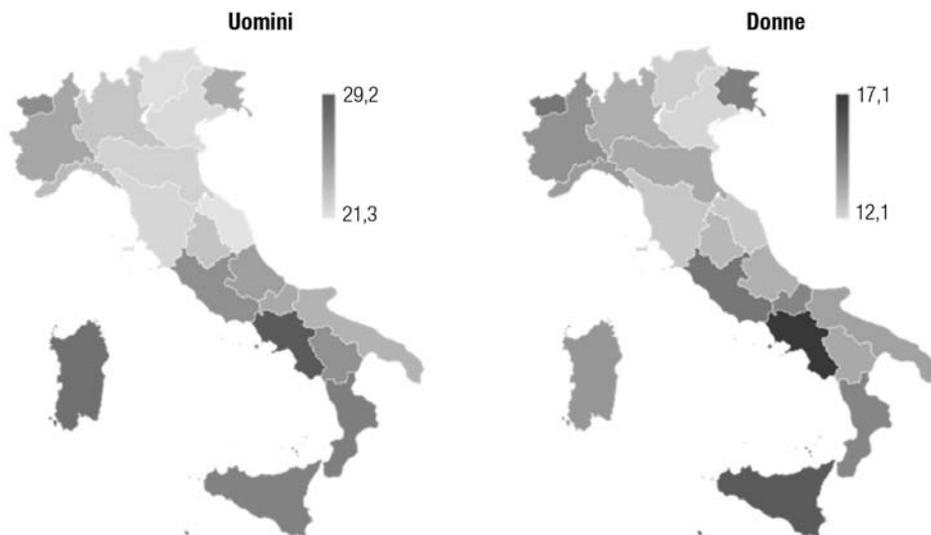
Lo studio ha utilizzato dati ISTAT dell'ultimo triennio disponibile (2012-2014) e stilato una classifica regionale in funzione dei giorni di vita persi rispettivamente per uomini e donne (Figura 2.12).

Il primato positivo per mortalità evitabile maschile spetta a Marche, Trentino Alto Adige e Veneto (rispettivamente con 21,3; 21,6; 21,8 giorni perduti

<sup>8</sup> Nell'ultimo Rapporto MEV, Mortalità evitabile con Intelligenza, MEVi 2017, è stata definita evitabile una morte se «*alla luce delle conoscenze mediche e della tecnologia o della comprensione delle determinanti della salute al momento della morte, tutte o la maggior parte delle morti per questa causa (applicando limiti di età se appropriato) potrebbero essere evitate attraverso cure sanitarie di buona qualità (mortalità trattabile) o interventi di sanità pubblica nel senso più ampio (mortalità prevenibile)*».

Mentre Eurostat raggruppa le morti evitabili in due categorie, *amenable* (trattabili) e *preventable* (prevenibili), Nebo raggruppa le morti evitabili in tre sottogruppi: evitabili attraverso interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene o altra assistenza.

Figura 2.12 **Giorni persuti per cause evitabili pro capite (0-74 anni) per tipologia di intervento e genere (codifica convenzionale MEVi) – Triennio 2012-2014**

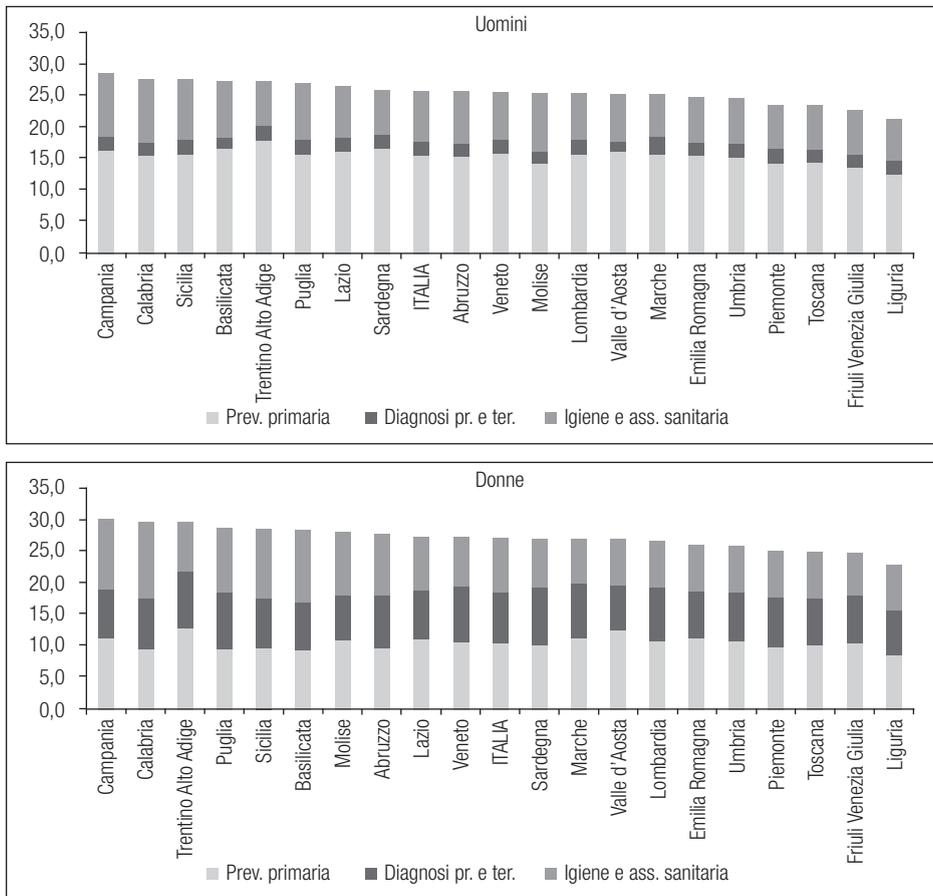


Fonte: elaborazioni su dati MEV(i) 2017

per cause evitabili pro capite). In coda alla classifica sono invece la Calabria (26,8 gg), la Sardegna (27,7 gg) e la Campania (29,2 gg). Per quanto riguarda la mortalità evitabile femminile, ancora Veneto, Province Autonome di Trento e Bolzano e Marche mostrano i valori più contenuti (rispettivamente 12,1; 12,3; 12,5 giorni persuti), mentre Campania, Sicilia e Valle d'Aosta i più significativi (17,1; 15,7; 14,8 giorni persuti per cause evitabili pro capite).

La Figura 2.13 mostra gli anni persuti per cause evitabili per deceduto per tipologia di intervento. A livello nazionale, si stimano 26 anni persuti per cause evitabili da ciascun individuo di genere maschile deceduto e 27,1 per il genere femminile. A prescindere dal genere, si nota come siano Campania (29 anni persuti per gli uomini e 30,1 per le donne) e Calabria (27,9 e 29,7) le regioni con il più elevato numero di anni persuti per singolo deceduto per cause evitabili, mentre Liguria (21,6 anni persuti per gli uomini e 22,8 per le donne) e Friuli Venezia Giulia (23,1 e 24,7) mostrano i valori più contenuti. Inoltre, si evidenzia come la maggior parte delle morti evitabili per gli uomini, in tutte le regioni italiane, sarebbero dovute alla carenza di interventi di prevenzione primaria. Fanno parte delle attività di prevenzione primaria le misure attuate con il fine di ridurre gli effetti negativi sulla salute di determinate condizioni economiche, sociali, comportamentali e personali (ad esempio sicurezza sul lavoro, stili di vita e riduzione dei fattori di rischio quali fumo, consumo di alcool, attività fisica

Figura 2.13 **Anni perduti per cause evitabili per deceduto (0-74 anni) per tipologia di intervento (Triennio 2012-2014)**

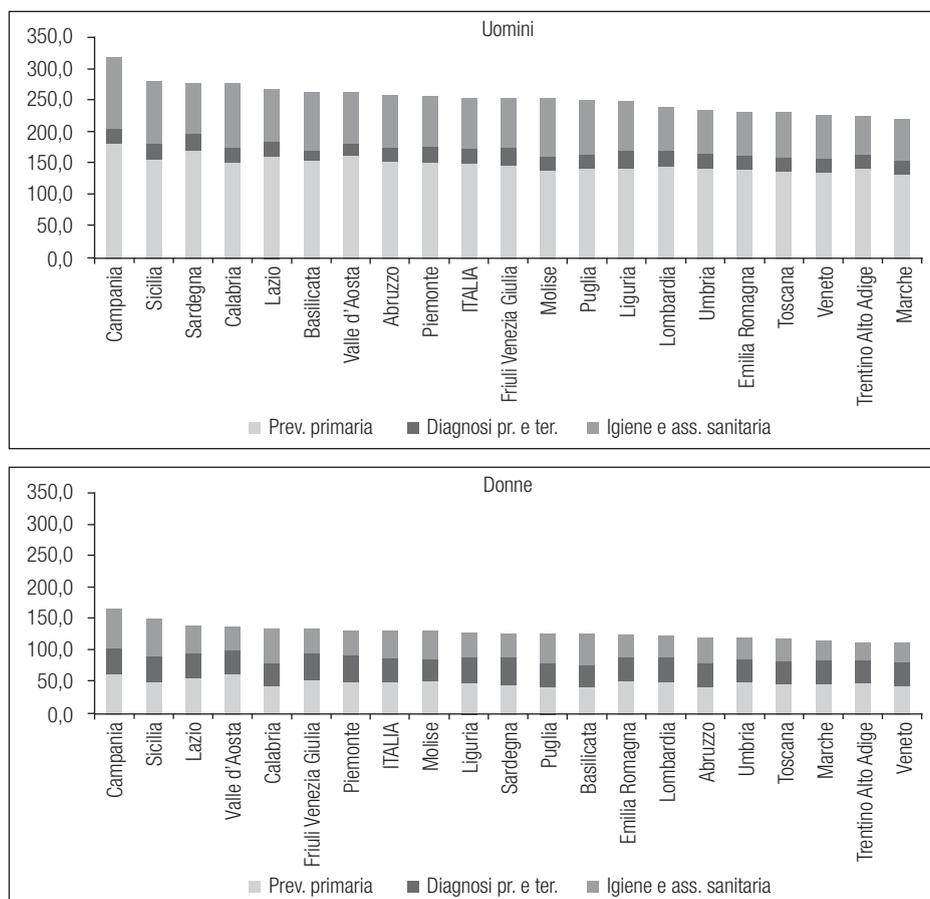


Fonte: Elaborazioni su dati MEV(i) 2017

e alimentazione). Seguono le morti potenzialmente evitabili con interventi di igiene o altra assistenza finalizzata alla prevenzione delle recidive o progressione della malattia. Infine si inseriscono le morti potenzialmente evitabili grazie a interventi tempestivi con lo scopo di diagnosticare e trattare precocemente individui che hanno già sviluppato una patologia o un fattore di rischio, anche se non hanno ancora manifestato sintomi clinici. Proprio questo aspetto assume un peso relativamente maggiore per spiegare le morti evitabili nella popolazione femminile in Italia e sottolinea la rilevanza delle politiche di prevenzione nel nostro Paese, come abbiamo voluto per la prima volta sottolineare nel presente Rapporto (§ 2.4).

Infine, la Figura 2.14 mostra i tassi standardizzati di mortalità evitabile ogni

Figura 2.14 **Tassi standardizzati di mortalità evitabile (0-74; per 100.000 abitanti) per genere (Triennio 2012-2014)**



Fonte: elaborazioni su dati MEV(i) 2017

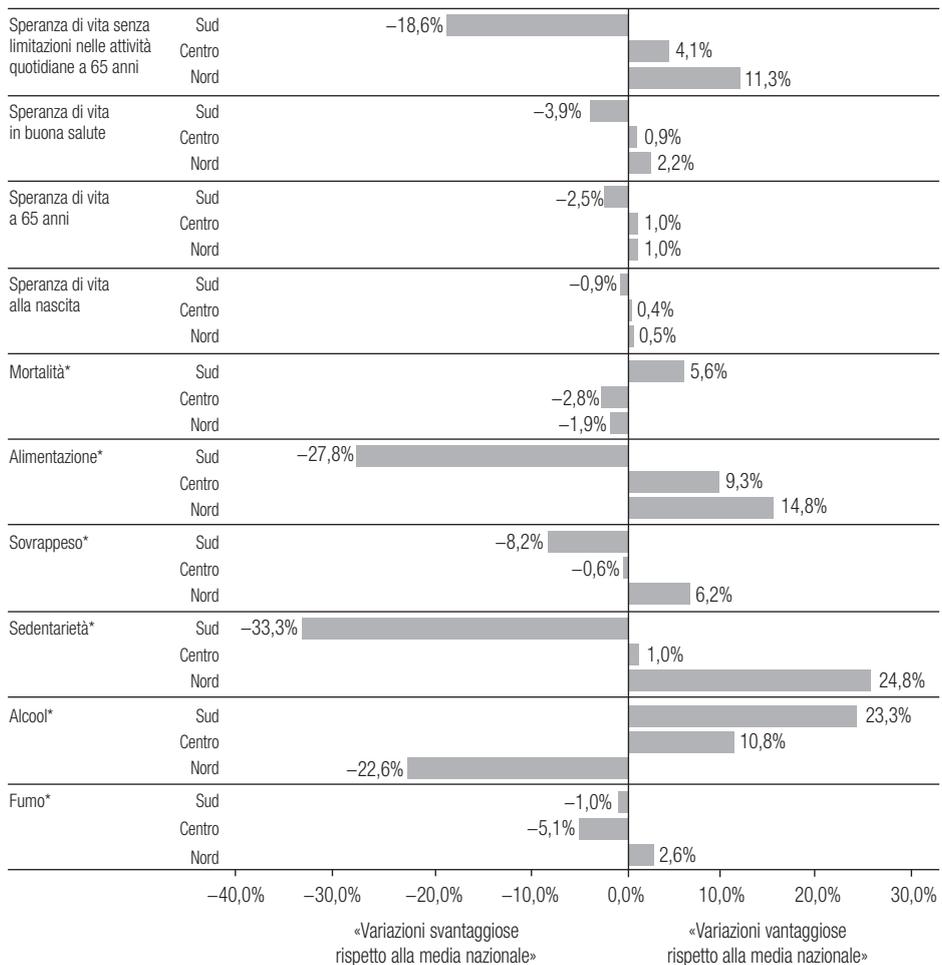
100.000 abitanti, distinguendo per genere e facendo riferimento alla popolazione con età inferiore ai 75 anni. Rispetto al dato precedente sulle giornate perse pro capite a causa di morti evitabili, emerge in questo caso una differenza netta per genere: si consideri, ad esempio, che il tasso registrato a livello nazionale è pari a 257,1 ogni 100.000 abitanti per gli uomini, mentre quello relativo alle donne è pari a 130,7. La Campania fa registrare i valori più elevati a livello nazionale sia per il genere maschile (320,7 ogni 100.000 abitanti) sia per la popolazione femminile (167,1), mentre le regioni più virtuose sono le Marche (222,6) per gli uomini e il Veneto (112,6) per le donne. Anche in questo caso, emerge nitidamente come il valore del tasso di mortalità evitabile sia perlopiù dovuto all'assenza o scarsa efficacia di interventi di prevenzione primaria, seguito da

inadeguati trattamenti e mancata diagnosi precoce.

### 2.3.5 Confronti regionali: una sintesi delle evidenze proposte

Come per la sezione di comparazione internazionale (§ 2.2), si propone di seguito una sintesi delle principali dimensioni considerate nel par. 2.3, al fine di offrire una fotografia rappresentativa delle differenze esistenti tra le tre macro-

Figura 2.15 **Confronto tra media nazionale e macroaree geografiche: quadro complessivo delle dimensioni analizzate (Anno 2015)**



\* La «direzione» della differenza percentuale è stata invertita per motivi di omogeneizzazione della Figura.

Fonte: elaborazioni degli autori su dati ISTAT 2017

- Michelozzi P., De' Donato F., Scortichini M., De Sario M., Asta F., Agabiti N., Guerra R., de Martino A., Davoli M. (2016), «Sull'incremento della mortalità in Italia nel 2015: analisi della mortalità stagionale nelle 32 città del Sistema di sorveglianza della mortalità giornaliera», *Epidemiologia & Prevenzione*, 2016; 40 (1), pp. 22-28.
- Minardi V., Federici A., Bertozzi N., Carrozzi G., Oddone Trinito M., Gruppo Tecnico PASSI (2012), «Lo screening organizzato funzionante riduce le disuguaglianze di accesso». *Epidemiologia & Prevenzione*, 2012; 36 (6), pp. 371-371.
- Ministero della Salute (2017), «Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescente – Coperture vaccinali», [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_3\\_1.jsp?lingua=italiano&id=20](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=20)
- Nixon J., Ulmann P. (2006), «The relationship between healthcare expenditure and health outcomes», *European Journal of Health Economics*, 2006, pp. 7-18.
- OECD (2017), «OECD Health Data: Health care resources», *OECD Health Statistics* (database).
- Offit P.A. (2012), «Should childhood vaccination be mandatory? Yes», *BMJ (Online)*, 344.
- Or Z. (2000), «Determinants of health outcomes in industrialised countries: a pooled, cross-country, time-series analysis», OECD Economic Studies No. 30, 2000/I <https://www.oecd.org/eco/growth/2732311.pdf>
- Osservatorio Nazionale Screening (2016), «Rapporto 2016», <http://osservatorionazionalecreening.it/content/rapporto-2016>
- Papanicolas I., Jha A.K. (2017), «Challenges in International Comparison of Health Care Systems», 2017 Aug 8; 318(6), pp. 515-516.
- MEVi (2017), «Rapporto Mortalità evitabile con intelligenza», [http://www.mortalitaevitabile.it/\\_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf](http://www.mortalitaevitabile.it/_mevi/2017/MEVi2017-rapporto.pdf)
- Rossi P.G., Esposito G., Brezzi S., Brachini A., Raggi P., Federici A. (2006), «Estimation of Pap-test coverage in an area with an organised screening program: challenges for survey methods», *BMC Health services research*, 6(1), p. 36.
- Roth G.A., Johnson C., Abajobir A., Abd-Allah F., Abera S.F., Abyu G. (2015), «Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015», *J Am Coll Cardiol*, 2015 Jul 4;70(1), pp. 1-25.
- Salisbury DM.(2012), «Should childhood vaccination be mandatory? No», *BMJ (Online)*, 344.
- Sistema di Sorveglianza Passi (2016), <http://www.epicentro.iss.it/passi/sorv-passi.asp>
- Smith-Bindman R., Chu P.W., Miglioretti D.L., Sickles E.A., Blanks R., Ballard-Barbash R., Kerlikowske K. (2003), «Comparison of screening mammography in the United States and the United Kingdom», *JAMA*, 290(16), pp. 2129-2137.

- Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills*, New York, Basic Books.
- United Nations (2015), «Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development», *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015*, disponibile online [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)
- Wardle J., von Wagner C., Kralj-Hans I., Halloran S.P., Smith S.G., McGregor L., Vart G., Howe R., Snowball J., Handley G., Logan R.F., Rainbow S., Smith S., Thomas M.C., Counsell N., Morris S., Duffy S.W., Hackshaw A., Moss S., Atkin W., Raine R. (2016), «Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials», *The Lancet*, 2016; 387, pp. 751-59.
- WHO (2017), «World Health Statistics». Global Health Observatory database.
- WHO (2017), «Non Communicable Diseases», <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

