

Walter Ricciardi

Sanità è partecipazione

La salute degli italiani, la salute del futuro

Il sistema sanitario italiano
secondo Italia Futura





Si ringraziano per la collaborazione alla stesura di questo documento:

Alessandro Campana, Antonio Giulio de Belvis, Agnese Lazzari, Silvia Longhi, Francesco Macchia,
Tiziana Sabetta, Flavio Sensi, Antonella Sferrazza, Maria Lucia Specchia.

Indice

1. Introduzione

2. Quali soluzioni per il sistema salute?

2.1. I pilastri

2.2. La spesa sanitaria

2.3. La partecipazione

2.4. L'innovazione tecnologica

2.5. La ricerca

3. La Sanità del futuro

3.1. Il livello politico centrale

3.2. Il livello politico regionale

3.3. Il management locale

3.4. I professionisti sanitari

3.5. I cittadini

4. Le proposte di Italia Futura

4.1. Il Ministero della Salute

4.2. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

4.3. L'Agenzia Nazionale per la valutazione delle tecnologie sanitarie

4.4. La finanza sanitaria

4.5. La governance clinica

4.6. Le Regioni e l'integrazione/continuità assistenziale

4.7. Il sistema di valutazione dei Servizi Regionali/Locali

4.8. Il portale della salute

4.9. L'assistenza agli anziani tra pari

4.10. L'empowerment e self-management del cittadino in sanità

Allegato

1. Introduzione

L'Italia ha conseguito, negli ultimi decenni, importanti risultati in campo sanitario, come confermato dal notevole aumento dell'aspettativa di vita e dalla diminuzione progressiva della mortalità. Tuttavia esistono forti motivi di insoddisfazione e preoccupazione per il prossimo futuro testimoniati da:

- crescita delle disuguaglianze nelle condizioni di salute dei cittadini, sia geografiche che economico-sociali;
- frequente percezione di scarsa qualità dei servizi sanitari da parte dei cittadini, soprattutto in alcune aree del Paese;
- sprechi nell'uso delle risorse e rischi per la sostenibilità del sistema;
- incapacità nel prevenire il prevenibile.

Inoltre, nuovi problemi si affacciano all'orizzonte:

- aumento nelle aspettative dei cittadini;
- aumento dei bisogni legato a:
 - invecchiamento della popolazione;
 - sovrappeso ed obesità, per eccesso di alimentazione e scarsa attività fisica;
 - nuove costose tecnologie (farmaci, vaccini, apparecchiature, dispositivi medici, etc);
- cambiamento climatico, che porterà all'emergenza di nuovi problemi sanitari.

Il tutto in una condizione di ristrettezza finanziaria del Paese nel quale la crisi economica di questi anni ha aggravato il paradosso della politica sanitaria italiana, dominata dalle esigenze di contenimento della spesa, non tanto per la sua entità, quanto per la situazione complessiva della finanza pubblica.

La soluzione a questi problemi non verrà dalla costruzione di nuovi ospedali, dall'accesso indiscriminato a nuove tecnologie o da un approccio burocratico, ma da un insieme combinato di interventi finalizzati sia ad aggredire i problemi emergenti, che ad

avviare un importante cambiamento culturale ed organizzativo per uno stabile successo futuro.

In quest'ottica è fondamentale un'organizzazione sanitaria solida, fondata su chiari principi di distinzione tra politica e gestione, che sono alla base di un'attività improntata all'efficacia, all'efficienza ed alla piena funzionalità dei servizi sanitari.

2. Quali soluzioni per il sistema salute?

Il sistema sanitario italiano è articolato su cinque pilastri e solo operando congiuntamente su tutti questi si può ipotizzare uno sviluppo organico verso un miglioramento del servizio fornito e della sua stessa sostenibilità:

- **il Ministero della Salute**
- **le Regioni e Province Autonome**
- **le strutture erogatrici di prestazioni**
- **i professionisti e gli operatori**
- **i cittadini**

2.1. I pilastri

Al primo sono affidati i compiti di programmazione, indirizzo e controllo per la garanzia del diritto costituzionale alla tutela della salute.

Alle seconde quelli di programmare, organizzare e gestire le strutture socio-sanitarie per tutelare effettivamente la salute dei propri cittadini attraverso un sistema di erogatori pubblici e privati.

Alle strutture erogatrici ed ai professionisti ed operatori del sistema si richiede una sempre maggiore focalizzazione sull'erogazione di prestazioni di qualità, con un'enfasi particolare per la valutazione degli esiti dei trattamenti e dei servizi resi con un impatto positivo sui pazienti, capace di fare evolvere i sistemi di gestione e cura delle diverse patologie verso modelli innovativi e di copertura sempre più ampia dei cittadini.

A questi ultimi si richiede una partecipazione attiva al sistema sanitario con un ruolo di "utilizzatore informato", al corrente delle diverse caratteristiche delle strutture erogatrici e dei professionisti coinvolti, con l'obiettivo di elaborare proprie ed autonome scelte basate sulla valutazione costante dei risultati che tali strutture e professionisti conseguono nella cura e nel trattamento delle diverse patologie.

In generale, appare necessario che l'attività di gestione del sistema sanitario sia

fondata su regole dettate da un approccio non improntato ai soli principi di efficacia e di efficienza, ma che tenga conto anche dei valori dei cittadini e degli operatori, nonché della qualità di vita dei pazienti. Tali elementi stanno ispirando gran parte delle politiche sviluppate dai decisori e gestori pubblici a livello nazionale ed internazionale. Si introducono così concetti di valutazione (degli enti e dei singoli professionisti sanitari) basati su una stretta relazione tra procedure e controllo dei processi di erogazione delle prestazioni ed esiti delle stesse. Gli elementi connessi al bene della persona, agli aspetti umani, relazionali e, in generale, alla qualità della vita, non possono essere costretti solo in una dimensione puramente economica, come invece appare da molte delle analisi precedentemente riportate.

2.2. La spesa sanitaria

Lo sviluppo di una spesa sanitaria senza adeguato controllo e, spesso, senza una precisa valutazione in termini di budget, deve fare riflettere attentamente. Ad un necessario insieme di misure volte alla riduzione del deficit sanitario e del debito accumulato dalle regioni (l'operazione dei piani di rientro è indicativa in tal senso), deve fare riscontro un'analisi altrettanto attenta delle motivazioni del mancato rispetto degli obiettivi di spesa.

Una più stringente valutazione dei bisogni delle popolazioni servite in base, innanzitutto, ad una serie di indicatori di esito correlati al profilo epidemiologico, demografico e sociale dei cittadini assistiti, deve poter determinare una quantificazione dell'offerta di servizi e prestazioni sul territorio e dei costi relativi molto più puntuale e, quindi, meno aleatoria. In alcune regioni del nostro Paese tali approcci sono adottati in modo sempre più stringente ed i risultati "virtuosi" si stanno cominciando ad intravedere. Non esiste e non deve esistere una spesa sanitaria "fuori controllo", bensì, eventualmente, una spesa non adeguatamente quantificata e, soprattutto, non correlata ai reali fabbisogni della popolazione. La spesa sanitaria, infatti, in determinati momenti della storia di un Paese può e deve individuare dinamiche di crescita, ma solo in base ad una stretta correlazione al bisogno ed alla necessità di fornire servizi di qualità superiore o con una maggiore copertura della popolazione assistita.

Il trasferimento, ad esempio, di una parte massiccia degli investimenti e delle spese di funzionamento del sistema dall'ospedale al territorio, non potrà certo avvenire con un risparmio iniziale di risorse. Al contrario, almeno per un periodo iniziale fino

all'asestamento del Sistema, si potrebbe incorrere in una duplicazione di alcuni costi con l'evidente obiettivo, però, di raggiungere un livello a regime in cui la modalità di cura delle patologie divenga ottimale in termini di rapporto qualità/costo degli interventi.

2.3. La partecipazione

Garantire, inoltre, una diffusa e consapevole partecipazione alle decisioni riguardanti la salute è l'unica chiave per assicurare una solida sostenibilità del nostro sistema sanitario nel prossimo futuro, facendo sì che:

- i cittadini possano operare le proprie scelte comportamentali e sanitarie in piena consapevolezza, trasparenza e responsabilità;
- i professionisti sanitari possano svolgere il proprio lavoro concentrandosi sul miglioramento continuo della qualità di servizi che devono essere efficaci, efficienti, appropriati ed umani;
- i manager possano gestire le organizzazioni sanitarie focalizzandosi sugli obiettivi di salute dei cittadini;
- i politici possano svolgere il loro ruolo di rappresentanti del popolo nell'interesse di quest'ultimo, con piena collaborazione tra il livello nazionale e quello regionale, consapevoli della complessità dei problemi sanitari e della loro dimensione contemporaneamente globale e locale.

2.4. L'innovazione tecnologica

Anche l'innovazione tecnologica, in particolare quella dell'informazione e della comunicazione (ICT), può assumere un ruolo significativo, ponendosi a garanzia della base unitaria del sistema sanitario nazionale, quale strumento necessario per il superamento dei divari tra le regioni italiane sul piano dell'efficienza, accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari da parte dei cittadini. L'innovazione tecnologica può unire e creare condizioni di crescita attraverso lo scambio in rete delle informazioni su tutto il territorio, colmando le distanze e migliorando la comunicazione tra pazienti, medici, strutture e istituzioni, in modo da poter condividere le proprie esperienze e disporre di tutte le informazioni quando necessarie (es. portale web, cartella clinica on-line).

L'efficienza dell'assistenza medica si basa anche sulla qualità e la quantità di informazioni disponibili sul paziente e le tecnologie sono un utile alleato per superare barriere e distanze. Le reti e i sistemi di informazione in sanità dovranno, nel prossimo quinquennio, raggiungere una estensione ed un'articolazione tale da poter collegare diversi attori del sistema sanitario tra di loro riducendo le attese e le diseconomie legate alle discontinuità informative ed alle difficoltà di acquisizione delle informazioni stesse.

La digitalizzazione della sanità dovrà permettere quindi di sostituire al cittadino “vettore” delle informazioni cartacee che lo riguardano (ricette e prescrizioni, referti medici e diagnostici, ecc.) reti tecnologiche di trasmissione dei dati tra gli operatori e tra operatori e persone assistite.

Dovranno quindi essere superate nei prossimi anni le “barriere” che hanno fino ad oggi impedito la completa adozione delle tecnologie digitali integrate nel SSN: barriere di natura culturale in termini di alfabetizzazione di operatori e cittadini, barriere legate agli standard tecnologici diversi utilizzati che impediscono l'integrazione, barriere normative correlate all'utilizzo delle informazioni ed al loro trattamento.

Altro aspetto fondamentale è quello relativo al corretto impiego delle tecnologie nel processo di erogazione delle cure, che tenga conto della priorità delle relazioni interpersonali, ossia della qualità dell'interazione medico-paziente o tra struttura e cittadino e delle aspettative di “umanizzazione” dei processi di cura. L'innovazione tecnologica non deve essere finalizzata a se stessa, ma va intesa quale strumento al servizio del rapporto medico-paziente.

2.5. La ricerca

Oltre che sulle nuove tecnologie in campo sanitario, è anche importante puntare sulla ricerca, mediante investimenti finalizzati al miglioramento della qualità della vita e del servizio prestato alla collettività. Il tema salute, infatti, non può prescindere dalla ricerca scientifica e dalla sperimentazione, dagli investimenti in termini economici e di sforzi profusi da personale qualificato e non sempre adeguatamente valorizzato di cui il nostro Paese dispone. Riconoscimento e premio dell'innovazione in ambito farmaceutico e sanitario, detassazione completa degli utili reinvestiti in ricerca, incentivazione della collaborazione pubblico-privato, sono strumenti indispensabili a garantire una prospettiva di crescita e di innovazione nel nostro Paese.

3. La Sanità del futuro

Italia Futura non propone modifiche di legge od ulteriori riforme sanitarie, ma una serie di interventi che promuovano cambiamenti e trasformazioni organizzative e culturali ai diversi livelli del nostro sistema sanitario.

3.1. Il livello politico centrale

L'introduzione di un sistema federale richiede, in materia di sanità, di **garantire l'equità territoriale nell'erogazione delle prestazioni socio sanitarie** attraverso un attento governo e controllo dei livelli essenziali di assistenza. Il nuovo Titolo V della Costituzione, da un lato, riconosce i diritti sociali e li equipara ai diritti civili (intesi quali prestazioni sociali, sanitarie, assistenziali, educative, ecc.), dall'altro, attribuisce allo Stato il fondamentale compito di definire gli standard essenziali delle prestazioni volte ad affermare tali diritti. Ciò al fine di garantire - omogeneamente - il principio di eguaglianza tra titolari degli stessi diritti, che sono però residenti in diverse regioni.

Per far questo è necessario investire su una **tecnostuttura** che coinvolga sia il Governo nazionale che quelli regionali, per lo studio e la diffusione delle migliori pratiche, per la valutazione dei risultati dell'assistenza e per la riduzione delle disuguaglianze. L'attuale AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) può essere il punto di partenza per questo investimento.

A questo deve però affiancarsi un vero **processo di accountability** del sistema sempre più regionalizzato, nei confronti del suo primo vero riferimento e finanziatore, ovvero il cittadino, seppur mediato attraverso il Ministro della Salute ed il Governatore regionale eletto.

Non si può immaginare, e non sarebbe neanche auspicabile, infatti, un totale distacco tra politica e sanità, ma la piena responsabilità di entrambi al cittadino deve essere assolutamente garantita. Per contro, alcune recenti indagini mostrano la mancanza di correlazione tra la qualità oggettiva del servizio ed il livello di soddisfazione del

cittadino in Sanità, e tra questa ed il voto regionale espresso.

Per favorire questa correlazione si deve dotare il cittadino di strumenti semplici e comparabili di lettura delle performance sanitarie regionali. Si tratta di strumenti (rendicontazione socio-sanitaria, relazioni sugli outcome di salute e sulla qualità conseguita, etc.), ancora poco diffusi nel nostro Paese e, comunque, in maniera disomogenea sull'intero territorio.

La diffusione di tali sistemi avrebbe, inoltre, un forte impatto sulla capacità delle Aziende e delle Regioni di coinvolgere i differenti stakeholders – in primis il cittadino - sui temi dell'appropriatezza, della sostenibilità del sistema e sulla responsabilizzazione del singolo sulle scelte di salute.

E' per questo che si propone la creazione, all'interno di un portale web che verrà successivamente descritto, **di un cruscotto di lettura delle performance sanitarie regionali.**

Tale cruscotto dovrà contenere un numero minimo di indicatori che avranno quattro principali caratteristiche ovvero essere: 1) di semplice interpretazione per il cittadino; 2) oggettivi nella valutazione; 3) sensibili a variazioni nel breve-medio periodo; 4) applicabili e comparabili a livello interregionale. I suddetti indicatori riguarderanno: efficacia del sistema (di risultato, ad esempio mortalità), efficienza del sistema (allocativa e distributiva), qualità percepita (esempio liste d'attesa), costi del servizio. Nell'ottica di garantire anche in questo ambito criteri di partecipazione e sussidiarietà delle comunità locali, si può prevedere di inserire alcuni indicatori/aree proposti dal Governatore eletto su specifici obiettivi di mandato su cui si impegna con la popolazione.

Il principio è quello di realizzare un insieme di banche dati di sistema con medesimi contenuti informativi da cui estrarre gli indicatori, definiti con criteri scientifici rigorosi e con modalità di accesso, di fruibilità ed interpretazione dei risultati differenziate a seconda dei livelli e dei soggetti interessati.

A tal riguardo, a livello di decisore politico (Ministero e Regioni, ognuno per le specifiche competenze), gli indicatori dovranno esplorare dimensioni quali la garanzia di accesso alle prestazioni, la loro efficacia, in termini di esiti ed impatto sulla popolazione di riferimento, la garanzia dei livelli essenziali, la capacità di conseguimento degli obiettivi di programmazione di livello nazionale e regionale, la sostenibilità economica e la correttezza nel dimensionamento delle risorse, la garanzia ed il rispetto delle norme di funzionamento del sistema e di accreditamento delle strutture.

Il livello delle strutture di erogazione sarà interessato da un insieme di indicatori che valuteranno, in primis, gli esiti delle prestazioni ed i servizi attraverso una serie di elaborazioni basate su algoritmi che terranno conto delle caratteristiche peculiari della

popolazione, della struttura di offerta sul territorio e delle priorità stabilite a livello nazionale e regionale. In secondo luogo, le strutture di erogazione saranno valutate in termini di efficiente utilizzo di risorse coinvolte nel conseguimento degli obiettivi di assistenza affidati e, nel contempo, in termini di risposta quantitativa ai bisogni di salute espressi dalla popolazione di riferimento. Una terza osservazione sarà centrata su indicatori di rispetto dei vincoli di spesa posti dalla programmazione nazionale e regionale e conseguenti ad eventuali attività di negoziazione tra i diversi livelli e strutture interessate. Tale analisi dovrà essere, poi, completata da una valutazione comparata tra strutture omologhe.

Il livello dei professionisti sanitari sarà interessato da indicatori di esito dei trattamenti relativi alle unità operative o alle aree di appartenenza disciplinare o di tipologia di assistenza erogata, di appropriatezza delle prestazioni e delle prescrizioni e di qualità percepita dell'assistenza da parte dei cittadini. L'analisi di indicatori sulle risorse assorbite in termini di efficiente utilizzo delle stesse e di rapporto costi/risultati costituirà il completamento del cruscotto relativo a questo livello del sistema. Gli indicatori ora richiamati dovranno essere utilizzati anche in riferimento ai percorsi di valutazione e formazione del personale professionale del sistema sanitario.

Il livello del cittadino potrà essere coinvolto con la rilevazione di alcuni indicatori fondamentali sulla disponibilità ed articolazione “fisica” della rete di servizi sul territorio (l'orientamento), le modalità di accesso ai servizi ed alle strutture sul territorio in termini di consistenza delle liste di attesa e dei relativi tempi (l'accesso), la qualità erogata e percepita relativa alle prestazioni offerte dal sistema (la qualità delle prestazioni).

Considerando la necessità di affiancare a validi e rigorosi criteri scientifici, efficaci strumenti di comunicazione/diffusione, è necessario che tale iniziativa sia garantita dall'AGENAS, soprattutto nella fase di definizione, validazione e diffusione degli indicatori.

Il percorso ora illustrato dovrà essere caratterizzato da una necessaria trasparenza dei risultati in termini di disponibilità diffusa degli stessi, sia nei confronti della popolazione di riferimento, sia dei decisori politici e degli operatori professionali coinvolti.

Il cruscotto dovrà essere comunicato attraverso gli strumenti del portale della salute con pubblicazione periodica (mensile) delle informazioni elaborate e dovrà essere analizzato e discusso nell'ambito di una serie di Forum locali e nazionali. Tra questi si propone l'istituzione del **Forum annuale della salute**, una manifestazione che, analogamente a quanto succede in molti Paesi, favorisce un confronto sistematico e strutturato tra tutti gli stakeholder del Sistema Sanitario Nazionale, consentendo a tutti gli

attori istituzionali, ai professionisti ed ai cittadini di comunicare tra loro e di fare il punto della situazione sullo stato di salute degli italiani, sull'evoluzione delle conoscenze biomediche e sulla qualità dei servizi sanitari erogati.

Per quanto attiene il **finanziamento del sistema**, esso dovrà essere articolato, a livello centrale e regionale, sulla valutazione approfondita dei bisogni di salute rilevati e sulle caratteristiche distintive della popolazione e delle prestazioni erogate. Devono essere, in altri termini, superate le logiche di distribuzione dei finanziamenti solo su indicatori "semplici" ed incompleti (basati, prioritariamente, su elementi demografici e di segmentazione della popolazione) e non ponderati per i livelli di assistenza erogati (in termini di quantità e qualità degli stessi), per i bisogni di salute espresse dai territori di riferimento, per le caratteristiche di deprivazione sociale rilevabili.

Le modalità di ripartizione della spesa dovranno tenere conto anche della attuale distribuzione dell'offerta per potere prevedere la necessaria riqualificazione della stessa verso un'intensa attività di erogazione di prestazioni di continuità assistenziale e di medicina di prossimità, come prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare.

Una ingente quota del debito nei confronti dei fornitori della sanità, è anche attribuibile alla carenza di coordinamento tra i principali attori del sistema (sistema bancario privato e pubblico, le imprese fornitrici della sanità e le Regioni). Ciò infatti comporta un ulteriore rallentamento dei pagamenti alle imprese da parte delle aziende sanitarie pubbliche ed un aumento degli interessi da debito fortemente incidenti nei bilanci di ASL ed Aziende Ospedaliero/Universitarie. Lo sviluppo di un settore importante quale quello della sanità non può che basarsi su una corretta e virtuosa gestione del ciclo che collega gli erogatori di prestazioni ai fornitori ed all'indotto del sistema. Un patto tra i protagonisti di tale contesto sarà assolutamente necessario unitamente alla diffusione dei sistemi di gestione centralizzata ed ottimizzata degli acquisti sanitari.

Posto che la spesa sanitaria italiana non è di certo più alta rispetto ad altri sistemi sanitari internazionalmente riconosciuti come virtuosi, l'affiancamento di fonti finanziarie integrative/sostitutive volte ad ampliare le disponibilità del sistema senza ulteriori aggravii per i cittadini, può sicuramente migliorare la situazione complessiva in termini di budget annuale stanziato. Ciò è particolarmente utile per quelle aree assistenziali direttamente correlate con l'evoluzione della demografia e della epidemiologia del territorio (es. malattie cronic-degenerative, non auto-sufficienza), che rappresentano peraltro voci di spesa ancora ampiamente sottodimensionate nell'ambito del fondo sanitario nazionale e dei fondi sanitari regionali, anche rispetto ai principali paesi europei (Figura 1).

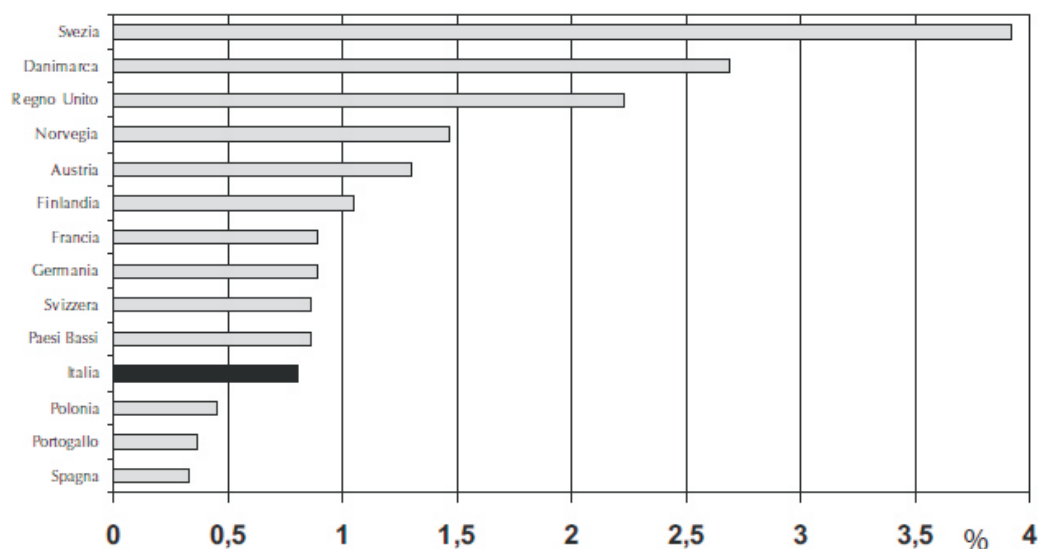


Figura 1: Spesa pubblica per la long-term care in % del PIL (2005)
Fonte: Huber e Rodriguez 2008

3.2. Il livello politico regionale

La **pianificazione sanitaria** regionale dovrà avere la priorità di riequilibrare il rapporto tra ospedale e territorio. In assenza di un adeguato sviluppo dell'assistenza primaria, anche l'ospedale opera infatti in modo non coerente alla domanda di prestazioni ed ai bisogni espressi dai cittadini, assumendosi una pluralità di funzioni e compiti (anche di minore complessità) che non sono direttamente correlati alle fasi di acuzie della patologia.

Anche l'offerta di servizi e strutture socio-sanitarie avrà un ruolo determinante, data la necessità di migliorare l'integrazione fra sistema sanitario e offerta di assistenza sociale. Tale processo necessita di un rilevante coordinamento tra strutture ed attori del SSN ed enti locali di riferimento. I due elementi sopra richiamati devono spingere il pianificatore regionale a ripensare in modo ancor più determinato la rete di strutture presenti sul territorio, al fine di rispondere alle esigenze dettate dalla continuità assistenziale¹ da un lato, e dalla integrazione socio-assistenziale² dall'altro. Queste azioni, peraltro già avviate da alcune regioni, necessitano di un impegno più deciso, costante e finalizzato.

Ad esempio, la prima e più cruciale azione di riordino della rete delle strutture di

1. Per continuità assistenziale si intende l'insieme delle azioni e degli strumenti finalizzati all'accompagnamento delle persone assistite nelle diverse fasi del bisogno assistenziale ovvero alla realizzazione di un progetto organico di "care", cioè di presa in cura e presa in carico del paziente lungo tutto il percorso assistenziale.

2. Per integrazione socio-sanitaria si intende il processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e l'intersectorialità degli interventi.

offerta di servizi deve comportare una riconversione/ristrutturazione importante che accompagni le politiche sanitarie dei prossimi 5 anni, al fine di non perdere definitivamente l'opportunità di strutturare un sistema sanitario moderno e rispondente alle reali esigenze della popolazione.

La **programmazione sanitaria** regionale dovrà affiancare ed integrare gli attuali criteri di destinazione delle risorse, ancora fortemente improntati sui risultati economico/gestionali, con indicatori di salute e valutazione degli esiti delle prestazioni. Tale modalità di programmazione dovrà garantire la focalizzazione di tutto il sistema sul risultato delle attività di cura e non solo sul processo di erogazione, come prevalentemente realizzato in questi ultimi anni.

Un elemento fondamentale della pianificazione e programmazione sanitaria a livello regionale si dovrà sempre più identificare con la valutazione costo/efficacia e costo/utilità dei programmi sanitari e delle tecnologie sanitarie. Si tratta di attivare sistematicamente ed applicare costantemente sistemi di health technology assessment, processo di analisi multidisciplinare di efficacia, sicurezza, costo, rapporto costo-efficacia/utilità, applicabilità e conseguenze sociali, economiche ed etiche di un determinato programma o tecnologia utilizzato/a a scopi assistenziali.

3.3. Il management locale

L'azienda sanitaria dovrebbe essere caratterizzata da una **vera autonomia imprenditoriale** e il direttore generale, nei limiti degli obiettivi e della programmazione regionale, dovrebbe costituire l'organo di governo dal punto di vista della gestione complessiva e della supervisione sul buon andamento dell'azienda. Il direttore generale dovrebbe essere l'organo di indirizzo dell'ente e, in tal senso, dovrebbe avere ampia autonomia ed indipendenza rispetto al livello politico regionale. Quest'ultimo dovrebbe limitarsi a definire gli obiettivi in chiave politica, facendosi garante, attraverso la programmazione, della tutela della salute sul territorio, senza interferire con l'attività gestionale dell'azienda.

Fatta salva l'esigenza inderogabile di garantire un sistema di programmazione e controllo assolutamente pubblico, appare ormai urgente e necessario prevedere **un sistema di erogatori sia pubblici che privati**, con uguali diritti e doveri, soggetti a criteri rigorosi e trasparenti di accreditamento, che concorrano a garantire prestazioni sanitarie efficaci ed efficienti alla popolazione regionale.

La qualità del sistema sanitario, a livello regionale, dovrà essere centrata su elementi di controllo sempre più attento delle prestazioni erogate e della relativa appropriatezza e definizione delle linee guida e dei percorsi di assistenza, definiti per le diverse patologie. In tale contesto, il rafforzamento della qualità del sistema potrà essere garantito dall'adozione diffusa degli strumenti necessari ad una efficiente governance clinica³ delle strutture sanitarie.

L'introduzione della **clinical governance** dovrebbe avere priorità assoluta nella gestione della qualità del sistema sanitario includendo strumenti di:

- valutazione continua delle attività e dei processi clinici adottati (clinical audit);
- introduzione sistematica e continuativa delle più recenti evidenze scientifiche nella pratica clinica quotidiana (evidence based practice);
- rilevazione costante delle attività operative (indicatori di performance clinica);
- gestione attiva e preventiva del rischio clinico (clinical risk management);
- valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie (health technology assessment);
- coinvolgimento dei cittadini e delle persone assistite;
- gestione della qualità dei processi clinici e gestionali.

Le fonti scientifiche più accreditate, nonché le esperienze condotte nei contesti più avanzati, individuano nell'implementazione di strumenti e processi per la governance dell'azione clinica, l'approccio più efficace attualmente a disposizione delle strutture sanitarie per il miglioramento continuo della qualità assistenziale. Anche i risparmi nel medio termine per il sistema nel suo complesso sarebbero significativi.

Un ruolo determinante della regione, nel quadro dell'adozione di strumenti di governance clinica, sarà quello di effettuare continui approfondimenti e **valutazioni comparate** tra le strutture sanitarie del territorio, con riferimento alla capacità di introdurre ed adottare gli strumenti ed i metodi della clinical governance.

3.4. I professionisti sanitari

Un professionista sanitario deve potersi concentrare sulla propria **crescita umana e professionale** che è contemporanea garanzia di prestazioni sempre più sicure ed efficaci per i pazienti ed appropriate ed efficienti nell'uso delle risorse.

3. Per governance clinica (o clinical governance) si intende la prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarie, finalizzata ad una gestione attiva degli elementi che determinano la qualità del servizio erogato.

Sono il merito, il talento, il rigore, la capacità, l'impegno che devono essere posti al centro della gestione delle risorse umane in sanità e per questo deve essere ridisegnato il rapporto tra direttore generale e la scelta dei dirigenti, che dovrebbero essere individuati esclusivamente per mezzo di selezione pubblica e trasparente e sottoposti a valutazioni obiettive. Contestualmente dovrebbe essere incoraggiata l'assunzione di responsabilità manageriale da parte degli stessi operatori sanitari, adeguatamente formati.

I risultati delle valutazioni, che dovranno essere condotte secondo metodi condivisi, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità e con il coinvolgimento degli stessi erogatori dei servizi, restituiranno feedback sia ai cittadini che a professionisti ed organizzazioni sanitarie attraverso:

- l'elaborazione e diffusione di una **reportistica annuale** (analoghe esperienze di rendicontazione annuale obbligatoria già sperimentate nelle organizzazioni sanitarie del *National Health Service* britannico – es. *Patient Survey Programme* - sostengono l'efficacia di tale meccanismo di *feedback loop* (verifica, monitoraggio e miglioramento delle azioni intraprese);
- la **divulgazione delle informazioni** facilmente fruibili attraverso un portale web, i cui contenuti saranno modulati ed alimentati anche grazie ai risultati stessi emersi dalle indagini;
- l'organizzazione di **eventi congressuali**, seminariali e giornate di studio con valenza informativa/formativa, aperti ai principali stakeholder del sistema: singoli cittadini, comunità, professionisti, amministratori, associazioni di categoria dei caregiver, dei cittadini e dei pazienti, etc.

Questo sistema deve essere propedeutico ad una oggettiva **valutazione meritocratica dei singoli professionisti** e ad un piano di crescita professionale e di incentivazioni adeguato ai risultati conseguiti.

3.5. I cittadini

Nell'era dell'ICT, l'obiettivo salute non può prescindere da un empowerment strutturato del cittadino che sarà declinato attraverso l'attivazione di una serie di iniziative e strumenti:

- **Portale web a valenza formativa/informativa** con spazi di discussione aperti agli utenti, per un cittadino/paziente che sia attore consapevole nel percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, partecipando attivamente alle scelte di salute.
La trasparenza, la qualità e la completezza dei dati e delle indicazioni fornite rappresentano, insieme con l'aggiornamento continuo, gli elementi chiave di un percorso volto ad un effettivo empowerment - che colloca il cittadino al centro del sistema assistenziale - ed al recupero di un rapporto fiduciario con i professionisti della salute.
La responsabilità dei contenuti e delle modalità dell'attivazione e gestione di questo grande portale di informazione, formazione e discussione è auspicabile sia affidata al livello istituzionale centrale, anche per contrastare fenomeni di incontrollata (dal punto di vista etico e scientifico) comunicazione.
- **Audit assistenziali** sull'integrazione ospedale-territorio e socio-sanitaria, strutturati secondo metodologie validate e focalizzati sui temi della sicurezza e dell'appropriatezza. È prevista la partecipazione organizzata dei cittadini e dei loro rappresentanti.
- Programma di **promozione delle reti sociali informali** intorno agli anziani, attraverso lo studio della sostenibilità economica ed organizzativa dell'assistenza "tra pari", ovvero da parte di anziani più attivi nei confronti di coetanei soli e meno autosufficienti, attivando forme di sostegno indiretto quali campagne promozionali per spettacoli teatrali, cinema ed altre attività ricreative. È, infatti, dimostrato che uno dei principali determinanti di impatto sulla sostenibilità del sistema sanitario è costituito dagli anziani soli (soprattutto donne). La progressiva riduzione del sostegno da parte delle famiglie, dovuto all'evoluzione socio-culturale ed economica, sta determinando un aumento della proporzione di soggetti che, anche se non istituzionalizzati e autosufficienti, sono a maggior rischio di malattia, complicanze e disabilità.
- **Interventi di self-management**, attraverso iniziative formative strutturate, comprensive di verifiche periodiche dell'efficacia delle stesse, anche ad integrazione dell'azione di rafforzamento delle reti sociali familiari ed amicali. A tali interventi sono associate forti ricadute positive per il sistema sanitario (es. riduzione delle ammissioni/riammissioni ospedaliere e del rischio di

inappropriatezza delle prestazioni sanitarie) e per il cittadino e i suoi caregiver (prevenzione delle complicanze e della disabilità, riduzione delle spese out-of-pocket per l'assistenza socio-sanitaria).

4. Le proposte di Italia Futura

L'Organizzazione

4.1. Il Ministero della Salute

Rafforzamento del Ministero della Salute il cui ruolo è imprescindibile, in particolare in un sistema sanitario sempre più federale. Per svolgere adeguatamente i compiti di programmazione, indirizzo e controllo per la garanzia del diritto costituzionale alla tutela della salute, il Ministero deve, in particolare, rafforzare le sue competenze tecniche per fornire alle regioni ed ai singoli professionisti gli standard di riferimento per tutte le pratiche assistenziali e per comunicare direttamente con i cittadini.

4.2. L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari

Rafforzamento come tecnostruttura di coordinamento che, coinvolgendo sia il Governo nazionale che quelli regionali, supporti entrambi nella valutazione dei risultati dell'assistenza e nella riduzione delle disuguaglianze. Essa dovrà supportare l'effettiva diffusione delle migliori pratiche assistenziali, sia con interventi a livello nazionale che delle singole regioni, e deve promuovere e monitorare i meccanismi di formazione continua dei professionisti. Per far questo deve consolidare, con una forte attività di “capacity building”, le proprie competenze tecniche e professionali.

4.3. L'Agenzia Nazionale per la valutazione delle tecnologie sanitarie

Analogamente a tutti i Paesi sviluppati del mondo è opportuna la creazione di una tecnostuttura nazionale di riferimento che valuti sistematicamente, anche in collaborazione con analoghe agenzie internazionali, le nuove tecnologie sanitarie da introdurre e quelle obsolete da abbandonare. In un contesto federale, nel caso che singole regioni o province, come in Canada e Spagna, avviino le proprie strutture a livello locale, il ruolo dell'Agenzia Nazionale dovrà essere quello di coordinamento ed ottimizzazione delle tecnostutture regionali.

Il Funzionamento

4.4. La finanza sanitaria

Integrazione, nell'ambito del sistema di finanziamento, di indicatori dei bisogni di salute rilevati, delle caratteristiche distintive della popolazione e delle prestazioni erogate. Le modalità di ripartizione della spesa dovranno inoltre tenere conto della distribuzione dell'offerta per favorire la necessaria riqualificazione della stessa anche in termini di miglioramento continuo della qualità assistenziale. Tali indicatori dovranno altresì affiancare i parametri economico-finanziari nei piani di rientro dal disavanzo delle regioni. Introduzione, nei sistemi di finanziamento della sanità nelle regioni, di fondi integrativi per l'erogazione di particolari servizi assistenziali quali prestazioni ambulatoriali, prestazioni odontoiatriche e quelle rivolte alla non auto-sufficienza, anche in attuazione di quanto già espresso dalle recenti normative nazionali.

Strutturazione di un sistema di accordi tra sistema bancario, imprese fornitrici della sanità e Regioni per la gestione del debito nei confronti dei fornitori della sanità. Tali accordi saranno funzionali a velocizzare e garantire i pagamenti alle imprese da parte delle aziende sanitarie pubbliche e a ridurre la maturazione di interessi da debito fortemente incidenti nei bilanci di ASL ed Aziende Ospedaliero/Universitarie.

4.5. La governance clinica

Progettazione ed implementazione di un sistema per l'introduzione ed il funzionamento di strumenti e tecniche volti al miglioramento continuo della qualità e della appropriatezza assistenziale, in particolare quelli che, nel loro insieme, contribuiscono ad una adozione diffusa della “clinical governance” delle strutture ospedaliere e delle aziende sanitarie territoriali. Ciò può avvenire attraverso l'insediamento di unità organizzative dedicate, a livello regionale (nell'ambito dell'assessorato/direzione regionale sanità o agenzia sanitaria regionale), che supportino le aziende nell'introduzione e monitoraggio di meccanismi e strumenti legati alla governance clinica.

4.6. Le Regioni e l'integrazione/continuità assistenziale

Implementazione di una funzione organizzativa (nell'ambito dell'assessorato/direzione regionale sanità o agenzia sanitaria regionale) che funga da garante della continuità assistenziale alle persone che necessitano di essere seguite durante tutto il percorso di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in modo continuativo e permanente. Tale funzione organizzativa dovrà inserirsi, nell'ambito delle istituzioni regionali esistenti, come “task force” di guida alla riorganizzazione della rete territoriale di servizi socio-sanitari, nonché al loro coordinamento. Compito importante sarà inoltre quello di gestione del contributo di Servizio Sanitario Regionale e Comuni all'offerta integrata di servizi socio- sanitari.

La valutazione e la trasparenza

4.7. Il sistema di valutazione dei Servizi Regionali/Locali

Strutturazione ed avvio di un sistema chiaro ed oggettivo di indicatori per la valutazione dei risultati di salute ottenuti dalle Regioni in termini di miglioramento dello stato di salute dei cittadini del proprio territorio. Tale sistema di valutazione dei programmi e dei servizi sanitari dovrà essere funzionale (oltre che alle continue azioni

correttive per il miglioramento) alla programmazione della sanità nelle regioni in termini organizzativi e di destinazione delle risorse.

4.8. Il portale della salute

Istituzione di un portale della salute finalizzato alla divulgazione ai cittadini di informazioni “filtrate” dai livelli istituzionali e dai più autorevoli professionisti sanitari riguardanti:

- tutti gli elementi (anatomici, biologici, fisiologici, etc) del proprio corpo e della propria salute, i rischi legati al genere e all'età, alle abitudini e ai comportamenti/stili di vita (salute dalla A alla Z);
- le modalità più appropriate e sostenibili di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie (dalle grandi campagne di promozione della salute fino alle piccole abitudini quotidiane);
- l'individuazione della struttura dove accedere ai servizi richiesti e la prenotazione del proprio appuntamento (vedi analoga esperienza inglese www.nhs.uk).

A tale portale si potrà accedere direttamente o attraverso i siti web di istituzioni, associazioni, rappresentanti di stakeholder accreditati, ciò al fine di garantire la più elevata diffusione dei contenuti e dei messaggi e la massima partecipazione dei cittadini.

Il coinvolgimento dei cittadini

4.9. L'assistenza agli anziani tra pari

Individuazione e selezione della forza attiva sul territorio composta da anziani autosufficienti e motivati ad offrire a coetanei meno autonomi sostegno nella gestione della quotidianità. Le attività di formazione e coordinamento della rete di supporto individuata saranno gestite a livello territoriale, con il coinvolgimento delle strutture

socio-sanitarie competenti. Sulla stregua di esperienze di Paesi del Nord Europa, in cui le reti sociali sono istituzionalizzate, saranno attivate forme di incentivazione del supporto reciproco da parte di anziani più attivi nei confronti di pari più bisognosi, quali buoni spesa e agevolazioni economiche per la partecipazione ad attività ricreative e l'utilizzo di mezzi di trasporto pubblico.

4.10. L'empowerment e self-management del cittadino in Sanità

Creazione di un cruscotto di indicatori utile a monitorare, ai diversi livelli del sistema e con riferimento alle modalità assistenziali, l'erogazione delle prestazioni ed il loro impatto sulla salute dei cittadini, sulla qualità percepita, sulla programmazione delle politiche e sulla valutazione delle aziende e degli operatori. Tale cruscotto fornirà al cittadino uno strumento estremamente semplificato, ma preciso e sensibile, di lettura e comprensione del proprio sistema sanitario regionale dotandolo nei fatti di un parametro obiettivo di valutazione dell'operato del governo regionale.

Attivazione di un percorso di self-management attraverso la realizzazione di programmi formativi mirati, rivolti a cittadini affetti da patologie croniche e ai loro caregiver, e finalizzati all'incremento del livello di indipendenza nella gestione della cronicità e alla riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Allegato

La salute degli italiani e le preoccupazioni emergenti

Il quadro che emerge dai dati disponibili evidenzia uno stato di salute degli italiani complessivamente buono, caratterizzato però da sempre maggiori differenze tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra uomini e donne. Le differenze emergono anche per quanto riguarda le performance dei Sistemi Sanitari Regionali, sia in funzione di determinanti di tipo geografico che di fattori economici e sociali. In alcune regioni, infatti, la mancanza di razionali scelte programmatiche, organizzative e gestionali ha, nel corso degli anni, determinato scenari finanziari problematici e di difficile ricomposizione con conseguenze nell'offerta, nell'accesso e nella qualità dei servizi erogati.

I dati analizzati mostrano che in alcune regioni ed in alcuni settori il Sistema Sanitario Italiano raggiunge livelli di eccellenza mentre, in altre, la mancata o ritardata riorganizzazione dei servizi socio-sanitari in base alla domanda non ha consentito di adeguare la relativa offerta locale rispetto alle specifiche caratteristiche demografiche ed epidemiologiche delle popolazioni residenti, per cui permangono, o addirittura peggiorano, situazioni di non adeguata assistenza sanitaria.

Pertanto, attualmente, le capacità delle singole regioni di rispondere ai bisogni di salute della propria popolazione residente appaiono assolutamente differenziate e, in assenza di interventi correttivi rapidi ed efficaci, questa situazione determinerà l'allargamento del differenziale di salute a livello regionale, con il Meridione nettamente svantaggiato rispetto alle regioni centro-settentrionali. Evidente, quindi, è la necessità e, in alcuni casi, l'urgenza di intervento da parte delle istituzioni di settore, non solo a livello nazionale, ma anche e soprattutto regionale.

Dall'analisi degli aspetti demografici emerge una forte tendenza all'invecchiamento del nostro Paese (con una persona oltre i sessantacinque anni ogni

cinque residenti) così come evidente dalla tradizionale “piramide” che mostra la struttura demografica della popolazione per sesso ed età (Grafico 1).

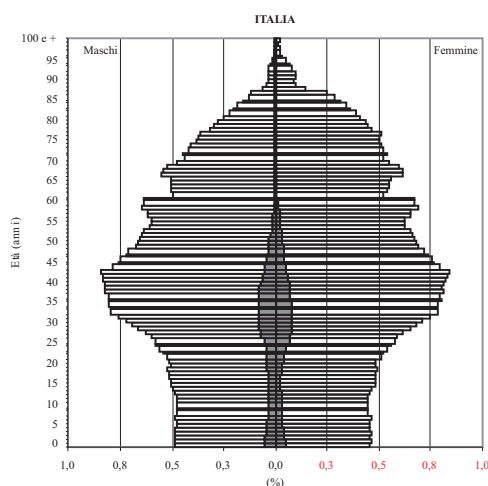


Grafico 1: Piramide¹ per sesso ed età: Italia - 01/01/2008.
Fonte: Rapporto Osservasalute. Anno 2009.

Per contro, negli ultimi anni, si registra una lieve ripresa del Tasso di Fecondità Totale (TFT), anche se i valori risultano ancora estremamente bassi (1,4 figli per donna) e inferiori al livello che garantirebbe il ricambio generazionale (2 figli per donna). Tale ripresa è imputabile sia all'aumento della fecondità delle donne in età avanzata, in quanto l'età media delle madri al parto è in crescita (da 30,6 nel 2000 a 31,1 nel 2007) e sia alla quota di nati vivi da madri straniere (da 6,4% nel 2000 a 14,6% nel 2007).

Il tutto in un quadro di rapida evoluzione della sopravvivenza: la speranza di vita alla nascita per le donne italiane, nell'anno 2008, è mediamente pari a 84 anni. Per gli uomini è invece di 78,7 anni. Si riconferma, quindi, il vantaggio femminile in termini di sopravvivenza, ma il divario continua a ridursi con un trend positivo per gli uomini ed uno stazionario per le donne. Analoga situazione si riscontra per la speranza di vita a 65 anni ed a 75 anni. Trend certamente legato ai positivi dati relativi all'evoluzione della mortalità per causa specifica che mostrano un calo generalizzato per la quasi totalità delle regioni e per tutte le principali cause di morte.

Entrando in maggiore dettaglio, vale la pena evidenziare che, per quanto

1. All'interno delle piramidi, in colore più scuro, è rappresentata la popolazione residente straniera.

riguarda i tumori, le stime di incidenza indicano ancora forti differenze di genere e tra regioni, ma anche che esse si sono sensibilmente ridotte rispetto al passato. Anche i dati di mortalità sono in costante riduzione negli ultimi anni, mentre i trend di prevalenza sono in crescita nel decennio dal 1995 al 2005 e si stima che l'incremento sia stato dovuto per il 57% all'aumento della sopravvivenza ed all'invecchiamento della popolazione e solo per il 43% alle dinamiche dell'incidenza ed ai fattori di rischio.

Una popolazione sostanzialmente sana, quindi, ma ancora caratterizzata da comportamenti fortemente a rischio che necessitano di politiche socio-sanitarie adeguate per essere corretti.

Tra questi occupano un posto di rilievo il fumo, l'alcol e l'eccesso ponderale. In generale, la dipendenza dal fumo di tabacco è in diminuzione rispetto al passato (34,9% del 1980 contro il 22,1% del 2007), ma si registra un numero crescente di giovani che iniziano a fumare sempre più precocemente, in particolare il 21% prima dei 15 anni ed il 61% tra i 15 ed i 17 anni. Si evidenzia, invece, una marcata differenza di genere a svantaggio degli uomini tra i consumatori di alcol ed i soggetti in condizione di sovrappeso o obesità.

Riguardo ai dati di ospedalizzazione, si conferma a livello nazionale la tendenza alla riduzione del ricovero sia in Regime Ordinario che in Day Hospital, ma nonostante le disposizioni emanate dal Governo per garantire la sostenibilità economica del sistema in modo equo ed in tutto il territorio, non esiste uniformità di assistenza tra le regioni.

Nell'ambito dell'assistenza materno-infantile, ad esempio, uno dei dati più allarmanti è la proporzione di tagli cesarei che, negli ultimi decenni, ha subito nel nostro Paese un costante incremento, raggiungendo il valore medio nazionale di 39,3%, da anni ormai il più elevato a livello europeo con marcate differenze tra regione e regione.

Anche relativamente all'attività di prevenzione, in particolare sul fronte oncologico, la distribuzione degli screening organizzati sull'intero territorio risulta alquanto disomogenea sia a livello di diffusione (disponibilità del programma) che di capacità di invito (operatività). Tali diversità sono dovute, soprattutto, a problemi organizzativi e gestionali dei programmi delle regioni meridionali le quali, nonostante la forte ripresa degli ultimi anni e i finanziamenti dedicati dal Piano Nazionale Prevenzione, si trovano ancora indietro rispetto agli standard definiti dalle Linee Guida europee.

In effetti, la nuova fase del processo di devoluzione, seguita all'approvazione della legge delega sul federalismo fiscale (l. n. 42/2009), ha portato ad una progressiva “divaricazione” tra le regioni che hanno adottato, in base alle loro specifiche realtà, modelli istituzionali e di governance diversi. Ciò ha determinato differenze nell'erogazione dei servizi ai cittadini ed una disomogeneità nel diritto all'assistenza sanitaria sull'intero territorio nazionale in termini sia qualitativi che quantitativi.

Le enormi e crescenti differenze regionali

Ad eccezione del tasso di mortalità per malattie infettive, non esiste alcun indicatore sanitario che sia omogeneo in tutte le regioni del nostro Paese e la salute degli italiani, ancorché complessivamente buona, sta subendo duramente anche i colpi della crisi economica, i cui effetti tendono ad interessare la popolazione in modo non omogeneo.

Si va approfondendo il gap tra Nord e Sud: un Nord più attento alla salute, meno obeso e sedentario contro un Sud che presenta crescenti fattori di rischio per malattie cardiovascolari e tumori.

E il divario Nord-Sud si riflette anche nelle opinioni dei cittadini sul servizio sanitario offerto dal proprio territorio. Giudizi più positivi sul Servizio Sanitario Nazionale vengono espressi al Nord con una quota di cittadini soddisfatti tra il 60 e il 70% nelle Province Autonome di Bolzano e Trento ed in Valle d'Aosta. Mentre, decisamente inferiore è la quota di cittadini che esprimono un giudizio positivo in Calabria, Sicilia e Campania, con percentuali che oscillano tra il 15 ed il 25%.

E il giudizio dei cittadini rappresenta un po' lo specchio delle realtà regionali sul profilo organizzativo ed economico dei rispettivi sistemi sanitari territoriali. Infatti, nonostante gli sforzi verso la perequazione interregionale nei livelli di spesa, differenziali nella spesa pro-capite continuano a persistere nel Paese e mostrano un evidente gradiente Nord-Sud.

Il tutto a fronte di un continuo aumento di spesa: dal 2007 al 2008 quasi tutte le regioni hanno incrementato i livelli di spesa, anche cinque delle sei regioni in “difficoltà”

finanziaria (Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia) e soggette ai piani di rientro, segno che tali piani non funzionano come dovrebbero né sul versante finanziario né, soprattutto, su quello sanitario.

Di seguito vengono riportati, a scopo esemplificativo, una serie di indicatori che evidenziano la crescente eterogeneità delle regioni del nostro Paese su aspetti demografici, sanitari ed economico finanziari.

Aspetti demografici

“Dal 2001 in poi la natalità è costantemente diminuita nel Sud ed aumentata nel Nord”

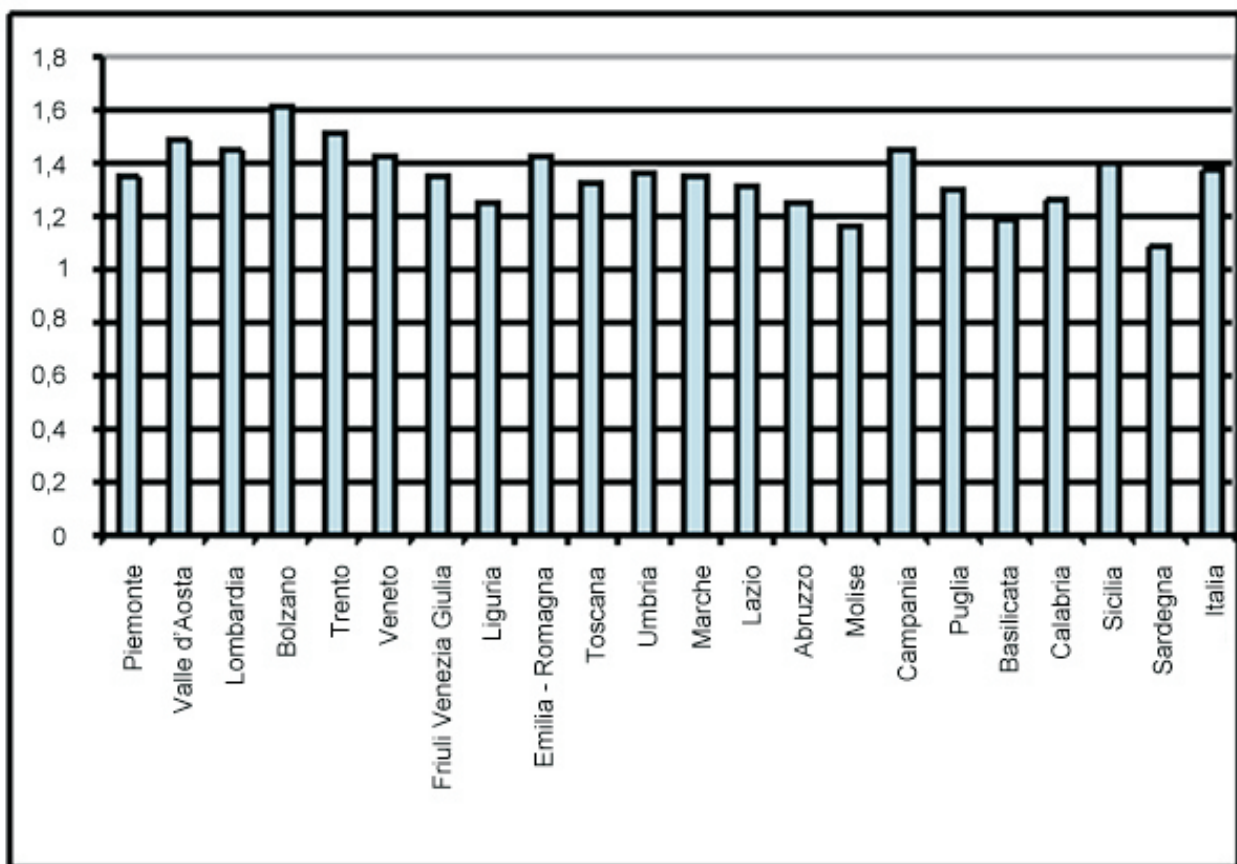


Grafico 2: Numero medio di figli per donna (Tft) per regione - Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

I valori più alti del Tasso di Fecondità Totale (TFT) nel 2007 si registrano nelle regioni del Centro-Nord. In particolare nelle Province Autonome del Trentino-Alto Adige (valori superiori a 1,5 figli per donna in età feconda) seguite da Valle d'Aosta, Campania e Lombardia. Le regioni dove si registra un TFT particolarmente basso (ossia inferiore a 1,2 figli) sono tre e tutte collocate nel Sud: Sardegna, Molise e Basilicata.

“Cresce di più l'aspettativa di vita degli uomini rispetto a quella delle donne, al Centro-Nord più che al Sud”

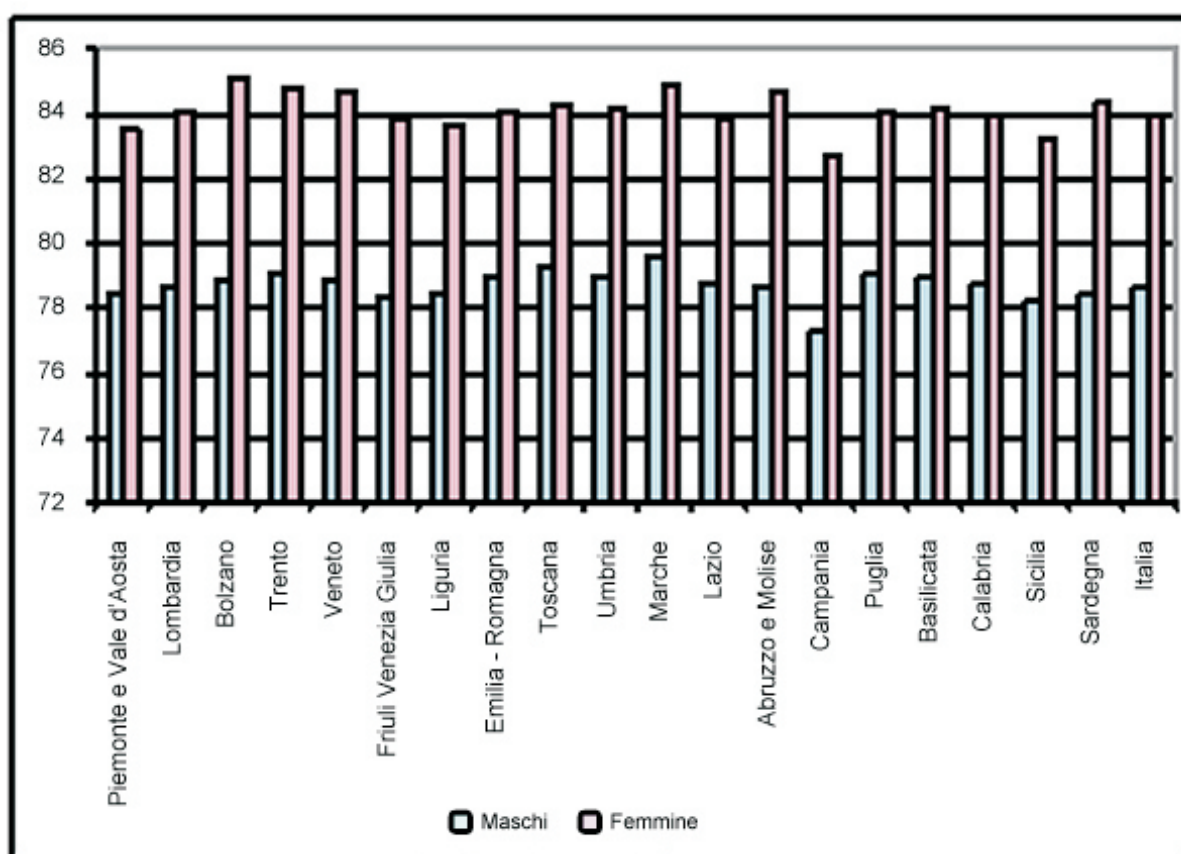


Grafico 3: Speranza di vita alla nascita per regione e sesso - Anno 2008
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Gli uomini delle Marche continuano da anni a godere della maggiore durata media di vita (79,6 anni). Al contrario, le donne marchigiane, che vantavano anche loro il primato della sopravvivenza, sono state superate nel 2008 dalle donne della Provincia Autonoma di Bolzano (85,1 anni). La Campania, invece, è ormai da molti anni e per entrambi i sessi la regione con la più ridotta aspettativa di vita (per le donne 82,7 anni, per gli uomini 77,3 anni).

Mortalità

“Continua a diminuire la mortalità, ma al Sud scende meno che al Centro Nord”

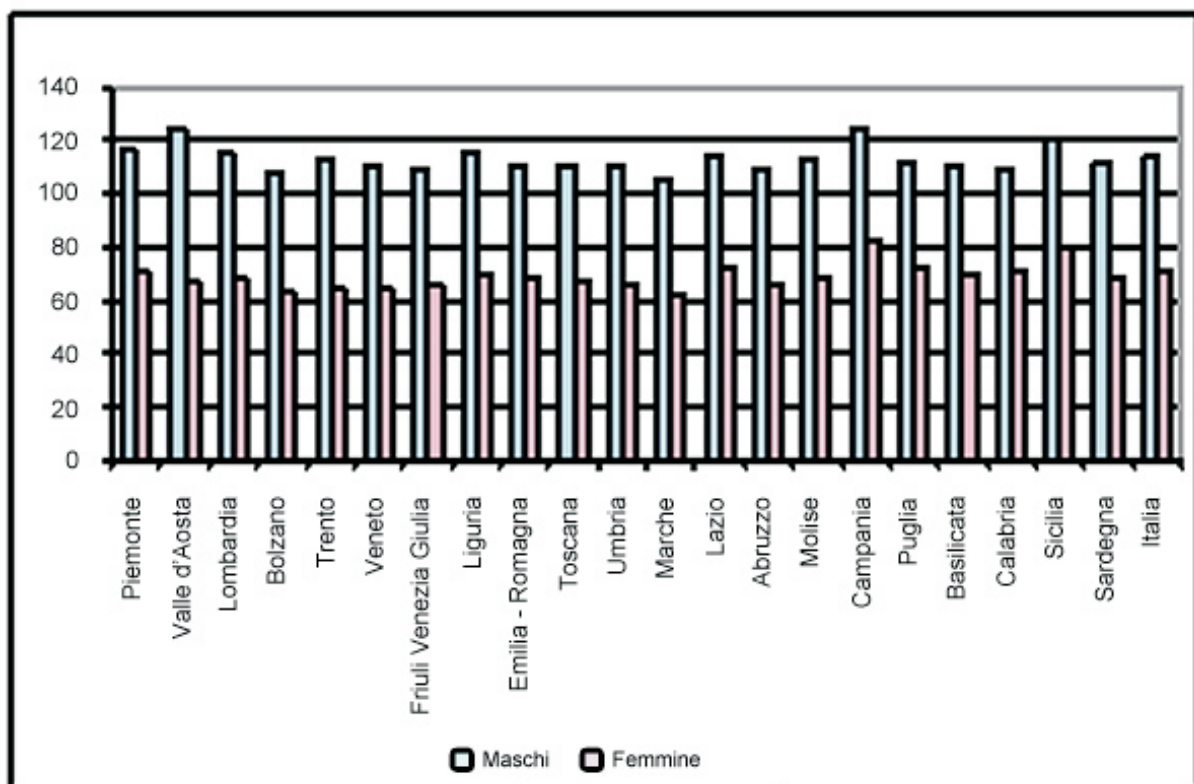


Grafico 4: Tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause (per 10.000) oltre l'anno di vita per regione e sesso - Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Nel 2007, il primato negativo spetta sia per gli uomini che per le donne alla Campania (uomini 124,77 per 10.000; donne 81,84 per 10.000). Seguono per gli uomini la Valle d'Aosta e per le donne la Sicilia. I valori minimi si registrano nelle Marche per entrambi i generi (uomini 104,75 per 10.000; donne 61,77 per 10.000).

Mortalità infantile e neonatale

“Significativa riduzione della mortalità infantile e neonatale, ma permane il gap Nord-Sud”

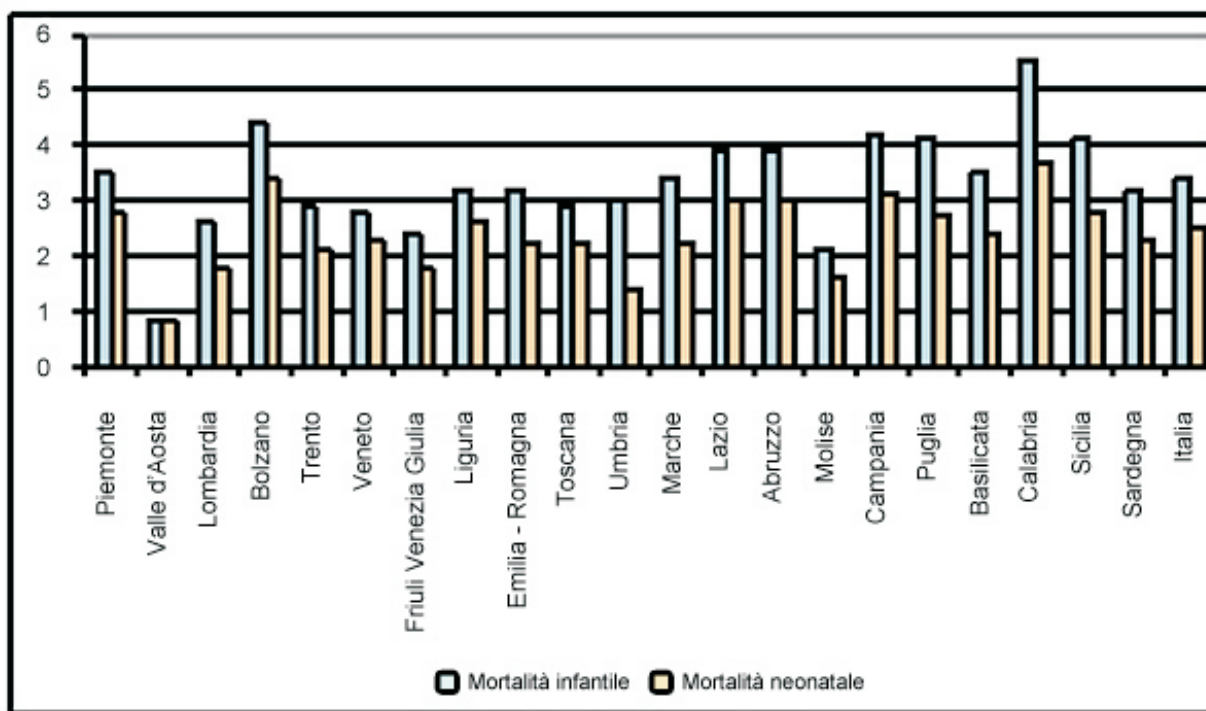


Grafico 5: Tassi di mortalità infantile e neonatale (per 1.000 nati vivi) per regione - Anno 2006
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

La mortalità infantile (media nazionale 3,4 per 1.000 nati vivi) e quella neonatale (media nazionale 2,5 per 1.000 nati vivi) presentano, entrambe, un andamento decrescente negli anni, i cui valori risultano inferiori rispetto ad altri Paesi europei.

Nello specifico, analizzando i livelli del tasso di mortalità infantile si osserva che le regioni del Sud e le Isole, fatta eccezione per Sardegna e Molise, assumono i livelli di mortalità più elevati, mentre quelle del Centro-Nord si attestano su valori più contenuti. Analogo andamento si riscontra anche per la mortalità neonatale ed i valori maggiori si registrano in Calabria, Campania, Sicilia e Puglia.

Malattie cardiovascolari

“Colpiscono maggiormente gli uomini, ma sono in forte crescita per entrambi i generi”

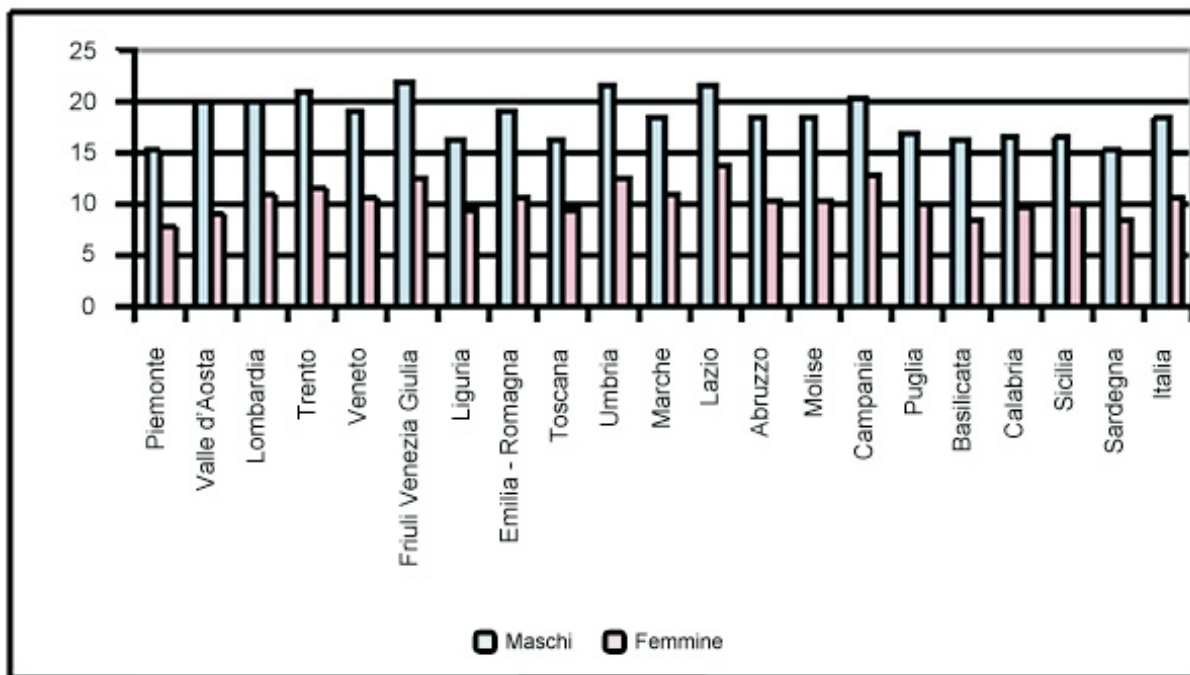


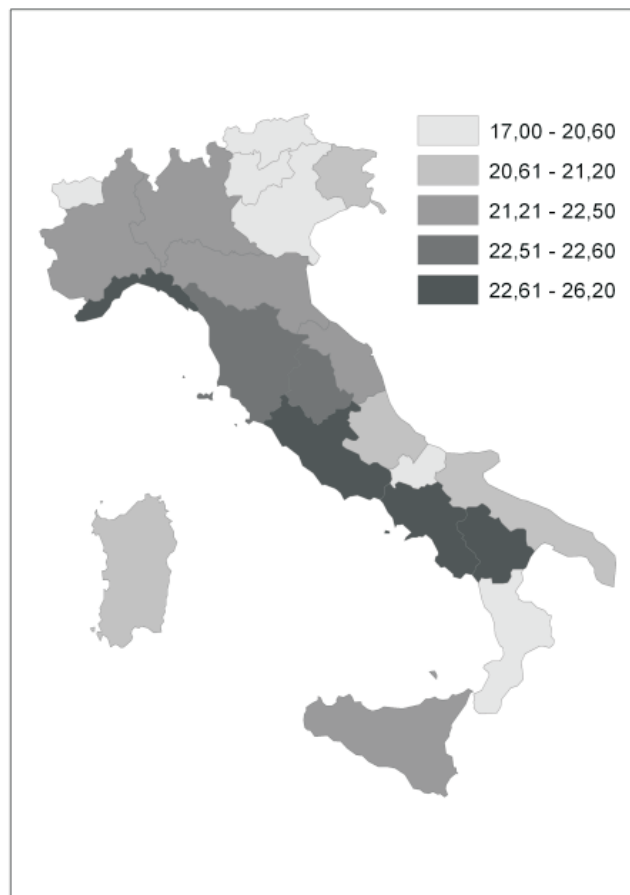
Grafico 6: Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) per malattie ischemiche del cuore per regione e sesso - Anno 2003
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

La mortalità per le malattie ischemiche del cuore colpisce quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne e, a livello regionale, il primato negativo spetta al Friuli-

Venezia Giulia per il sesso maschile (21,98 decessi per 10.000) ed al Lazio per il sesso femminile (13,69 decessi per 10.000). Le regioni più virtuose sono la Sardegna per gli uomini ed il Piemonte per le donne. Evidente è il trend in aumento sia per classe di età che per entrambi i sessi. Per le donne l'effetto dell'età risulta più determinante rispetto agli uomini.

Stili di vita

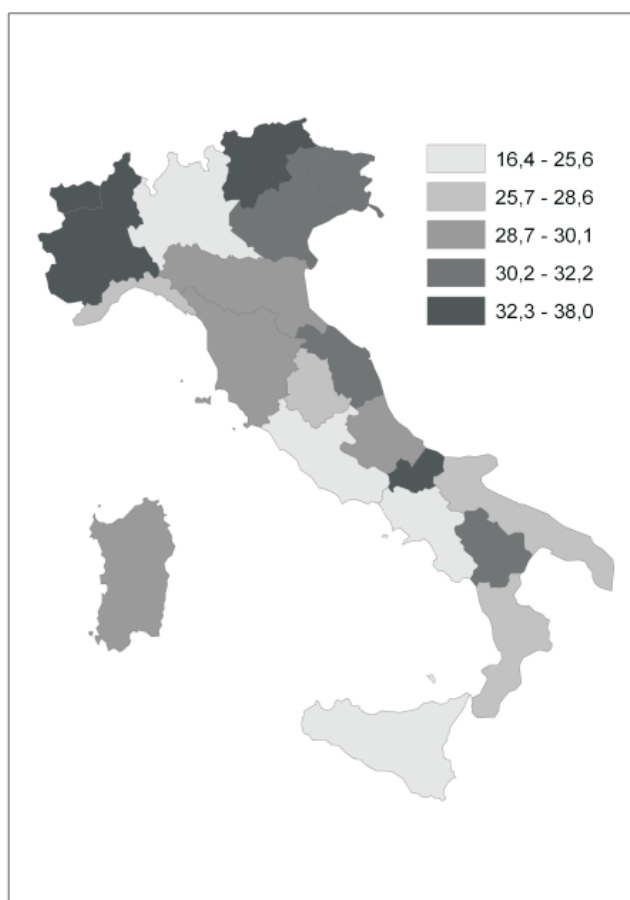
“Peggiorano gli stili di vita (fumo, alcol, eccesso ponderale, sedentarietà) in tutte le regioni italiane”



Cartogramma 1: Prevalenza di persone di 14 anni ed oltre (per 100) per abitudine al fumo per regione. Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

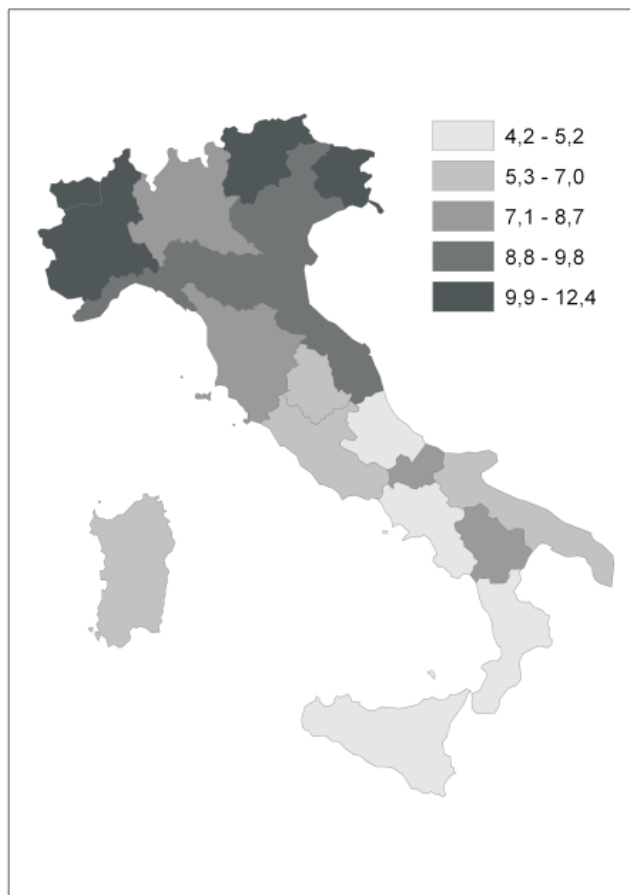
Per il fumo non si registrano grosse differenze territoriali e tale dipendenza risulta più diffusa fra gli uomini (28,2%) rispetto alle donne (16,5%). Le regioni in cui si fuma di più sono Campania (26,2%), Lazio (24,4%) e Liguria (23,2%). La regione più virtuosa è la Calabria (17%).

maschi



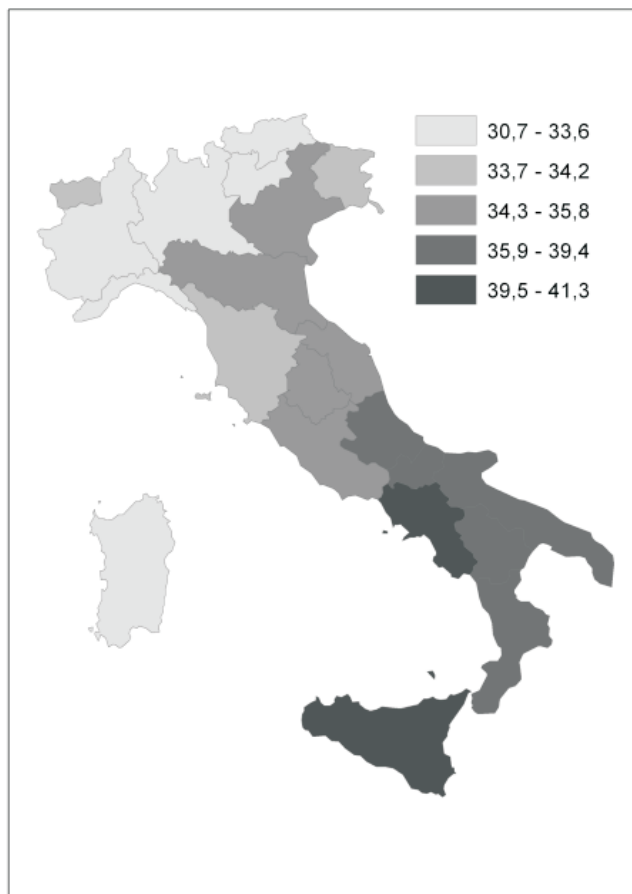
Cartogramma 2: Prevalenza (per 100) di consumatori alcol a rischio (criterio ISS) per regione. Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

femmine



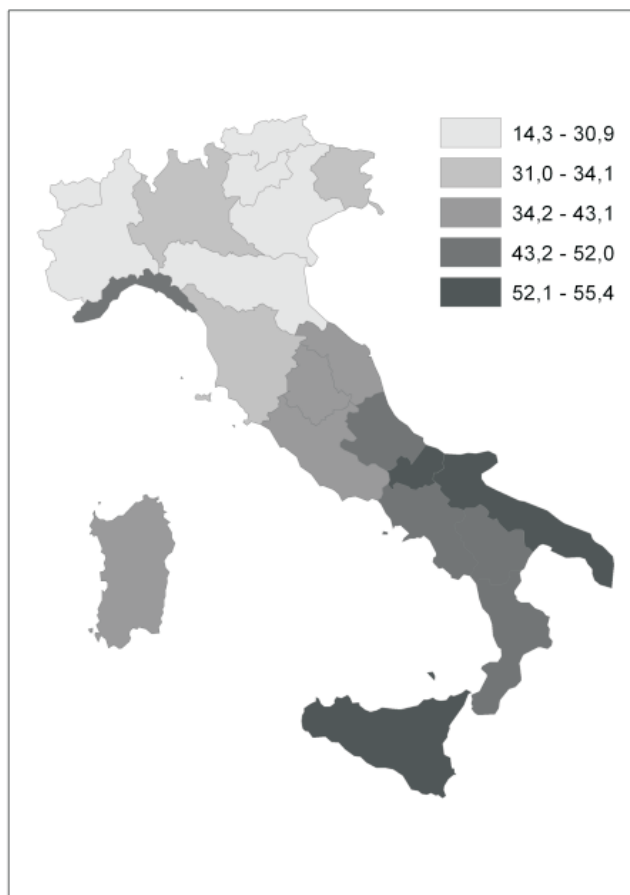
Cartogramma 3: Prevalenza (per 100) di consumatori alcol a rischio (criterio ISS) per regione. Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

La prevalenza di consumatori di alcol a rischio raggiunge, nel 2007, il 16,8% della popolazione di età superiore agli undici anni, con una marcata differenza di genere (26,4% tra gli uomini, 7,8% tra le donne). In generale, il maggior consumo si registra, per entrambi i sessi, nella Provincia Autonoma di Bolzano (76,3%), mentre la regione con la prevalenza minore è la Sicilia (58,5%).



Cartogramma 4: Prevalenza di persone in sovrappeso di 18 anni ed oltre (per 100) per regione. Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

I dati relativi all'eccesso ponderale evidenziano una prevalenza più alta di persone in sovrappeso ed obese nelle regioni meridionali (per il sovrappeso Campania e Sicilia; per l'obesità Molise e Basilicata).



Cartogramma 5: Prevalenza di persone di 3 anni ed oltre (per 100) che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Esaminando i dati riguardanti l'attività fisica viene confermato un gradiente Nord-Sud. Infatti, nelle regioni meridionali, la prevalenza di coloro che dichiarano di non svolgere attività fisica in maniera continuativa è nettamente superiore rispetto al Nord. Il valore più elevato si registra in Sicilia (55,4%), mentre quello minore nella Provincia Autonoma di Bolzano (14,3%).

Parti cesarei

“L'Italia, da tempo la prima in Europa, si avvia a diventare la prima al mondo per numero di parti cesarei”

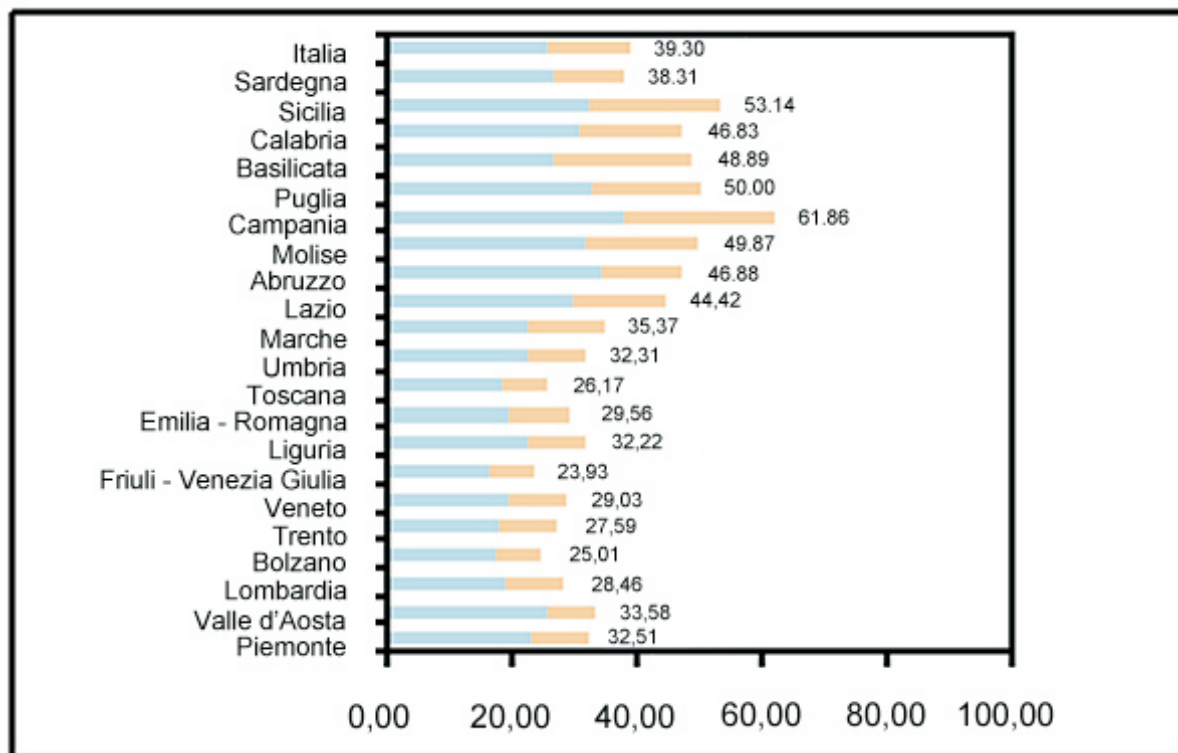
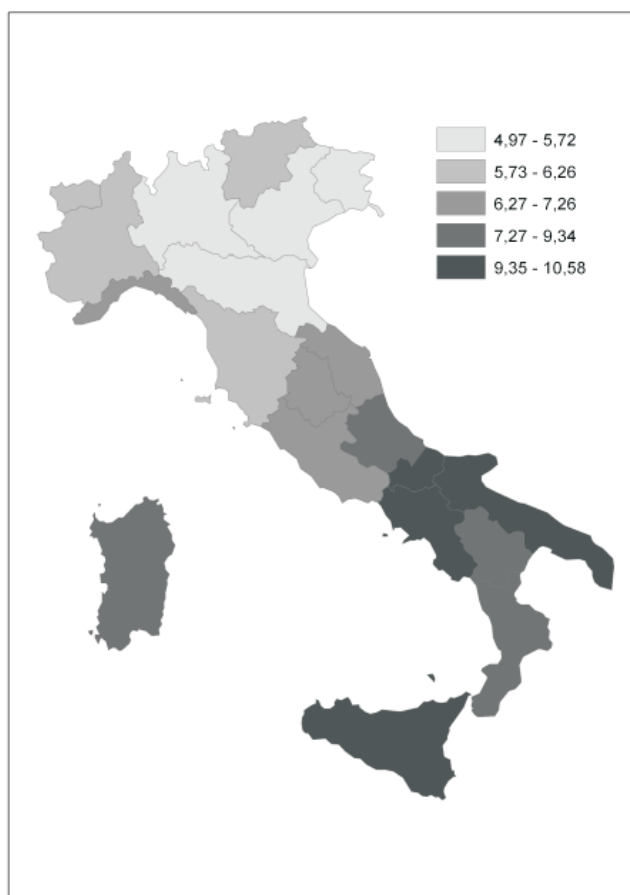


Grafico 7: Proporzioni di TC primari e ripetuti (per 100) sul totale dei parti effettuati per regione - Anno 2006
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Nel 2006, la proporzione di Tagli Cesarei (TC) è ulteriormente aumentata (2,6%, rispetto all'anno precedente), raggiungendo il valore medio nazionale di 39,3%. Tale aumento si è registrato in tutte le regioni ad eccezione di Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata e Sardegna che presentano, invece, una riduzione. Il primato, come valore massimo, spetta sempre alla Campania (61,86%), mentre la regione in cui vengono eseguiti meno TC è il Friuli-Venezia Giulia (23,93%).

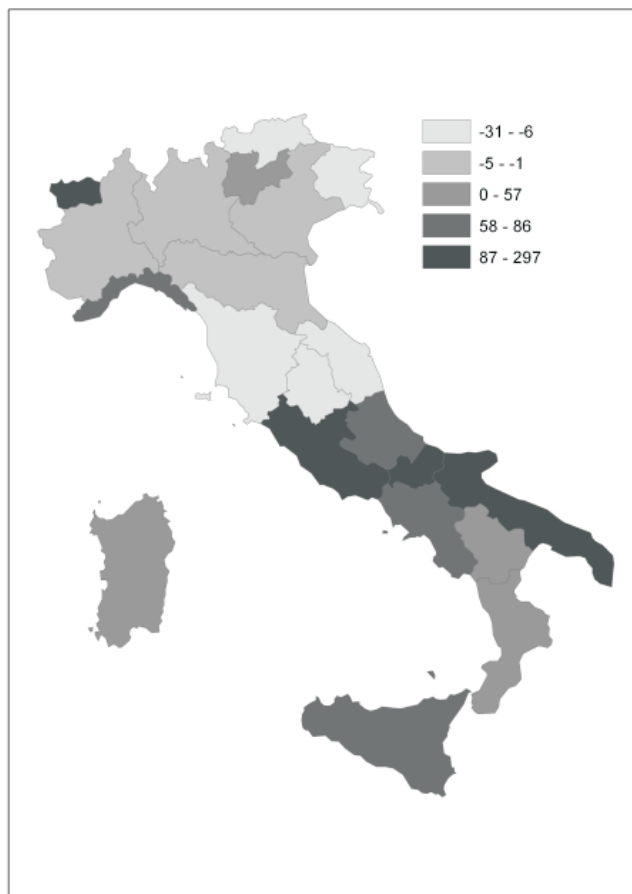
Assetto economico-finanziario

“Continua ad aumentare la spesa, ma spendiamo meno di molti Paesi stranieri”



Cartogramma 6: Percentuale di spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL per regione. Anno 2006
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

A livello nazionale, la spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL è aumentata passando dal 5,95% del 2001 al 6,79% nel 2006. Evidente è il gradiente Nord-Sud, con le regioni meridionali costrette a dedicare quote molto elevate del loro PIL all'assistenza sanitaria (Sicilia 10,58%, Campania 10,06%, Molise 9,87%).



Cartogramma 7: Disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite (in €) per regione. Anno 2008
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Il Servizio Sanitario Nazionale si presenta complessivamente in disavanzo (54 € di deficit pro capite nel 2008). Tra le regioni più deficitarie si aggrava ulteriormente la situazione del Lazio (292 € nel 2007 vs 297 € nel 2008) e del Molise (208 € nel 2007 vs 228 € nel 2008). La Provincia Autonoma di Bolzano ha un avanzo pari a 31 € nel 2008.

Assistenza Territoriale

“Ancora troppo pochi gli assistiti nel territorio, soprattutto nel Centro-Sud”

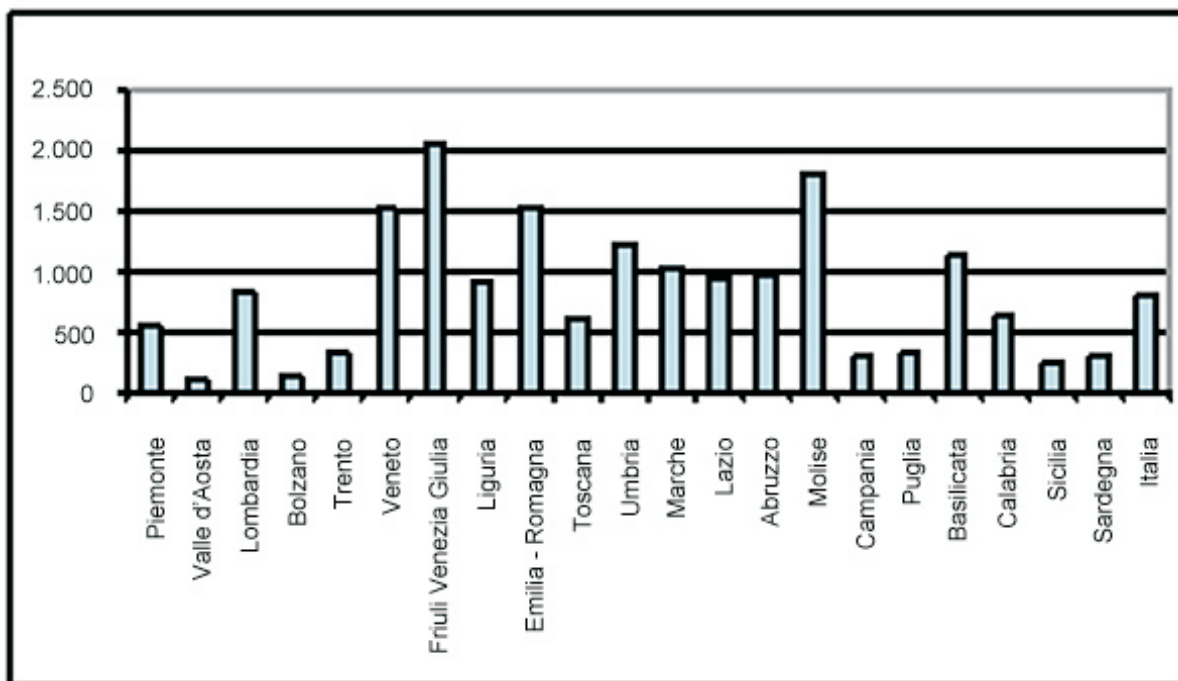


Grafico 8: Assistibili trattati in ADI (valori assoluti e tassi) per regione e macroarea - Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Per quanto riguarda il numero di pazienti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per 100.000 abitanti si registra una notevole variabilità regionale: si va, infatti, da un valore minimo di 117 pazienti trattati in ADI per 100.000 abitanti della Valle d'Aosta ad un valore massimo di 2.250 del Friuli-Venezia Giulia.

Trattamenti odontoiatrici

“Tutta a carico dei cittadini l'assistenza odontoiatrica”

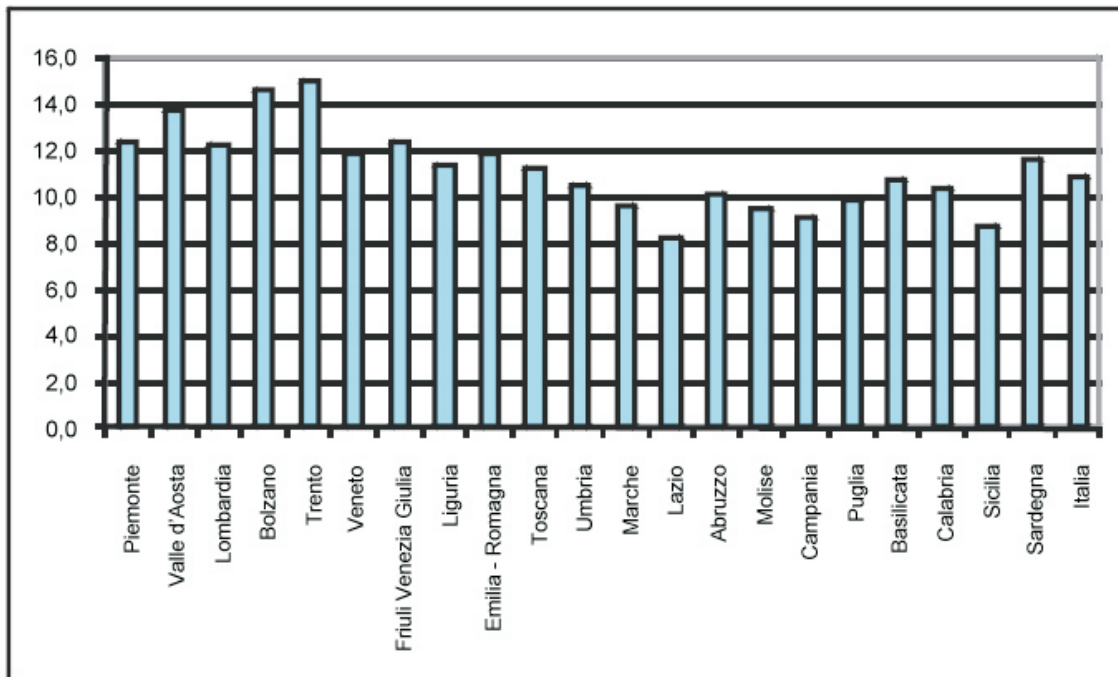
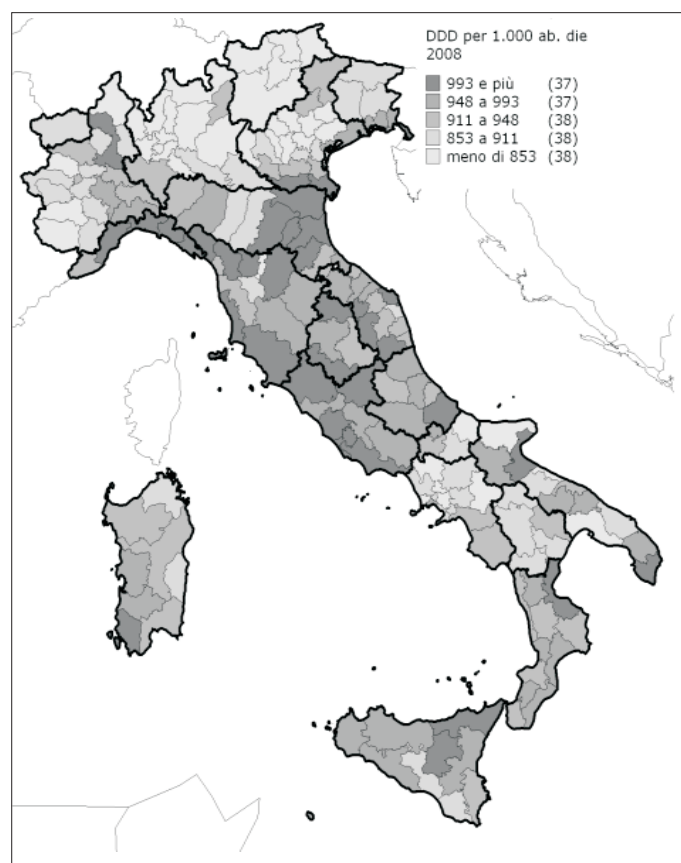


Grafico 9: Tassi standardizzati di persone di 14 anni ed oltre (per 100) in condizione di edentulismo totale e di persone in condizione di edentulismo totale che hanno sostituito tutti i denti mancanti con protesi mobili o impianti fissi, per regione - Anno 2005
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

L'86% dei cittadini italiani ricorre all'assistenza odontoiatrica ed odontoprotesica privata. L'edentulismo riguarda quasi l'11% della popolazione e si evidenzia un gradiente Nord-Sud con valori maggiori nelle regioni settentrionali.

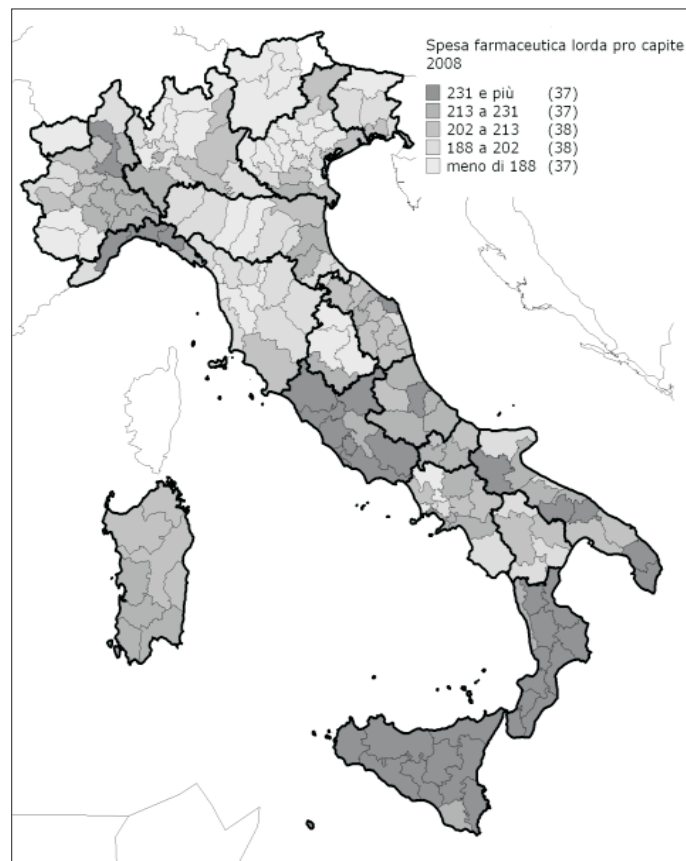
Assistenza farmaceutica

“In aumento il consumo di farmaci, in particolare al Sud ”



Cartogramma 8: Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (DDD/1.000 ab die) a carico del SSN per ASL. Anno 2008
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Il consumo farmaceutico territoriale risulta in costante aumento e, nel 2008, l'incremento è stato del 5% rispetto al 2007 e del 37,1% rispetto al 2001. Tale fenomeno ha interessato, indistintamente, tutte le regioni, ma gli incrementi maggiori, superiori al 7%, si sono registrati al Sud ed in particolare in Calabria, Puglia e Molise. Questa variabilità geografica si è riscontrata anche a livello di ASL.

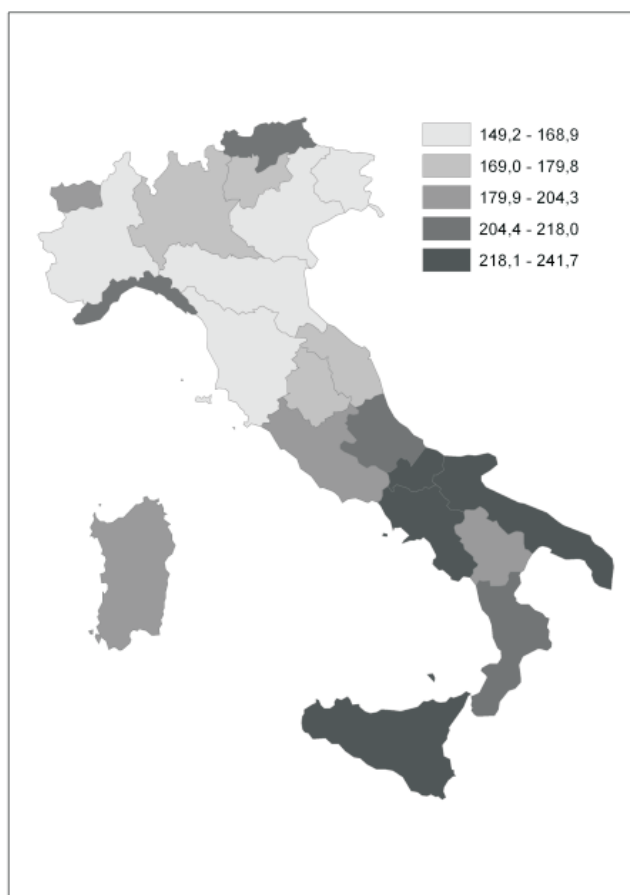


Cartogramma 9: Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite (€) pesata per età a carico del SSN per ASL. Anno 2008
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

La spesa farmaceutica territoriale pro capite, invece, è aumentata dell'1,7% nel 2008 rispetto al 2001, ma è diminuita dello 0,7% rispetto al 2007. La Calabria, la Sicilia ed il Lazio sono state le regioni con la spesa più elevata, mentre le Province Autonome di Bolzano e Trento e la Toscana hanno confermato, analogamente agli anni precedenti, i minori valori di spesa.

Ospedalizzazione

“Meglio al Nord che al Sud l'uso dell'ospedale”



Cartogramma 10: Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 1.000) per regione. Anno 2007
Fonte: Rapporto Osservasalute 2009.

Relativamente all'assistenza ospedaliera è evidente il gradiente Nord-Sud che sottolinea la frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte regioni meridionali (Sicilia 241,7‰, Campania 233,8‰, Molise 228,2‰ e Puglia 220,3‰) rispetto alla media nazionale pari a 193,0‰.





Italia Futura

È un luogo di ideazione civile, nato per promuovere il dibattito pubblico oltre le patologie di una transizione politica ormai ripetitiva.

È uno strumento di libera progettazione sul futuro del paese, che vuol dar voce a chi non si rassegna a contribuire alla vita pubblica solo il giorno delle elezioni.

È un incubatore per le idee e i progetti che nascono dalla conoscenza dei problemi reali e dalla passione civile di singoli cittadini e di altre realtà associative.



www.italiafutura.it

info@italiafutura.it



Walter Ricciardi

Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma e dell'Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni italiane. E' il primo Editor non inglese dell'Oxford Handbook of Public Health e componente non americano del National Board of Medical Examiners degli Stati Uniti.