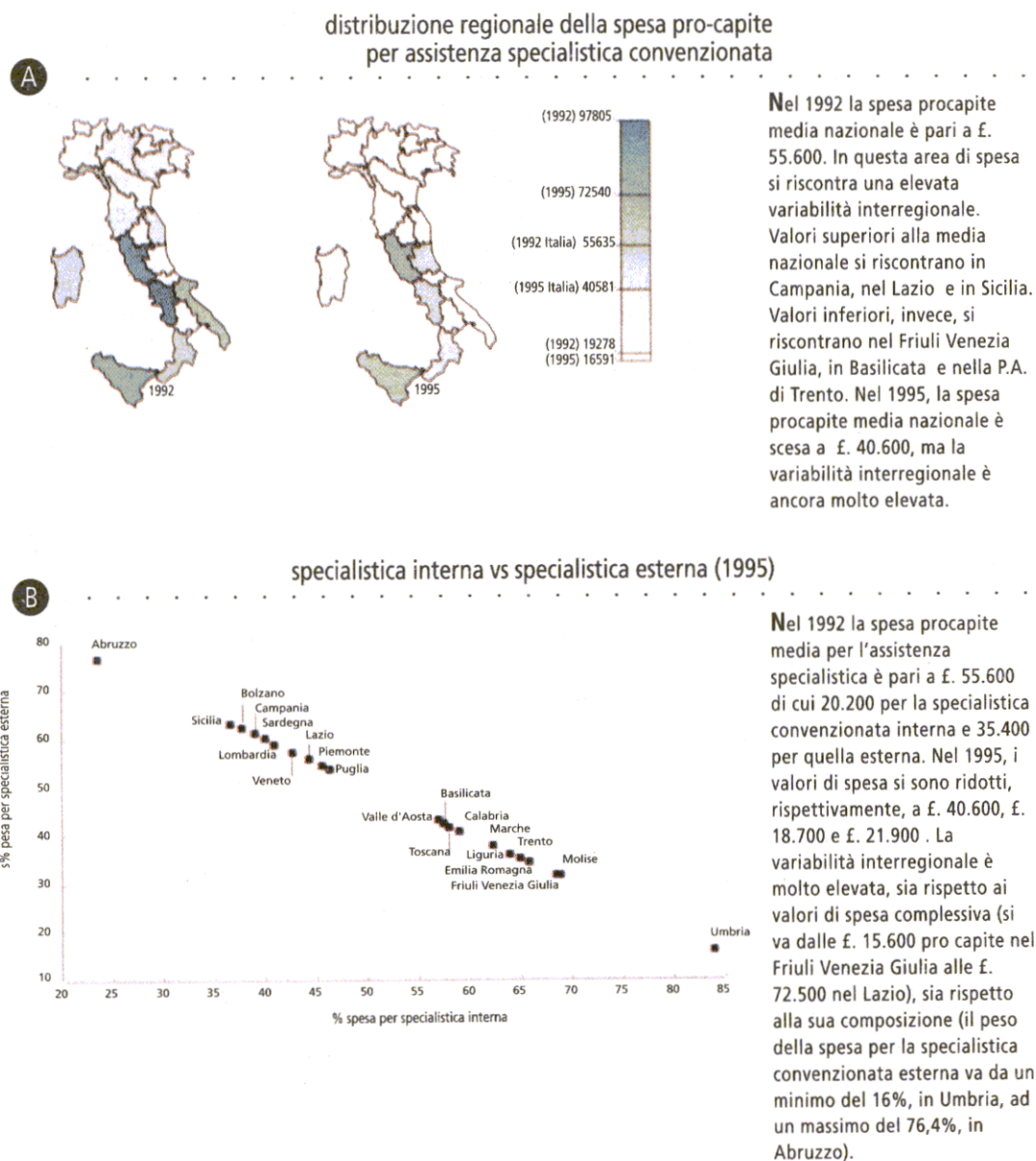


assistenza specialistica convenzionata

Fig. 10



L'altra assistenza

L'aggregato «altre prestazioni di assistenza sanitaria» o «altra assistenza», riportato nei rendiconti delle USL, rappresenta un insieme composto di molteplici funzioni di spesa. Le principali voci di spesa incluse sono quelle relative all'assistenza riabilitativa, all'assistenza integrativa (che include l'assistenza agli anziani, ai disabili e ai tossicodipendenti), all'assistenza protesica ed alle cure termali. La specificazione eterogenea del contenuto dei capitoli di spesa inclusi nell'aggregato in questione non ne consente una analisi dettagliata. Nel 1992, sono stati spesi per queste funzioni 5.173 miliardi di lire, ossia il 5,4% delle spese correnti totali. Il valore per il 1995 è di 6.095 miliardi, ossia il 6,6% delle spese correnti totali, con un incremento del 17,8% (cfr. Tab. 4-13). Pertanto, a fronte dei restanti aggregati di spesa, che rimangono sostanzialmente costanti o si riducono, questo rappresenta l'unico per la quale si continua a riscontrare un andamento tendenzialmente in crescita, tanto in termini assoluti quanto in termini relativi. Questa espansione appare in buona parte riconducibile, da un lato, all'erogazione di ulteriori prestazioni sanitarie rispetto al passato, quali ad esempio l'assistenza sanitaria domiciliare agli anziani e l'assistenza prestata dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA); dall'altro lato, e più in generale, appare riconducibile ad un'aumentata assunzione da parte del S.S.N. dell'onere associato all'erogazione di prestazioni di natura socio-assistenziale. Nel 1992, la spesa procapite media nazionale è pari a 90.300 lire, con una variabilità compresa tra il massimo di 133.600 lire della Basilicata ed il minimo di 43.300 lire della Calabria. Notevolmente al di sopra della media nazionale si trovano: la P.A. di Trento, con 133.100 lire, l'Emilia Romagna, con 117.100 lire, la Lombardia, con 113.500 lire e la Sardegna, con 111.300 lire. Notevolmente al di sotto della media nazionale, invece, si trovano: le Marche, con 59.500 lire, la Puglia, con 60.400 lire, e la P.A. di Bolzano, con 60.900 lire.

Nel 1995, la spesa procapite media nazionale è pari a 107.600 lire. La Basilicata e la Calabria, anche per questo anno, fanno registrare il valore massimo e minimo, rispettivamente pari a 163.200 e 57.300 lire. Significativamente al di sopra della media nazionale si ritrovano la P.A. di Trento, con 158.100 lire e l'Emilia Romagna, con 133.900 lire, insieme al Veneto, con 140.600 lire; significativamente al di sotto della media nazionale, invece, si ritrovano la Puglia, con 72.800 lire e le Marche, con 78.500 lire, insieme al Lazio, con 81.000 lire.

4.5 CONSIDERAZIONI FINALI

L'analisi qui svolta delle spese del S.S.N. risulta necessariamente parziale per effetto dell'approccio sperimentale che si è voluto adottare, in considerazione della base informativa a disposizione, ancora incompleta relativamente al periodo in esame. Le innovazioni introdotte nei meccanismi organizzativogestionali del S.S.N. contestualmente al processo di riordino in corso consentiranno, nel prossimo futuro, di dispor-

re routinariamente di informazioni più dettagliate e mirate, anche ai fini di una migliore e più approfondita conoscenza dei principali fenomeni associati alla spesa sanitaria pubblica. I risultati illustrati nelle pagine precedenti, tuttavia, sembrano già indicare la validità di un'analisi della spesa in termini di livelli di assistenza. In particolare, offrono alcuni spunti utili per il governo del S.S.N. per quanto riguarda, sia la programmazione, sia la regolamentazione del sistema. Si evidenzia, difatti, la composizione delle spese effettive e la variabilità interregionale a questo riguardo. Tale variabilità riflette verosimilmente diversi orientamenti programmatori e scelte politiche a livello regionale, ma anche una eterogeneità delle singole realtà regionali relativamente a fattori influenti sull'evoluzione delle spese.

Da questo punto di vista, appare opportuno continuare a raffinare i meccanismi per la determinazione e la ponderazione della quota capitaria impiegata per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale. D'altro lato, diventa tanto più auspicabile che le nuove forme di regolamentazione e coordinamento del sistema, contenute nei provvedimenti di attuazione del riordino del S.S.N., consentano di garantire che l'inevitabile variabilità interregionale non incida negativamente sullo stato di salute, e sui diritti, dell'insieme dei cittadini italiani.

PAGINA BIANCA

5. Sintesi conclusiva

PAGINA BIANCA

5.1 PREMESSA

Questa edizione della Relazione sullo stato sanitario del Paese prende in considerazione un arco temporale nel corso del quale è stato avviato un significativo processo di riforma della Pubblica Amministrazione che ha interessato anche la sanità che, primo fra tutti i settori della P.A., ha subito, con il D.Leg.vo 502/92 così come modificato ed integrato dal successivo D.Leg.vo 517/93, profonde trasformazioni ed innovazioni riguardanti l'assetto istituzionale ed organizzativo.

Il citato Decreto, peraltro, modifica sostanzialmente i contenuti della Relazione connotandola anche quale strumento di verifica della attuazione delle linee programmatiche sanitarie del Governo.

L'art. 1, comma 6, recita: «...la Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della Sanità, espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale, illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle unità del Servizio e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione. La Relazione fa menzione dei risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei Piani sanitari regionali...».

Inoltre, in base all'art 10, comma 3, e all'art. 14, comma 3, la Relazione assume anche il compito di riferire in merito al controllo di qualità dell'assistenza e alla tutela dei diritti del cittadino, tramite i sistemi degli indicatori di efficienza e di qualità e degli indicatori relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dei servizi.

Sulla base di tale articolato la Relazione rappresenta, quindi, un fondamentale strumento di monitoraggio della funzionalità del Servizio Sanitario assumendo la connotazione:

- di documento illustrativo dello stato di attuazione del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani Sanitari Regionali;
- di documento di verifica per la rideterminazione degli obiettivi; del nuovo Piano Sanitario Nazionale.

Al momento, tuttavia, anche in relazione alla fase di transizione in atto nel Sistema sanitario e alla necessità di mettere a punto una ulteriore e più sofisticata metodologia redazionale, non sono ancora pienamente verificate tutte quelle condizioni che consentono di predisporre una Relazione in grado di soddisfare completamente l'impianto e i compiti previsti dalle modifiche legislative.

Il conseguimento di tale obiettivo potrà essere realizzato con il necessario contributo di tutti i soggetti che interagiscono con il Ministro per il raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica e, in particolare, di tutte le componenti centrali, regionali e locali del Servizio Sanitario Nazionale.

La Relazione espone i dati ufficiali che riguardano gli anni dal 1992 al 1996, anni che registrano il passaggio tra due «epoche» e quindi concernono qualcosa che non c'è più e qualcosa che non c'è ancora.

Punto di arrivo e di partenza allo stesso tempo, la Relazione registra quindi ciò che avviene nella sanità proprio al momento in cui prende il via il nuovo ciclo, con USL a nuova dimensione e a connotazione «aziendalistica».

I dati illustrati risentono in alcuni casi della non completa rispondenza di alcune strutture locali alla richiesta di rilevazione sistematica a suo tempo predisposta; molte cifre, pertanto, non rappresentano la somma di tutti i numeri reali ma sono stime che partono da quelli pervenuti, riferite all'intera situazione regionale e/o nazionale.

Per le ragioni suddette queste considerazioni finali non indicheranno possibili soluzioni o strade da percorrere, ma vogliono costituire una base concreta ed obiettiva per la riflessione ai diversi livelli di decisione della Sanità, al fine di individuare le strade migliori da percorrere per rendere il servizio più efficiente e più rispondente alle esigenze della popolazione.

5.2 L'AVVIO DEL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO

La Relazione, innanzitutto, offre una panoramica dei cambiamenti cui il nostro servizio sanitario è andato incontro, attraverso l'analisi di tre dei suoi aspetti più rilevanti:

- i modelli organizzativi e gestionali;
- il sistema di finanziamento;
- la qualità nelle modalità di erogazione delle prestazioni ed i rapporti con gli utenti.

Sono state costituite 228 Aziende sanitarie locali (rispetto alla 659 preesistenti) cui si aggiungono 91 Aziende ospedaliere. Il processo di riordino, pur se giunto a formale completamento normativo – nel corso del '95 e '96 in tutte le regioni, rimane ancora incompiuto; non tutte le aziende infatti sono regolarmente costituite (in alcune regioni sono in corso ristrutturazioni) e non tutte hanno regolari organi di governo (40% non hanno il direttore generale). Non tutte le regioni hanno emanato specifiche leggi di contabilità e di finanziamento per gli enti di gestione dell'assistenza sanitaria.

Al Piano Sanitario Nazionale approvato con D.P.R. 23 luglio 1994 n.107 – il primo dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale – sono stati adeguati solo quattro piani regionali ed ancora sei regioni sono prive di piano, anche se una significativa attività programmatica emerge comunque dal contesto dei provvedimenti emanati nelle varie realtà regionali. Tra il primo ed i secondi non sempre ed ovunque è dato registrare un forte grado di coerenza.

Nel Piano, in aggiunta alla individuazione di due progetti-obiettivo – Tutela materno-infantile, Tutela della salute degli anziani – e di tre azioni programmate – Prevenzione e cura delle malattie oncologiche, Trapianti d'organo, Assistenza a nefropatici cronici – è stata, altresì, rilevata l'opportunità di definire ulteriori indirizzi alle Regioni su patologie di rilevante interesse clinico e sociale.

A livello centrale sono stati definiti diversi provvedimenti quali: i Progettiobiettivo «Tutela della salute mentale» e «Aids»; le Linee guida sulle «residenze sanitarie assistenziali», sulla «prevenzione e cura delle malattie oncologiche», sugli «Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale». A livello locale, sia pure con differenti livelli di priorità in relazione alle differenti realtà regionali, tali argomenti hanno assunto rilevanza per la politica sanitaria risultando considerati e inclusi in provvedimenti normativi.

Rispetto ai due elementi che il PSN considera strategici per lo sviluppo di una corretta politica sanitaria, la ricerca e la formazione del personale, si hanno solo dati strutturali di intervento e non è possibile formulare un giudizio sui loro risultati, che andranno cercati con maggiore attenzione più avanti.

La ricerca – non è un fatto nuovo – resta sempre un punto delicato: al momento si può dire che ad essa vanno fondi limitati; in alcune regioni non vengono affatto attribuiti specifici finanziamenti, in altre si assiste ad interventi non continuativi, di modesta entità e non inseriti in una organica progettualità.

Per quanto riguarda la formazione le Regioni dimostrano, sul piano della normativa, una maggiore attenzione: in tutte le regioni – tranne due – sono state emanate specifiche disposizioni in tema di aggiornamento e formazione del personale e la nuova normativa di preparazione degli specializzandi sta prendendo piede con la stipula di convenzioni con le Università.

Il sistema di finanziamento delle Aziende, correlato alla remunerazione delle prestazioni secondo tariffe prestabilite e alle procedure di accreditamento delle strutture, è in fase di prima applicazione e pertanto non si possono ancora esprimere valutazioni in merito al suo funzionamento; si rilevano alcuni ritardi; esistono altresì anche differenziazioni da zona a zona; tutte le regioni hanno comunque emanato specifiche normative riguardanti la tariffazione. Nel paragrafo dedicato a questo argomento vengono evidenziati alcuni aspetti che meritano di essere oggetto di particolare attenzione al fine di valutare i comportamenti degli erogatori. È comunque, questo, un argomento che richiede ancora il completamento di alcuni elementi fondamentali per essere messo a regime, sia a livello centrale che periferico.

Il sistema di indicatori, per misurare la qualità delle prestazioni erogate dal S.S.N., individuato nelle sue grandi linee dai Decreti 502 e 517, è stato definito con la emanazione del Decreto 24 luglio 1995 concernente gli indicatori previsti ex art. 10/502 e più di recente con la emanazione del Decreto 15 ottobre 1996 concernente gli indicatori previsti ex art. 14/502; al momento tale sistema attende di essere messo in concreta applicazione; i risultati dovranno necessariamente essere rinviati alle prossime Relazioni. Anche in questo caso sono ricordati alcuni utili elementi di indirizzo. La Carta dei servizi mostra una sostanziale promulgazione da parte di circa il 50% delle aziende, percentuale che sale all'80% se si considera il numero delle Aziende che vi stanno provvedendo. Dall'analisi dei contenuti risulta come al solito una discreta difformità di indirizzo e di contenuti e che complessivamente le Carte

sono più viste come strumento di informazione sull'offerta dei servizi che non di valutazione da parte dei cittadini e di stimolo alla misura della loro soddisfazione. Le buone intenzioni tuttavia non mancano, se circa il 56% delle aziende dichiara di voler garantire la realizzazione di indagini sulla soddisfazione dei cittadini.

Lo stato di salute della popolazione

La descrizione dello stato di salute della popolazione viene effettuata tramite alcuni indicatori principali validi a denotare un quadro sintetico dei fenomeni essenziali della salute della nostra popolazione: la struttura demografica, la mortalità, gli eventi evitabili e le malattie croniche, utilizzano i dati più recenti disponibili che risalgono, a seconda del fenomeno considerato, agli anni 1993, 94, 95 mentre la descrizione dell'evoluzione dello stato di salute si è avvalsa di serie storiche a partire dal 1980-81. Sono stati utilizzati i dati disponibili a livello nazionale risultanti da statistiche routinarie sull'universo nazionale e da indagini nazionali rappresentative, ma anche da studi ad-hoc i cui risultati sono stati rapportati alla nazione, da registri di patologie e da sistemi di sorveglianza sulla cui rappresentatività e generalizzabilità gli esperti esprimono molti dubbi. Sarebbe necessario, per avere una descrizione più soddisfacente, attivare una discussione sulle fonti disponibili, promuovere un sistema di registri di patologie rappresentativi della realtà nazionale, promuovere, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, indagini campionarie sullo stato di salute della popolazione per la misura dei fattori di rischio predisponenti le patologie e la prevalenza delle patologie rilevanti.

In primo luogo occorre rilevare che in Italia è tuttora in corso una rilevante modifica della struttura della popolazione.

I dati demografici

Mostrano una situazione abbastanza stabile nel lasso di tempo considerato: crescita molto moderata, tendente allo stazionario, della popolazione autoctona, aumento della componente di immigrati dall'estero, sia pure con valori assoluti contenuti e comunque largamente inferiori ai livelli che si registrano negli altri Paesi europei. Continua ugualmente la tendenza alla concentrazione nelle grosse aree urbane, specie quelle metropolitane, polo di forte attrazione per italiani e stranieri. Il saldo naturale della popolazione, ancora attivo alla fine del 1994, è vicino allo zero nel 1995 e la variabilità regionale è molto accentuata; natalità e mortalità di pari passo rallentano.

Pur rimanendo sostanzialmente stabile, intorno ai 57 milioni, il numero di persone residenti, la quota di giovani va progressivamente riducendosi. Ormai essa non arriva al 15%, mentre era superiore al 21% all'inizio degli anni '80. L'indice di fecondità del nostro Paese è il più basso nel mondo ed in ben sei regioni del Centro-Nord siamo scesi al disotto di un figlio per donna. L'età media delle

madri alla nascita del primo figlio è superiore ai 27 anni, con punte di oltre i 29.

Per contro, gli anziani con almeno 65 anni sono quasi il 17%. L'indice di vecchiaia (rapporto tra anziani e giovani) ha decisamente superato la soglia di 100 anziani ogni 100 giovani, ha raggiunto, infatti, il valore di 113 ed è destinato a crescere ancora.

Dall'inizio degli anni '80 è quasi raddoppiata la quota dei molto anziani con almeno 80 anni che sono ora il 4% della popolazione. L'indice di vecchiaia non assume valori omogenei nè tra le regioni (in Liguria è quasi 230) nè tra i sessi, nelle donne esso è pari a 137.

I livelli di sopravvivenza della nostra popolazione sono tra i più alti d'Europa. In dieci anni la vita media degli uomini ha raggiunto i 74 anni con un aumento di oltre 3 anni e quella delle donne ha raggiunto gli 80 anni con un aumento di 2,8; il differenziale tra i sessi, ancora elevato, si è comunque ridotto.

I maggiori contributi all'aumento della sopravvivenza derivano dai guadagni realizzati nella vita anziana, anche se non vanno dimenticati ulteriori miglioramenti nel primo anno di vita, nel quale la probabilità di morte si è ridotta di quasi il 50 % in entrambi i sessi. In questo settore, tuttavia, a confronto con gli altri Paesi europei, bisogna ancora compiere qualche sforzo. Per quanto l'aumento della durata della vita e del numero di anziani non significhi di per se un parallelo aumento di malati, tuttavia l'invecchiamento della popolazione porta ad una modifica della frequenza delle patologie e del numero di anziani non autosufficienti.

Considerando la popolazione italiana nel suo complesso, i tassi di mortalità sono andati diminuendo dal 1980 al 1993 sia per gli uomini che per le donne, sia per effetto di un grande decremento della mortalità infantile che per la diminuzione della mortalità per alcune delle principali cause di morte. L'unica classe di età che, a partire dalla metà degli anni '80, ha subito un incremento di mortalità è quella dei giovani adulti sui quali agisce l'epidemia di AIDS.

La mortalità

Avviene soprattutto per malattie cronico-degenerative: le malattie del sistema circolatorio, pur essendo in diminuzione, spiegano ancora il 44% dei decessi ed i tumori ne spiegano il 28%.

Va evidenziato che, a partire dalla metà degli anni '80, la mortalità per tumore, per tutte le età, non è più andata aumentando come nel periodo precedente ma ha raggiunto un tasso abbastanza costante; se ci si limita ad osservare il tasso di mortalità per tumore nella popolazione al di sotto dei 65 anni, si osserva una significativa diminuzione.

La riduzione della mortalità prima dei 65 anni viene evidenziata anche da un altro indicatore, quello della mortalità evitabile in seguito ad azioni di «Prevenzione primaria» o di «Diagnosi precoce e terapia» o di «Igiene e assistenza sanitaria». I tassi di mortalità evitabile sono diminuiti di circa il 25% in 10 anni.

Il numero assoluto di decessi evitabili, che all'inizio degli anni '80 era di circa 58.000 per anno per gli uomini e 25.000 per le donne, è di-

ventato all'inizio degli anni '90 di circa 50.000 tra gli uomini e 20.000 tra le donne. Inoltre a partire dalla seconda metà degli anni '80 sono stati raggiunti in Italia significativi risultati nella prevenzione e controllo delle malattie infettive. Poliomielite, difterite, tetano sono eventi scomparsi o sporadici; epatite A ed epatite B sono in diminuzione. Altre malattie oggetto di programmi di vaccinazioni facoltative quali morbillo, rosolia, parotite, pertosse sono ancora presenti nella popolazione infantile in forma endemica con cicliche fasi epidemiche a causa degli ancora scarsi livelli di copertura vaccinale tra la popolazione bersaglio. Contrastano con questo quadro di generale miglioramento l'epidemia di AIDS, l'aumento dell'incidenza della tubercolosi, la persistenza delle salmonellosi e delle brucellosi.

In grande sintesi si può dire che la mortalità registra gli effetti di una «industrializzazione della patologia», con valori maggiori al Nord che al Sud; le donne mostrano le stesse tendenze dei maschi, anche se con valori molto più bassi, eccetto che nei fenomeni cerebrovascolari, dove sono al primo posto. Per questa specifica patologia e per quella del digerente il Sud supera il Nord; la Sicilia detiene il primato per gli episodi vascolari del cervello, mentre spetta alla Campania quello della mortalità per cirrosi epatica. Il trend mostra ancora gli effetti del fumo del tabacco, con un aumento della mortalità per tumori del polmone, nonché una crescita dei tumori del seno, segno di carente prevenzione; prosegue la diminuzione della mortalità per infarto del miocardio a fronte della quale dobbiamo registrare una purtroppo inarrestabile crescita dei morti per AIDS. Fra gli uomini si è avuto un aumento di un fattore dieci in circa nove anni; un fortissimo incremento si registra anche fra le donne, sia pure in termini più contenuti.

Nell'ambito delle patologie croniche

Si stima che nella prima metà degli anni '90 vengano diagnosticati in Italia ogni anno circa 270.000 nuovi casi di tumore, circa 100.000 nuovi casi di malattie ischemiche, tra 100 e 160.000 nuovi casi di malattie cerebrovascolari. Si stima inoltre che il numero totale di italiani che soffrono di una malattia ischemica rappresenti circa l'1% della popolazione generale, che circa 1.400.000 siano gli italiani viventi dopo aver avuto una diagnosi di tumore in qualche momento della loro vita, che circa l'8% delle classi di età superiori ai 65 anni soffrano di una demenza invalidante.

Il quadro generale che risulta dai dati riportati in questa relazione è piuttosto contraddittorio: da un lato vanno sottolineati i grandi progressi avvenuti in questi anni nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle patologie croniche e infettive che hanno prodotto un consistente allungamento della vita media, dall'altro va evidenziata la prevalenza di patologie tumorali, cardio e cerebro-vascolari, la persistenza di fenomeni negativi quali la quota ancora non trascurabile di eventi evitabili, la presenza di patologie infettive emergenti o riemergenti, l'aumento delle patologie psichiatriche e del sistema nervoso. Va comunque

sempre tenuto presente che anche quando i dati medi nazionali sono confortanti, vi sono spesso differenze territoriali che penalizzano fortemente alcune aree del Paese.

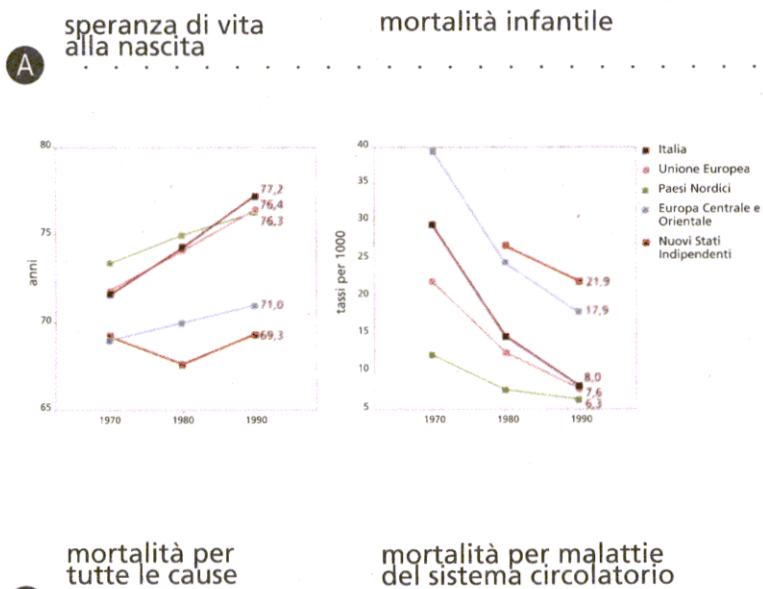
Infatti, sebbene il dato risulti molto positivo a livello nazionale, non lo è altrettanto quando si va al confronto regionale, dove le differenze sono ancora notevoli ed a scapito del mezzogiorno. In alcune regioni di questa area geografica permangono ancora i segni di un'elevata, inaccettabile, mortalità infantile.

I problemi che affliggono lo stato di salute degli italiani non sono dissimili da quelli che caratterizzano gli altri paesi dell'Europa occidentale. Se paragoniamo il nostro Paese ed il resto dell'Europa, l'Italia si colloca più che dignitosamente nelle medie europee (Fig.1) (1).

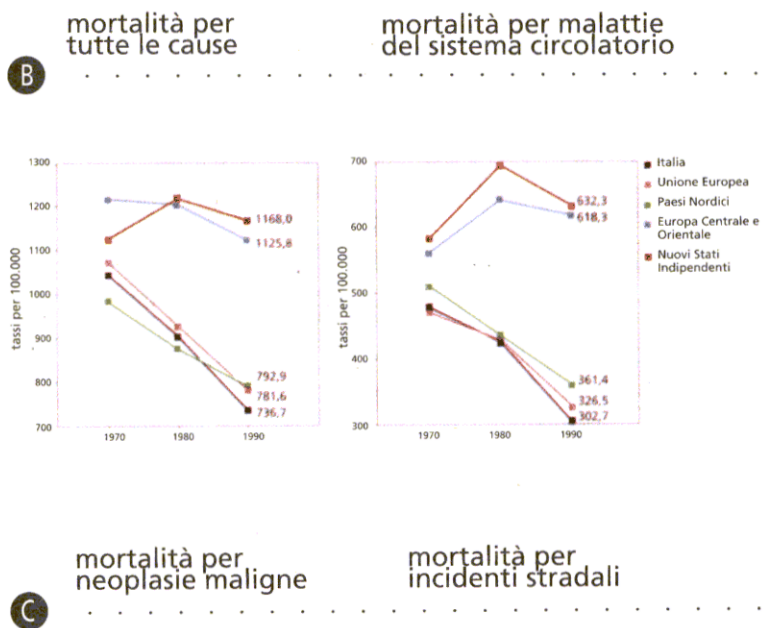
(1) Nella Fig 1 vengono riportati i dati di fonte O M 5, la cui standardizzazione non coincide con quella adottata per i dati italiani, e pertanto si possono avere, rispetto a questi ultimi delle piccole differenze.

confronti internazionali (dati O.M.S. - banca dati HFA)

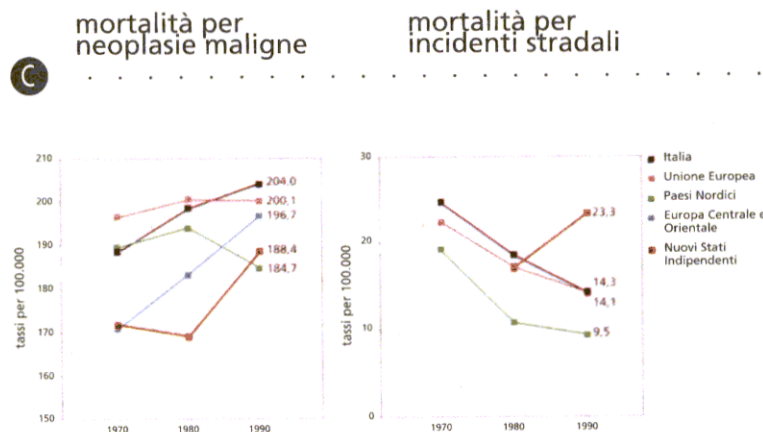
Fig. 1



La speranza di vita alla nascita in Italia è passata da 71 anni circa del 1970 ai 77 anni circa del 1990 ed è superiore al valore medio che si registra nei paesi dell'Unione Europea, nella Europa centrale e orientale, nei Paesi Nordici e nei Nuovi Stati Indipendenti. La mortalità infantile è crollata da un tasso del 29,6 per 1.000 del 1970 ad un tasso dell'8 per 1.000 nel 1990, valore tuttavia ancora superiore a quello dei paesi della U.E. (7,6) e dei paesi nordici (6,4).



La mortalità per tutte le cause e la mortalità per malattie del sistema circolatorio sono diminuite rispetto al 1970 fino ad arrivare rispettivamente ad un tasso di 736,7 per 100.000 abitanti e di 302,7 nel 1990, valori inferiori a quelli che si registrano nei paesi della Unione Europea, nella Europa centrale ed orientale, nei Paesi Nordici e nei Nuovi Stati Indipendenti.



La mortalità per neoplasie maligne è aumentata rispetto ai valori del 1970, passando da un tasso del 188,5 per 100.000 abitanti ad un tasso di 204,1 del 1990, valore superiore a quello di tutte le aree regionali di confronto, compresi i Paesi Nordici. La mortalità per incidenti stradali è diminuita dal 24,7 per 100.000 abitanti del 1970 al 14,4 del 1990, valore pressoché uguale a quello dei paesi della U.E. (14,2), ma ancora inferiore a quello dei Paesi Nordici (9,5).

5.4 I SERVIZI E L'ASSISTENZA SANITARIA

Pur con tutte le precauzioni del caso, si possono trarre alcune considerazioni a livello macro, indicatrici di tendenza e quindi utilizzabili per introdurre meccanismi di correzione dei trend o addirittura di una inversione degli stessi.

Quattro ordini di problematiche possono essere individuate e descritte con sufficiente precisione: il centralismo ospedaliero, rapporto con la popolazione e funzioni della medicina generale, la medicina dei servizi e la prevenzione, la mobilità ospedaliera.

a) Centralismo ospedaliero

Costituisce senza alcun dubbio il fenomeno più macroscopicamente risultante: il Paese è fittamente ricoperto di una diffusa rete di istituti di ricovero (in alcune aree rappresentati da una forte presenza di istituzioni convenzionate), con un rapporto posti-letto/popolazione molto elevato. Il loro utilizzo è altrettanto elevato a giudicare dal numero delle degenze, molte delle quali sono da ritenere senza dubbio improprie. Ciò è avvalorato dal fatto che quasi 5 milioni di italiani sono stati ricoverati nel 1995 in reparti cosiddetti di base (pediatria, ostetricia e ginecologia, medicina e chirurgia generali). Nel mentre la tendenza generale, nel mondo intero, è quella di considerare sempre più il ricovero ospedaliero una necessità riservata alle malattie di particolare rilevanza e l'aziendalizzazione operata con il D.Leg.vo 502/92 supporta appunto una tendenza alla specializzazione sempre più elevata dei nosocomi. Nel nostro Paese siamo ancora fermi ad un uso dell'ospedale non in linea con le moderne tendenze. Probabilmente anche per vicariare carenze della società in altri settori, che fanno utilizzare l'ospedale per soddisfare bisogni non sanitari, come anche probabilmente per insufficienze delle strutture sanitarie periferiche a coprire l'intera gamma dei bisogni sanitari. Non va tuttavia sottaciuto anche un uso centralistico della struttura ospedaliera, legato in primo luogo alla tendenza dei medici ivi presenti, specialisti e non, ad intrattenere rapporti diretti con i pazienti venendo a mancare la utile collaborazione con il medico di base.

b) Rapporto con la popolazione e funzioni della medicina generale

Complessivamente, ad eccezione di pochissime realtà regionali, il rapporto medici di base/popolazione è da ritenersi sufficientemente buono, specie in presenza di una elevata attività ospedaliera, nonchè di una discreta rete poliambulatoriale, della quale tuttavia non si conosce con esattezza l'entità del funzionamento.

È fortemente carente a questo livello la componente dei medici specialisti pediatri, per cui parte delle energie dei medici di medicina generale è riversata per coprire le necessità della popolazione con età

inferiore ai 14 anni. Giova infatti ricordare che, nella popolazione degli iscritti compresa tra 0-14 anni, il rapporto tra assistibili e gli iscritti effettivi con i pediatri di base è di 2 a 1 nella media nazionale, arrivando anche sino a 3-4 ad 1 in diverse regioni. Peraltro a livello ospedaliero i reparti di pediatria mostrano in generale una bassa utilizzazione; si potrebbe quindi ipotizzare un migliore uso delle risorse umane ivi presenti per le necessità del territorio, in forma di day hospital o meglio di attività ambulatoriale ed anche domiciliare. In tal modo si arriverebbe in tutto il Paese ad un rapporto cittadini/medico generale quasi ottimale, cosicchè questa categoria di professionisti potrebbe dedicarsi con migliore e più proficua attenzione alle esigenze dell' Assistenza Sanitaria di base, che attualmente sono coperte prevalentemente solo per ciò che riguarda la terapia. Si potranno liberare così energie per quelle attività che oggi sono solo sporadicamente coperte quali l'educazione sanitaria, la prevenzione, la promozione della salute. Quella medicina di iniziativa, cioè, che da più parti si rivendica ma che è ancora lontana dall'essere introdotta sistematicamente nel nostro Paese.

c) La medicina dei servizi e la prevenzione

È questo il settore più debole, nel quale sia personale che strutture sono largamente deficitarie per pensare ad una efficace realizzazione degli obiettivi individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dagli orientamenti internazionali: dai 38 obiettivi dell'OMS alla Carta di Ottawa per la promozione della salute, alla Conferenza di Rio per l'ambiente, sino ai più recenti della Banca Mondiale.

Le strutture per la prevenzione, quelle destinate ad alcuni gruppi specifici di popolazione (le donne, i lavoratori, i malati di mente, i tossicodipendenti ma anche gli anziani, gli immigrati ed altri gruppi marginali) richiedono un forte interessamento e potenziamento, per una gestione più efficace di queste problematiche.

d) La mobilità ospedaliera

È questo un altro elemento che merita una particolare attenzione, anche in quanto la sua riduzione costituisce uno degli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Nazionale.

Nel periodo 1992/95 oltre mezzo milione di italiani ogni anno si sono mossi dalla propria residenza per essere ricoverati in strutture poste al di fuori della propria regione.

Ancora una volta sono prevalentemente i cittadini del meridione che si spostano per lo più verso le regioni del Centro Nord; il fenomeno, tuttavia, in parte può esprimere anche una più razionale distribuzione sul territorio di strutture altamente specialistiche potendo individuare flussi migratori di pazienti diretti verso tali strutture.