

RELAZIONE
SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE
(Anno 1999)

PRESENTAZIONE

Signor Presidente, Onorevoli Colleghi,

La Relazione sullo stato sanitario del Paese ha tra i suoi compiti, previsti dal decreto legislativo di riordino del Sistema Sanitario Nazionale, quello di esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale. La relazione che ho l'onore di presentarvi è frutto di un grande impegno e di un grande lavoro realizzati dall'onorevole Rosy Bindi e dal team dei suoi collaboratori e consulenti. All'onorevole Bindi, che ha tra i molti meriti quello di aver promosso una riforma inevitabile e necessaria per allinearci all'Europa, va la mia personale gratitudine e quella del Paese, insieme con l'impegno di attuare la riforma nei modi migliori.

La Relazione 1999 sullo stato sanitario del Paese non si limita a scattare la fotografia della salute degli italiani, ma sottolinea una svolta che è comune ai sistemi sanitari dell'Unione Europea: la conquista della salute non è più concepibile come un campo di lavoro riservato unicamente agli operatori della sanità (siano essi medici, amministratori o manager sanitari), ma deve diventare il terreno su cui si confrontano e collaborano tutti i soggetti sociali e le forze istituzionali: i Comuni, le Regioni e le associazioni di volontariato (che ascoltano i bisogni dei cittadini malati e li sanno rappresentare con efficacia), la scuola che ha in sé la grande capacità di farsi promotrice di salute, le famiglie, il mondo imprenditoriale e i mezzi di comunicazione di massa. La salute come benessere psicofisico, come capacità di star bene con sé stessi e con gli altri, è qualcosa di molto più ampio e globale dell'assenza di malattia, come più volte ha affermato l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Stiamo attraversando un momento storico di passaggio da un concetto di "Welfare State" a quello di "Welfare Community". Uno Stato pensoso del benessere dei suoi cittadini ("welfare" significa, letteralmente, sia "benessere" che "assistenza sociale") fu la grande novità sociale dell'Inghilterra postbellica. Da allora, con le necessarie trasformazioni e tra infiniti ostacoli, questa idea ha viaggiato per l'Europa. Ora siamo arrivati al punto in cui dobbiamo riconoscere necessaria una transizione: dal concetto ancora ottocentesco dello Stato

che dà assistenza e benessere ad una comunità intera che vi concorre.

Il cambiamento è notevole: tutti sono chiamati a dare il loro apporto, secondo i propri ruoli sociali. È solo così che la salute diventa concetto più ampio, e non resta confinata alla gestione dei tecnici. Sono strategici, in questo disegno, gli stili di vita, la capacità di informare e di autoinformarsi, una diffusa cultura della salute. Non per nulla uno dei più interessanti studi degli ultimi tempi, il molto citato *Prometeo*, ha parlato in termini di "malattie evitabili" e di "motivi evitabili".

Nella Relazione 1999 sullo stato sanitario del Paese i semi di questa cultura hanno prodotto i primi frutti. Lo dimostrano i dati sulla costante diminuzione della mortalità infantile, e l'aumento della speranza di vita per uomini e donne. Questi dati positivi sono frutto della diagnostica più precoce e degli indubbi progressi della scienza medica, ma anche di una cultura della prevenzione e di una organizzazione sanitaria che nonostante i costanti vincoli di spesa ha saputo darsi —dalla medicina e pediatria di base agli ospedali, cuore del sistema— una struttura a rete che copre tutto il territorio nazionale.

E qualche risultato, e qualche vittoria, c'è già. Come si evidenzia dalla relazione; le prime due cause di morte restano le malattie circolatorie e i tumori maligni, ma per la prima volta si registra un decremento. Si muore di meno per infarto e per ictus, si muore di meno anche per i tumori. Per quanto riguarda il tumore polmonare nel sesso maschile, per la prima volta si registra una diminuzione.

È segno che la campagna anti-fumo ha convinto, ha trascinato il sesso maschile. Lo stesso effetto non si è avuto sulle donne (sono in aumento le donne fumatrici, specie se di cultura medio-alta) e una grande campagna di persuasione è da intraprendere con i ragazzi perché purtroppo la Relazione ci lancia un allarme: tra i 15 e i 17 anni, fumano già l'11,35 dei giovani.

La Relazione sottolinea che siamo davanti all'impresa di realizzare gli obiettivi proposti dal Piano Sanitario Nazionale: contrastare le morti evitabili, prevenire gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro, diffondere sempre di più la cultura della salute attraverso il cambiamento degli stili di vita. E mettere al centro di tutti gli sforzi la realizzazione di un servizio sanitario più a misura di uomo.

Molti dei successi fin qui conseguiti sono dovuti a un servizio sanitario che le cronache hanno il vezzo di raccontarci sempre come carente, e che diventa spesso terreno di scontri politici, in realtà, il servizio sanitario italiano è tutt'altro che inadeguato, e ha saputo conseguire negli anni obiettivi che hanno avuto risonanza internazionale.

Tuttavia, alle buone e anche alle eccellenti prestazioni fanno da contraltare strutture obsolete ed una organizzazione complessiva che ancora non ha saputo mettere il paziente al centro del sistema. Ogni anno spendiamo 56

miliardi di Euro (circa mille Euro per ciascun cittadino), equivalenti a circa il 5,6% del prodotto interno lordo. Abbiamo 196 aziende sanitarie locali, per le quali lavorano circa 480.000 operatori sanitari, tra i quali 70.000 medici e 180.000 infermieri. Le aziende ospedaliere sono 98, e gli altri ospedali pubblici ammontano a più di 800, con alcune centinaia di migliaia di addetti. Anche il settore privato è ampiamente rappresentato, con ospedali accreditati che sono il 36% del totale complessivo delle strutture. Uno schieramento imponente, insomma.

I successi non sono mancati, ma è mancata una cultura medica e manageriale incentrata sul paziente. In termini di qualità percepita, i cittadini non sono soddisfatti come risulta da sondaggi di opinione e da migliaia di contatti avuti negli ospedali dai centri di relazione con il pubblico. Mancano al nostro sistema soprattutto tre cose: la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure; il diritto all'informazione; il confort delle prestazioni alberghiere. È opportuno mettere mano a un programma di riammodernamento sia delle strutture edilizie sia dei modelli gestionali. Gli ospedali vanno ricostruiti, ristrutturati, ripensati. Accanto alle strutture per le cure intensive vanno realizzati quei posti letto per la riabilitazione e lungodegenza che la relazione sullo stato sanitario del Paese ci dà ancorati ad un numero troppo basso, cioè lo 0,5% per ogni mille posti letto, la metà esatta di quanto era stato previsto a partire dal 1992 da tre successivi decreti legge.

Realizzare strutture per la riabilitazione ed ammodernare gli ospedali implica uno sforzo finanziario notevole, ma non impossibile. I fondi ci sono. Infatti la legge finanziaria n.67 del 11 marzo 1988 stabiliva all'art.20 un programma pluriennale per l'importo complessivo di 30.000 miliardi. Quei programmi sono stati avviati e in molti casi conclusi, ma ci sono ancora 20.600 miliardi da impiegare. Non sono pochi, anzi sono sufficienti per cambiare faccia agli ospedali italiani, mettendo il paziente al centro del sistema, con tutti i suoi bisogni e desideri. Una rivoluzione copernicana, dall'architettura dei luoghi di cura agli orari della vita quotidiana. L'occasione è buona anche per realizzare quell'importante punto della riforma relativa al rapporto di esclusiva dei medici, con la libera professione interna e il recupero di una grossa parte di quei 50.000 miliardi che ogni anno i cittadini spendono di tasca propria per cure in regime privato.

Il discorso sugli ospedali non sarebbe completo se non si toccasse il punto importantissimo del progetto ospedale senza dolore, che già ho avuto modo di illustrare in sede di Consiglio dei Ministri insieme con il riammodernamento della rete ospedaliera. Si tratta delle *cure palliative*, che sono la richiesta sempre più sentita dall'opinione pubblica: è assoluto diritto del malato che non può più guarire ricevere le cure esperte che alleviano la sofferenza, ed è assoluto dovere della medicina moderna non ignorare il problema, un problema che

riguarda ogni anno in Italia non meno di 30.000 malati terminali.

Importante, in tutta questa serie di progetti e di sfide da vincere, è l'autonomia regionale e il nuovo ruolo assegnato dalla Riforma alle autonomie locali. Una sanità a misura di cittadino non può non tenere conto dello specifico tessuto sociale e della popolazione che fruisce dei servizi. Il Servizio sanitario nazionale ha come obiettivo principale di garantire il finanziamento del sistema attraverso la fiscalità generale, la distribuzione dei servizi secondo criteri di equità, la gratuità al momento del consumo. Sta poi alle Regioni gestire in piena autonomia la realizzazione di tali obiettivi.

Il discorso si chiude sulla ricerca. Non solo è obiettivo immediato dare la massima priorità al disegno di legge sul riordino e la riorganizzazione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ma proporre nuove strategie per rilanciare la ricerca e portarne i risultati concreti direttamente al letto del malato. Ci sono stati ostacoli, lentezze, dispersioni di fondi e tanti nostri ricercatori sono emigrati all'estero. Un sistema sanitario moderno non può fare a meno di una ricerca efficiente, competitiva sul piano internazionale, e che può avere anche notevoli ricadute sul piano economico. Una ricerca non accademica, non lontana dalla realtà, non *aliena* dall'uomo. È quindi indilazionabile rilanciarla in modo organico, tramite un'Agenzia che possa armonizzare e potenziare la collaborazione tra Ministero della Sanità e Ministero della Ricerca e dell'Università. Anche questo è uno dei punti strategici per portare la sanità italiana in Europa.

Umberto Veronesi

Ministro della Sanità

INTRODUZIONE

Secondo il decreto legislativo di riordino del Ssn del 19 giugno 1999, n. 229, la Relazione sullo stato sanitario del Paese (RssP):

1. illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio;
2. descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Ssn;
3. espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Psn;
4. riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
5. fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

La RssP, oltre a fornire i dati conoscitivi relativi alle condizioni di salute della popolazione ed alle risorse impiegate e le attività svolte dal S.s.n., riveste quindi una funzione decisamente dinamica, volta, da una parte, ad interpretare il livello di applicazione sul territorio nazionale degli obiettivi fissati dal Psn; dall'altra, a dar conto dei risultati che le singole regioni realizzano sui rispettivi territori regionali nell'applicazione dei piani sanitari regionali.

Ne consegue che, quest'anno, la RssP affronta una situazione congiunturale di transizione in funzione dei contenuti fortemente innovativi e di cambio culturale presenti nel Nuovo Piano Sanitario 1998-2000, che, per la prima volta, individua una strategia che non si limita a ridisegnare i meccanismi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, ma propone un approccio intersettoriale che comprende, in un disegno unitario, la promozione della salute, la cura delle malattie e l'organizzazione dei servizi.

Il recupero del concetto pieno di salute, l'importanza riservata nel Psn ai determinanti non sanitari delle condizioni di salute ed il *patto di solidarietà*, indicato come metodologia strategica essenziale per realizzare la promozione della salute: sono questi gli assi trainanti del nuovo Psn, rispetto ai quali la RssP dovrà esercitare nel prossimo triennio una funzione di verifica dei risultati conseguiti, abbandonando, di fatto, un approccio tradizionalmente costruito unicamente dentro al sistema sanitario nazionale.

Ora, non può sfuggire agli addetti ai lavori ed agli esperti di settore la difficol-

tà oggettiva di affrontare in termini di valutazione e misurazione statistica questi elementi innovativi del Psn.

Infatti, la complessità del concetto di salute, la scarsa tradizione nell'approfondimento conoscitivo dei dati che concorrono alla valutazione dei determinanti non sanitari della salute; così come la difficoltà oggettiva delle tecniche di misurazione della qualità del lavoro a rete, sottostante al patto di solidarietà sociale, rendono problematica, in questa fase, la possibilità di misurare il livello di attuazione sul territorio nazionale di tali elementi innovativi.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese non poteva quindi che prendere atto di tale difficoltà ed avviare un percorso di esplorazione ed approfondimento di nuovi indicatori tra il sociale ed il sanitario, in grado di dare carattere tecnico-scientifico ai dati di conoscenza relativi all'attuazione degli obiettivi e dei contenuti fortemente innovativi del nuovo Psn.

La RssP si colloca, così, tra:

- un approccio *tradizionale* alla conoscenza delle caratteristiche della domanda di salute e delle risorse impiegate all'interno del quadro istituzionale ed organizzativo del SSN;
- ed un approccio necessariamente *innovativo*, teso all'esplorazione ed all'approfondimento dei nuovi obiettivi e delle nuove metodologie di intervento tracciate dal Psn.

Si tratta per il momento di *nuove frontiere*, come le abbiamo definite nel secondo capitolo di questa relazione, che devono essere affrontate dalla cultura sanitaria del nostro paese, sullo stimolo che proviene dal nuovo Psn ad allargare il proprio campo d'azione ai determinanti sociali e psicologici della promozione della salute e ad adottare una visione intersettoriale dell'intervento per la salute, radicato su quel *patto di solidarietà* che il Psn elegge a strategia vincente per raggiungere l'obiettivo della promozione della salute.

In tale capitolo abbiamo raccolto alcune tematiche di particolare attualità oggi nel sistema sanitario, suscettibili di allargare la qualità ed i contenuti dell'intervento sanitario verso *nuove frontiere* appunto, che riguardano:

1. la nuova concezione della **promozione della salute**, che comprenda, ma si distingua nei termini di approccio sociale, dall'educazione sanitaria, dando pieno significato a quel concetto di salute alla base del Piano, intesa come benessere globale, in senso fisico, psichico e sociale;
2. l'obiettivo dell'**equità** e della **uguaglianza** che è uno degli obiettivi principali del nuovo Psn, rispetto al quale sono relativamente recenti i tentativi di trattazione sistematica e di individuazione degli indicatori di base a livello nazionale e regionale;
3. il **ruolo del volontariato** nel SSN, evidenziato dal Piano tra i soggetti privilegiati del patto di solidarietà ed elemento ponte di fonda-

mentale importanza strategica tra la partecipazione responsabile dei cittadini al SSN ed il perseguimento della dimensione relazionale nella qualità delle prestazioni sanitarie e nei percorsi di accesso ai servizi;

4. **l'assistenza nelle patologie irreversibili**, un altro tema particolarmente legato al nuovo Piano, sia per il forte riferimento alla dignità della persona che relativamente all'obiettivo di "rafforzare la tutela dei soggetti deboli" nella fase terminale della vita, in quanto la complessità delle componenti non sanitarie della salute richiedono nuovi approcci e nuove metodologie di intervento e di valutazione di risultato;
5. **la salute degli immigrati**, individuati tra i soggetti deboli come il gruppo sociale a più alto rischio di esclusione rispetto alle prestazioni del SSN, sia per le condizioni di grave povertà materiale e di rischi di sfruttamento economico, sia per la qualità relazionale ed interculturale del tipo di intervento richiesto dalla loro condizione sociale e sanitaria.

Vi sono altre sfide che pone il nuovo Psn, anzi vecchie sfide, sfide di sempre; che vanno oggi rivisitate in funzione di un concetto così globalizzante della promozione della salute ed alla luce del primato della dignità della persona, già affermato dalla Legge 833 e reso stringente dal nuovo Psn e dal D.l.vo 229.

Queste vecchie sfide riguardano i comportamenti professionali degli operatori sanitari in relazione alla libertà di cura e terapia ed alla Medicina basata sulle prove, temi anch'essi trattati all'interno di questo secondo capitolo sulle "nuove frontiere della promozione della salute".

È in questo capitolo, dunque, che la Relazione di quest'anno avvia un percorso di approfondimento delle novità contenute nel Psn nell'ambito della domanda di salute, traendo dal dibattito in corso e dai primi tentativi realizzati di sistematizzazione delle conoscenze gli elementi che ci auguriamo possano approdare nel corso degli anni ad una trattazione più scientifica e completa sul piano conoscitivo e di indicazione di risultato.

Se il secondo capitolo della Relazione è quello che produce lo sforzo maggiore di attenzione al nuovo sul versante della domanda; non si può certo dire che tale preoccupazione sia assente dalla trattazione del primo capitolo relativo allo stato di salute della popolazione e del terzo capitolo che riguarda il versante della risposta istituzionale ai bisogni di salute.

In piena sintonia con i nuovi obiettivi di salute del Psn, la RssP affronta, infatti, nel primo capitolo l'argomento degli "stili di vita e dei fattori di rischio" che rappresenta il 1° obiettivo del progetto nazionale per la salute nel Psn.

Per quanto riguarda il terzo capitolo, che descrive appunto l'assetto istituzio-

nale, le risorse impiegate ed i risultati ottenuti in seno al SSN, il riferimento al Piano è implicito nella riflessione di apertura su "autonomie locali e sanità", che sottolinea l'esigenza di un coinvolgimento dei comuni singoli o associati nella programmazione regionale e nella valutazione degli interventi sanitari. L'accezione più ampia, del concetto di salute richiede, infatti, la convergenza di più politiche sviluppate a più livelli di governo, risultando ancora carente una politica di integrazione socio-sanitaria sia in senso verticale che in senso orizzontale.

In stretta correlazione con il nuovo Psn, è poi una riflessione sui nuovi indirizzi programmatori che conseguono dalla molteplicità degli obiettivi, dalla qualità delle relazioni che devono essere stabilite tra i diversi livelli programmatori e dal coinvolgimento di nuovi soggetti, naturalmente orientati a produrre reti di connessione e di coordinamento ed a promuovere relazioni sinergiche con i soggetti sanitari in senso stretto. È sulla base di tale riflessione che viene tracciata una metodologia di valutazione di processo relativamente al grado in cui le indicazioni del Piano sono state recepite nei documenti di programmazione regionale ed alle azioni previste per il raggiungimento dei risultati attesi. Si è così formulato uno strumento metodologico per rispondere nel prossimo futuro ad uno dei compiti della Relazione, che è appunto quello di "riferire sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali", compito assolto parzialmente nella presente Relazione, dal momento che soltanto alcune regioni italiane hanno predisposto il piano sanitario regionale.

Infine, sempre sul versante della risposta istituzionale alla domanda di salute, nella Relazione viene dato ampio spazio al tema della qualità ed ai primi risultati conseguiti sul piano della metodologia e della valutazione, al fine di sviluppare il "programma nazionale sulla qualità" che rappresenta una delle "strategie per il cambiamento" privilegiate dal nuovo Piano.

L'ultima Relazione del secondo millennio non può quindi essere consegnata come un prodotto finito, ma assume piuttosto la prerogativa di lavori in corso per la necessaria ricerca di un equilibrio tra la capacità di lettura dei dati conoscitivi disponibili dentro il SSN e quella che riguarda i dati conoscitivi esterni, di difficile ricognizione e spesso ancora lontani da una apprezzabile metodologia di approccio e di misurazione.

Questa situazione di equilibrio è stata anche volutamente evidenziata con caratteri editoriali diversificati che stanno ad indicare:

- da una parte, le fonti e le metodologie di rilevazione, per così dire, scientificamente acquisite;
- dall'altra, i contributi alla riflessione su tematiche, per così dire, aperte, vale a dire in forte trasformazione fenomenologica e tuttora in attesa di definizione sul piano descrittivo e conoscitivo.

Inoltre, ai fini di semplificare l'esposizione, nei grafici statistici con il termine regione si è voluto intendere anche le province autonome di Trento e Bolzano. Il Servizio studi e documentazione ha voluto mantenere questi due approcci e queste due tipologie di contributi fortemente intrecciati tra loro, all'interno di un unico testo di riferimento, per marcare l'indicazione politica per noi più rilevante del nuovo Psn, che è quella di superare la tradizionale separatezza tra sanità e salute, tra sociale e sanitario, tra determinanti sanitari e no della promozione della salute, tra modelli di Welfare e sistema sanitario inteso solo in termini specialistici, tecnici e gestionali.

Il carattere itinerante e processuale di questa Relazione viene, infine, confermato in un'ampia introduzione che comprende, oltre a questa sorta di *guida alla lettura*, una ricognizione del percorso normativo che sta a monte della nuova cultura in sanità, ed una premessa di tipo più operativo che individua alcune parole chiave attraverso le quali costruire un filo rosso che percorre la RssP evidenziando le correlazioni esistenti tra contenuti ed obiettivo della RssP e dati descrittivi e consuntivi della loro applicazione sul territorio nazionale e regionale.

Sono lavori in corso con l'obiettivo irrinunciabile di arrivare ad una Relazione che trasfonda, nei dati descrittivi e conoscitivi dello stato di salute della popolazione e delle risorse impiegate sul versante della risposta istituzionale e no, il concetto di salute nel suo senso globale, la strategia del *patto di solidarietà* per la promozione della salute ed il carattere processuale delle risposte ai bisogni di salute.

Claudio Calvaruso
Direttore Generale
Servizio Studi e Documentazione