

ATTI PARLAMENTARI

XIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. L
n. 2

RELAZIONE

SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

(Anno 1999)

(Articolo 8, comma 3, della legge 23 febbraio 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sostituito dall'articolo 2, lettera c) del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517)

Presentata dal Ministro della sanità
(VERONESI)

Trasmessa alla Presidenza il 28 giugno 2000

PAGINA BIANCA

INDICE

Presentazione	Pag.	7
Introduzione	»	11
Dalla legge n. 833 del 1978, istituzione del Servizio sanitario nazionale, al decreto legislativo 229/99, di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale	»	17
Parole-chiave che guidano il processo di cambiamento	»	31
1. Lo stato di salute della popolazione	»	47
1.1. Stili di vita e fattori di rischio	»	47
1.1.1 L'alimentazione	»	48
1.1.2 Il fumo	»	54
1.1.3 Il consumo di alcol»	»	60
1.1.4 L'attività fisica	»	63
1.2. I principali indicatori biostatici	»	67
1.2.1 Popolazione e movimento demografico	»	67
1.2.2 Indicatori demografici	»	67
1.2.3 Fecondità	»	73
1.2.4 Mortalità in generale	»	75
1.2.5 Mortalità per causa	»	78
1.2.6 La mortalità per causa: proiezioni al 2005	»	84
1.2.7 Mortalità comparata con l'Europa	»	93
2. Le nuove frontiere della promozione della salute	»	97
2.1. Criticità nello sviluppo di piani della promozione alla salute e educazione sanitaria	»	97
2.2. Equità e diseguaglianze nella salute	»	115
2.3. Il ruolo del volontariato nel Servizio sanitario nazionale	»	132

2.4. L'assistenza nelle patologie irreversibili	Pag.	146
2.5. La salute degli stranieri	»	156
2.6. Comportamenti professionali	»	180
2.6.1 Libertà di cura e di terapia	»	181
2.6.2 Medicina basata sulle prove e aspetti etici dell'assistenza sanitaria	»	191
3. Quadro istituzionale e organizzativo del sistema	»	201
3.1. Autonomie locali e sanità	»	201
3.1.1 Dalle condotte mediche alle Unità sanitarie locali	»	201
3.1.2 Comuni e Regioni nella riforma sanitaria	»	202
3.1.3 Comuni e sanità negli anni '80: separati in casa	»	203
3.1.4 Regionalizzazione e aziendalizzazione del decreto legisla- tivo 502/92	»	205
3.1.5 Nuovi orientamenti su autonomie locali e salute	»	206
3.1.6 Piano sanitario e coordinamento delle politiche per la salute	»	208
3.1.7 Con la legge 419/98 opportunità nuove per i Comuni in sanità	»	209
3.1.8 Il ruolo dei Comuni nel decreto legislativo 229/99	»	210
3.1.9 L'integrazione socio-sanitaria	»	212
3.1.10 Comuni e livelli di assistenza aggiuntivi	»	214
3.2. Obiettivi di Governo e di promozione nella programmazione sanitaria	»	216
3.3. Il Dipartimento della prevenzione	»	234
3.4. Organizzazione dei servizi per l'assistenza sanitaria	»	240
3.4.1 Introduzione	»	240
3.4.2 Assistenza distrettuale	»	240
3.4.3 Assistenza ospedaliera	»	249
3.4.4 Il personale	»	257
3.5. La gestione finanziaria del Servizio sanitario nazionale	»	261
3.6. Il tema della qualità nel Servizio sanitario nazionale	»	266
3.6.1 La dimensione relazionale della qualità	»	266
3.6.2 Il programma nazionale per la qualità	»	267
3.6.3 Il processo di attuazione della Carta dei servizi e la qualità dei servizi al cittadino	»	268
3.6.4 Gli indicatori di qualità dal lato degli utenti	»	275
3.6.5 La valutazione del Servizio sanitario nazionale nell'opinione pubblica	»	277

RELAZIONE
SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE
(Anno 1999)

PAGINA BIANCA

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

PAGINA BIANCA

**DALLA L. 833/78,
ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
AL D.LGS. 229/99, DI RAZIONALIZZAZIONE
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

Dall'assistenza ai diritti delle persone

La nostra Costituzione, in analogia con altri paesi a cultura solidaristica, fa dello stato sociale il modello a cui tendere, a partire dall'incontro tra diritti e doveri sociali. La strategia è quella di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo di ogni persona, anche di quelle più deboli, promuovendone le potenzialità sociali. Lo ha fatto in un momento in cui tutto era da ricostruire: le infrastrutture, il sistema produttivo, il sistema delle responsabilità istituzionali e sociali ai diversi livelli, il sistema di fiducia nella convivenza civile, in un momento cioè dove era necessario garantire linfa vitale alla crescita sociale e democratica.

Poteva sembrare una scelta utopistica, quantomeno perché le risorse non erano adeguate per un simile progetto. L'inclusione dei diritti sociali (oltre a quelli civili e politici) tra i fattori costitutivi del patto sociale aveva i caratteri tipici delle opzioni necessarie anche se irrealistiche e per certi aspetti velleitarie. Come garantire il diritto alla salute, all'istruzione, all'assistenza sociale in una società che aveva molte altre emergenze da affrontare? Non era più opportuno procedere con una logica graduale, riproponendo, in tema di bisogni sociali, la cultura assistenzialistica di matrice ottocentesca, ben collaudata anche nel nostro secolo dai regimi totalitari, dove le ragioni della beneficenza pubblica mascheravano e si confondevano con quelle del controllo e dell'acquisizione del consenso?

Per capire la natura dei diritti sociali è opportuno entrare nel merito della loro specificità: alcuni di essi sono diritti incondizionati, cioè possono essere fatti valere in ogni caso. Non sempre è così, perché spesso sono diritti condizionati dal fatto che prima devono essere predisposte le condizioni necessarie per renderli operanti e quindi esigibili.

Si potrebbe parlare di diritto alla salute senza un sistema di risposte sanitarie accessibili? Di diritto all'istruzione senza la presenza di un sistema scolastico distribuito nel territorio e aperto a tutti? Di tutela sociale senza un sistema di servizi sociali adeguato? Evidentemente no. L'alternativa è quella di non avere risposte o, per chi può, di cercarle nel mercato. Le risposte universalistiche, infatti, sono tali se sono effettivamente disponibili per ogni persona, anche per chi non è in grado di acquistarle per sé o per la propria famiglia.

I diritti incondizionati sono di natura prescrittiva mentre quelli condizionati (e

questo vale per buona parte dei diritti sociali) sono di natura programmatica, hanno cioè bisogno di programmi (nazionali, regionali e locali) e della loro effettiva attuazione per diventare operanti.

Con la L. 833/78 si avvia, dopo trent'anni dall'art. 32 della Costituzione, il passaggio dai principi dichiarati alla loro concretizzazione. È un passaggio di civiltà: ha significato investire concretamente andando oltre l'uguaglianza formale e verso quella sostanziale, operando per il passaggio dallo stato liberale, impegnato nella tutela delle libertà individuali, allo stato sociale, che insieme con la tutela delle singole libertà, si attribuisce anche compiti di promozione umana e di giustizia sociale.

Chi ha interpretato la L. 833/78 come l'attuazione dei principi costituzionali non ha tenuto conto che il diritto alla salute è un diritto condizionato, che ha quindi bisogno di una solida base programmatica nazionale e regionale, basata su responsabilizzazioni gestionali, su livelli di assistenza, su standard di accessibilità, cioè su un sistema di risposte capaci di renderlo pienamente operante, garantito da amministrazioni pubbliche capaci di interpretare al meglio la loro missione sociale, garantito da radici solidaristiche che trovano espressione nella solidarietà fiscale, nell'iniziativa pubblica e privata, nell'apporto del volontariato e nelle altre forme di impegno solidale.

Altri paesi, insieme con il nostro, hanno condiviso quest'impegno ad esempio con il Patto sui diritti economici, sociali e culturali del 1966. Gran parte della riflessione internazionale in tema di diritti umani si è mossa in questa prospettiva, con una considerevole produzione culturale, nel tempo diventata riferimento per quanti operano nell'area dei servizi alle persone.

La L. 833/78 è stata in un certo senso l'apertura del cantiere dei diritti di cittadinanza per quanto riguarda la tutela e la promozione della salute. La sua attuazione avrebbe dovuto essere vista e interpretata come processo di lungo periodo, che richiedeva sforzi congiunti e responsabilizzazioni di diversa natura: istituzionali, gestionali, professionali, sociali.

In questa mancata consapevolezza possono essere colte alcune ragioni delle critiche, spesso strumentali, che sono state fatte all'attuazione della L. 833/78, in buona misura segnate dal rifiuto della prospettiva costituzionale di investire nella costruzione di uno stato sociale di tipo solidaristico.

La salute come diritto universalistico

Sono quattro i principi informatori della L. 833/78: la globalità delle prestazioni, l'universalità dei destinatari, l'eguaglianza di trattamento e il rispetto della dignità e della libertà della persona, come emerge anche dalla discussione riportata dagli Atti Parlamentari.

Tra i principi citati merita rilievo quello del rispetto della dignità e della libertà della persona umana, che attiene non al contenuto, ma agli scopi dell'attività di protezione della salute; protezione che rientra tra quei diritti fondamentali dell'individuo che sono strettamente connessi alla finalità del pieno sviluppo della personalità umana sanciti dagli articoli 2 e 3 della Costituzione. Ne consegue che la protezione della salute non può essere considerata come fine a se stessa, ma come mezzo per la completa realizzazione dello sviluppo individuale e personale, nel più ampio quadro della tutela della dignità e della libertà della persona umana, il cui concetto non costituisce un limite, ma piuttosto un obiettivo che il servizio sanitario nazionale deve concretizzare¹.

Queste ragioni politiche ed etiche erano e sono alla base di scelte che ancora oggi rappresentano una sfida per tutti: istituzioni, soggetti sociali, imprenditoriali, volontariato organizzato e ogni persona che crede nell'incontro tra diritti e doveri sociali. È quanto impegnava a fare l'art. 1 della L. 833/78:

Art. 1 (I principi)

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel Servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

¹ Atti parlamentari Camera dei deputati, p 13298 VII legislatura — discussioni — seduta 14 dicembre 1977

Queste scelte e le loro motivazioni sono tuttora il riferimento per le politiche per la salute. Le troviamo anche nel dibattito che ha accompagnato l'approvazione dei decreti legislativi n. 502/92 e 517/93, che ha ispirato l'approvazione della Delega al Governo per la revisione del Servizio sanitario nazionale e la successiva emanazione del D.Lgs. n. 229/99, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Non sono stati, infatti, messi in discussione i fini e i principi ispiratori della L. 833/78 ma i mezzi e le strategie per raggiungerli, facendo tesoro delle molte esperienze regionali e locali, oltre che dei risultati delle verifiche che nel tempo sono state fatte usando come criterio l'idea della salute come diritto sociale, cioè da attuare su base universalistica, a vantaggio di ogni persona, anche di quelle più deboli. Questa impostazione è sintetizzata nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 nei tre principi generali:

1) universalità di accesso.

L'accesso ai servizi sanitari non deve essere subordinato alla verifica di criteri di eleggibilità sociale né di disponibilità finanziaria, ma soltanto alla valutazione professionale della necessità di interventi sanitari.

2) eguaglianza nella accessibilità ad un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti.

L'eliminazione di barriere geografiche all'accesso deve essere garantita dalla programmazione territoriale dei servizi, mentre la gratuità al momento del consumo deve assicurare la rimozione di eventuali barriere economiche alla utilizzazione dei servizi.

3) condivisione del rischio finanziario.

Il sistema di finanziamento deve garantire che il contributo individuale sia indipendente dal rischio di malattia e dai servizi ricevuti, ma determinato esclusivamente dalla capacità contributiva.

Questi principi ispiratori possono trovare soluzioni concrete a partire dalle strategie qualificanti del Psn 1998-2000:

- 1) rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti
- 2) promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari
- 3) diminuire le diseguaglianze nei confronti della salute
- 4) favorire comportamenti e stili di vita per la salute
- 5) contrastare le patologie più importanti
- 6) aiutare a convivere attivamente con la cronicità
- 7) percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria
- 8) rilanciare la ricerca
- 9) investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema

Sono criteri che consentono di verificare l'affidabilità e la qualità delle esperienze realizzate nel corso degli ultimi 20 anni.

Il D. Lgs. n. 502/92, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Le ragioni che hanno portato alla proposta di modificare la L. 833/78 e all'approvazione dei successivi Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93 sono sostanzialmente quattro:

- la mancata attuazione di altre riforme, strutturalmente necessarie per la costruzione di un moderno stato sociale, quali ad esempio la riforma delle autonomie locali, la trasformazione regionalistica dello Stato, la riforma fiscale e della finanza locale, la riforma dei servizi sociali;
- la difficoltà di promuovere la coesistenza dei diritti e dei doveri sociali: paradossalmente una società di diritti senza doveri alimenta e amplifica gli egoismi corporativi creando dinamiche perverse, dove l'organizzazione settoriale degli interessi finisce per far prevalere i più forti sui più deboli, anche nella fruizione delle risposte *universalistiche* per la salute;
- la insufficiente capacità dei quadri politici, amministrativi e professionali di interpretare i cambiamenti necessari, anzi talora impegnati ad ostacolarli, facendo prevalere logiche burocratiche o inadeguate per la promozione del cambiamento;
- la sostenibilità del modello di welfare (di tipo solidaristico e universalistico), visto l'incremento della spesa, le difficoltà di controllarne l'evoluzione, l'espansione della domanda sociale, il consolidamento di nicchie di privilegio e di rendite di posizione tutelate per legge.

A queste condizioni generali si sono aggiunte ragioni specifiche che hanno animato il dibattito, in particolare il cambiamento di prospettiva costituzionale rappresentato dal passaggio di titolarità amministrativa dai comuni alle Regioni in materia sanitaria.

La cosa è piuttosto singolare se si pensa che esso non avviene in un quadro di promozione delle autonomie regionali, ma anzi mantenendo un sostanziale accentramento di poteri a livello nazionale, mentre il Dpr 616/77 aveva dato una chiara direzione alle riforme in materia di titolarità delle Regioni e degli enti locali.

Alla luce di queste contraddizioni si è parlato di commissariamento regionale del servizio sanitario nazionale, vista la sostanziale incapacità degli enti locali

di interpretare efficacemente i loro compiti di buona amministrazione delle unità sanitarie locali.

L'insufficiente governo della spesa e le diffuse confusioni tra titolarità politica e gestionale hanno generato contraddizioni nel governo delle unità sanitarie locali. Ad esempi di eccellenza si sono contrapposte molte esperienze di sostanziale fallimento nel governo degli obiettivi della riforma.

Gli ospedali hanno continuato a svolgere un ruolo centrale nel servizio. È mancato un forte investimento nell'assistenza sanitaria primaria. La prevenzione e la promozione della salute sono rimaste nell'ombra. Il medico di medicina generale non è entrato attivamente nei processi di trasformazione voluti dalla riforma. La spesa sanitaria ha continuato a lievitare. La politica dei ripiani non ha incentivato scelte gestionali responsabili. Il prevalere delle logiche burocratiche ha soffocato lo sviluppo della managerialità necessaria per promuovere i cambiamenti. Il corporativismo prevalente nelle categorie professionali, ha ostacolato l'evoluzione dei profili professionali premiando le specializzazioni settoriali a scapito dell'integrazione operativa. Le mancate emanazioni dei Piani sanitari nazionali e regionali, dei progetti obiettivo hanno fatto mancare i riferimenti necessari per dare attuazione ai processi di riforma.

Le proposte a suo tempo formulate in sede nazionale (ad esempio con il DdI n. 1942/87, Modifiche all'ordinamento sanitario nazionale) per affrontare questi problemi hanno suscitato forti perplessità per i rischi che presentavano: di accentramento regionale, di separazione interna al sistema, in particolare tra ospedale e territorio, di concentrazione monocratica dei processi decisionali, di scarsa chiarezza nella definizione imprenditoriale della nuova azienda, di enfattizzazione della cura (ospedaliera) a scapito delle funzioni di prevenzione e di riabilitazione, di una declamazione dei processi manageriali senza, di fatto, intaccare la diffusa burocratizzazione dei percorsi decisionali e di separazione tra sanitario e sociale, di confusione tra mezzi e fini assimilando il pareggio di bilancio al raggiungimento di obiettivi di salute.

I nodi che il legislatore avrebbe dovuto sciogliere sono sostanzialmente legati ai rapporti: tra accentramento e decentramento, tra responsabilità politiche e ruoli gestionali, tra efficienza ed efficacia, tra funzioni manageriali e professionali, tra riconversioni delle strutture (ad es. riduzione dei posti letto) e governo della spesa, tra qualificazione tecnica e umanizzazione dei servizi.

A distanza è più facile vedere che l'enfasi sulla managerialità dei vertici aziendali era velleitaria e metteva in ombra l'esigenza e l'urgenza di estenderla all'intera struttura, con una dirigenza di tipo nuovo, in grado di condividere il rischio di impresa, capace di promuovere responsabilizzazioni non solo sugli atti ma anche e soprattutto sui risultati. Serviva un riassetto complessivo delle risorse professionali e umane svincolato dalle rigidità tipiche della pubblica amministrazione.

Sempre l'analisi a distanza rende più evidente che la confluenza in capo alle Regioni di responsabilità programmatiche e di compiti gestionali non era giustificabile oltre il breve periodo, perché metteva in evidenza la sostanziale esautorazione degli enti locali nei confronti dei cittadini che essi rappresentavano.

Molte Regioni hanno giustamente operato nella direzione del risanamento della spesa sanitaria. Ma in molti casi ai pareggi di bilancio non hanno fatto seguito scelte qualificanti. Al contrario si è assistito al procrastinarsi nel tempo di decisioni da prendere in materia di ristrutturazioni, di riconversioni che hanno penalizzato lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

In certi casi è stata assecondata la propensione delle aziende sanitarie a scaricare sulla spesa sociale dei comuni i costi dell'assistenza sanitaria per gli anziani non autosufficienti, i malati mentali, i disabili, mettendo cioè in discussione la garanzia dei livelli di assistenza e l'esigibilità del diritto alla salute di soggetti in condizioni di debolezza e con scarsa capacità di far valere i propri diritti.

Andavano quindi cercati nuovi equilibri per superare queste contraddizioni, visto che con l'attuazione del D.Lgs. n. 502/92 e, soprattutto con i vincoli finanziari, si sono ricreate condizioni per fare politica per la salute. L'effetto congiunto del controllo dell'andamento della spesa e le nuove competenze degli enti locali ha creato condizioni per ridefinire gli equilibri tra responsabilità istituzionali e sociali in materia di diritto alla salute.

Chi pensava ad un nuovo modello di welfare meno universalistico ha trovato una riconferma dell'impegno costituzionale di solidarietà, nel Psn 1998-2000 con il "patto di solidarietà per la salute".

Queste ed altre ragioni sono alla base della L. 419/98 di Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

La Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale

Le scelte recenti per descrivere i cambiamenti in atto nel servizio sanitario nazionale si muovono lungo alcune linee di azione: il Piano sanitario nazionale 1998-2000 (il patto di solidarietà per la salute), il federalismo fiscale, il patto di stabilità, la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e l'approvazione del D.Lgs. n. 229/99.

La delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale prevedeva modificazioni e integrazioni ai decreti n. 502/92 e n. 517/93, il rior-

dino della medicina penitenziaria, la ridefinizione dei rapporti tra servizio sanitario nazionale e università, la successiva emanazione di un testo unico delle leggi che disciplinano il funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Si pone in sostanziale continuità con la riforma sanitaria del 1978 e i successivi decreti legislativi n. 502/92 e n. 517/93, perché fa propria la logica di un processo di trasformazione per gradi del servizio sanitario nazionale, radicato sui principi e sui valori della L. 833/78. Li interpreta alla luce delle mutate condizioni sociali e istituzionali, in un quadro di maggiore responsabilizzazione delle Regioni e degli enti locali, avendo a disposizione nuove soluzioni gestionali che consentono di utilizzare meglio le risorse disponibili.

Punti qualificanti della delega sono: la conferma del ruolo del servizio sanitario nazionale, la centralità della programmazione sanitaria per la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, la valorizzazione del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione, il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione sanitaria, il rapporto tra autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e il sistema di accreditamento, il potenziamento dei distretti, la promozione dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, l'esclusività del rapporto di lavoro, la nuova disciplina della dirigenza, la valorizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, la costituzione dei fondi integrativi, la qualificazione del dipartimento di prevenzione, la promozione della ricerca.

L'integrazione delle politiche per la salute, nel senso globale del termine, è una chiave interpretativa per valutare le diverse soluzioni proposte. L'integrazione valorizza i diversi centri di responsabilità, nasce da uno stretto rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione, privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e distretto, qualifica i rapporti tra soggetti pubblici e privati, promuove investimenti solidaristici nelle comunità locali.

All'interno di questo quadro può essere compreso il decreto e il metodo di lavoro con cui è stato formulato: coinvolgendo i diversi centri di responsabilità istituzionale e professionale, verificando la praticabilità delle soluzioni, facendo propria la logica di un processo di lungo periodo che ha bisogno di tempo e di esperienze positive per capitalizzare i risultati e renderli fruibili su più vasta scala.

L'unità di misura è costituita dalla attuazione dei livelli essenziali, uniformi e appropriati di assistenza sull'intero territorio nazionale, a garanzia dell'esigibilità del diritto alla salute. Questo significa vedere nel tempo realizzate le condizioni per passare dalla sfera dei diritti condizionati a quella dei diritti sempre meno condizionati da carenze strutturali e professionali e quindi in grado di affrontare la sfida delle disuguaglianze che ancora caratterizza l'accesso ai servizi per tutti.

Il D.Lgs. n. 229/99: norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419

Con l'approvazione del D.Lgs. 229/99 si apre una nuova stagione per il servizio sanitario nazionale che vede messi in gioco diversi livelli di responsabilità: le Regioni insieme con gli enti locali, le nuove aziende, la dirigenza, il sistema dei produttori pubblici e privati non profit e profit, il volontariato.

Ne esce un sistema più aperto, più impegnato nella costruzione di una rete di garanzie, nella ricerca della qualità, più trasparente nell'esercizio delle responsabilità. Già il Psn 1998-2000 aveva anticipato l'orientamento delle scelte: definendo in modo nuovo le priorità, gli obiettivi (di salute e di sistema), la caratterizzazione dei livelli essenziali di assistenza, il sistema di erogazione e di finanziamento, le questioni strategiche rappresentate, dalla tutela dei soggetti deboli, dai traguardi europei, dall'innovazione tecnologica, dalla sicurezza, dallo sviluppo delle risorse umane, dall'integrazione sociosanitaria, dallo sviluppo dell'assistenza distrettuale, dall'appropriatezza, dalla ricerca e dalla sperimentazione in area clinica e gestionale.

La struttura del decreto ripercorre buona parte di queste questioni dando ad esse certezza di riferimenti e chiarezza di indirizzi. In particolare i primi due commi dell'art. 1 sono un punto di equilibrio tra principi e valori della L. 833/78 e spinta verso nuove soluzioni che li rendano operanti:

Articolo 1 - (Modificazioni all'articolo 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502)

1. L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente:

Art. 1 - (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.
2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli

1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Ad esempio, nel primo comma, i fattori di continuità e di innovazione sono rappresentati dal rapporto tra universalismo del sistema e sviluppo di servizi sanitari regionali, in un quadro di trasformazione federalista dello stato sociale. Nel secondo comma il principio di dignità è associato alla necessità di valutazione del bisogno in una logica di equità, quello di qualità a quello di appropriatezza e di economicità nell'impiego delle risorse.

Possono essere colte nuove soluzioni: per integrare le responsabilità regionali con quelle degli enti locali, per dare impulso ai processi di aziendalizzazione, per promuovere l'integrazione sociosanitaria, per qualificare il sistema dei produttori, per dare maggiori garanzie alle persone utenti, per promuovere responsabilizzazioni a tutti i livelli.

Sul fronte dei mezzi si punta a incrementare la capacità delle aziende unità sanitarie locali di coniugare le finalità pubbliche di utilità sociale con criteri privatistici, che ne potenzino le capacità di risposta ai bisogni: tramite flessibilità operativa, autonomia imprenditoriale, condivisione del rischio e responsabilizzazione della dirigenza ai diversi livelli. Il sistema di remunerazione, articolato per tariffe e per funzioni assistenziali è pensato per superare le disfunzioni da più parti segnalate su questa materia e incentivare l'uso appropriato delle risorse.

La selezione dei produttori basata su un nuovo modello di accreditamento potrà consentire una selezione qualitativa per livelli, passando dall'autorizzazione all'accREDITAMENTO e agli accordi contrattuali, mettendo sullo stesso piano strutture pubbliche e private, coinvolgendo anche i cittadini e le associazioni di utenti nei processi di valutazione.

Ulteriori garanzie vengono dal versante professionale, soggetto a verifiche periodiche sulla qualità dei risultati prodotti e sugli investimenti in formazione, e dal posizionamento professionale: nella formula dell'esclusività del rapporto di lavoro e nei percorsi di accesso alle funzioni direzionali.

Sul fronte delle scelte di politica per la salute, viene rimesso equilibrio tra responsabilità regionali e comunali, con apporti specifici dei comuni alla programmazione regionale (nella Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale) e locale (con il Piano attuativo locale, il Programma delle attività territoriali e le verifiche del Comitato dei sindaci di distretto).

Nello stesso tempo vengono evidenziate le connessioni tra politiche ambientali, dell'alimentazione, della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro..., e il loro impatto sulla salute, a cui il dipartimento di prevenzione e le diverse amministrazioni interessate devono congiuntamente dare risposte.

L'integrazione delle politiche per la salute su scala locale

Chi sostiene che i Comuni, anche se obbligati per legge ad agire unitariamente entro ambiti territoriali omogenei, non saranno in grado di superare i particolarismi che da sempre li contraddistinguono, ha molte buone ragioni, visto che dal Dpr 616/77 e dalla L. 833/78, ma anche con il D.Lgs. 502/92, la L. 142/90 fino al D.Lgs. 112/98 il legislatore ha indicato la necessità che le Regioni individuassero gli ambiti adeguati per la gestione unitaria dei servizi alle persone e per realizzare l'integrazione sociosanitaria, senza che questo avvenisse in modo efficace.

Anche il D.Lgs. n. 229/99 lo ribadisce all'art. 3 septies, comma 6: "Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3 comma 2 del D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112. La Regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza".

La soluzione a questo problema dovrebbe essere l'indicatore che qualcosa sta cambiando nella scena istituzionale e che il sistema delle autonomie locali si sta dando le condizioni necessarie per esercitare efficacemente le proprie funzioni politiche, senza confonderle con quelle gestionali.

Già su altri settori i comuni, insieme con le amministrazioni interessate, lo stanno facendo, ad esempio gestendo su scala intercomunale servizi, che per la loro particolare natura richiedono scelte unitarie entro ambiti territoriali omogenei. L'esperienza dei piani di zona dei servizi alle persone va in questa direzione, come pure la realizzazione di progetti integrati nei settori delle politiche giovanili, degli anziani, della disabilità, della valorizzazione delle risorse culturali e ambientali.

Le scelte che il D.Lgs. n. 229/99 fa a proposito dell'assistenza distrettuale vanno chiaramente in questa direzione e hanno uno strumento di sintesi unitaria nel Programma delle attività territoriali (art. 3 quater comma 3). In esso viene organizzata la localizzazione dei servizi e il loro funzionamento in modo da garantire l'assistenza sanitaria e sociosanitaria su base progettuale, avendo definito gli obiettivi di salute e le risorse per perseguirli, in modo integrato tra diversi centri di responsabilità, interni al distretto, tra distretti e dipartimenti e nei

rapporti tra ospedale e territorio.

Ci sono cioè le premesse per affrontare organicamente i problemi dell'assistenza specialistica ambulatoriale, delle attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, delle attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, delle attività o servizi rivolti a disabili ed anziani, delle attività o servizi di assistenza domiciliare integrata, delle attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale (art. 3 quinquies, comma 2).

Nel decreto le prestazioni sociosanitarie vengono caratterizzate come processo assistenziale unitario. In ragione della diversa intensità delle risorse impiegate esse sono differenziate per la loro rilevanza sociale o sanitaria. Si collocano prevalentemente nelle aree che il Psn 1998-2000 aveva ricondotto ai problemi propri della tutela dei soggetti deboli e cioè materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga alcol e farmaci, patologie derivate da HIV, patologie oncologiche, particolarmente per la fase terminale, inabilità o disabilità derivanti da patologie cronico-degenerative. Un dato rilevante: all'interno delle prestazioni sociosanitarie, quelle ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate e gestite dalle aziende sanitarie e sono ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

Punto cardinale della riforma è l'ancoramento ai livelli essenziali di assistenza, intesi quale base unitaria e universalistica di risposta ai bisogni per la tutela del diritto alla salute. Sono interpretati in modo dinamico e comprendono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni relativi ad aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale, escludendo quanto non risponde al principio di efficacia e di appropriatezza, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili. Se quindi i livelli di assistenza sono la base di garanzia per le persone e le comunità locali, nel decreto si aprono spazi ulteriori per la tutela della salute, a valenza mutualistica e solidaristica, basati su fondi integrativi. Possono essere promossi da contratti e accordi collettivi, da sindacati, Regioni, enti locali, organizzazioni non lucrative, società di mutuo soccorso, altri soggetti pubblici o privati, con esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti, (art. 9 comma 3, lettera f).

Si creano quindi nuove prospettive per il servizio sanitario nazionale: mentre è impegnato sul fronte dell'equità, del superamento delle disuguaglianze, della tutela del diritto alla salute garantito con i livelli essenziali, finanziati con il fondo sanitario nazionale, vengono create al suo interno condizioni per sviluppare ulteriori risposte a partire dai fondi integrativi, prefigurando la possibilità di livelli aggiuntivi di assistenza che Regioni ed enti locali vorranno finanziare con scelte autonome.

Solidarietà e sussidiarietà potranno cioè produrre differenze qualitative a van-

taggio delle comunità locali. I livelli essenziali sotto questa luce diventano parametri di convergenza basilari e vincolanti su base interregionale. Oltre questa soglia, solidarietà e sussidiarietà potranno ulteriormente investire per elevare la esigibilità del diritto alla salute, con patti locali di solidarietà, condividendo e finanziando ulteriori gradi di tutela della salute su scala comunitaria.

PAROLE-CHIAVE CHE GUIDANO IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO

È possibile identificare un filo rosso di queste scelte, rappresentato da concetti e parole chiave comuni e ricorrenti, che attraversa i contenuti programmatici e trova conferma nell'oggettiva essenzialità delle serie statistiche.

Parole-chiave che richiamano una pluralità di messaggi, indicazioni, tratti di realtà, rappresentazioni statistiche, proposte e soluzioni, variamente rintracciabili all'interno del Piano sanitario nazionale, e nella fenomenologia descritta da questa RssP.

Dunque, identifichiamo — per costruire plurime correlazioni fra Psn e RssP — le seguenti parole chiave: *programmazione, responsabilità, appropriatezza, eguaglianza/equità, integrazione, qualità*.

Ciascuna di queste parole ha una sua storia all'interno del Sistema Sanitario italiano ed evoca strategie che devono svilupparsi consolidando progressivamente livelli più consistenti di razionalità gestionale e di efficace affronto dei problemi di salute, nel mentre si dedicano crescenti attenzioni ad aspetti che rispondono alle giuste attese dei cittadini.

Queste parole-chiave si prestano in modo del tutto peculiare a rappresentare i temi di fondo che connotano il dibattito in corso e attraversano tutte le produzioni scientifiche e normative riguardanti il presente ed il futuro del Sistema Sanitario italiano.

In relazione alle parole-chiave, si possono identificare, all'interno del Piano sanitario nazionale e della RssP, quei riferimenti che in modo particolare fanno emergere il valore aggiunto derivante dai contenuti concettuali e dalle prospettazioni operative sottese a ciascuna di esse.

Nel fare ciò si è tenuto presente che:

- il Piano sanitario nazionale è elaborazione programmatica la cui attuazione, *in fieri*, discende da una nutrita serie di azioni concorrenti (normative e gestionali) che devono essere prevalentemente realizzate da Regioni e Aziende USL. I riferimenti selezionati riguardano soprattutto queste azioni dal cui manifestarsi deriva la possibilità di conseguire gli obiettivi di Piano e il cui monitoraggio è, in buona parte, affidato alle informazioni ed ai dati che

le Relazioni sullo stato sanitario del Paese, sapranno raccogliere, interpretare e valutare.

- Questa RssP è orientata a fornire un primo riscontro di questo tipo. I punti estrapolati dal testo complessivo sono pertanto quelli che già, oggi, consentono un primo giudizio di merito sulle condizioni attuative di alcuni obiettivi di salute e di aspetti organizzativi e gestionali da cui dipende lo stato (recente o attuale) della offerta dei servizi sanitari.

A) PROGRAMMAZIONE

A.1) Il Piano sanitario nazionale

La concezione stessa del Piano indica una forte discontinuità con la sistematica progettuale espressa dai precedenti Piani sanitari nazionali.

In questa RssP si qualifica il Psn come un “documento profondamente innovativo, rispetto a precedenti documenti programmatori, per la molteplicità di obiettivi che assume; per le relazioni che stabilisce tra i vari livelli programmatori e che intende promuovere tra i vari soggetti che concorrono alla tutela della salute”.

Il patto che si propone alle istituzioni, al personale del Ssn e ai cittadini/utenti vive, dunque, di una progettualità diffusa e coinvolgente volta ad indirizzare gli sforzi comuni verso mete, generali e particolari, che richiamano stili di vita e azioni collettive; trattamenti sanitari per le patologie più gravi e diffuse e forme di tutela mirate alla fasce deboli della popolazione; ridefinizione di assetti organizzativi e rimozione di talune delle cause che provocano maggiore insoddisfazione nell'utenza.

All'interno dei capitoli che qualificano i contenuti programmatici (promuovere comportamenti e stili di vita per la salute; contrastare le principali patologie; migliorare il contesto ambientale; rafforzare la tutela dei soggetti deboli; portare la sanità italiana in Europa; troviamo — nella parte in cui si delineano le strategie per il cambiamento — la previsione di affrontare alcune, specifiche aree di programmazione e di attivare i corrispondenti processi elaborativi. Così, ad esempio, per quanto concerne l'implicita, complessa, opera di definizione dei “livelli essenziali d'assistenza” e l'esplicito richiamo sia all'elaborazione di programmi per l'abbattimento delle liste d'attesa, sia al “programma nazionale per le linee guida”. Si esplicitano ancora, inoltre: la previsione di predisporre norme d'indirizzo affinché le Aziende USL definiscano piani preventivi d'attività (volti a stabilire «volume e tipologia delle prestazioni, negozia-

ti con le strutture pubbliche e private e i professionisti, eroganti prestazioni sanitarie, accreditati"); la pianificazione aziendale degli interventi necessari per garantire la sicurezza nelle strutture sanitarie; la programmazione zonale degli interventi, quale primo adempimento per rendere effettiva e praticata l'integrazione sociosanitaria; la progettazione assistenziale individualizzata, che sostanzia il potenziamento delle attività d'assistenza domiciliare integrata; la pianificazione dei percorsi di formazione in sede aziendale.

Il Piano sanitario nazionale si presenta, dunque, in larghissima parte come un meta-programma i cui contenuti sono destinati a promuovere, precisare, tracciare i capisaldi essenziali di una pluralità d'ulteriori adempimenti programmatori posti a carico dello Stato, delle Regioni, delle Aziende.

A.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Il quadro della **programmazione regionale**, in applicazione del Psn, non è di certo esaltante. poche regioni, al giugno 1999, hanno predisposto (e non sempre approvato) il Piano sanitario regionale.

E per la componente sociosanitaria la situazione appare ancora più problematica (i Piani sociali sono pochissimi e la parte relativa all'integrazione, nei Psr, non gode di particolare sviluppo). Le osservazioni tratte dall'esperienza trovano, dunque, una conferma nell'obiettivo scarsità delle produzioni programmatiche regionali.

La **capacità di previsione** dimostrata dal normatore nazionale in occasione delle varie leggi finanziarie che si sono via, via succedute dal '96 ad oggi risulta essere, inoltre, ancora insufficiente.

La RssP, infine, evidenzia come, in relazione alla previsione di spesa per il personale; beni e servizi; farmaceutica convenzionata; medicina generale convenzionata e ospedaliera convenzionata si siano determinati sfondamenti più o meno consistenti.

B) RESPONSABILITÀ

B.1) Il Piano sanitario nazionale

Se, da un lato, nel testo del Psn non esiste un paragrafo esplicitamente dedicato al tema della *Responsabilità*; dall'altro lato, una molteplicità di contenuti chiama in causa, in modo implicito, svariati ambiti di responsabilizzazione.

Il primo coincide con l'insieme degli assetti organizzativi e gestionali afferenti al sistema dell'Azienda USL, in particolare:

- l'affiancamento all'assistenza ospedaliera di due, soli, altri livelli assistenziali — distrettuali e sanitario collettivo in ambienti di vita e lavoro — tende a valorizzare il ruolo del Dipartimento di Prevenzione, in coerenza con l'obiettivo di potenziare lo sviluppo delle funzioni di prevenzione; ricompone, all'interno del Distretto, tutte le attività d'assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero, con ciò eliminando — tramite questa "reductio ad unum" — i precedenti tre livelli relativi all'assistenza di base; all'assistenza specialistica e a quella semi-residenziale e residenziale. Cresce, conseguentemente la responsabilità di queste, due strutture organizzative nel realizzare le strategie di Piano all'interno dell'ambiente aziendale;
- per quanto concerne il Distretto, poi, tale responsabilità si trasfonde, specificandosi, nell'identificazione della figura del Responsabile di Distretto cui viene primariamente assegnato il compito di dirigere le "risorse professionali, economiche e d'altra natura" in esso presenti;
- il Piano, inoltre, richiama i temi dell'aziendalizzazione enfatizzando quegli aspetti cui si collegano, perspicuamente, fattori di responsabilità. Ad esempio: l'attivazione della contabilità economica (e di quella analitica per centri di costo) che postula la definizione di Centri di responsabilità corrispondenti alle principali articolazioni organizzative aziendali e la nomina dei corrispondenti titolari, la cui autonomia funzionale si correla alla responsabilità di gestione dei Budget assegnati. Ancora, si moltiplicano gli ambiti e gli strumenti di controllo; dalla valutazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi dati (che è pratica connaturata al processo di programmazione), al controllo del comportamento degli erogatori pubblici e privati (con particolare riguardo alla modificazione del mix delle attività erogate; alla appropriatezza delle prestazioni rese e alla qualità dell'assistenza).

Il secondo ambito di responsabilizzazione s'identifica con la pratica di comportamenti e stili di vita che incidono notevolmente sullo stato di salute di ciascun essere umano.

In rapporto ai quattro fattori considerati — alimentazione; fumo; alcol; attività fisica — il Psn individua il problema e fissa gli obiettivi e le conseguenti azioni atte a rimuoverlo o a ridurlo.

Pressoché tutte le azioni previste consistono in attività promozionali, di stimolo, educative, di limitazione dei consumi e degli abusi che richiamano e necessitano, per essere minimamente efficaci, una potente assunzione di responsabilità da parte dei cittadini, in genere, e di peculiari target di soggetti a rischio, in particolare.

B.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Nella RssP si evidenzia una netta distinzione fra responsabilità degli operatori e responsabilità degli utenti.

Trattando, ad esempio, al punto 3.4.2.2. della Assistenza farmaceutica convenzionata, la RssP rileva l'estrema variabilità del fenomeno prescrittivo (n. ricette) e del costo medio per ricetta nel panorama regionale italiano (si oscilla dalle 51.000 lire in Friuli-Venezia Giulia alle 39.000 lire della Regione Emilia-Romagna) e conclude: "il 1998 ha fatto registrare un aumento del numero di ricette rispetto agli anni precedenti con un conseguente aumento del costo-medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare, sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare gli operatori sanitari ed i cittadini ad un uso più ragionevole dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato".

Il capitolo *stili di vita e fattori di rischio* descrive lo stato dell'arte per quanto concerne i modi d'essere consoni a dimostrare se esiste, e in quale misura, da parte del cittadino, una gestione responsabile della propria salute con ciò fornendo un primo riscontro empirico agli obiettivi di salute formulati nel Psn.

Nel constatare come l'Italia abbia standard nutrizionali più salutaris rispetto ad altri paesi, la RssP, pone l'accento sul problema dell'obesità. In Italia il fenomeno è in aumento; cresce con il crescere dell'età; si manifesta in percentuali più consistenti a mano, a mano che si passa dal Nord al Centro-Sud e, soprattutto, riguarda più gli uomini che le donne.

L'abitudine al fumo — altro fenomeno su cui il Psn prevede di intervenire — presenta un andamento sostanzialmente positivo, per quanto concerne una costante tendenza al decremento, anche se i valori di consumo rimangono molto al di sopra delle percentuali fissate dal Piano.

Il consumo di alcol, infine, cambia in rapporto alla tipologia del prodotto (meno vino; più superalcolici e birra); alla età del bevitore (i più giovani consumano di più, fuori pasto, alcolici e birra) e al suo sesso (i maschi giovani, assai di più delle donne di pari età). Ciò configura una realtà quasi speculare rispetto a quella che rappresentava i comportamenti giovanili nei confronti del fumo. Una elevata tendenza alla riduzione del consumo,

in quest'ultimo caso, contrapposta ad una propensione de-responsabilizzante (innescata da noia e stress da tempo libero) verso l'assunzione di sostanze alcoliche.

Un ulteriore aspetto che segnala comportamenti corroborati da scarsa responsabilità nell'esercizio di competenze istituzionali è posto in rilievo dalla RssP al punto 3.5.5. "gli interventi ex art. 20 L. 67/88". Nonostante che i meccanismi di fruizione dei finanziamenti si siano, nel tempo, modificati divenendo più agili e tempestivi, i ritardi e le omissioni nel loro utilizzo, in particolare, nelle Regioni del Sud continuano.

Con una assegnazione, al 1996, di circa 3.000 miliardi, i programmi partiti in ritardo presentano particolari criticità (confermate, dalle numerose richieste di proroga dei termini previsti per lo sviluppo del procedimento relativo alla realizzazione delle opere).

Un tale dato di fatto ha suggerito al Ministero della Sanità la opportunità di costituire una sorta di "osservatorio delle soluzioni" che rappresenti una "occasione di scambi e condivisione delle informazioni a supporto di quelle strutture (regionali e locali) che hanno minore facilità nella programmazione/realizzazione degli interventi".

C) APPROPRIATEZZA

C.1) Il Piano sanitario nazionale

Il Psn pone, fra le proprie idee forti, quella di "promuovere l'uso appropriato dei servizi" e, coerentemente, affronta alcune delle aree di intervento in cui si esprimono le varie anime della appropriatezza:

- **appropriatezza clinica e dei trattamenti assistenziali**

Il Piano prevede di avviare un "Programma nazionale per la elaborazione, la diffusione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici".

Lo sviluppo delle linee guida è orientato a:

- selezionare le condizioni cliniche e gli interventi sanitari secondo criteri espliciti di priorità;
- interessare tutti i potenziali destinatari (operatori, cittadini, amministratori) nelle fasi di elaborazione, diffusione e valutazione;
- coinvolgere diversi livelli di responsabilità del Ssn nelle fasi di elaborazione (raccolta e analisi delle evidenze scientifiche utilizzabili per la costituzione delle linee guida); di diffusione delle linee guida in modo che entrino nella pratica assistenziale; di

verifica del loro impatto sulla qualità e sui costi dell'assistenza. Dopo aver indicato le prime dieci linee guida da predisporre entro il primo anno di validità, il Piano specifica che devono essere considerate come prioritarie le indicazioni cliniche relative alle prestazioni erogabili con l'evidente intento di ridurre l'uso inappropriato della degenza ospedaliera.

- **appropriatezza nel garantire standard strutturali e assistenziali**

Il riconoscimento, alle strutture sanitarie pubbliche e private, del possesso dei requisiti indispensabili per garantire una assistenza di qualità può essere tradotta in una sintesi valutativa di appropriatezza.

Tali strutture, se riconosciute capaci di garantire un appropriato standard di qualità assistenziale, vengono accreditate. Il grande, nuovo e difficile capitolo dell'accreditamento si fonda, dunque, su di un giudizio complessivo di appropriatezza.

- **appropriatezza nella definizione delle tipologie e delle quantità di interventi ritenuti essenziali**

A ciò servono i Piani preventivi di attività (già previsti, peraltro, dalla L. 549/95) attraverso i quali si definisce il volume e la tipologia delle prestazioni negoziate con le strutture pubbliche e private e con i professionisti accreditati. L'appropriatezza ad essi sottesa consiste nel far sì che tali tipologie e volumi siano compatibili con i livelli di spesa programmati e con la qualità dell'assistenza prestata.

C.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

I dati relativi agli indici di vecchiaia indicano una duplice tendenza: l'innalzarsi del livello della speranza di vita e, contemporaneamente un decremento della speranza di vita libera da disabilità.

Una popolazione sempre più vecchia e con uno stato di autonomia sempre più precario, pone, in prospettiva, pesanti interrogativi al Sistema Sanitario del nostro paese.

Le malattie croniche non letali a lento decorso, provocano danni di consistenza variabile alle sfere della mobilità, delle funzioni di auto-accudimento e della comunicazione e alimentano una domanda assistenziale la cui soddisfazione dipende, in misura sempre maggiore dalla predisposi-

zione di servizi opportunamente modulati, in termini di appropriatezza, in rapporto ai diversi livelli di non auto-sufficienza.

Le considerazioni già espresse precedentemente in merito ad un eccesso di prescrizione farmaceutica pongono, inevitabilmente anche problemi di uso appropriato del farmaco, a partire dal rispetto delle note CUF, rispetto alle quali, l'appropriatezza riverbera, non solo sugli aspetti della efficacia terapeutica ma anche su quelli dell'equa partecipazione degli utenti al costo del Servizio sanitario nazionale.

Trattando al punto 3.4.3.2 degli "Ospedali pubblici: strutture ed attività", la RssP rimarca come l'*offerta* di posti letto per acuti, pur essendosi decrementata dal '96 al '98, rimane superiore agli standard fissati dal legislatore (4,5‰ di pp.ll. per acuti, a fronte di un 5,2‰ reale) e quella di posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie si conferma, invece, ancora sottodimensionata rispetto ai parametri standard (0,6‰ reale a fronte di una previsione dell'1‰)

La insufficiente diversificazione dell'offerta di ricovero, abbinata al fatto che dei 140.000 posti previsti in R.S.A. dedicate ad anziani e disabili, solamente 24.141 sono stati, fino ad ora, realizzati, è la causa verosimile di un ricorso inappropriato alla degenza ospedaliera sia pubblica che privata.

D) EGUAGLIANZA/EQUITÀ

D.1) Il Piano sanitario nazionale

"Diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute" è un'altra delle *idee forti* che qualificano il Psn. Partendo dalla constatazione che "le persone, i gruppi sociali e le aree geografiche meno avvantaggiati presentano un maggior rischio di morire, di ammalarsi, di subire una disabilità, di praticare stili di vita rischiosi", il Piano giunge alla conclusione che "le politiche per la salute devono contrastare le disuguaglianze irrobustendo le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico".

Queste premesse trovano una corrispondenza puntuale in almeno tre scelte che il Psn coerentemente sviluppa:

- **il rafforzamento delle garanzie di assistenza** che devono essere date ai *soggetti deboli*, ovvero a "tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità". Vi rientrano gli stranieri immigrati; i tossicodipen-

denti; i malati di mente, i minori a rischio e, in particolare, i disabili al di sotto della soglia di povertà che necessitano di interventi programmati, continuativi e integrati; gli anziani gravemente non autosufficienti e le persone nella fase terminale della vita.

- La introduzione dei **livelli essenziali di assistenza**, intesi come quell'insieme di interventi necessari (per rispondere ai bisogni fondamentali) e appropriati (in ordine alle esigenze di salute e alle modalità di erogazione delle prestazioni) che devono essere garantiti uniformemente su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute. Questi ultimi riferimenti alla disomogeneità delle esigenze assistenziali e delle situazioni a rischio opera un potente richiamo al principio della equità di fruizione delle risposte in rapporto, sia alle condizioni di accesso, sia all'impiego delle risorse.
- La identificazione — in coerenza con la introduzione del criterio della uniformità distributiva della offerta essenziale — di alcuni dei principali fattori di diseguaglianza: la inadeguata offerta dei servizi; la carenza di informazioni su disponibilità e modalità di accesso; la presenza di tempi di attesa elevati in rapporto alle necessità assistenziali. In particolare, sui tempi di attesa si è concentrata l'attenzione, non solo del Psn ma anche di altri provvedimenti normativi. Essi, infatti, sono rivelatori, non solo di un profondo e diffuso disagio, ma anche di una percezione di iniquità che gli utenti normalmente esprimono confrontando la disparità evidente fra il trattamento cui è sottoposto chi fruisce delle prestazioni (ambulatoriali; di accertamento diagnostico; di trattamento in day-hospital o in costanza di ricovero) istituzionalmente garantite dalla Azienda tramite il proprio personale dipendente e chi può permettersi, invece, di ricorrere alla offerta di prestazioni in regime libero-professionale (intra-moenia) garantite da quelle stesse unità di personale.

D.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Nell'illustrazione, al punto 3.5, della "gestione finanziaria del Ssn", la RssP evidenzia che:

- il Ssn è sostanzialmente finanziato tramite i prelievi che derivano dalla fiscalità generale (regionale e statale);

- sempre di più – attraverso l'applicazione dei ticket – i cittadini concorrono, anche se per importi relativamente modesti, ad incrementare la voce entrate proprie dei bilanci aziendali;
- il finanziamento complessivo risulta essere, comunque, insufficiente a coprire la spesa complessiva, con ciò determinandosi un disavanzo (nel 1998, di circa 9.100 miliardi).

Questo stato delle cose comporta una duplice riflessione:

- il sistema sanitario italiano ha natura universalistica e si fonda sul principio di solidarietà fiscale, fatto di transazioni fra chi più contribuisce e chi più usufruisce, al bisogno, delle prestazioni assistenziali;
- questo meccanismo, intrinsecamente equitativo, non è più sufficiente a coprire l'intero fabbisogno finanziario. Ne deriva, conseguentemente, la necessità di controllare con maggiore incisività la domanda introducendo, quale deterrente, la compartecipazione ai costi da parte dell'utente (ticket) e – considerato che anche questa misura si rivela insufficiente – di raffreddare l'offerta tramite l'introduzione di elementi di selettività più consistenti attraverso l'identificazione dei "servizi e delle prestazioni essenziali".

In merito a questi aspetti, la RssP – riferendo sinteticamente dei risultati scaturiti dalla "indagine conoscitiva sul grado di soddisfacimento dei cittadini nel rapporto con le strutture del Ssn" – sottolinea come già oggi, pur nella precarietà di uno status organizzativo e gestionale che ha richiesto significativi mutamenti, il sistema sanitario italiano è orientato a rispondere alle esigenze di uguaglianza e di equità manifestate da larghi strati sociali. Il fatto, ad esempio, che le *categorie deboli* (coloro che per motivi economici o di limitata autonomia vivono una situazione di svantaggio e, in particolare, i soggetti anziani e quelli con i più bassi livelli di istruzione) risultino tendenzialmente soddisfatte dal Ssn, rappresenta un elemento certamente positivo. Ancora, la recente indagine sulla "Qualità dei servizi ai cittadini del Ssn", promosso nel quadro del "programma nazionale di supporto alla Carta dei Servizi" indica che, su 313 Aziende (fra USL e Ospedaliere) censite, la percentuale di esperienze di miglioramento dei servizi all'utente risulta essere molto elevata (oltre il 30%) in rapporto a specifici segmenti di utenza che coincidano con fasce deboli: anziani; minori; tossicodipendenti; malati cronici; ecc... La RssP, al riguardo, commenta: "la concentrazione di interventi in quest'ambito sembrerebbe dimostrare che l'innovazione del Ssn tende a concentrare i suoi sforzi per favorire i gruppi più avvantaggiati, in un'ottica di ricerca dell'equità e di focalizzazione delle risorse".

E) L'INTEGRAZIONE

E.1) Il Piano sanitario nazionale

L'ennesima *idea forte* — “percorrere le strade della integrazione sociosanitaria” — esprime già, in nuce i capisaldi che consentono di perseguire questo obiettivo strategico per la ottimizzazione del rapporto fra l'efficacia e l'efficienza di una molteplicità di interventi. Capisaldi che vengono ripresi e specificati in un apposito paragrafo: “l'integrazione sanitaria e sociale”. In esso:

- si definisce sinteticamente quale sia il *valore aggiunto* che la integrazione fornisce ai contenuti assistenziali e quali siano i fattori su cui, in particolare, esercita il proprio influsso trasformatore. La “integrazione delle responsabilità e delle risorse” rappresenta, dunque, una condizione essenziale per migliorare la efficacia degli interventi incidendo “sulla continuità assistenziale”; invertendo i “rapporti fra ospedale e territorio, tra cure residenziali e domiciliari, tra medicina generale e specialistica”.
- si definiscono alcune premesse essenziali al corretto esercizio di ogni processo di integrazione:
 - la programmazione zonale degli interventi, con il concorso dei diversi soggetti istituzionali e sociali;
 - la priorità strategica che la integrazione deve vedersi riconosciuta nei Piani regionali;
 - la destinazione di risorse vincolate alle Aree ad elevata integrazione sanitaria.
- si identificano tre dimensioni della integrazione (al cui interno occorre attuarne e verificarne i contenuti):
 - la integrazione istituzionale, che “nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute”;
 - la integrazione gestionale, che “si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel Distretto e in modo specifico in diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni”;
 - la integrazione professionale, che è “strettamente correlata alla adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale”.

Il Psn identifica, inoltre, nel Distretto il luogo organizzativo elettivamente destinato alla integrazione. Lo individua, più specificamente, come:

- la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (FSN, Comuni, solidarietà sociale);
- la struttura operativa che, in modo unitario, garantisce la “integrazione gestionale”.

Inoltre, in paragrafo apposito, il Distretto:

- lo si descrive:
 - sia come un centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale;
 - sia come “struttura operativa dell’Azienda USL”. L’autonomia gestionale del Distretto è realizzata nell’ambito dei programmi approvati dall’Azienda, tenendo conto dei “piani di zona”, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali.
- si correla, inoltre, il suo assetto organizzativo ad alcune variabili che sanciscono il superamento del “1 livello o del pronto intervento” di antica memoria (art. 15 L. 833/’78): “il numero dei processi assistenziali e la relativa composizione delle prestazioni definiscono il profilo organizzativo del Distretto”.
- si colloca, infine, nell’ambito distrettuale la sede in cui sviluppare la funzione: educativa; di promozione della salute; di riferimento immediato e diretto per le famiglie e le persone, di regolamentazione dell’accesso al Ssn, dei medici e dei pediatri di base. Questi, inoltre, sono considerati un fattore produttivo del Distretto e sono conseguentemente “integrati nell’organizzazione distrettuale” al cui interno svolgono un ruolo centrale.

Il Psn, dedica attenzione peculiare — inoltre — alla “assistenza domiciliare integrata”: servizio, questo, che “richiede un cambiamento di prospettiva sostanziale: dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici, alle strutture e alle professioni che assumono come centro di gravità le persone con i suoi bisogni”.

Infine, si può osservare come tutto il Piano sanitario nazionale segni una forte discontinuità rispetto al passato, per “passare dal governo della sanità a politiche per la salute e, spiccando un ulteriore salto in avanti, dalla sola terapia alla prevenzione delle malattie, da questo alla promozione della salute”.

Una simile impostazione richiede la cooperazione di una molteplicità di

soggetti, istituzionali e non istituzionali, e lo sviluppo di azioni, programmatiche e operative, integrate (coinvolgendo più attori istituzionali - Comuni, Scuola, etc... - e non istituzionali - no profit, volontariato, etc...-).

E.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Dai dati non si coglie alcun riferimento specifico al tema della integrazione. Appare implicitamente confermata, peraltro, nel capitolo — “stili di vita e fattori di rischio” — la esigenza del forte coinvolgimento, programmatico e operativo, di una pluralità di attori se si vuole incidere su dimensioni culturali e comportamentali che trascendono largamente la sola sfera della tutela sanitaria.

Inoltre, lì ove la RssP (punto 3.4.3, “assistenza ospedaliera”) nota come “nell’ambito delle attività di organizzazione delle strutture ospedaliere finalizzate all’adeguamento agli standard di dotazione di posti letto si evidenziano ancora degli squilibri: un’eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza, un non adeguato ricorso a modalità organizzative alternative al ricovero ordinario (attività a ciclo diurno, ospedalizzazione domiciliare, etc...)”, si legge, in controluce, la implicita carenza di uno sforzo mirato alla integrazione gestionale tramite la realizzazione di reti di servizi.

F) LA QUALITÀ

F.1) Il Piano sanitario nazionale

Le strade della qualità percorrono diffusamente tutta l’area rappresentata dai contenuti di Piano.

- Si conferma la qualità di struttura, di processo e di esito collegata all’accreditamento delle strutture sanitarie. Qualità che diviene la premessa indispensabile affinché le strutture accreditate possano rappresentare la risposta più appropriata — in una logica di rete — alle svariate condizioni di bisogno espresse dalla popolazione utente.
- Si coglie implicitamente un forte riferimento a requisiti di qualità nell’ambito dell’obiettivo di migliorare la sicurezza delle strutture sanitarie pubbliche e private. In questo ambito le dimensio-

ni della qualità fanno riferimento esclusivo alla struttura (ambienti e tecnologie) ed ai processi di lavoro.

- Una qualità che si alimenta tramite la crescita dello spessore culturale del personale operante all'interno del Ssn. Allo scopo il Piano prevede la *programmazione della formazione* — in riferimento ai tre macro-livelli assistenziali (Prevenzione; Ospedalità; servizi territoriali) — da parte di ciascuna Azienda contestualmente alla predisposizione dei programmi di attività. In particolare, si sottolinea la necessità del potenziamento della *formazione manageriale*, rivolta alle “categorie di operatori più direttamente impegnate nella gestione delle risorse e dei servizi e con precipua attenzione alle tecniche gestionali e alla promozione della qualità”.
- Una qualità che traspare — con riferimento implicito a quella sua componente che è rappresentata dalla ottimalità delle tecniche e degli approcci clinico-professionali sottesi ai trattamenti sanitari — alla predisposizione a validazione delle linee guida. In questo caso si tratta essenzialmente di qualità di processo e di esito.
- Infine, il Piano vara un “Programma nazionale per la qualità”, finalizzato a “rendere sistematico l'orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la dimensione professionale, quella organizzativo-aziendale e quella relazionale dell'assistenza”.

F.2) La Relazione sullo stato sanitario del Paese

Tutta l'ultima parte della RssP — il cap. 3, al paragrafo 3.6 — è dedicata al “Tema della qualità nel Ssn”.

Facendo riferimento ad una serie di indagini promosse e finanziate dal Ministero della Sanità, si forniscono alcuni, primi ma interessanti, dati e informazioni in merito alla valutazione che l'opinione pubblica esprime nei confronti del Ssn (una ricerca tutta giocata sulla qualità percepita). Le conclusioni cui si perviene attengono, in prima battuta, alle differenze valutative che distinguono la professionalità degli operatori — in genere considerata un punto di forza (apprezzatissimo, risulta essere il ruolo del medico di famiglia) — rispetto ai temi dell'accesso e della disponibilità dei servizi — universalmente giudicati punti di debolezza — e, in seconda battuta, all'indice di gradimento relativo alle diverse categorie dei servizi: massimo per i servizi territoriali; intermedio per quelli ospedalieri e minimo per i servizi di front-office, tramite i quali l'utente impatta con i vincoli amministrativi, la dimensione temporale dell'offerta (liste di attesa) e

la velocità di accesso ai servizi assistenziali (code).

In altri termini il professionista appare essere collocato al centro del sistema ma non viene identificato con esso. Ne consegue che risultano essere di maggiore gradimento i servizi percepiti come risultato diretto dell'impegno professionale; all'opposto, ricevono la valutazione meno positiva quelli vissuti come espressione diretta dell'anima burocratica del sistema sanitario.

Inoltre, si segnalano i contenuti essenziali di una ulteriore indagine — il "Rapporto sulla qualità dei servizi" — che segnala le realizzazioni delle Aziende Sanitarie in tema di miglioramento dei rapporti con gli utenti.

Da un ragguardevole campione di risposte pervenute da Aziende USL, Aziende Ospedaliere, IRCCS, Policlinici e Case di cura accreditate è possibile trarre un interessante spaccato sul numero dei reclami presentati globalmente — nel periodo agosto '96/dicembre '97 — sull'incidenza percentuale che, all'interno di tale numero, hanno i reclami suddivisi per "fattore di qualità del servizio" (ad esempio, ai primi 4 posti: tempi di attesa; aspetti burocratici; carenza di infermieri e aspetti relazionali) e sulle iniziative di miglioramento avviate dalle Aziende a seguito dell'analisi di detti reclami.

Ne risulta una confortante immagine di buona sanità; i servizi sanitari mostrano infatti, una elevata sensibilità ad attivarsi per migliorare il rapporto con il cittadino/utente e la decisa aggressione ad alcuni dei "fattori negativi" che provocano le più acute manifestazioni di insoddisfazione da parte degli utenti.

G) CONCLUSIONI

La RssP attraverso le elaborazioni statistiche e i compendi informativi che la compongono, fornisce un riscontro sullo stato di attuazione di alcuni dei principali obiettivi di salute e mutamenti organizzativi contenuti nel Psn e, al contempo, rileva le carenze, i ritardi e le incongruità che limitano tale processo attuativo e che richiedono, con forza, un impegno ulteriore destinato a ridurne, nel prossimo futuro, la portata negativa.

L'analisi effettuata tramite l'impiego delle sei parole-chiave tenta di far emergere con evidenza — in rapporto a contenuti particolarmente significativi sul versante delle strategie che devono guidare la trasformazione in atto nel Servizio Sanitario italiano — la visione di insieme di alcuni dei più rilevanti spunti innovativi contenuti nel Piano Sanitario alla luce delle concrete condizioni applicative che l'osservazione della realtà in essere consente di cogliere.

In sintesi, si può osservare come il processo di cambiamento sia iniziato, ma stenti a dispiegarsi compiutamente, frenato in molte sue fasi, oppure stia germinando ma abbisogni di ulteriori stimoli e sostegni. Il Decreto Legislativo 229/99 si colloca, rispetto al Piano, in una logica di coerente continuità. Ne accoglie, infatti, le sollecitazioni per inserirle all'interno di un contesto normativo che intende dare loro risposta, sia intervenendo sull'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale che più facilmente si pensa possa garantire le realizzazioni attese, sia ponendo le premesse affinché — in altre sedi concorrenti (regionali e locali) — si disciplinino strumentazioni operative idonee allo scopo.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 1

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**1.1. STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO**

Lo stato di salute di una popolazione, oltre che un indicatore dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni erogate dal sistema sanitario, è il risultato della responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti, dal cittadino agli operatori sanitari, agli organi politici. Difatti lo sviluppo di una coscienza civile e di azioni volte alla prevenzione e alla promozione della salute sono elementi essenziali per garantire il benessere fisico, psichico e sociale di tutti i cittadini.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ribadisce il ruolo fondamentale di ogni componente della società, come cittadino o come operatore del sistema sociale, sanitario ed economico, nell'assicurare, da un lato, la promozione e l'adozione di comportamenti volti al miglioramento dello stato di salute e alla prevenzione delle malattie e, dall'altro, il buon funzionamento dei servizi e l'efficacia degli interventi.

L'analisi delle disuguaglianze nei confronti della salute tra gruppi sociali e aree geografiche pone in evidenza come tra i determinanti rientrino una molteplicità di fattori. Tra questi l'ambiente di vita e di lavoro, i comportamenti e gli stili di vita sembrano prevalere rispetto ad altri, quali l'accesso ai sistemi di cura e la dotazione di risorse materiali. Lo stato di salute risulterebbe così fortemente condizionato più che dall'offerta e qualità delle prestazioni, dall'esposizione a fattori di rischio, a loro volta connessi con la realtà ambientale e sociale in cui opera l'individuo e con le azioni da questo intraprese.

Diventa quindi prioritario approfondire questi aspetti per poter capire, da un lato, quali siano i fattori di rischio e i comportamenti individuali associati alla presenza di patologie e ad una cattiva qualità della vita e, dall'altro, quali azioni è opportuno promuovere al fine di ridurre le disuguaglianze e garantire un migliore stato di salute della popolazione.

L'Obiettivo I del PSN 1998-2000 propone di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati, attraverso azioni concernenti l'alimentazione, il fumo, il consumo di alcol e l'attività fisica.

**Obiettivo I
del Psn 1998-2000**

1.1.1. L'alimentazione

La letteratura ha ormai posto in evidenza l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di particolari patologie quali le malattie cardiovascolari, alcune forme tumorali, il diabete, ecc. Mentre è ormai noto che l'eccessivo consumo di determinati alimenti costituisce un fattore di rischio nell'insorgenza di tali patologie. Anche il modo di cucinare e consumare i cibi diventa determinante per la salute facendo assumere all'alimentazione un ruolo fondamentale nella qualità della vita della popolazione.

Il modello alimentare del nostro Paese, di tipo mediterraneo, è stato più volte riconosciuto come uno dei principali fattori a favore di un migliore stato di salute e di una più prolungata sopravvivenza degli individui. In tempi più recenti però il modificarsi degli stili alimentari, per effetto dell'assunzione di stili di vita più frenetici, ha portato a modificare in alcuni casi il corretto ed equilibrato rapporto con l'alimentazione.

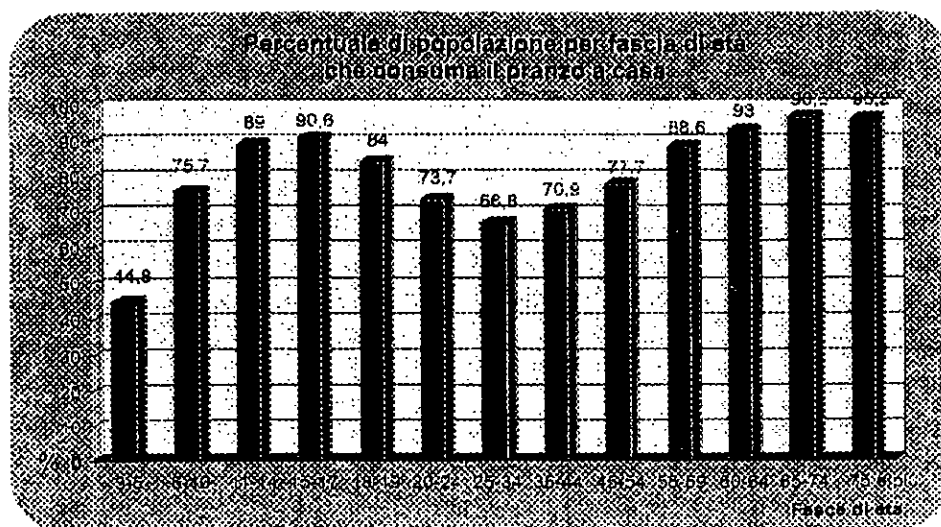
L'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente dall'ISTAT evidenzia che l'Italia è ancora lontana da un'ampia diffusione del modello dei paesi occidentali, tipico degli Stati Uniti, basato sul pasto veloce, consumato in fretta, ricco di grassi di origine animale e povero di frutta e verdura. I dati relativi al 1998 evidenziavano che il pranzo costituisce infatti ancora nella gran parte dei casi il pasto principale (per il 72,7% della popolazione di 3 anni e più) e molto spesso è consumato a casa (77,6%), garantendo così una scelta degli alimenti e una composizione dei cibi e degli ingredienti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa.

Quelle che sembrano essere delle buone abitudini subiscono però delle variazioni in relazione ad alcuni segmenti di popolazione: l'appartenenza a particolari classi di età, a determinate aree geografiche e, soprattutto, a specifiche categorie professionali sembrano influire sugli stili di vita e quindi anche sugli stili alimentari.

Con riferimento all'età, nei bambini il pranzo è ancora il pasto principale, anche se una quota non trascurabile (pari al 12,5% per i bambini da 3 a 5 anni e al 16,6% per quelli con 6-10 anni) mangia più a cena che a pranzo, risentendo probabilmente degli stili di vita dei genitori. Tra i più piccoli (3-5 anni) inoltre è molto frequente che il pranzo venga consumato fuori casa, principalmente nelle mense delle scuole materne (54%). Per garantire un'alimentazione equilibrata è quindi necessario effettuare controlli delle mense scolastiche e informare i genitori circa una scelta adeguata degli alimenti per la cena.

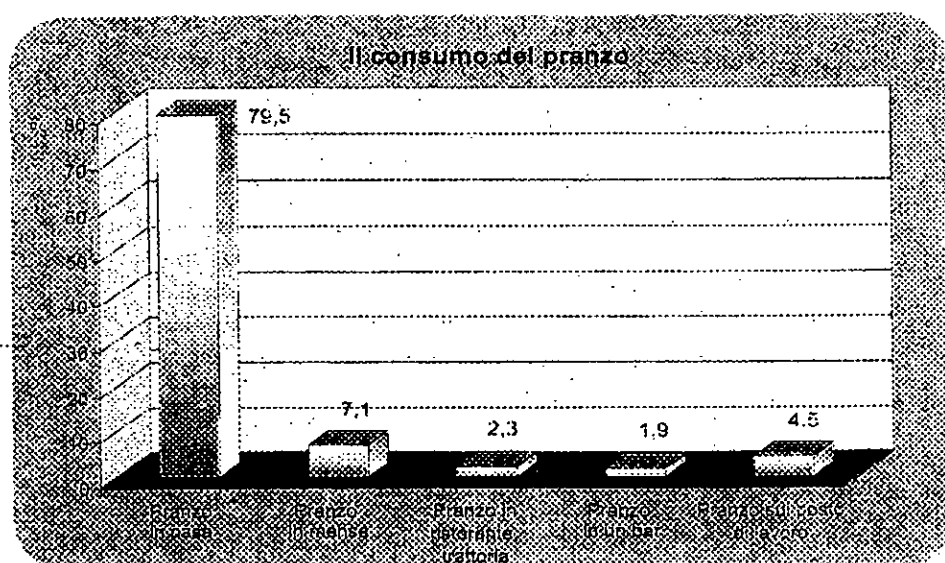
Ma è soprattutto il lavoro a discriminare e condizionare rispetto agli stili alimentari: la cena diviene il pasto principale per il 34,5% dei lavoratori e per i dirigenti, imprenditori e liberi professionisti tale percentuale supera il 40%; coloro che riescono a consumare il pranzo a casa sono solo il 59,6% degli occupati.

Il lavoro
condiziona
le abitudini
alimentari



Fonte ISTAT: "Indagine Multiscopo"

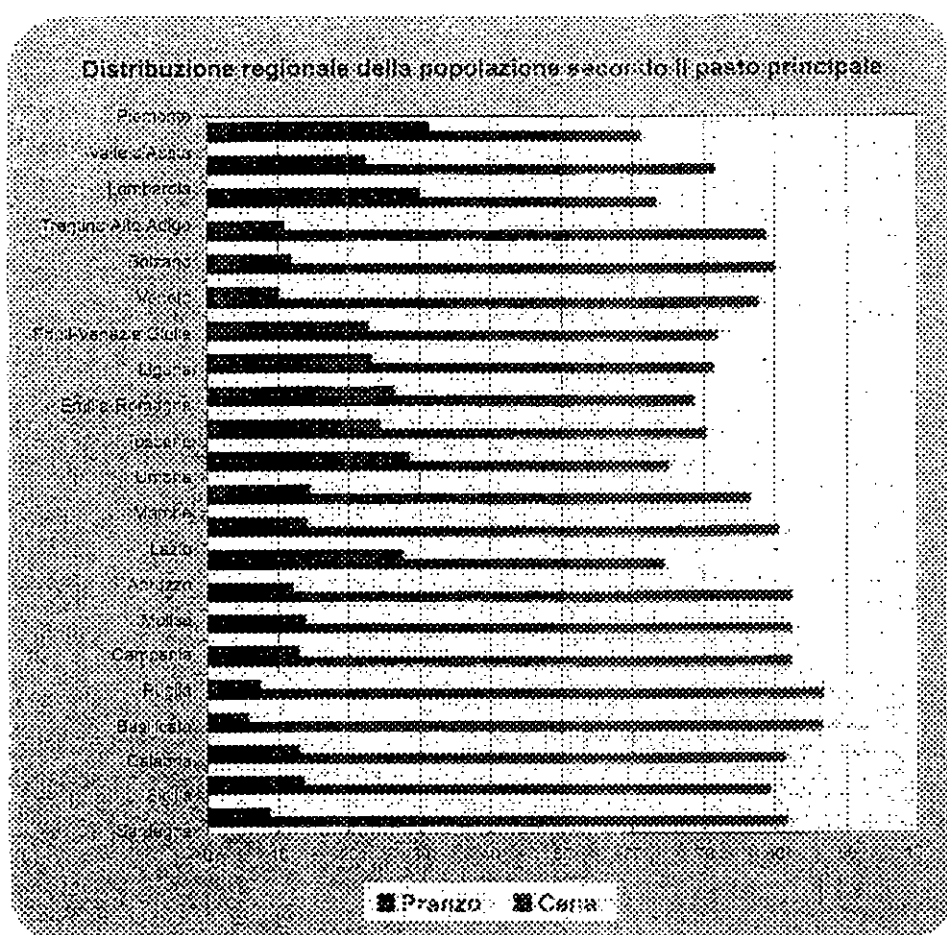
La scelta del luogo in cui si pranza rappresenta un fattore discriminante rispetto all'assunzione di stili alimentari salutarì e varia a seconda della posizione professionale. Maggiormente condizionati dalla rigidità degli orari di lavoro sono i direttivi, quadri, impiegati e intermedi che solo nel 56,6% dei casi riescono a consumare il pranzo in casa, seguiti dagli operai e apprendisti (57,7%).



Fonte ISTAT: "Indagine Multiscopo"

Queste sono anche le categorie professionali che usufruiscono più di altri delle mense (rispettivamente 13,7% e 11,5%). I dirigenti, gli imprenditori e i liberi professionisti consumano il pranzo principalmente in trattorie e ristoranti (11%), ma insieme ai direttivi, quadri e impiegati sono anche i più assidui frequentatori di bar (rispettivamente 7% e 5,2%). Questi costituiscono quindi il segmento di popolazione che sta assumendo nuove abitudini alimentari, di stampo americano, basate sul "fast-food". Tali comportamenti sono inoltre più evidenti nelle aree di grande urbanizzazione, dove le lunghe distanze e il traffico impongono ampi tempi di spostamento e inducono a stili alimentari meno salutari.

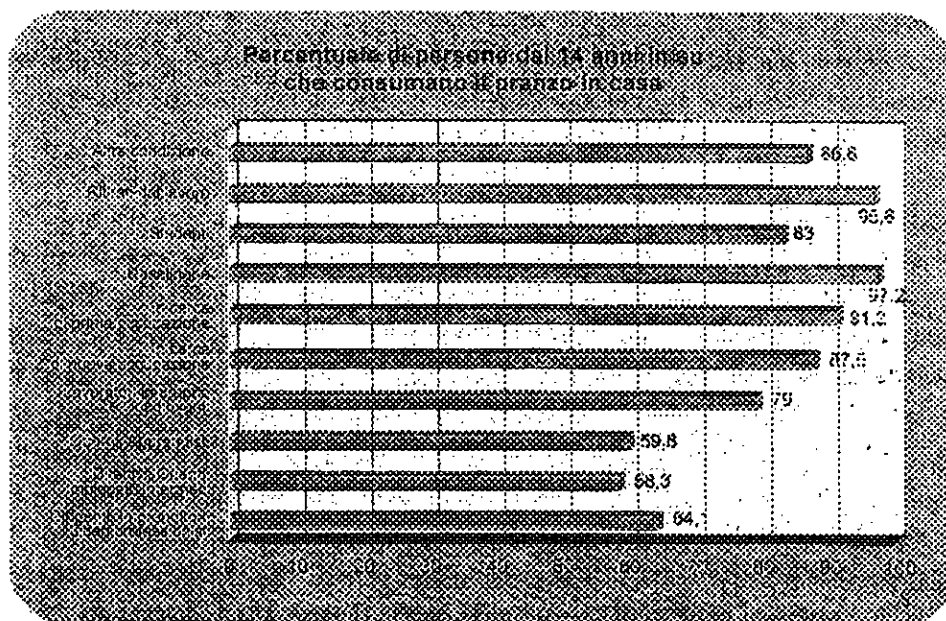
Alle diverse abitudini in fatto di alimentazione si accompagnano anche differenziazioni in termini di quantità e qualità dei cibi.



Page 1541 of 1541

Ad esempio con riferimento alla colazione appare inadeguato il comportamento del 23,3% della popolazione che si limita a bere un tè o un caffè o la salta completamente. Inoltre, a differenza del pranzo e della cena, l'abitudine alla prima colazione non sembra essere influenzata dagli stili di vita o dall'attività lavorativa, in quanto risulta indipendente dalla categoria di appartenenza della persona. In questo caso appare quindi determinante il ruolo fondamentale dell'informazione a favore della promozione dell'abitudine di fare la prima colazione e dell'adeguatezza da un punto di vista nutrizionale.

**La prima colazione
non è influenzata
dal lavoro**



Fonte ISTAT: "Indagine Multiscopo"

L'adeguatezza nutrizionale va comunque analizzata considerando il complesso delle abitudini alimentari. Difatti il PSN 1998-2000 pone obiettivi specifici riferiti alla distribuzione percentuale dei principi nutritivi nell'alimentazione giornaliera complessiva degli individui. In particolare gli adulti dovrebbero assumere una percentuale di energia derivante da grassi non superiore al 30% e quella derivante da grassi saturi inferiore al 10%. Allo stesso tempo la percentuale riferita ai carboidrati deve essere superiore al 55% e quella derivante da zuccheri inferiore al 10%. La quantità di sale da cucina, infine, che costituisce un importante fattore di rischio in presenza di ipertensione, deve essere inferiore a 6 grammi al giorno.

Fortunatamente l'Italia ha una tradizione alimentare che garantisce standard nutrizionali più salutaris rispetto ad altri Paesi, ma l'elevata variabilità delle specialità gastronomiche regionali determina anche forti differenze a livello territoriale.

In generale la quota principale dell'alimentazione è di origine vegetale: il frumento (sotto forma di pane, pasta e pizza) e la frutta, presenti quotidianamente, hanno un ruolo fondamentale e costituiscono gli elementi unificanti con alti livelli di diffusione in tutte le regioni. Il consumo quotidiano di verdure e ortaggi è rilevante ma appare differenziato nel territorio, maggiore al Centro-Nord e minore al Sud per una più ampia diffusione in quest'ultima ripartizione di piatti unici e di legumi secchi.

Il consumo di carne e salumi prevale ovunque rispetto a quello di pesce, che comunque è più frequentemente presente in tavola in Campania, Puglia e Sicilia.

**L'età condiziona
le abitudini
alimentari**

Le abitudini alimentari si modificano anche con l'età. I bambini e i minorenni consumano più latte e formaggi degli adulti, ma a questo aspetto positivo si accompagna anche un maggior consumo di carne (in particolare di carni rosse) e di salumi, mentre la frutta non è consumata quotidianamente dal 23% circa di coloro che hanno da 3 a 10 anni.

Per quanto riguarda i grassi è importante considerarne la composizione, in quanto è nota la correlazione positiva osservata tra l'assunzione di acidi grassi saturi e l'insorgenza di malattie cardiovascolari. Anche in questo caso la tradizione alimentare degli italiani rappresenta un fattore protettivo, in quanto è elevato il consumo di olio di oliva, utilizzato sia per il condimento a crudo dei cibi (96,1%), sia per la loro cottura (94,6%). Ma il valore medio nazionale nasconde differenze territoriali importanti: nella cottura dei cibi l'olio di oliva è usato da oltre il 95% della popolazione residente al Centro-Sud, mentre le regioni del Nord, con l'esclusione della Liguria e dell'Emilia Romagna, presentano il numero più basso di consumatori di olio di oliva o grassi vegetali.

La quantità e la qualità dei cibi assunti possono costituire fattori di rischio per la salute degli individui e, di conseguenza, imporre nel corso della vita il ricorso a regimi dietetici particolari. Dall'indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" condotta dall'ISTAT nel 1994 emergeva che il 13,5% della popolazione con più di 17 anni seguiva un regime dietetico particolare, nel 62,5% dei casi prescritto dal medico, e tale percentuale aumentava al crescere dell'età: 17,4% dopo i 45 anni e 21,2% dopo i 65 anni.

**Obesità
come fattore
di rischio**

All'alimentazione è poi associato un altro importante fattore di rischio rappresentato dall'obesità, anch'essa oggetto di trattazione nel PSN 1998-2000, che prescrive una riduzione del numero di individui obesi. In presenza di un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, si è più facilmente soggetti ad alterazioni organiche e del metabolismo che, nei casi di obesità e in misura maggiore nell'obesità grave, sono associate ad un aumento del rischio di morte per tutta una serie di cause, prime fra tutte il diabete, le malattie cardiovascolari e l'ipertensione. La conoscenza della diffusione di tale problema nella popolazione riveste dunque particolare importanza sia in un'ottica

epidemiologica che in un'ottica di programmazione sanitaria per meglio indirizzare politiche di prevenzione.

In epidemiologia viene considerato come indicatore di densità l'indice di massa corporea (Imc), calcolato come rapporto tra il peso di un individuo, espresso in Kg, e il quadrato della sua statura, espressa in metri. Il valore soglia di tale indice è stabilito pari a 30, per cui si considera obeso un individuo che ha un Imc superiore a tale valore. In Italia il 7,3% della popolazione di 18 anni e più risulta essere in sovrappeso con una prevalenza di maschi (7,5%) rispetto alle femmine (7%). Tali valori risultano essere in crescita rispetto al 1991 quando l'obesità riguardava il 5,9% degli individui. La percentuale di soggetti obesi cresce con l'età (da un minimo del 1,2% tra 18 e 24 anni ad un massimo di 10,1% dopo i 65 anni) e nel passaggio dal Centro-Nord al Sud. Sia nelle varie fasi della vita che nelle differenti zone del Paese il fenomeno interessa maggiormente gli uomini delle donne; quest'ultime, infatti, oltre a seguire più frequentemente regimi dietetici particolari già in giovane età, non necessariamente legati ad un cattivo stato di salute ma anche ad una maggiore attenzione prestata alla cura della propria persona, sono mediamente più attente al proprio peso (il 49,8% lo controlla regolarmente rispetto al 38,7% degli uomini).

Il raggiungimento degli obiettivi previsti in materia di alimentazione nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e più in generale dell'obiettivo "per un'alimentazione progressivamente corrispondente agli standard nutrizionali ottimali raccomandati dagli organismi scientifici", richiedono la messa in atto di azioni specifiche. Queste devono essere rivolte essenzialmente alla realizzazione di programmi di educazione alimentare, di campagne di informazione sulla qualità dei prodotti alimentari e di attività di promozione e diffusione di prodotti "sani".

**Azioni specifiche
per l'educazione
alimentare**

1.1.2. Il fumo

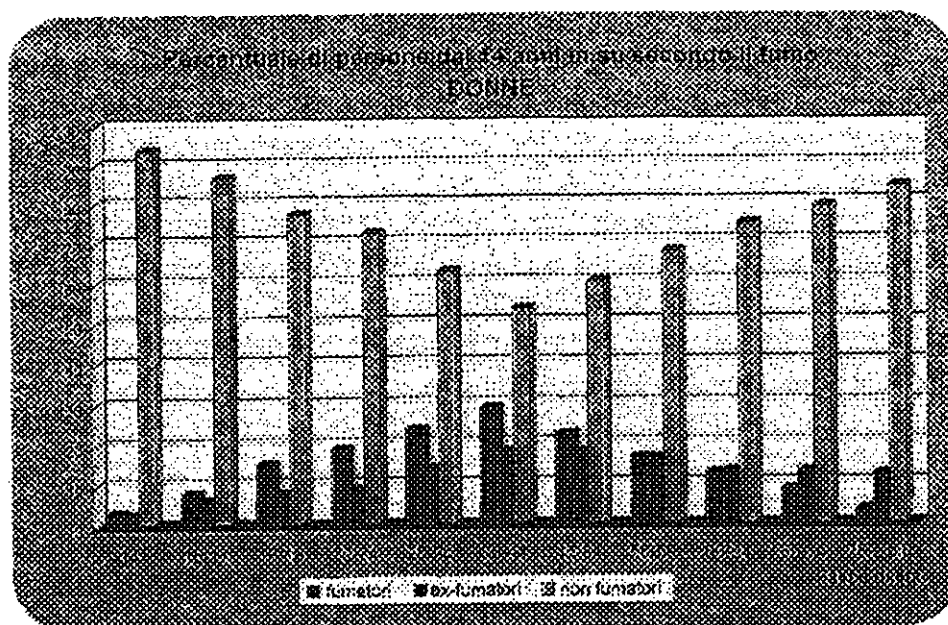
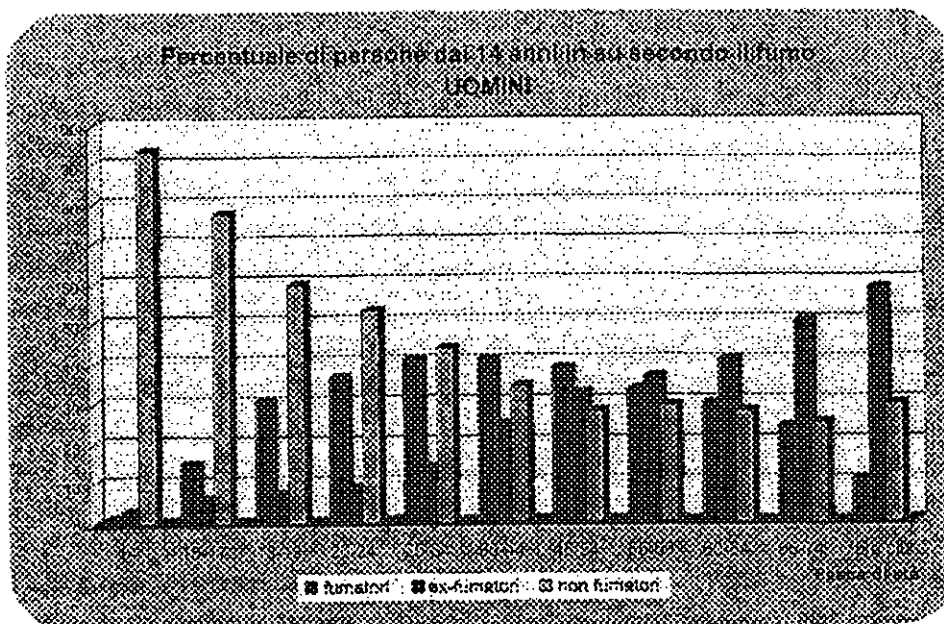
**Legami
con scelte
individuali
e contesto
sociale**

Numerosi studi hanno ormai accertato l'esistenza di una correlazione positiva tra abitudine al fumo, esposizione a fumo passivo e insorgenza di particolari patologie, prime fra tutte il tumore polmonare e le malattie cronico-degenerative degli apparati respiratorio e cardiovascolare.

Mentre per altri fattori di rischio intervengono aspetti indipendenti dalla volontà del singolo, quali aspetti genetici e ambientali, il fumo si lega ad una scelta individuale influenzata e influenzabile dal contesto sociale. Campagne di sensibilizzazione, interventi di politica sanitaria e mezzi di informazione possono, quindi, contribuire a diffondere la conoscenza e ad aumentare la consapevolezza dei danni provocati dal fumo, con effetti, come già sperimentato in altri Paesi, positivi in termini di riduzione del numero di fumatori e di sigarette fumate. Il PSN 1998-2000 a questo proposito individua una serie di azioni concrete che possono essere messe in atto per combattere il fenomeno della diffusione dell'abitudine al fumo: dalla promozione del rispetto dei divieti posti nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro, all'avvio di politiche di educazione sanitaria in particolare nelle scuole; dal lancio di iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori al coinvolgimento del medico di famiglia in programmi strutturati per favorire la disassuefazione dal fumo. Quest'ultimo aspetto risulta di fondamentale importanza se si considera che nel 1994 oltre il 51% dei fumatori ha dichiarato di aver provato almeno una volta a smettere di fumare. Ciò significa che ad una metà di fumatori che non ha manifestato l'intenzione di rinunciare al fumo, si accompagna un'altra metà che ha fatto dei tentativi infruttuosi.

Il PSN 1998-2000, inoltre, accanto ad un obiettivo di carattere generale che propone di ridurre la prevalenza di fumatori e la quantità quotidiana di sigarette consumate, pone alcuni obiettivi specifici prioritari per far fronte al problema:

- la prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni non deve superare il 20% per gli uomini e il 10% per le donne;
- deve tendere a zero la frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza;
- deve ridursi la prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.



Fonte: ISTAT, "Indagine Multiscopo"

Con riferimento al primo aspetto nel 1998 erano circa 12 milioni i fumatori in Italia (Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" dell'ISTAT), ovvero circa un quarto della popolazione con oltre 13 anni di età.

La diffusione dell'abitudine al fumo appare fortemente differenziata per sesso, con una prevalenza tra gli uomini pari al 32,2% contro il 17,3% per le donne. Nonostante tali valori siano ancora molto al di sopra delle soglie previste nel

PSN, il fenomeno ha fatto registrare negli ultimi anni un calo: i fumatori erano circa 13 milioni nel 1991 (27,4%) e 14 milioni e mezzo (31,1%) nel 1983. Il rapporto tra i sessi è andato riducendosi, passando da 2,6 fumatori per ogni donna fumatrice nel 1983 a circa 1,7 nel 1998, per effetto di un rapido declino tra gli uomini che si è accompagnato ad un lieve aumento tra le donne. Per quest'ultime comunque i dati più recenti mostrano delle oscillazioni che inducono a ritenere che le donne stiano sperimentando un percorso diverso da quello degli uomini e verosimilmente inizieranno a ridurre l'abitudine al fumo prima di aver raggiunto i livelli di diffusione maschili.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo del PSN, informazioni sull'abitudine al fumo durante la gravidanza sono disponibili nell'indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1994. Alle madri di circa 2,5 milioni di bambini con meno di 5 anni si chiedeva se prima della gravidanza erano solite fumare e se in occasione della gestazione era stata modificata tale abitudine. Delle circa 700 mila fumatrici il 62,3% ha risposto di aver sospeso o arrestato il consumo di tabacco e il 29,8% di averlo ridotto. Una quota molto esigua non ha modificato le proprie abitudini.

Analizzando la relazione tra abitudine al fumo e allattamento al seno risulta che il 72% dei bambini figli di donne fumatrici prima della gravidanza è stato allattato al seno: tale percentuale è inferiore di quasi tre punti rispetto a quella dei bambini figli di donne che non fumavano. La stessa percentuale sale al 73,3% se la donna ha sospeso o ridotto il consumo di tabacco durante la gestazione, mentre scende al 54,3% se la madre non ha modificato le proprie abitudini. Più che di una relazione causa - effetto tra i due fenomeni si può parlare di una probabile influenza dello stile di vita o dei comportamenti poco salutarî della madre, che potrebbero essere associati all'abitudine al fumo e che meriterebbero un ulteriore approfondimento.

I dati sulla prevalenza del fenomeno negli adolescenti mostrano che nel 1998 l'1,7% dei quattordicenni e il 9,9% dei giovani tra i 15 e i 17 anni (per un totale di circa 200 mila individui) era solito fumare abitualmente. Anche se basse e in diminuzione rispetto al passato, tali percentuali hanno una certa rilevanza se si considera che nel 1994 era stato messo in evidenza come, sebbene si inizi più spesso a fumare tra i 18 e i 21 anni (41,4%), quasi 5 milioni di individui (il 38,6% dei fumatori) iniziano tra i 14 e i 17 anni, età dello sviluppo in cui il fumo può avere effetti nocivi di notevole entità. E' comunque in età giovanile che si fuma la "prima sigaretta". Tra l'80 e il 90% dei fumatori ha cominciato prima dei 26 anni e i maschi sono più precoci delle femmine.

In generale si rileva una tendenza alla diminuzione dell'abitudine al fumo confermata dall'aumento della percentuale di ex fumatori nel tempo: dal 7,7% del 1983 si è passati al 21,4% nel 1998, ovvero nell'arco di 13 anni gli ex fumatori sono aumentati di quasi tre volte. La decisione di porre fine al fumo abituale è

più frequente negli uomini (29%) che nelle donne (14,4%), ma per quest'ultime la percentuale è aumentata di oltre sei volte rispetto al valore del 1983.

Anche la proporzione di chi non ha mai fumato presenta andamenti diversi nei due sessi: tra il 1983 e il 1998 le percentuali per i maschi scendono dal 41% al 36,7%, mentre per le femmine si assiste ad una riduzione dal 80% al 66,4%. Nel complesso però la quota di individui che non hanno mai fumato si è modificata in misura inferiore rispetto a quella degli ex fumatori; si può quindi concludere che nei comportamenti prevale la decisione di porre fine ad un'abitudine riconosciuta come nociva, piuttosto che il verificarsi nel tempo di una diversa propensione degli individui a sperimentare nell'arco della vita l'esperienza del fumo.

La scelta di smettere di fumare è fortemente correlata positivamente con l'età, probabilmente non solo perché in un arco di tempo più ampio si hanno più occasioni, ma anche perché alle età più avanzate possono manifestarsi gli effetti nocivi per la salute per cui smettere diviene una necessità. In particolare nei maschi dopo i 65 anni la proporzione degli ex fumatori supera il 50%. Nell'insorgenza di patologie collegate all'abitudine al fumo ha rilevanza anche il numero di sigarette consumate ogni giorno: alcuni studi infatti rilevano che i danni provocati dal fumo aumentano in misura esponenziale con il crescere del numero di sigarette fumate giornalmente. Nel 1998 la percentuale di coloro che fumavano più di un pacchetto al giorno pur essendo scesa rispetto al 1991 (dal 18,4% al 14,1% per i maschi e dal 10,2% al 4,4% nelle femmine) coinvolge un numero di persone ancora elevato (circa un milione di uomini e 196 mila donne).

L'analisi dei comportamenti dei giovani (tra i 14 e i 24 anni) è importante perché gli effetti del fumo si manifestano a livello generazionale e quindi la conoscenza del fenomeno in questo segmento di popolazione fornisce indicazioni sulla possibile evoluzione futura. Un dato confortante è che i giovani fumano meno che in passato e smettono prima. La percentuale di fumatori tra i 14 e i 17 anni, piuttosto bassa (9,5%), si è quasi dimezzata rispetto al 1991 (17,1%). Nello stesso periodo la quota di ex fumatori con età compresa tra i 25 e i 34 anni è passata dal 10,4% al 15%.

Per caratterizzare meglio il fenomeno e individuare le aree o i gruppi di popolazione cui è necessario rivolgersi per aumentare l'efficacia delle politiche di intervento, è opportuno verificare se il territorio e alcune caratteristiche socio-demografiche (quali il titolo di studio e la condizione professionale) costituiscono fattori discriminanti rispetto all'abitudine al fumo.

Per quanto riguarda la ripartizione geografica le differenze più rilevanti emergono tra i due sessi: per i maschi di 14 anni e più si fuma di meno al Nord, seguito dal Centro, e di più al Sud con un massimo nelle Isole. Al contrario fumano di più le donne residenti al Centro-Nord e meno quelle residenti al Sud.

**Lieve calo
dell'abitudine
al fumo**

**Il calo è correlato
all'aumento di età**

**I giovani
fumano meno**



Fumatori (percentuali regionali)		
■	da 25,3% a 28,2%	4 regioni
▨	da 24,3% a 25,3%	4 regioni
▩	da 23,2% a 24,3%	4 regioni
▧	da 21,3% a 23,2%	4 regioni
□	da 19,3% a 21,3%	5 regioni

Le differenze di genere hanno un ruolo determinante anche nella distribuzione dei fumatori per titolo di studio: la percentuale più elevata di fumatori si registra tra gli uomini con la licenza media (36,1%) e tra le donne con diploma di scuola media superiore (22,7%).

Persone di 14 anni e più secondo l'abitudine al fumo per titolo di studio e sesso (percentuali per 100 persone con lo stesso titolo di studio e sesso) - Anno 1998

	UOMINI			DONNE		
	fumatori	ex fumatori	non fumatori	fumatori	ex fumatori	non fumatori
Laurea	24,3	29,2	44,1	20,2	21,3	56,8
Diploma superiore	31,8	24,3	41,9	22,7	16,0	59,3
Licenza media	36,1	23,6	38,1	21,9	15,1	61,0
Licenza elementare	28,6	41,9	27,2	8,9	11,6	77,6
Totale	32,2	29,0	36,7	17,3	14,4	66,4

Fonte ISTAT: Indagine "Multiscopo"

Tra i laureati, inoltre, la proporzione di fumatori è analoga nei due sessi (24,3% nei maschi e 20,2% nelle femmine); mentre tra coloro che possiedono la licenza elementare l'abitudine al fumo risulta essere una caratteristica prettamente maschile. La propensione delle donne più istruite a fumare in misura maggiore di quelle meno istruite è un fenomeno che risulta in progressiva attenuazione nelle generazioni più recenti.

Le persone con un titolo di studio basso sono inoltre più frequentemente "fumatori accaniti": consuma oltre 20 sigarette giornaliere il 13,1% di coloro che possiedono la licenza elementare rispetto ad una media pari al 10,5%.

La condizione lavorativa accomuna invece maschi e femmine che, seppur in proporzioni molto differenti, fumano più frequentemente e di più se sono occupati (33,8%) o in cerca di nuova occupazione (39,9%). Tra gli occupati inoltre sono gli operai e i lavoratori in proprio a fumare in misura maggiore.

Da questo quadro generale emerge da un lato che il fumo si collega a situazioni di maggior "stress" e dall'altro che alcune categorie sociali sono meno recettive nell'interiorizzare i rischi connessi con il consumo di tabacco e nel decidere di non fumare.

Persone di 14 anni e più secondo l'abitudine al fumo per condizione/posizione professionale e sesso (percentuali per 100 persone con la stessa condizione/posizione professionale e sesso) - Anno 1998

	UOMINI			DONNE		
	fumatori	ex fumatori	non fumatori	fumatori	ex fumatori	non fumatori
Occupati	38,5	25,2	34,5	25,8	18,4	54,4
Dirigenti, Imprenditori						
Liberi professionisti	33,9	28,9	35,6	28,6	20,2	49,8
Direttivi, Quadri, Impiegati, Intermedi	33,2	26,9	38,4	24,9	19,4	54,1
Operai, Apprendisti	44,5	21,6	32,1	27,2	17,4	54,1
Lavoratori in proprio, N e coadiuvanti	39,7	24,3	31,9	25,0	16,0	57,6
In cerca di nuova occupazione	48,8	19,5	27,6	27,3	15,2	56,1
In cerca di prima occupazione	36,7	10,6	48,6	21,6	8,0	67,7
Casalinghe				16,3	14,3	67,7
Studenti	16,5	6,8	73,3	12,4	6,2	77,8
Ritirati dal lavoro	21,2	51,0	26,1	8,3	14,1	75,7
Altra condizione	32,5	27,5	34,1	6,4	11,6	79,4
Totale	32,2	29,0	36,7	17,3	14,4	66,4

Fonte ISTAT: Indagine "Multiscopo"

1.1.3. Il consumo di alcol

Il consumo di alcol ha un'ampia diffusione in un Paese come l'Italia, caratterizzato da una lunga tradizione di produzione vinicola. Il vino a pasto o in occasioni conviviali costituisce un'abitudine piuttosto comune. Alcuni studi recentemente hanno anche posto in evidenza come il bere vino in quantità moderata, e in particolare il vino rosso, consenta all'organismo di assumere alcune sostanze in grado di sciogliere il colesterolo e come, quindi, possa avere effetti benefici sulla salute degli individui.

**Aumenta
la mortalità
per l'abuso
di alcol**

L'alcol diviene però un problema sociale nel momento in cui se ne fa un uso eccessivo. L'abuso di alcol infatti, oltre ad avere conseguenze dirette sulla salute, in quanto in situazioni croniche provoca l'insorgenza di determinate patologie (cirrosi epatica, psicosi alcolica, ecc.), ne ha altre indirette provocando un aumento della mortalità e della morbosità per effetto di incidenti stradali (frequenti soprattutto tra i giovani) e domestici.

E' opportuno quindi, da un lato, indirizzare gli interventi verso i forti consumatori a più alto rischio di insorgenza di malattie e, dall'altro, sensibilizzare i cittadini verso una maggiore consapevolezza dei rischi connessi all'abuso, anche se occasionale, di alcolici.

A tal proposito il PSN 1998-2000 pone due obiettivi prioritari:

- ridurre del 20% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 grammi/die di alcol nel caso dei maschi e di 20 grammi/die di alcol per le femmine;
- ridurre del 30% la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

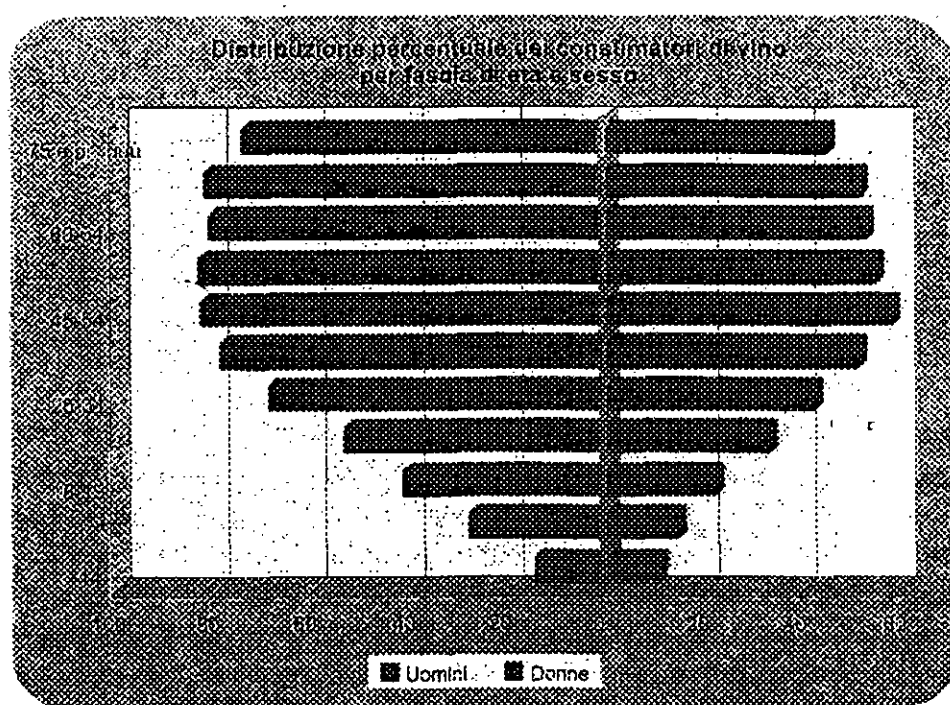
Attualmente non vi è una fonte di dati che fornisca con precisione le quantità di alcol consumate giornalmente. Le indagini statistiche condotte dall'ISTAT presso le famiglie forniscono comunque utili indicazioni sul fenomeno, seppure le informazioni risultino mediate dalla percezione individuale e nei casi di abuso di alcol potrebbero essere distorte dai diretti interessati.

**Aumenta
il consumo
della birra e dei
superalcolici**

Tra gli anni '80 e gli anni '90 ad un aumento del consumo di birra e di superalcolici ha corrisposto una diminuzione del consumo di vino. Considerando coloro che bevono alcol, anche solo saltuariamente, emerge che nella popolazione con più di 13 anni nel 1998 il 47,2% beveva birra (rispetto al 38% del 1983) e il 56,9% il vino (tale valore nel 1983 era pari al 59,7%). In realtà più che di un progressivo abbandono dell'abitudine a bere vino si tratta dell'assunzione di nuovi comportamenti che hanno indotto una maggiore diffusione del consumo di birra affiancato a quello di vino. Rimane comunque il carattere di quotidianità nei consumatori di vino a fronte di un consumo più saltuario e in alcuni casi stagionale in coloro che bevono birra.

In generale emerge una diffusa moderazione nell'assunzione di questi alcolici, più frequente tra le donne rispetto agli uomini. Tale moderazione risulta confermata sia da punte più alte di consumo che riguardano solo l'1% della popolazione, sia da una tendenziale diminuzione, tra gli uomini, della quota di coloro che bevono più di mezzo litro di vino al giorno e, tra le donne, della proporzione di bevitrici di vino.

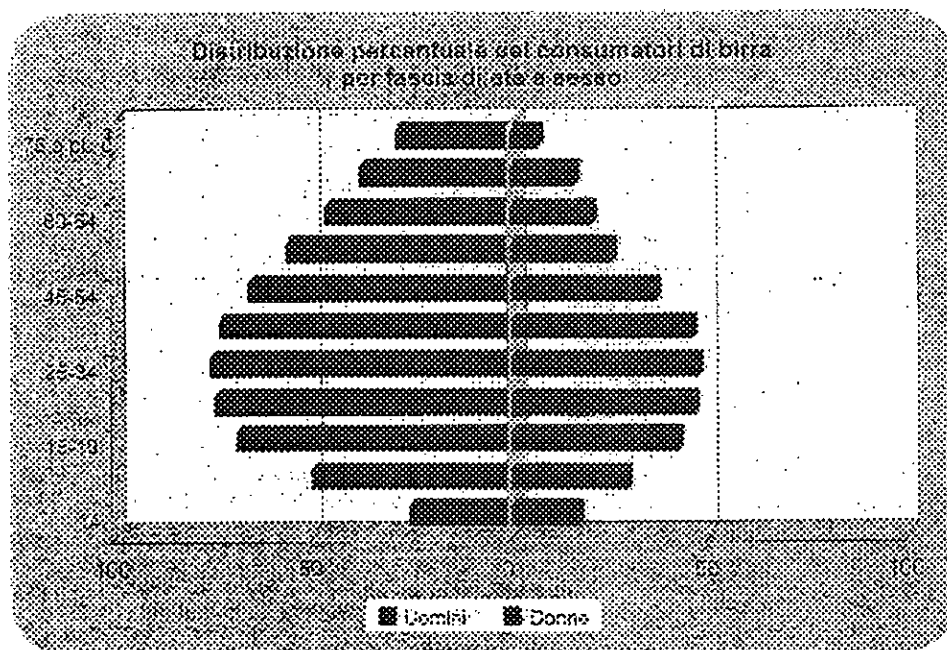
Il vino è bevuto più frequentemente dagli adulti con più di 35 anni e dagli anziani, mentre la birra è preferita dai giovani con più di 18 anni e dagli adulti con meno di 54 anni. Si rileva quindi un effetto generazione che porta quelle più recenti a contribuire in misura maggiore all'incremento totale dei consumatori di birra.



Fonte ISTAT: "Indagine Multiscopo"

Il bere alcolici fuori pasto può costituire un comportamento ed essere indice di abitudini scarsamente salutari. Il 24,7% della popolazione di 14 anni e più nel 1998 ha dichiarato di consumare alcolici fuori pasto, ma per costituire un danno per la salute occorre considerarne la frequenza. Il 5,1% degli individui, corrispondente ad oltre 2 milioni e mezzo di persone, ha dichiarato di bere alcolici fuori pasto più di una volta a settimana, assumendo quindi abitudini a lungo andare nocive per la salute. Questo comportamento è più diffuso nel Nord-Est del Paese e riguarda in misura notevolmente maggiore gli uomini rispetto alle donne. Tale fenomeno risulta correlato anche con la dimensione

del comune in cui si risiede: la diffusione è massima nei piccolissimi centri e minima nelle aree metropolitane.



Fonte ISTAT "Indagine Multiscopo"

Anche se questi dati sembrano delineare un quadro del nostro Paese in cui l'abuso di alcol in termini relativi non ha ampia portata, le informazioni derivanti da altre fonti sull'incidenza di patologie correlate al consumo di alcolici, il ricorso ai servizi socio-sanitari per tali patologie e l'aumento della mortalità per incidenti stradali causati da stati di ubriachezza caratterizzano questo fenomeno come un vero e proprio problema sociale. Tali considerazioni hanno infatti indotto a comprendere tra le aree prioritarie di intervento individuate nel PSN 1998-2000 anche questa problematica.

A tale proposito le azioni da intraprendere per garantire l'efficacia degli interventi sono, sotto certi aspetti, analoghe a quelle sinora adottate per limitare la diffusione del fumo (regolamentazione della pubblicità dei prodotti, esplicito riferimento sui prodotti ai possibili effetti dannosi, introduzione di misure fiscali volte a disincentivare il consumo, campagne di sensibilizzazione). A queste dovranno però aggiungersi una serie di interventi mirati che tengano in considerazione la specificità del problema: dal controllo della qualità dei prodotti, al monitoraggio della distribuzione degli alcolici; dal sostegno ad iniziative per favorire la disassuefazione dall'alcol (impegnando anche i medici di medicina generale), a misure volte a favorire il rispetto dei limiti di concentrazione ematica di alcol durante la guida.

1.1.4. L'attività fisica

La pratica sportiva e, più in generale, l'attività fisica costituiscono elementi molto importanti nell'ambito dell'adozione di stili di vita "sani". Lo svolgere uno sport o anche solo compiere esercizi fisici con regolarità possono avere un effetto protettivo nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari e di quelle osteoarticolari e metaboliche.

Tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 rientra quindi anche quello di una maggiore diffusione nella popolazione dell'attività fisico-sportiva svolta con continuità (almeno una volta a settimana): in particolare si prefissa un aumento della prevalenza di almeno un 10% a tutte le età.

A tale scopo un significativo contributo può derivare sia dalle strutture socio-sanitarie, sia dalle organizzazioni di settore, per la promozione dell'attività fisica non solo tra i giovani e gli adulti, ma anche tra gli anziani.

Nel 1998 il 18,9% della popolazione di 3 anni e più (circa 10,5 milioni di individui) ha dichiarato di praticare sport con continuità.

La diffusione dell'abitudine all'attività fisica regolare è più frequente tra gli uomini (il 24% della popolazione maschile) e meno tra le donne (14,1%). Una differenza tra i sessi si riscontra anche per il tipo di sport praticato: i maschi prediligono il calcio, il nuoto e la ginnastica, mentre le femmine praticano più frequentemente la ginnastica e la danza.

I livelli di attività fisica sono fortemente correlati con l'età: massimi tra gli 11 e i 14 anni (51,4%) e minimi tra gli anziani con più di 65 anni (circa il 3%).

Anche il territorio sembra essere un fattore fortemente discriminante nei confronti di questo fenomeno: i praticanti uno sport con continuità decrescono fortemente passando dal Centro-Nord (21,8%) al Sud (13,7%) e il divario tra le due ripartizioni è massimo nelle età più giovani. Parimenti se la quota di coloro che non svolge mai alcuna attività fisica ammonta al 29,5% al Centro-Nord, nel Mezzogiorno questa sale al 42,8%. Si rileva quindi una notevole difficoltà alla diffusione dell'attività fisica negli stili di vita della popolazione del Meridione, probabilmente legata, da un lato, ad un'insufficienza di strutture, ma, dall'altro, anche agli atteggiamenti degli individui.

A livello regionale la percentuale di coloro che svolgono uno sport in modo continuativo varia dal 11,6% dei residenti in Sicilia al 33,2% della popolazione residente nella provincia autonoma di Bolzano, dove, tra l'altro, si rileva la percentuale più bassa di individui che non svolgono alcuno sport o attività fisica (l'11,4%, contro il 51,1% della Sicilia).

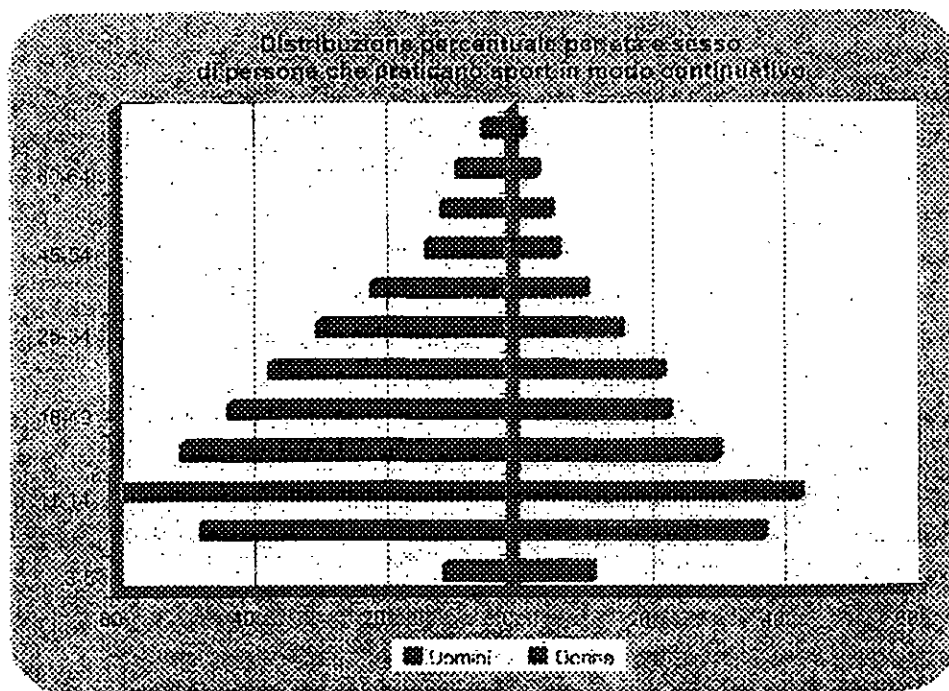
Il trend temporale del fenomeno denota una progressiva diminuzione della diffusione di questa "sana" abitudine, che nel 1988 riguardava il 23% degli individui di 6 anni e più. Tale riduzione può essere spiegata solo in parte con il progressivo invecchiamento della popolazione e ha interessato soprattutto gli

**L'attività fisica
protegge
da alcune malattie**

**L'abitudine
allo sport
è influenzata da
offerta del territorio
e atteggiamenti
individuali**

uomini (nel 1988 erano il 32%). La diminuzione della pratica sportiva ha riguardato tutte le età.

E' opportuno comunque sottolineare che oltre al 19% circa di praticanti continuativi, un 8,5% degli Italiani si dichiara praticante saltuario e un 37,7% dichiara di svolgere una qualche attività fisica nel tempo libero.



L'abitudine a praticare sport viene via via abbandonata con il procedere dell'età, ma in una percentuale di casi non trascurabile viene sostituita con altri esercizi fisici: infatti dall'indagine multiscopo sulle famiglie condotta dall'ISTAT nel 1995¹ emergeva che anche tra coloro che dichiarano di non praticare sport il 35% circa svolge una qualche attività fisica (passeggiate di almeno 2 chilometri, nuotare, andare in bicicletta) e tale percentuale aumenta con l'età (fino ai 59 anni per gli uomini e ai 54 anni per le donne).

Rimane comunque il fatto che circa un italiano su tre non svolge mai alcuna attività fisica (il 42% delle donne e il 29% degli uomini) e la motivazione principale è la mancanza di tempo (39%). Tale motivazione ha assunto un ruolo

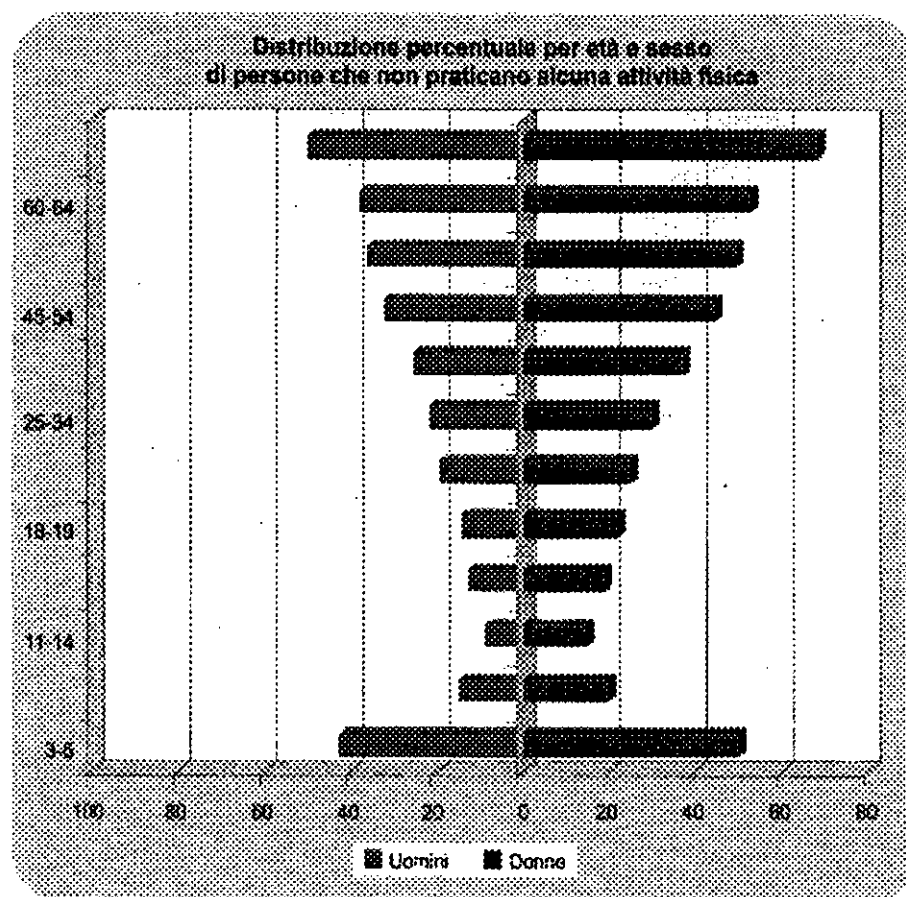
¹ Nel 1995 l'ISTAT ha approfondito alcuni aspetti della pratica sportiva. In particolare ha focalizzato l'attenzione anche su coloro che dichiarano di svolgere una qualche attività fisica o di non svolgere alcuna attività. È stata inoltre richiesta agli intervistati la motivazione per cui si pratica uno sport o non si pratica uno sport.

sempre più rilevante rispetto al passato: sembrerebbe quindi che il tempo libero stia diventando una risorsa scarsa e ciò costituisce un ostacolo alla diffusione di stili di vita "salutari". Inoltre è preoccupante il fatto che questa trasformazione nella gestione del tempo libero non riguarda solo gli adulti, ma in misura elevata anche i giovani tra gli 11 e i 19 anni.

L'assenza di tempo costituisce la motivazione principale per cui non si pratica sport soprattutto negli uomini, mentre tra le donne risulta molto diffusa anche la mancanza di interesse (40,5%).

Tra gli altri motivi quelli legati alla presenza di una disabilità e alle condizioni di salute risultano correlati con l'età e costituiscono la spiegazione principale per gli anziani.

**L'assenza di tempo
ostacola
la pratica sportiva**

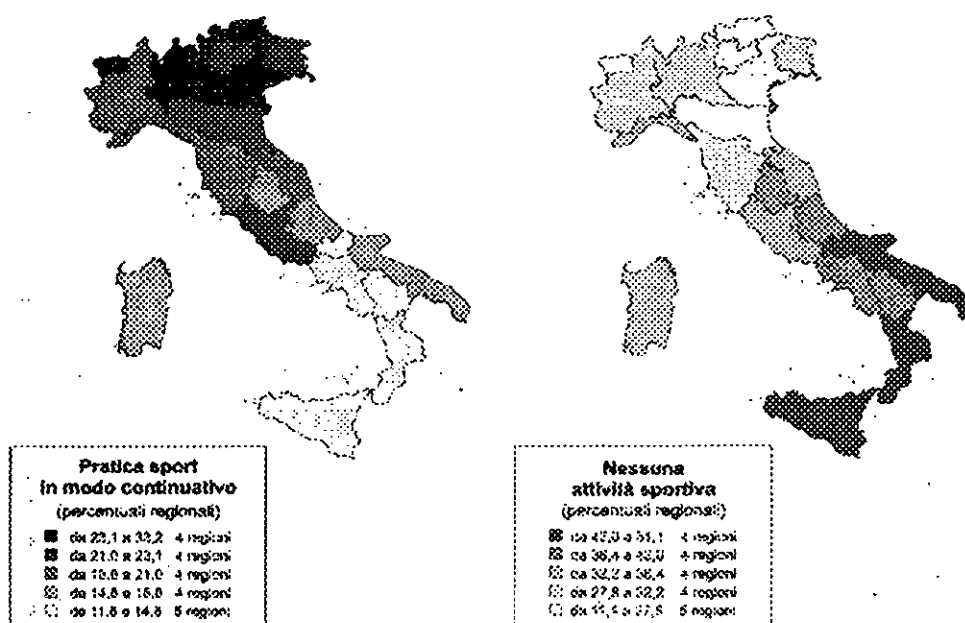


Fonte ISTAT: "Indagine Multiscopo"

Per i giovani un ruolo non trascurabile è giocato dalla mancanza di impianti o dalla difficoltà a raggiungerli, oltre che da motivazioni economiche. Probabilmente questi ultimi costituiscono gli aspetti su cui adeguate politiche di programmazione sanitaria possono essere in grado di incidere in maniera efficace, favorendo una maggiore diffusione della pratica sportiva in quella

fascia di individui, che ha un ruolo fondamentale nel determinare le condizioni di salute della popolazione del futuro.

In quest'ottica anche la conoscenza delle motivazioni che inducono ad intraprendere una pratica sportiva costituisce la base per orientare eventuali azioni strategiche. Lo sport è praticato soprattutto per passione o piacere (69%), ma anche per mantenersi in forma (44%) e per svago (39%). Per una quota non trascurabile di persone (19%) diventa inoltre un'occasione per frequentare altre persone. Il mantenersi in forma e il praticare sport a scopo terapeutico sono motivazioni prevalenti nelle donne; in riferimento all'età il primo motivo interessa soprattutto gli individui tra i 20 e i 54 anni, mentre il secondo riguarda in misura maggiore i giovani e gli anziani.



Fonte: ISTAT, "Indagine Multiscopo"

1.2. I PRINCIPALI INDICATORI BIOSTATISTICI

1.2.1 Popolazione e movimento demografico

I più recenti dati demografici confermano per il nostro Paese le tendenze evidenziate a partire dai primi anni '90: una crescita moderata della popolazione residente, sostenuta in modo sempre più rilevante dall'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 inoltre la tendenza alla concentrazione della popolazione nelle aree urbane, polo di forte attrazione per italiani e stranieri.

Al primo gennaio 1998, la popolazione residente in Italia era pari a 57.563.000 unità, dei quali oltre 25 milioni (quasi il 45%) residenti nell'Italia settentrionale, 11 milioni (circa il 19%) nell'Italia centrale e 21 milioni nell'Italia meridionale e insulare (oltre il 36 % del totale).

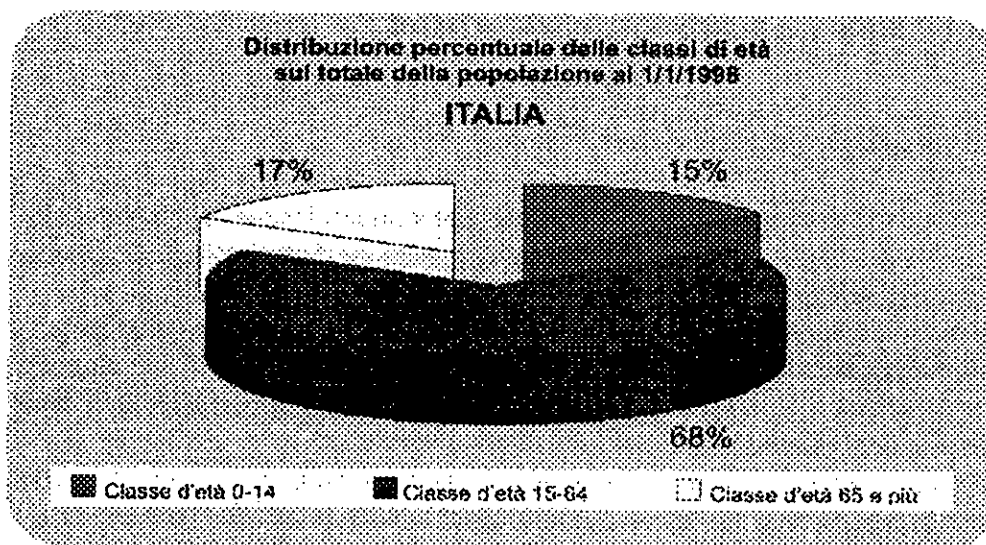
La modifica più rilevante emersa nella dinamica della popolazione negli anni '90 riguarda lo scambio dei ruoli tra componente naturale e componente migratoria. L'incremento della popolazione è stato, infatti, tradizionalmente sostenuto nel nostro Paese da un saldo naturale fortemente positivo (ad indicare l'eccesso di nascite viventi sui decessi in un anno di calendario) e in grado di compensare il deficit dovuto al saldo migratorio che, al contrario, era storicamente negativo (ad indicare un eccesso di emigrati rispetto agli immigrati). L'inversione di tendenza si è consolidata negli anni più recenti: nel 1997 le due componenti ammontavano rispettivamente a -24.631 unità per il saldo naturale e a 127.008 unità per il saldo migratorio. La variabilità regionale è molto accentuata: la maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno presentano saldi naturali positivi, mentre al Nord questo si verifica solo per il Trentino Alto Adige.

**L'aumento
dell'immigrazione**

1.2.2 Indicatori demografici

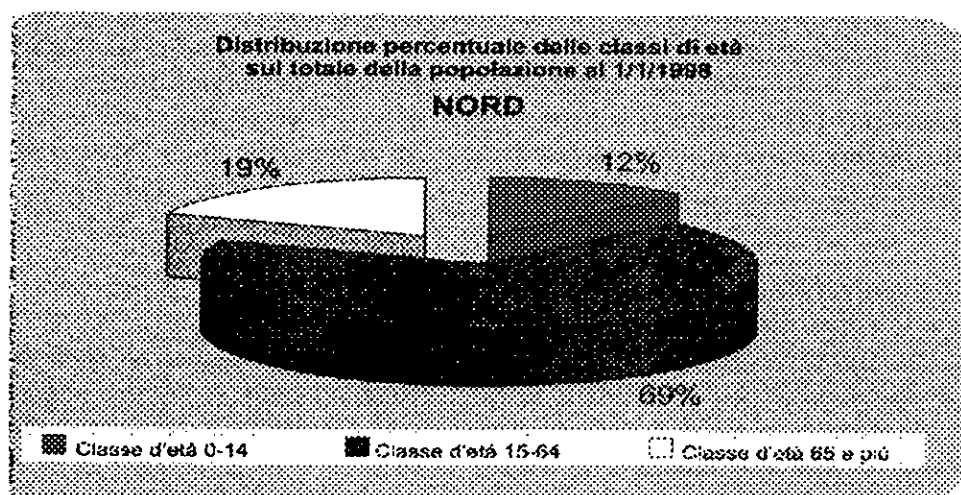
La mutata dinamica della popolazione ha rilevanti conseguenze sulla sua composizione per età. Pur rimanendo sostanzialmente stabile il numero di persone residenti, la quota di giovani va progressivamente riducendosi per effetto della progressiva contrazione delle nascite.

**Riduzione
del numero
dei giovani**

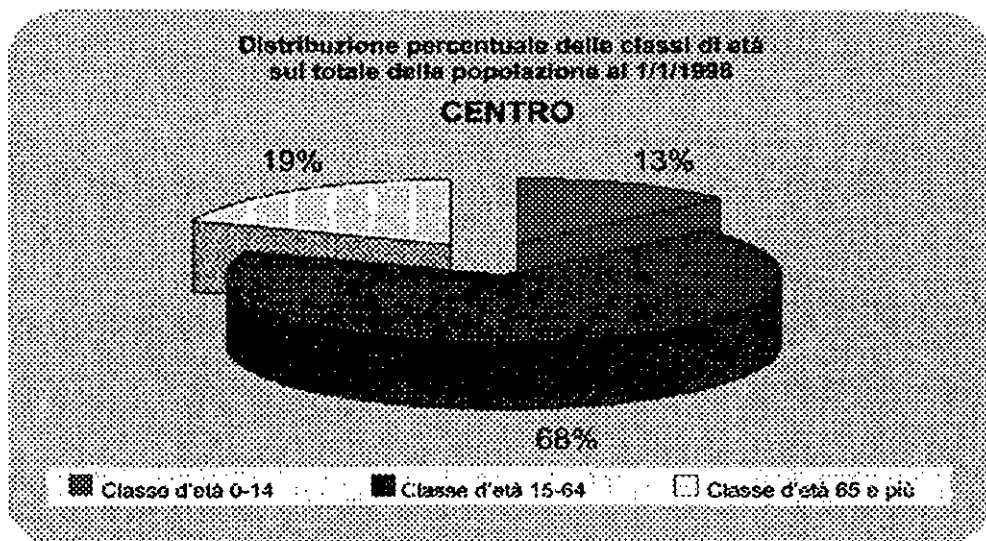


Fonte ISTAT

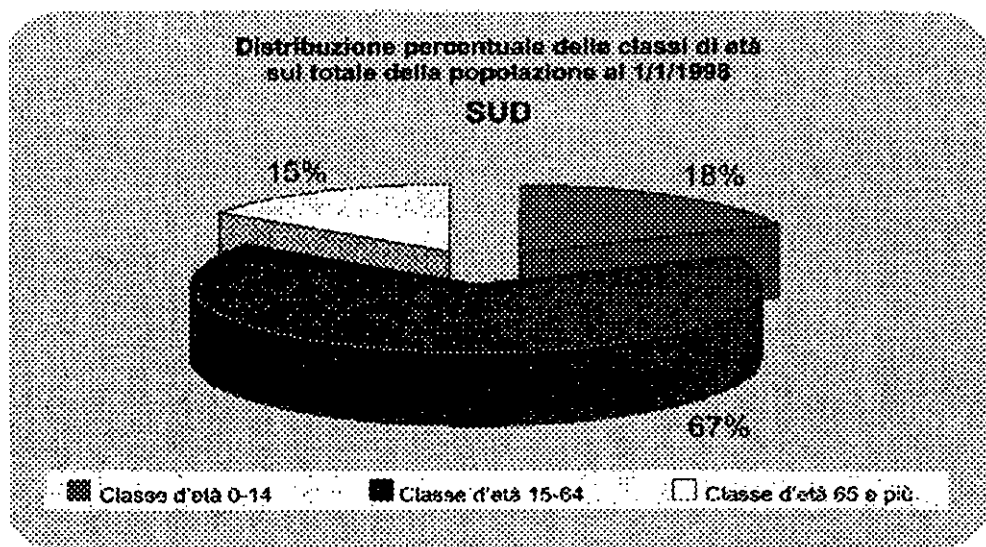
Al primo gennaio 1998, la proporzione di giovani in età inferiore a 15 anni era pari al 15% (era il 16% nel 1991 e superava il 21% all'inizio degli anni '80). Per contro, le persone con almeno 65 anni sono attualmente circa il 17 % della popolazione (erano il 15% nel 1991 e il 13% nel 1982) e, all'interno di questo gruppo, è in costante aumento la proporzione attribuibile alle età più avanzate della vita: la percentuale di popolazione di età superiore a 79 anni è pari al 4%.



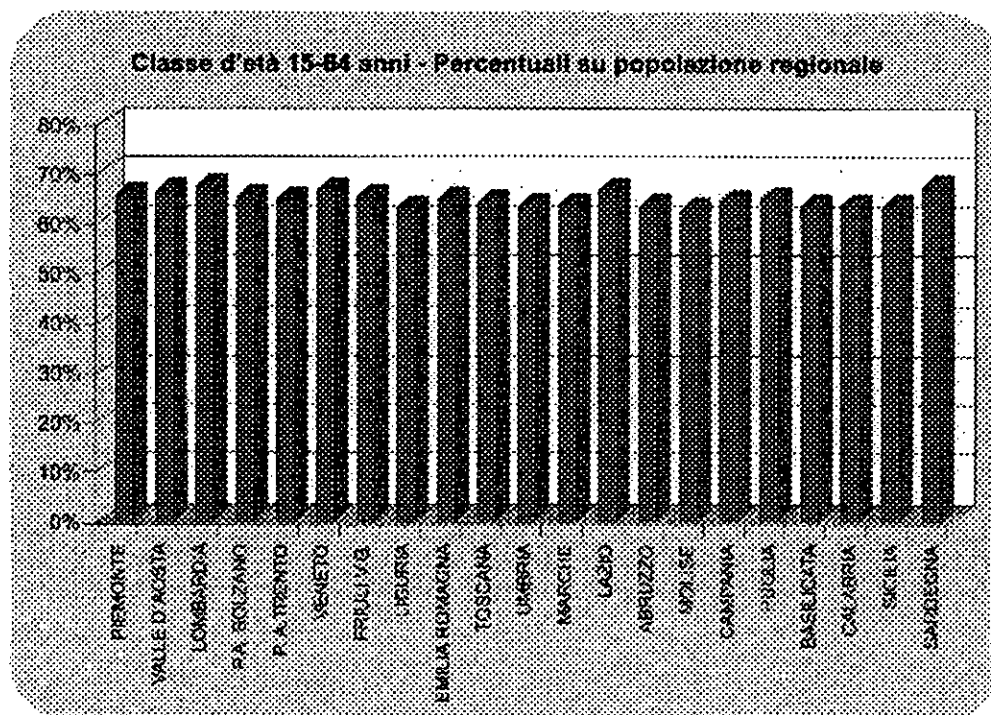
Fonte ISTAT



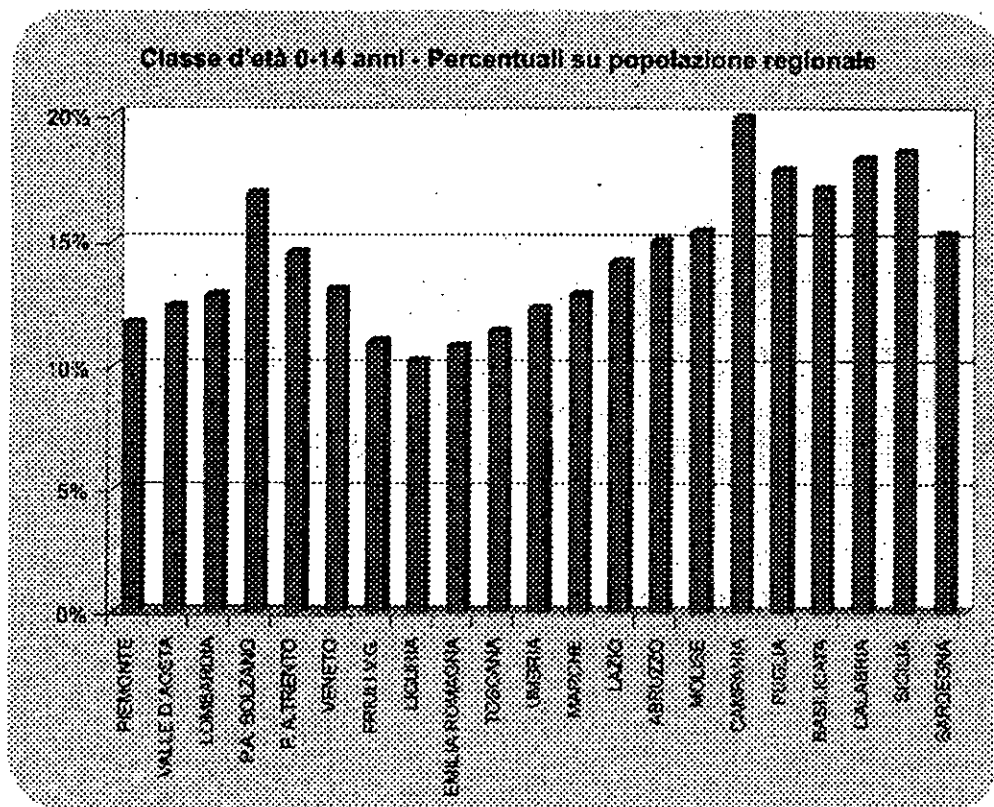
Fonte ISTAT



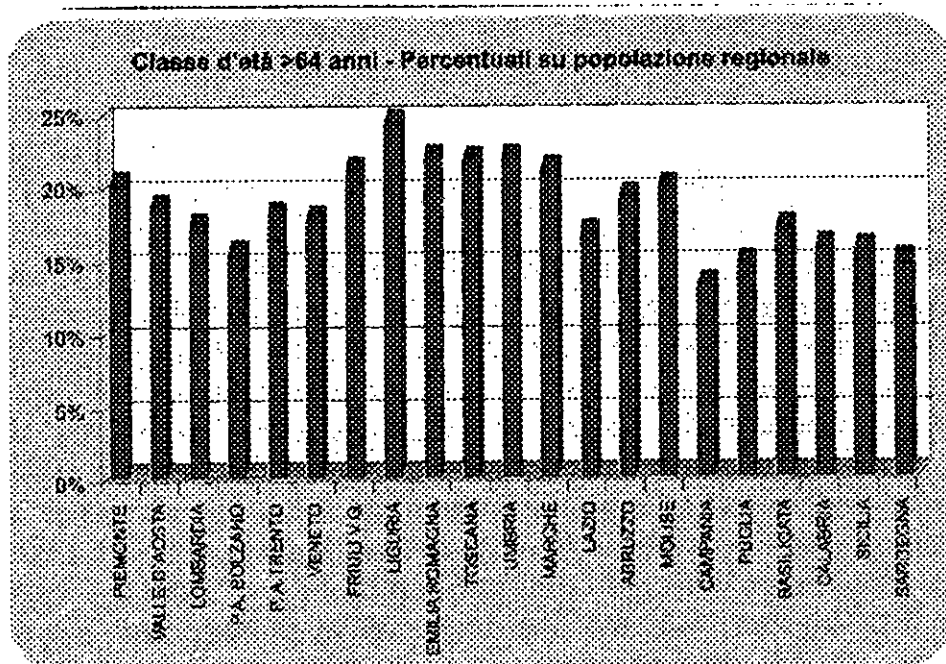
Fonte ISTAT



Fonte ISTAT



Fonte ISTAT



Fonte ISTAT

L'indice di vecchiaia, in progressivo aumento, ha raggiunto il valore di 119 ultra sessantaquattrenni ogni 100 giovani in età inferiore a 15 anni (contro i 92.5 del 1991), ed è destinato a crescere ancora se sarà confermata la tendenza alla ulteriore diminuzione delle nascite. Anche l'indice di vecchiaia non assume valori omogenei né tra le Regioni (in Liguria è circa 234 contro 65 della Campania) né tra i sessi.

**Progressivo
aumento
dell'indice
di vecchiaia**

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è il risultato sia della diminuzione della fecondità, sia dell'allungamento della vita media.

L'indice di fecondità del nostro Paese è tra i più bassi nel mondo ed in ben sei Regioni del Centro-Nord è sceso al disotto di un figlio per donna. L'età media delle madri alla nascita del primo figlio è superiore ai 27 anni, con punte, in alcune Regioni, di oltre i 29 anni.

I livelli di sopravvivenza della nostra popolazione sono tra i più alti d'Europa. Nel 1997 (dato stimato), la vita media degli uomini ha raggiunto i 75 anni con un aumento di oltre 4 anni rispetto al periodo 1979-83; la vita media delle donne ha raggiunto gli 81 anni, con un aumento di 3,5 anni rispetto allo stesso periodo. Il differenziale tra i sessi, ancora elevato, si è comunque ridotto passando da 6,7 a 6,1 anni.

**Livello
di sopravvivenza
fra i più alti
d'Europa**

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, rispetto ai primi anni '80, si è ridotta di quasi il 50 % in entrambi i sessi. In questo ambito, tuttavia, a confronto con gli altri Paesi europei, è possibile compiere ulteriori progressi.

Per quanto l'aumento della durata della vita non comporti di per sé un parallelo aumento di malati, tuttavia oggi appare indispensabile analizzare entrambi gli aspetti (sopravvivenza e stato di salute della popolazione). Lo stato di salute si presta ad essere analizzato sotto diversi punti di vista. Nei paesi come l'Italia in cui è avvenuta la transizione epidemiologica (in cui cioè si è passati da una situazione sanitaria ad elevata mortalità e dominata dalle patologie acute e infettive, ad una di bassa mortalità e dominata dalle patologie cronico-degenerative), acquista sempre più rilevanza la valutazione delle conseguenze prodotte dalla diffusione delle malattie croniche non letali a lento decorso. Esse, infatti, portando a limitazioni dell'autonomia individuale ed a perdite funzionali in una o più delle attività quotidiane, influenzano la qualità della vita. Le sfere in cui può realizzarsi questa riduzione di autonomia sono la sfera della mobilità, quella delle funzioni di auto-accudimento e quella della comunicazione.

**Aumento
delle persone
disabili**

Informazioni relative a questo tipo di problematiche sono disponibili in occasione dell'indagine ISTAT sulle condizioni di salute della popolazione. L'ultima indagine è stata condotta nel 1994 ed ha fatto rilevare una prevalenza di disabili a livello nazionale pari a circa il 5%, dove con il termine disabile si sono indicati gli individui che risultavano privi di autosufficienza per almeno una delle sfere funzionali sopra citate. Ma la sola considerazione della diffusione, non quantifica l'impatto che questo stato determina sulla durata e sulla qualità della vita, impatto che può essere misurato mediante il calcolo della speranza di vita libera da disabilità a diverse età, che combina l'effetto della mortalità con quello delle condizioni di salute. Nel 1994 si osserva in entrambi i sessi un divario tra speranza di vita e speranza di vita libera da disabilità, crescente con l'avanzare dell'età. Tale divario, inoltre, risulta più accentuato in corrispondenza della disabilità legata a difficoltà nelle funzioni quotidiane e più contenuto per difficoltà nella comunicazione.

Speranza di vita totale e libera da disabilità nel 1994 (in anni)

Età	Speranza di vita totale		Speranza di vita libera da disabilità	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
15	60,2	66,4	57,3	61,1
45	31,9	37,2	29,2	32,0
65	15,4	19,2	12,7	14,2
75	9,2	11,5	6,6	6,9

Fonte ISTAT

Il differenziale tra i sessi mostra un vantaggio femminile a tutte le età per la speranza di vita, determinato dai più bassi livelli di mortalità; tale vantaggio tende però a ridursi in corrispondenza della speranza di vita libera da disabilità, relativamente alle sfere funzionali del movimento e dell'autonomia nelle attività quotidiane. Mentre si ha un recupero quando la disabilità riguarda problemi di comunicazione.

1.2.3 Fecondità

L'indice di fecondità totale (IFT) consente di delineare il quadro delle più importanti modificazioni dei comportamenti riproduttivi delle donne italiane, avvenute negli ultimi venti anni. Dopo i valori di circa 3 figli per donna, caratteristici degli anni prebellici e immediatamente successivi, l'indice di fecondità iniziava una graduale discesa esauritasi alla fine degli anni Cinquanta, con un rapida inversione di tendenza verso una ripresa della fecondità. Nel 1964, anno del famoso *baby-boom*, il numero medio di figli per donna raggiungeva il suo massimo relativo dal 1950. Dopo dieci anni, nel 1974, l'indice era ancora ben al di sopra della soglia di sostituzione (poco oltre i due figli per donna), in grado di garantire nel lungo periodo il rimpiazzo generazionale. Nel decennio 1974-84 i livelli della fecondità sono invece calati in misura davvero consistente. La tendenza è proseguita, con intensità appena minore, nell'ultimo decennio.

Il nostro è il paese con la più bassa fecondità del mondo, seguiti a breve distanza da Germania e Spagna. La prima è entrata in fase di "recessione riproduttiva" prima dell'Italia, la seconda dopo. Nel 1997 l'IFT è stato stimato in 1,22 figli per donna: dal 1981 ad oggi l'IFT è sceso di oltre il 20%.

Le alterne vicende di incremento e riduzione della fecondità riferita ai singoli anni di calendario, sono attribuibili non solo al mutare della intensità della fecondità delle successive generazioni di donne, ma anche alla tendenza ad

**Indice
di fecondità
più basso
del mondo**

anticipare o a posticipare l'esperienza riproduttiva.

Il fenomeno del *baby-boom*, cui si è accennato in precedenza è stato, in realtà, dovuto quasi completamente, all'anticipazione della maternità, da parte di alcune ben individuate generazioni e in alcune Regioni, piuttosto che a un effettivo incremento della propensione a procreare delle donne italiane. Successivamente, è emersa una importante tendenza al posticipo dell'esperienza riproduttiva: la nascita del primo figlio, che a metà degli anni '60 si verificava mediamente prima dei 25 anni, ora avviene in media solo dopo i 28 anni.

Un posticipo così importante ha, evidentemente, a sua volta delle conseguenze sul numero complessivo di figli. La probabilità di avere un figlio di ordine superiore al secondo è infatti in costante e rapida diminuzione, e il modello familiare destinato a prevalere sembra essere quello di 1 o al massimo 2 figli per coppia.

La variabilità territoriale della denatalità diventa evidentissima osservando gli indicatori sintetici di fecondità per Regione.

Variazioni
regionale
dell'indice
di fecondità

Ben sei Regioni del Centro-Nord —Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Toscana— si distinguono per livelli di fecondità pari o al di sotto di un figlio per donna. La maggior parte delle Regioni del Mezzogiorno, pur presentando livelli storicamente più elevati, hanno registrato negli anni più recenti, con riferimento all'anno 1981, ritmi di decremento della fecondità decisamente più sostenuti che nel resto del Paese —quasi il 30% in meno in Puglia, Basilicata e Calabria, quasi il 40% in meno in Sardegna— ad indicare il loro rapido avvicinamento ai livelli del Centro e del Nord.

I modelli riproduttivi tra Italia centro-settentrionale e Mezzogiorno rimangono, tuttavia, ancora diversi, pur evolvendo nella stessa direzione. È, infatti, il modello del figlio unico quello verso il quale si dirigono le strategie di pianificazione familiare in molte Regioni del Nord e del Centro, mentre la maggior parte delle donne meridionali che hanno il primo figlio proseguono nel percorso riproduttivo: in Calabria, Basilicata e Puglia la discendenza finale della generazione 1964 è stimata ancora a livelli pari o superiori a 1,8 figli per donna, mentre in Campania e Sicilia supera addirittura 1,9 (valore di poco inferiore alla soglia di sostituzione).

Parallelamente, dal 1981 al 1996 gli incrementi più consistenti nell'età media alla nascita del primo figlio si sono verificati in Friuli/Venezia Giulia, Toscana e Veneto (circa 4 anni), Lazio, Lombardia e Marche (oltre 3 anni), mentre gli incrementi più contenuti, dell'ordine di circa due anni, si riscontrano in Campania, Calabria e Sicilia. Rispetto a un valore nazionale di 28,1 anni, troviamo i due estremi in Liguria, dove l'età media alla nascita del primogenito ha ormai superato i 29 anni, ed in Calabria e Sicilia, dove invece non ha ancora

toccato i 26 anni. In generale, in tutte le Regioni del Nord e del Centro, inclusa la Sardegna, l'età media alla nascita del primo figlio raggiunge, o supera, i 28 anni, mentre nelle altre Regioni del Mezzogiorno, ad eccezione dell'Abruzzo, il valore non raggiunge i 27 anni.

1.2.4 Mortalità in generale

Nel nostro Paese, come in molti altri, la necessità di diffondere ufficialmente il dato di mortalità solo quando sia stato acquisito per tutte le migliaia di Comuni italiani, verificato ed elaborato, provoca un certo ritardo nell'aggiornamento; inoltre una recente modifica del sistema di codifica delle cause, introdotta dall'ISTAT e già in vigore in molte nazioni, ha provocato un ulteriore ritardo; per questo motivo, nella presente Relazione vengono presentati e commentati ancora i dati del 1994.

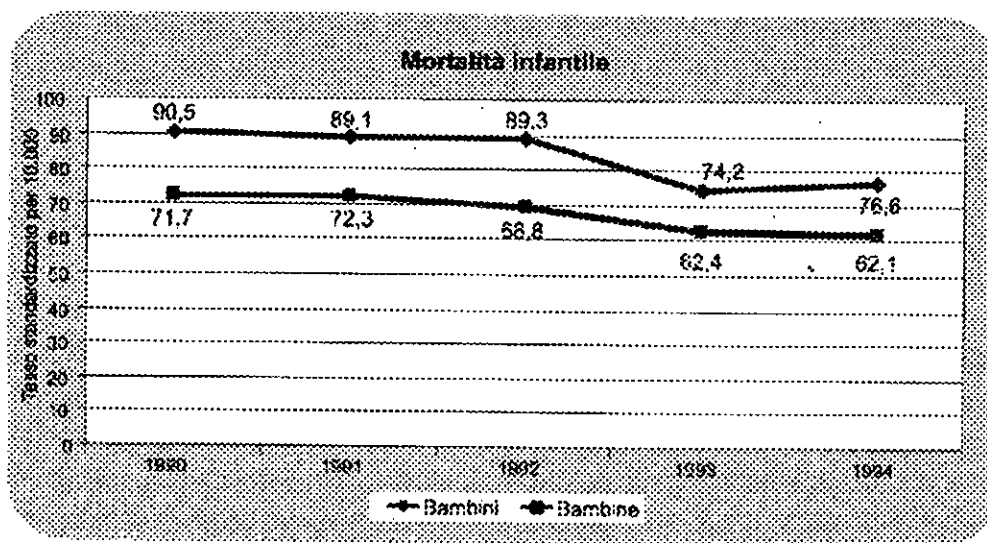
Analisi preliminari condotte sul biennio successivo, solo di recente messo a disposizione dall'ISTAT, mostrano che gli andamenti descritti non hanno subito sostanziali variazioni, con l'eccezione dell'AIDS di cui si dirà in seguito.

Dall'inizio degli anni 90 al 1994, la mortalità nella popolazione italiana ha continuato l'andamento decrescente già osservato nel decennio precedente. Tale andamento è ancora dovuto ad un forte decremento della mortalità infantile e ad una diminuzione generalizzata delle principali cause in tutte le classi di età. Permane l'eccezione della mortalità tra i giovani adulti (25-44 anni), in modo particolare gli uomini, che continua ad aumentare per effetto dell'epidemia di AIDS.

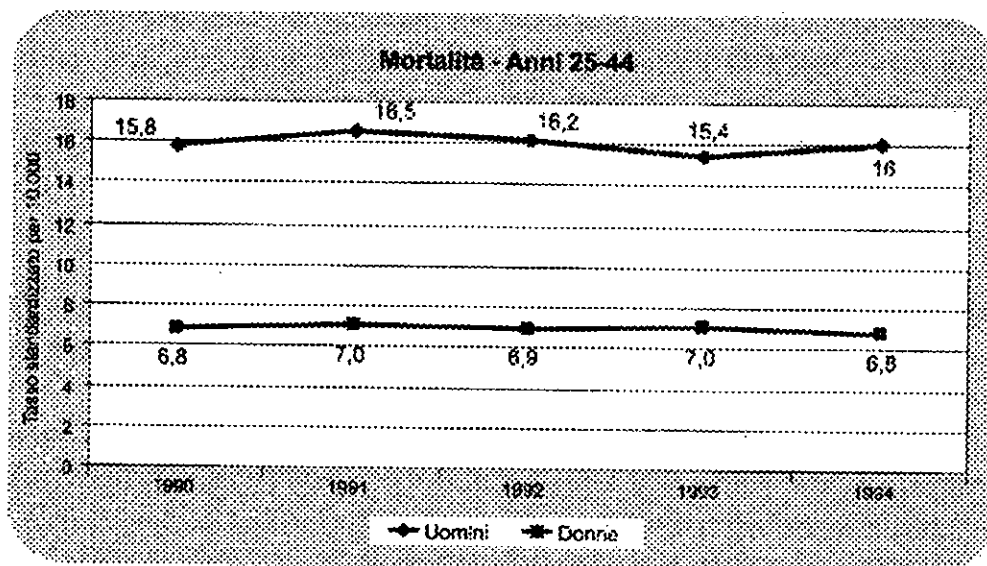
I livelli di mortalità delle donne continuano ad essere più bassi di quelli degli uomini in tutte le fasce di età, senza che però il differenziale di mortalità tra i due generi seguiti ad aumentare.

Di seguito sono presentati in modo sintetico gli andamenti della mortalità nel nostro paese dal 1990 al 1994, ultimo anno per il quale vi sono dati disponibili in forma definitiva, sia per la copertura dell'intero territorio nazionale che per l'articolazione nelle specifiche cause di morte. Tutti i tassi presentati sono standardizzati rispetto alla popolazione italiana all'ultimo censimento (1991), sono riferiti a 10.000 persone e sono specifici per genere.

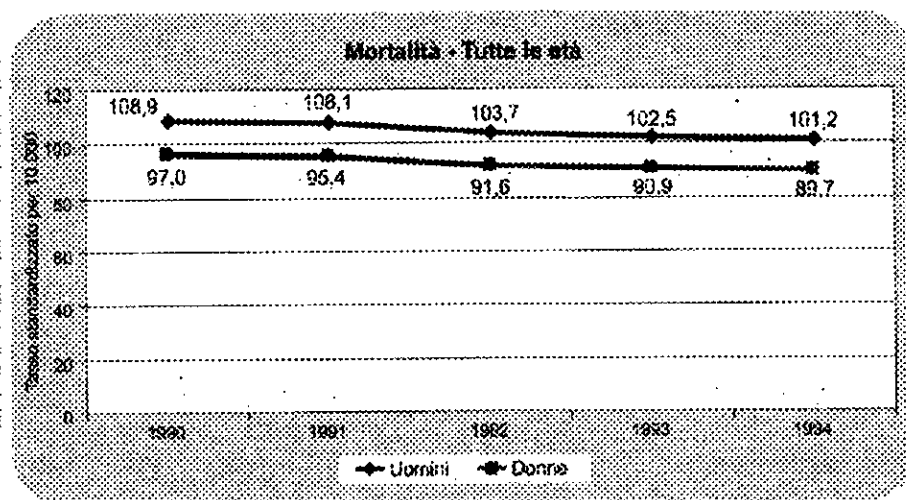
Nella figura seguente sono presentati i tassi di mortalità generale nel periodo considerato, in tre fasce di età di particolare rilievo: 0 anni (mortalità infantile), 25-44 anni (mortalità tra i giovani adulti) e tutte le età insieme.



Fonte ISTAT



Fonte ISTAT



Fonte: ISTAT

La mortalità infantile, che già all'inizio degli anni '90 aveva raggiunto valori bassi, continua a diminuire; nel periodo 1990-1994, il decremento è di circa un quindici per cento; per i bambini il tasso di mortalità passa da 90,5 per 10.000 a 76,6. I valori dei tassi di mortalità tra le bambine, sempre più bassi di quelle dei maschietti, vanno da 71,7 per 10.000 nel 1990 a 62,1 nel 1994.

Mortalità infantile

La mortalità tra i giovani adulti continua a risentire dell'epidemia di AIDS, specialmente per quanto riguarda i giovani maschi. Tra di essi dunque il tasso aumenta, passando da 15,8 per 10.000 nel 1990 a 16,0 nel 1994. Tra le giovani donne l'effetto è assai meno pronunciato; infatti il tasso di mortalità rimane stabile tra il 1990 ed il 1994, il suo valore è di 6,8 per 10.000.

**Mortalità
tra i giovani adulti**

L'andamento della mortalità generale continua ad essere discendente, con una diminuzione del tasso di circa il sette per cento in entrambi i generi. In particolare, tra gli uomini il tasso era di 108,9 per 10.000 nel 1990 e di 101,2 nel 1994 e tra le donne il tasso va da 97,0 per 10.000 nel 1990 a 89,7 nel 1994.

Mortalità generale

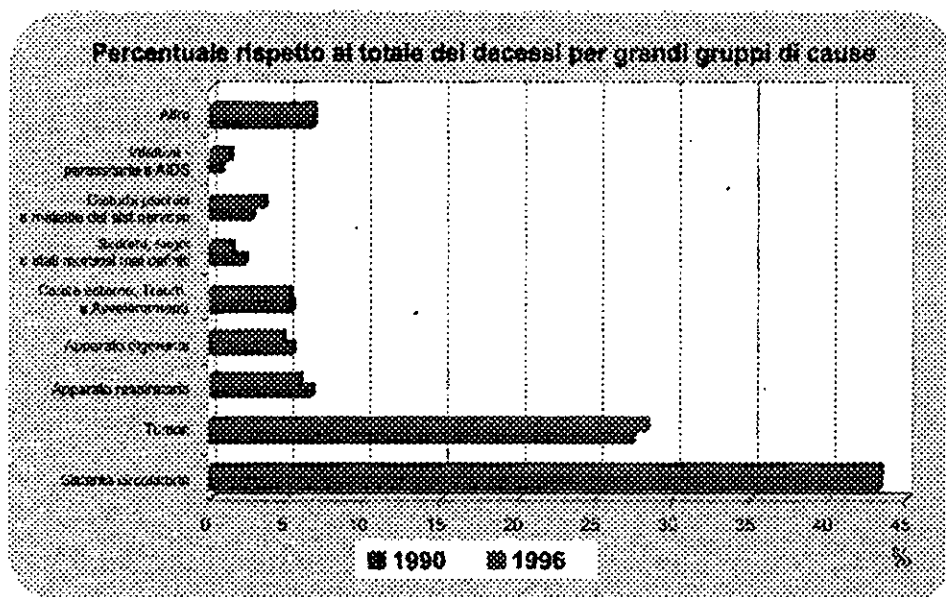
1.2.5 Mortalità per causa

Nella tabella e nel grafico seguenti sono presentati, per grandi gruppi di cause, il numero assoluto di morti ed il contributo percentuale alla mortalità, considerando tutte le persone residenti in Italia (senza distinzioni di genere ed età) per gli anni 1990 e 1996.

**Numero assoluto di morti per grandi gruppi di cause
e percentuali rispetto al totale dei decessi nel 1990 e nel 1996**

Descrizione causa	Valori assoluti		Valori percent.	
	1990	1996	1990	1996
Sistema circolatorio	233.921	240.072	43,2	43,3
Tumori	147.869	156.572	27,3	28,2
Apparato respiratorio	35.533	32.279	6,6	5,8
Apparato digerente	28.877	26.161	5,3	4,7
Cause esterne, Traum. e Avvelenamenti	28.711	28.036	5,3	5,1
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	12.102	7.986	2,2	1,4
Disturbi psichici e malattie del sist. nervoso	14.552	19.394	2,7	3,5
Infettive - Parassitarie e AIDS	3.876	7.179	0,7	1,3
Altro	36.303	36.897	6,7	6,7
TOTALE	541.744	554.576	100	100

Fonte ISTAT



Fonte ISTAT

Si può osservare come aumenti il contributo delle patologie cronico-degenerative, quali le malattie del sistema circolatorio ed i tumori, il che è legato al processo di continuo invecchiamento della popolazione.

Le malattie del sistema circolatorio continuano ad essere la prima causa di morte: nel 1996, su 100 persone che sono morte in Italia, circa 43 sono decedute in seguito ad una patologia del sistema circolatorio.

La seconda principale causa è costituita dai tumori, a cui nel 1996 è da attribuire poco più del 28% dei decessi.

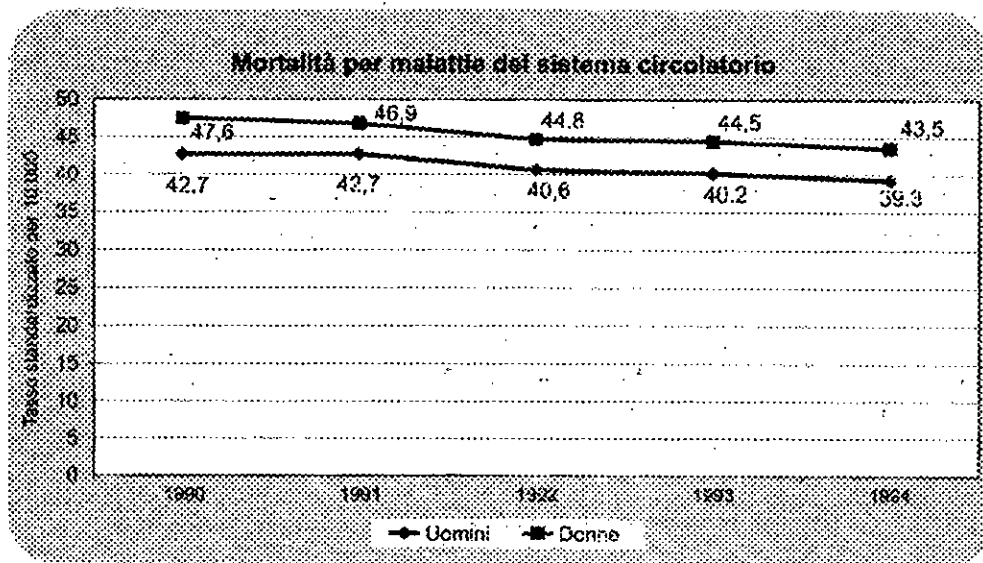
Seguono, con contributi al di sotto del dieci per cento, le altre cause.

Nelle figure seguenti sono mostrati, separatamente per uomini e donne, i tassi di mortalità specifica per alcune selezionate cause di morte, nel periodo di tempo che va dal 1990 al 1994.

La mortalità per **malattie del sistema circolatorio** è andata diminuendo, sia tra gli uomini che tra donne. Osserviamo che tali malattie sono tra le poche patologie in cui la mortalità femminile supera quella maschile: nel 1994 i tassi erano di 43,5 per 10.000 per le donne e 39,3 per gli uomini.

**Aumento
delle patologie
croniche
e degenerative**

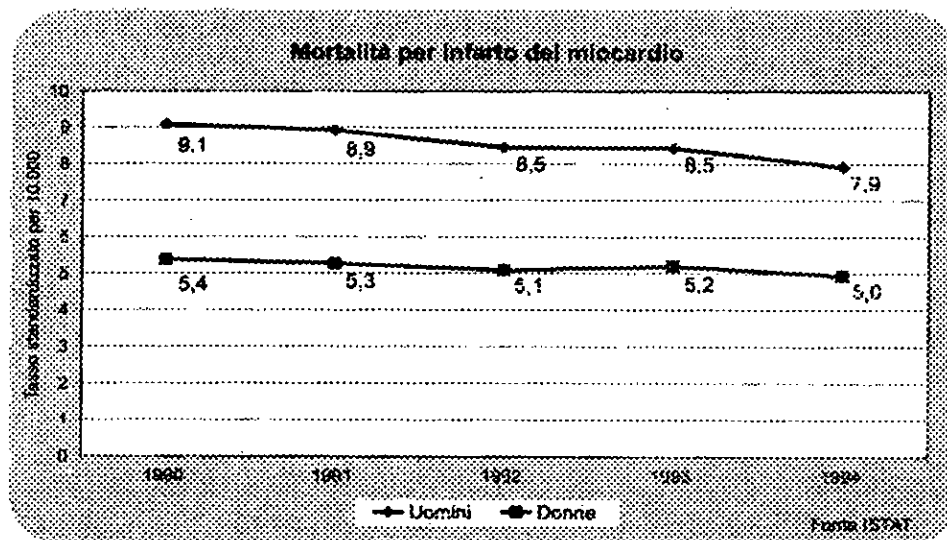
**Malattie
del sistema
circolatorio**



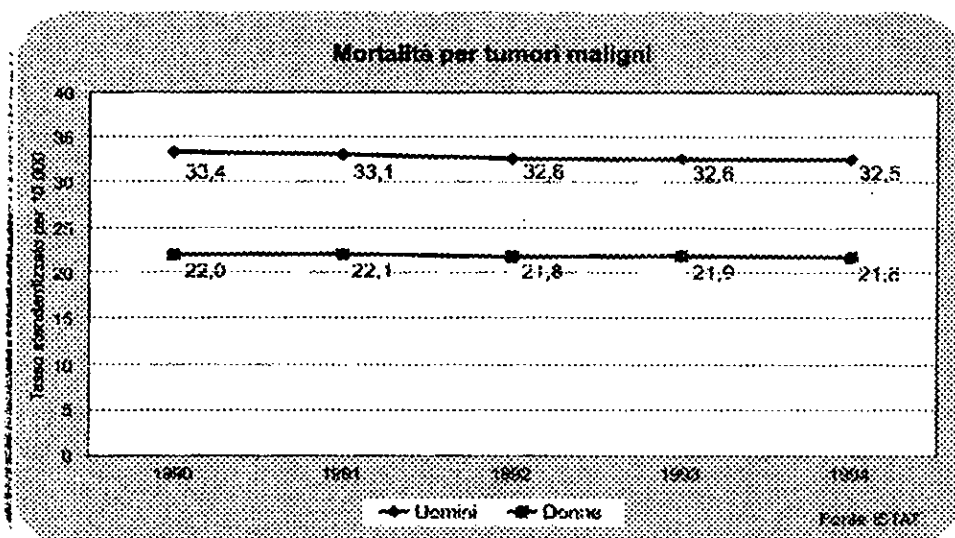
Fonte ISTAT

**Infarto
del miocardio**

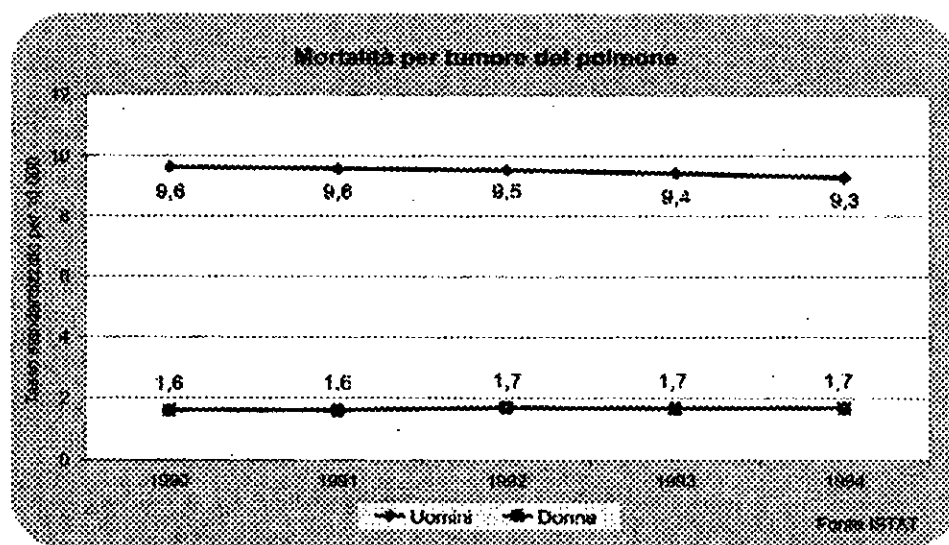
È diminuita anche la mortalità per la principale delle patologie cardiovascolari, l'**infarto del miocardio**, che tra gli uomini è diminuita di oltre il 12% in cinque anni, passando da un tasso di 9,1 per 10.000 nel 1990 a 7,9 nel 1994. Tra le donne si è avuto un decremento di circa l'8%, da un tasso di 5,4 per 10.000 nel 1990 a 5,0 nel 1994.

**Tumori maligni**

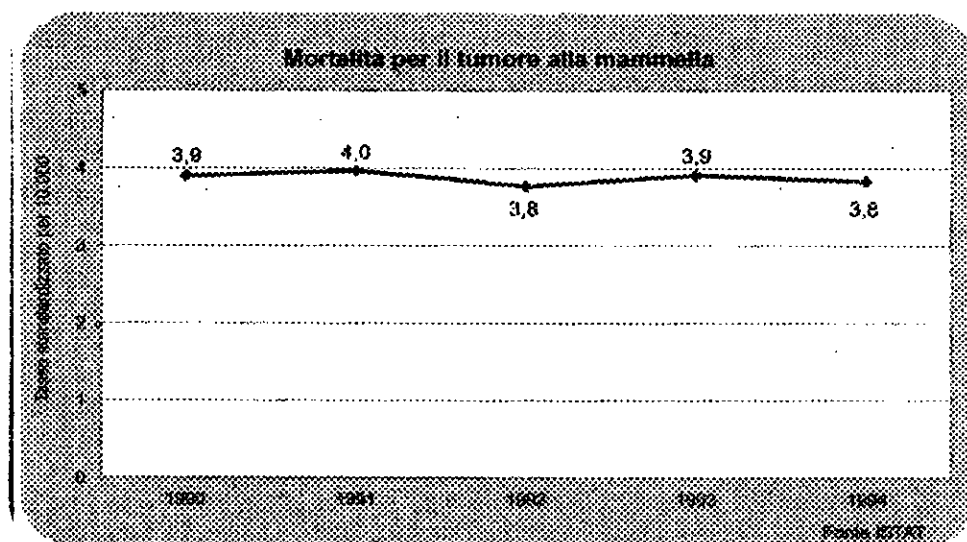
I **tumori maligni** nel loro complesso hanno subito una riduzione seppure piuttosto contenuta; tra gli uomini si è passati da 33,4 per 10.000 nel 1990 a 32,5 nel 1994. Tra le donne, il tasso era di 22,0 per 10.000 nel 1990 e di 21,8 nel 1994.



Merita particolare attenzione l'andamento del **tumore del polmone**, che tra gli uomini è in lieve ma costante diminuzione (da un tasso di 9,6 per 10.000 nel 1990 a 9,3 nel 1994), mentre tra le donne è in leggero aumento (da un tasso di 1,6 per 10.000 nel 1990 a 1,7 nel 1994). Questi andamenti contrastanti sono verosimilmente associati con il diverso atteggiamento che si va osservando, nei confronti del fumo, negli uomini e nelle donne.

**Tumore
del polmone**

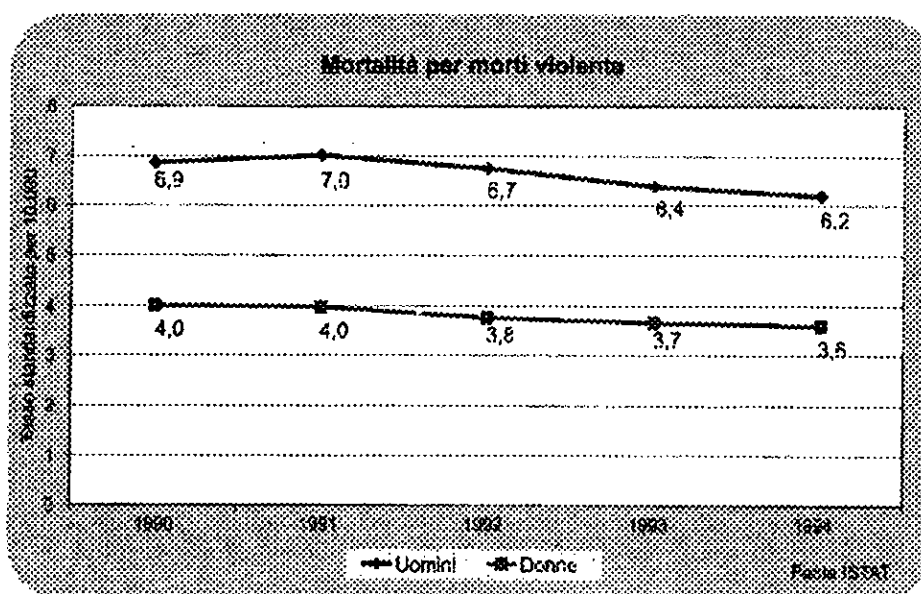
Una delle principali cause di morte per le donne, specialmente giovani ed adulte, il **tumore della mammella**, è in leggera diminuzione; il tasso era di 3,9 per 10.000 nel 1990 ed è di 3,8 nel 1994.

**Tumore
della mammella**

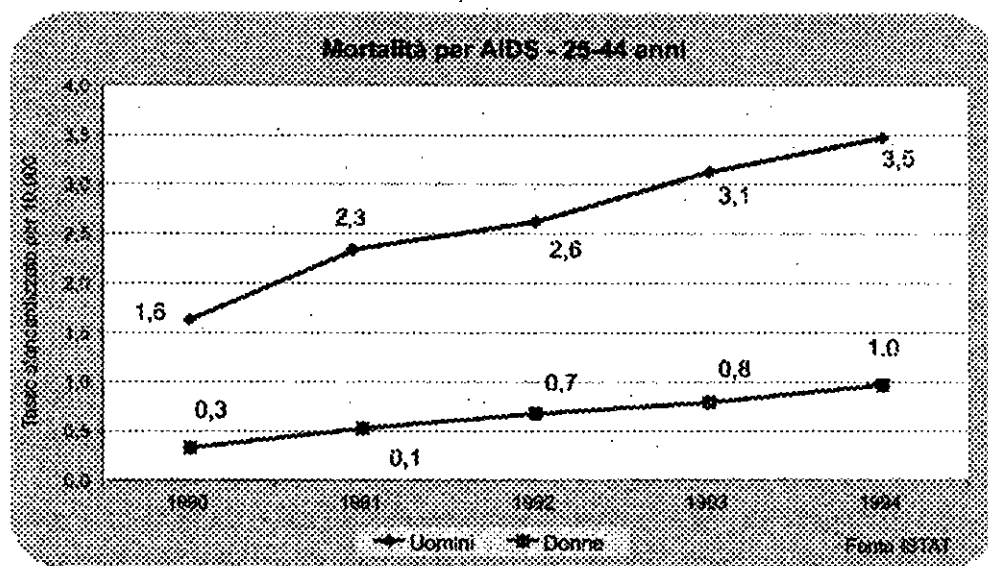
**Mortalità
per cause violente**

La mortalità per **cause violente** è anch'essa in diminuzione in entrambi i generi. Per gli uomini il tasso va da 6,9 per 10.000 nel 1990 a 6,2 nel 1994; per essi, il principale contributo alle morti violente è dato per oltre un terzo dagli incidenti stradali.

Tra le donne, si passa da un tasso di 4,0 per 10.000 nel 1990 a 3,6 nel 1994, con un forte contributo (oltre la metà di tutte le morti violente) da parte degli incidenti domestici.

**Mortalità per AIDS**

La mortalità per **AIDS** continua ad aumentare nei giovani adulti (25-44 anni); tra gli uomini, il tasso di mortalità è raddoppiato in cinque anni (passando da 1,6 nel 1990 per 10.000 a 3,5 nel 1994). Per le donne, i valori sono decisamente più bassi, ma l'incremento è addirittura maggiore, di ben tre volte: da un tasso di 0,3 per 10.000 nel 1990 a 1,0 nel 1994. Negli ultimi anni la tendenza si sta invertendo, grazie all'efficacia delle cure nel migliorare la sopravvivenza; tuttavia i dati ufficiali ISTAT, disponibili fino al 1994, non consentono ancora di registrare questo risultato.



1.2.6 La mortalità per causa: proiezioni al 2005

Poiché i dati ufficiali di mortalità più recenti disponibili sono relativi all'anno 1994, per avere un quadro delle tendenze nel vicino futuro sono state effettuate delle stime lineari degli andamenti della mortalità per causa fino al 2005. Ricordiamo che i tassi italiani di mortalità per malattie del sistema circolatorio hanno raggiunto il loro massimo a metà degli anni '70 e che i tassi di mortalità per tumore lo hanno raggiunto a metà degli anni '80.

Più del 70% della mortalità totale è attribuibile a queste due cause.

Si riportano in questo paragrafo i tassi osservati a partire dal 1980, che sono stati utilizzati per stimare gli andamenti della mortalità a partire dal 1980 e da un anno più recente, il 1986.

Inoltre, poiché l'Italia mostra ancora differenze significative tra le diverse aree geografiche, si riportano anche alcuni andamenti per specifiche ripartizioni (Nord-Est, Nord-Ovest, Centro e Sud), quando questi si discostino dall'andamento nazionale.

Lettura dei grafici

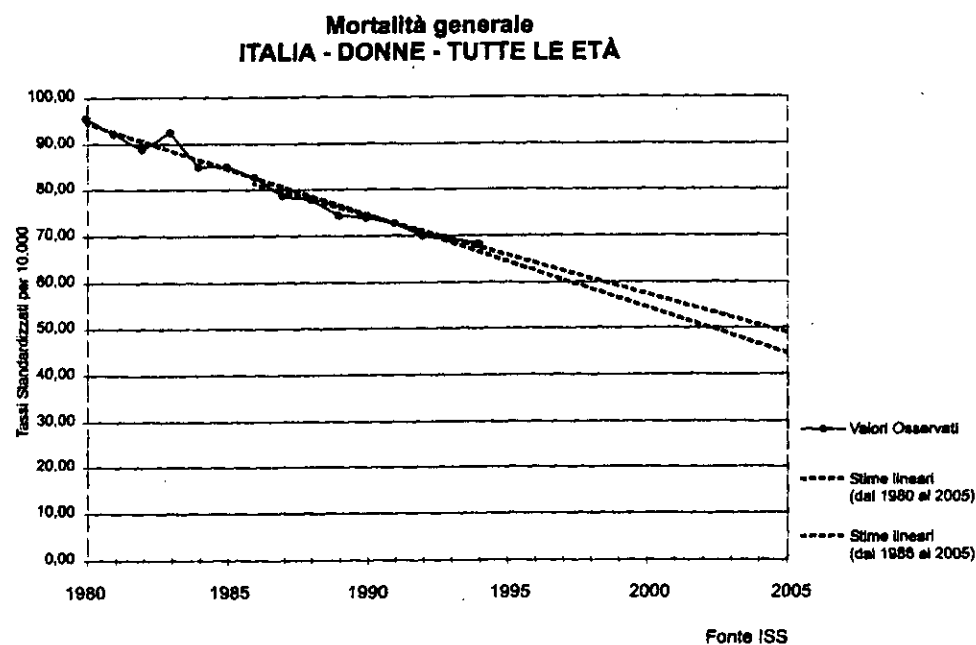
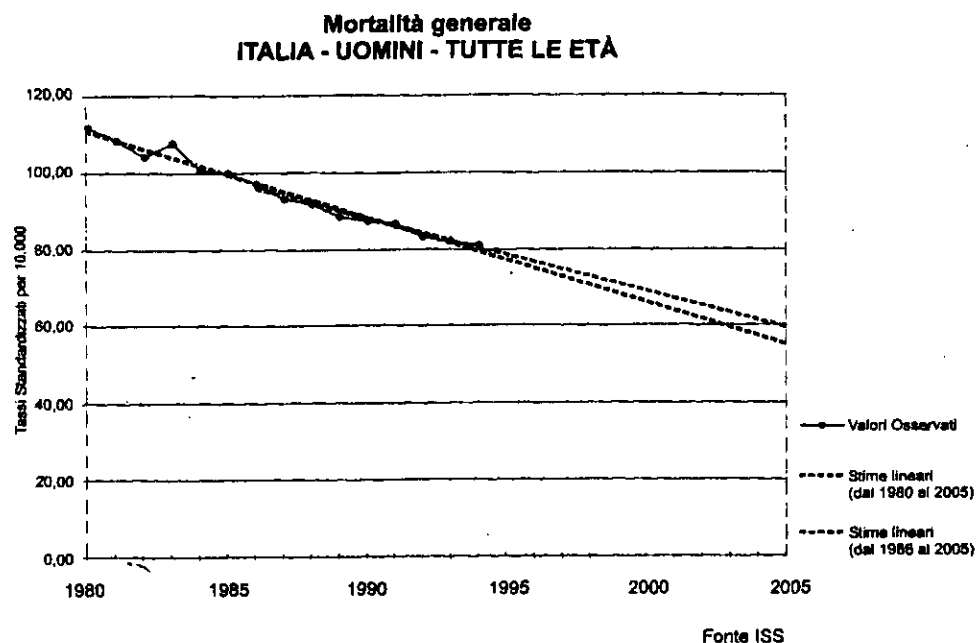
Gli andamenti sono presentati nelle figure seguenti, in cui la linea continua rappresenta i tassi standardizzati osservati per 10.000 e le due linee tratteggiate, rispettivamente di colore blu e rosso, rappresentano i tassi stimati basati sulle serie temporali 1980-94 (andamento di lungo periodo) e 1986-1994 (andamento più recente).

Il confronto tra le due rette stimate consente di prevedere un rallentamento od un'accelerazione dell'andamento.

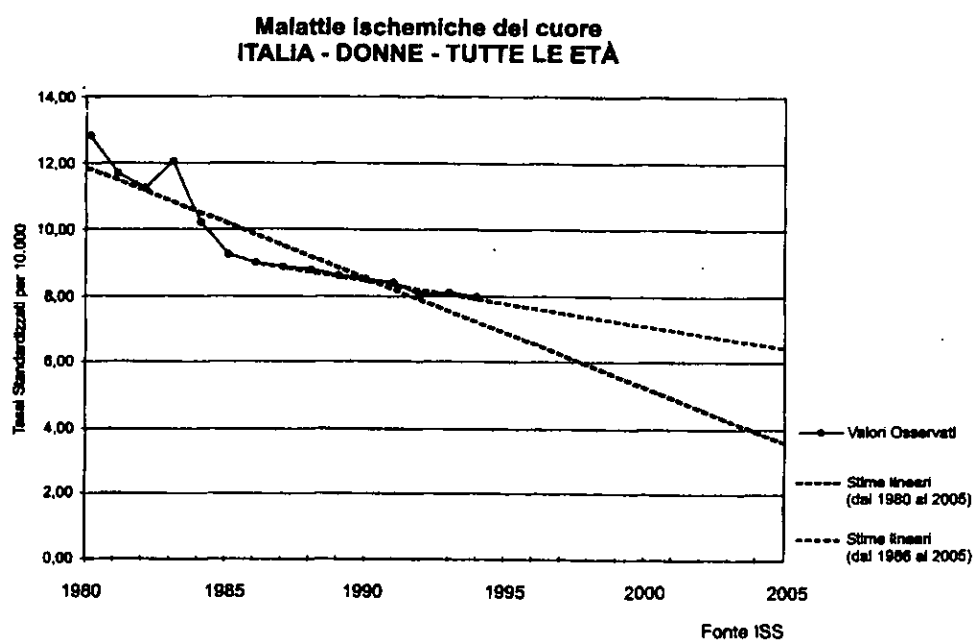
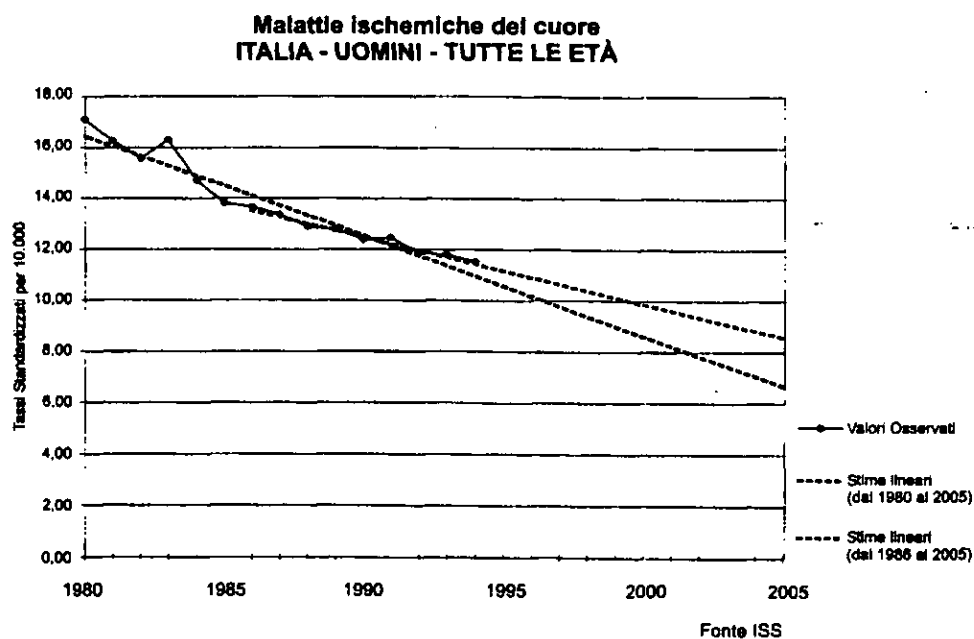
In particolare, quando la proiezione più recente è al di sotto di quella di lungo periodo, ciò va interpretato come una tendenza favorevole, cioè un rallentamento nel caso di andamento crescente della mortalità ed un'accelerazione nel caso di andamento in diminuzione.

Viceversa, una proiezione più recente al di sopra di quella di lungo periodo mostra un rallentamento della diminuzione, ovvero un'accelerazione nell'aumento. Va peraltro osservato che quest'ultima, sfavorevole tendenza, si osserva solo nel caso della mortalità per tumori polmonari nelle donne del Sud.

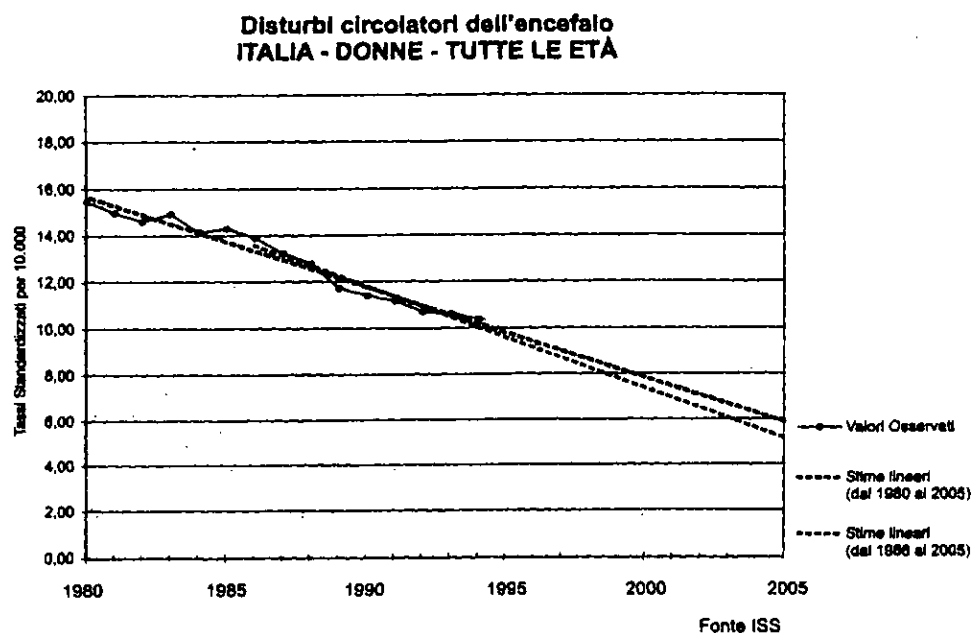
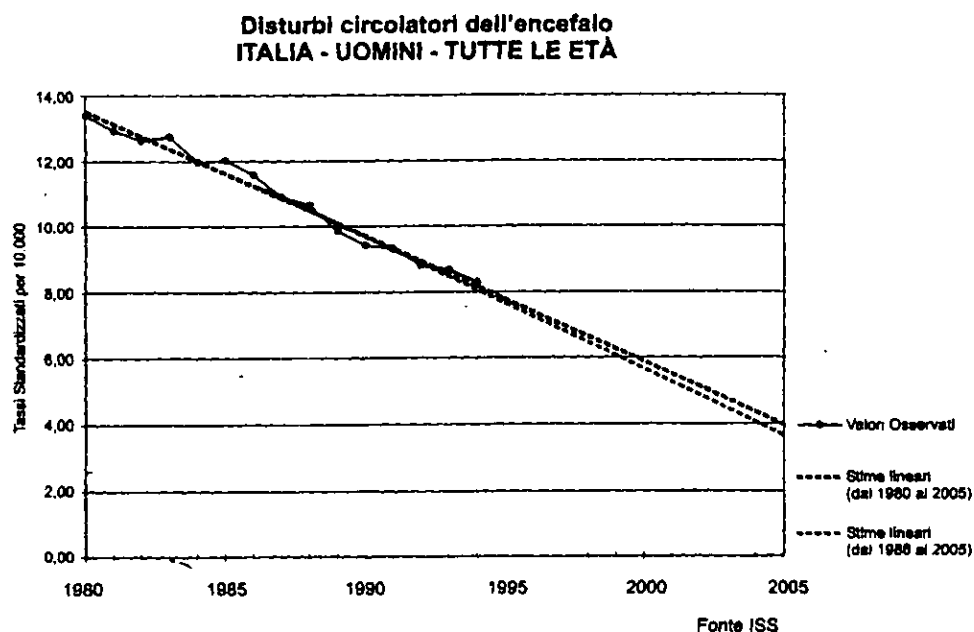
I tassi di **mortalità generale** sono in continua diminuzione, seppure con un rallentamento sia tra gli uomini che tra le donne, con andamenti simili per l'Italia e le varie ripartizioni geografiche.

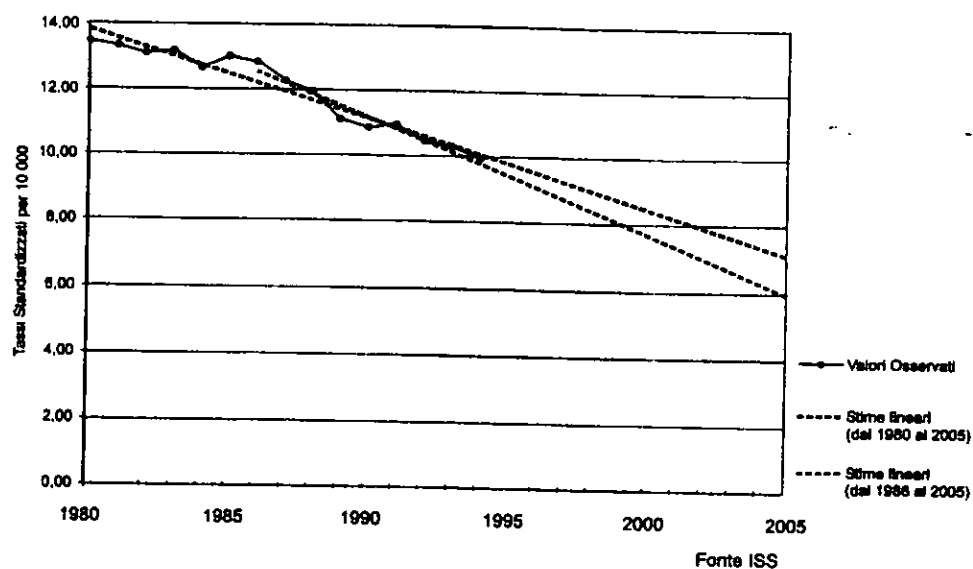
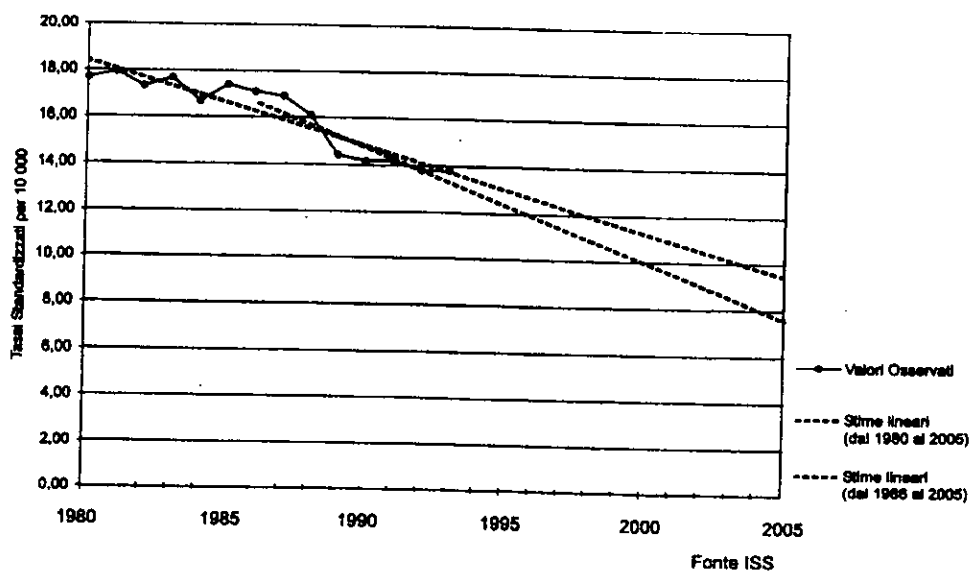


Le **malattie ischemiche del cuore** presentano andamenti omogenei in tutte le ripartizioni geografiche, con trend decrescenti seppure in rallentamento sia tra gli uomini che tra le donne.

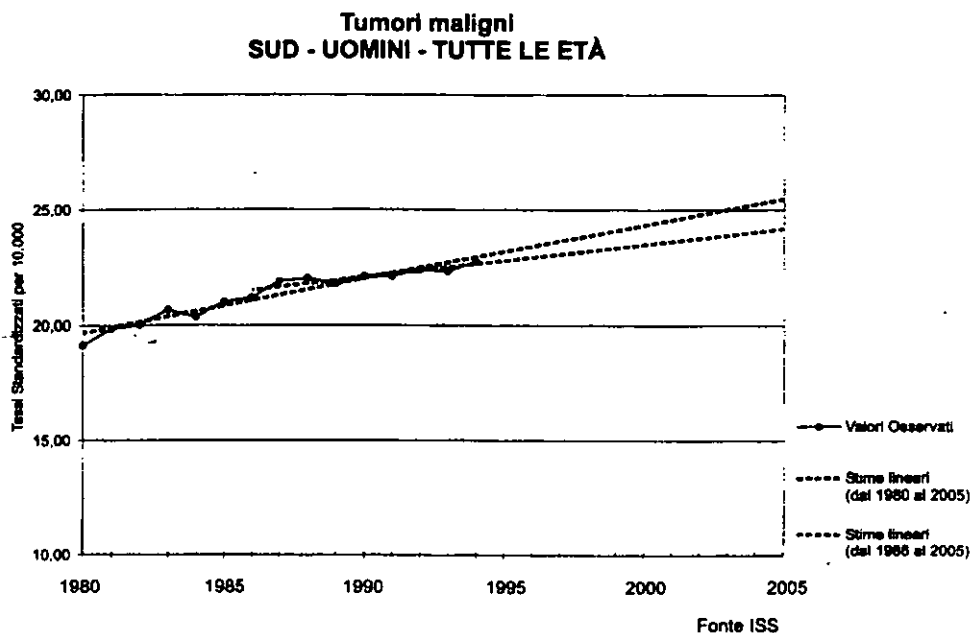
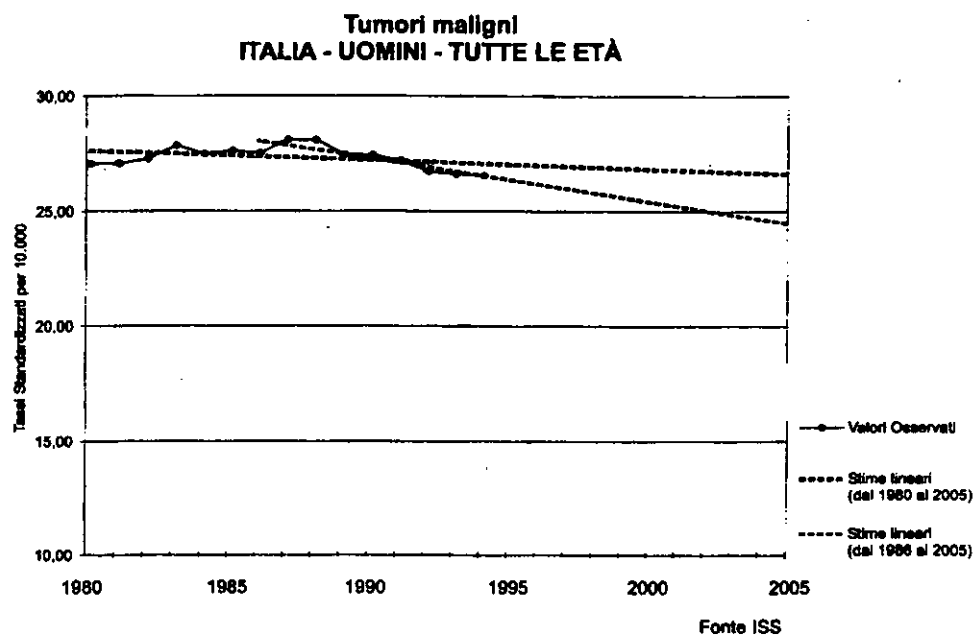


I **disturbi circolatori dell'encefalo** mostrano sia tra gli uomini che tra le donne un andamento in continua diminuzione, con una accelerazione più marcata al Sud.



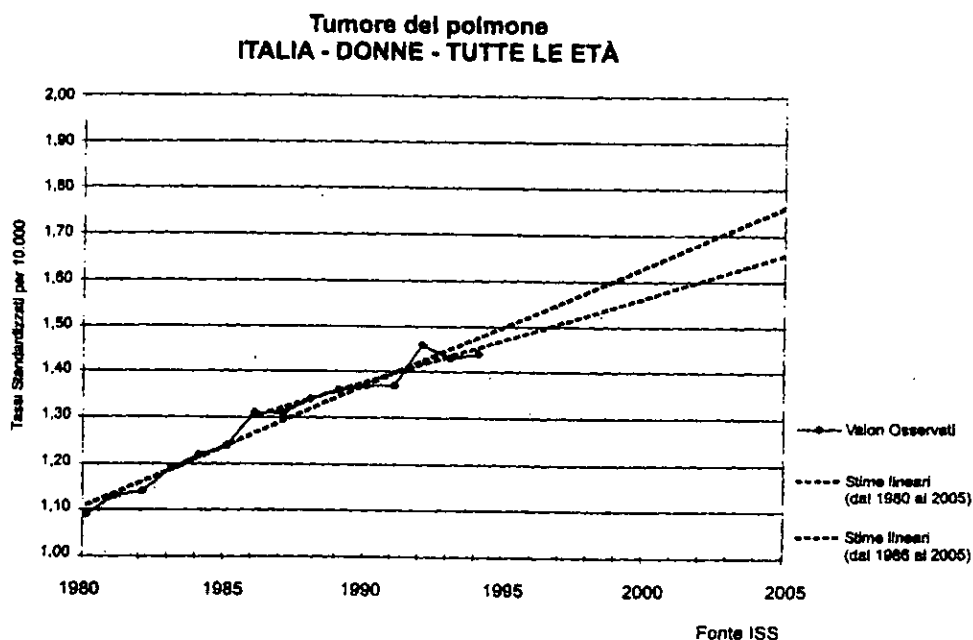
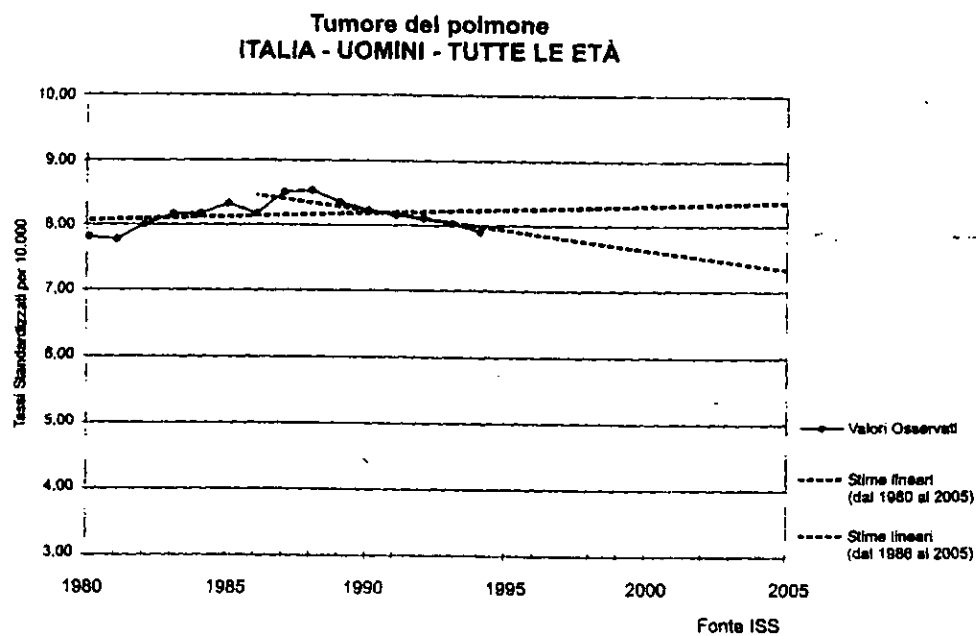
**Disturbi circolatori dell'encefalo
SUD - UOMINI - TUTTE LE ETÀ****Disturbi circolatori dell'encefalo
SUD - DONNE - TUTTE LE ETÀ**

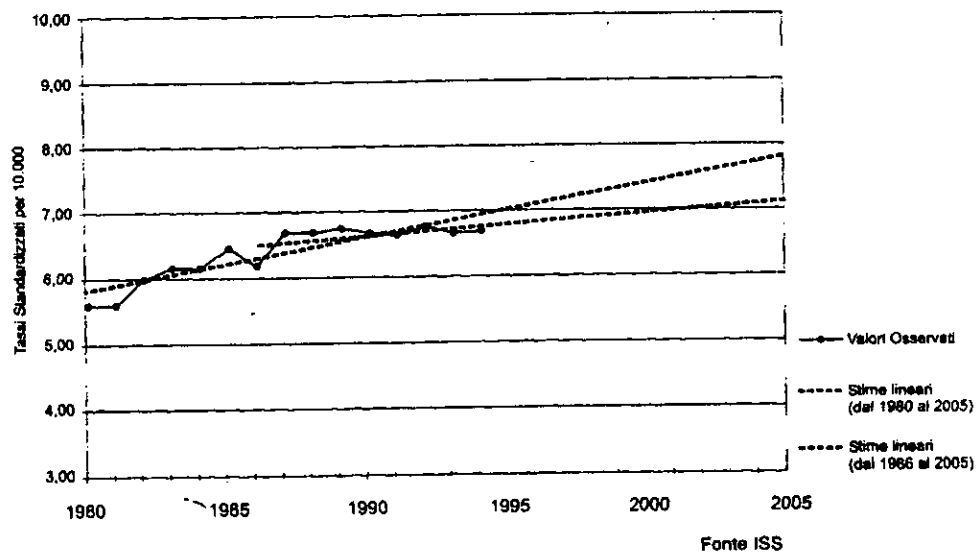
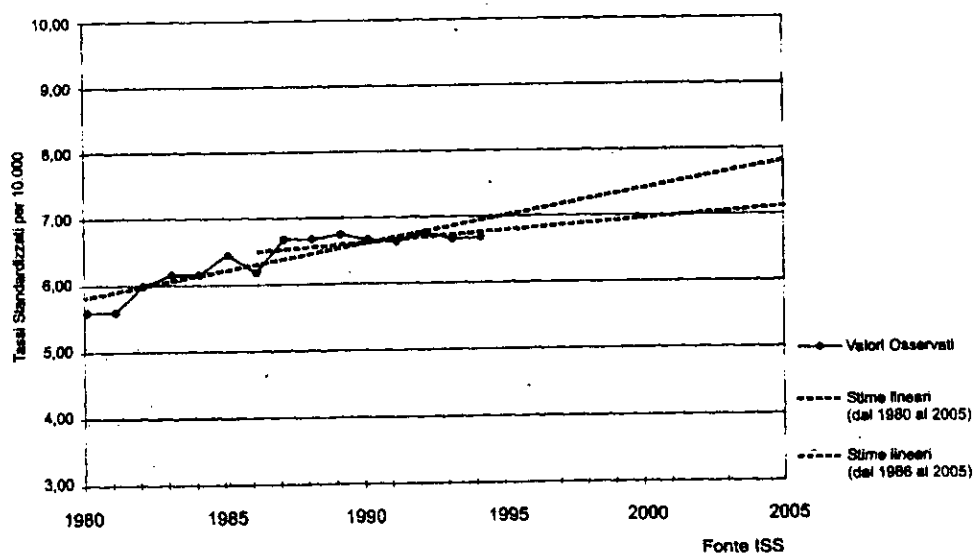
I tumori maligni nel loro complesso presentano un andamento simile per gli uomini e le donne: in Italia, al Nord ed al Centro vi è una tendenza alla diminuzione, mentre al Sud i tassi sono ancora in crescita, seppure con una più recente tendenza al rallentamento.



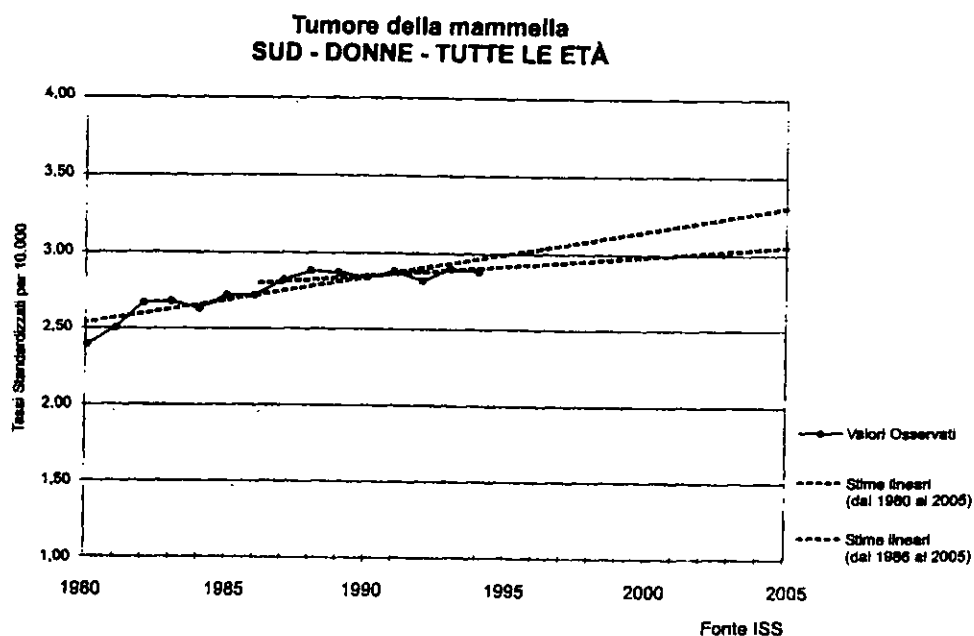
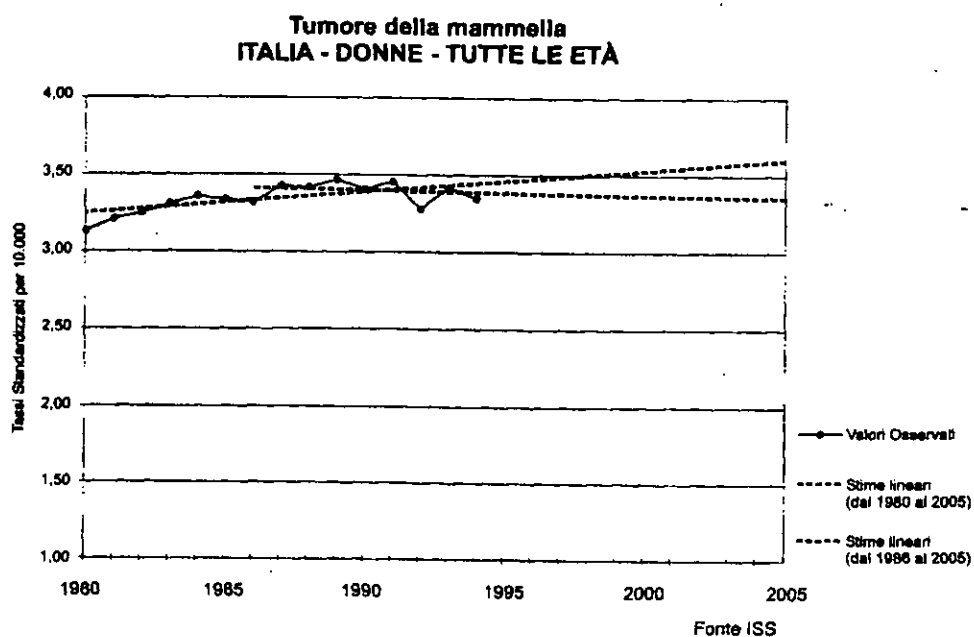
I tassi nazionali della mortalità per tumori del polmone tendono a diminuire tra gli uomini e ad aumentare tra le donne.

Nel Sud invece sono ancora in aumento tra gli uomini e le donne.



**Tumore del polmone
SUD - UOMINI - TUTTE LE ETÀ****Tumore del polmone
SUD - UOMINI - TUTTE LE ETÀ**

I tumori della mammella mostrano in tutte le ripartizioni geografiche una recente tendenza alla diminuzione, mentre al Sud si prospetta ancora un aumento, seppure recentemente rallentato.

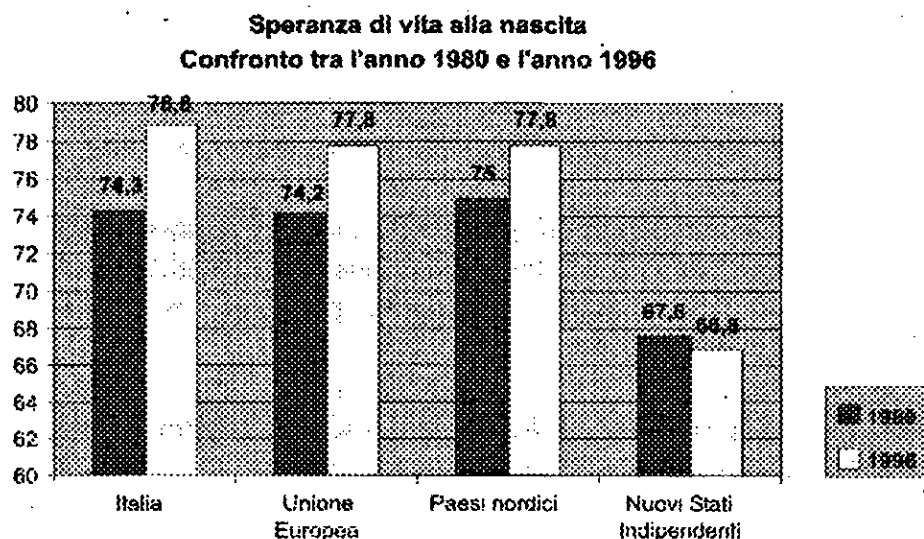


1.2.7 Mortalità comparata con l'Europa

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.

Considerando, infatti, sulla base di dati dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS², alcuni indicatori generali quali: la speranza di vita alla nascita, la mortalità per tutte le cause, la mortalità infantile, la mortalità per malattie del sistema circolatorio, la mortalità per neoplasie maligne, si può osservare che i valori dell'Italia rispetto a quelli medi dell'Unione Europea, dei Paesi nordici e dei Nuovi Stati Indipendenti (paesi che facevano parte dell'ex Unione Sovietica), nel periodo 1980/1996, mostrano comportamenti nel complesso soddisfacenti.

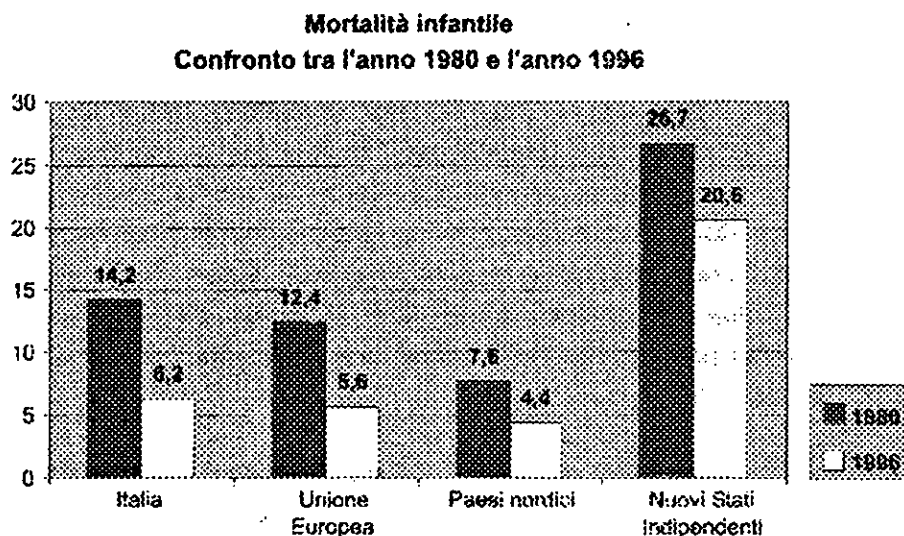
La **speranza di vita** alla nascita era in Italia di circa 74,3 anni nel 1980 ed è aumentata a circa 78,8 anni nel 1996, nei Paesi dell'Unione Europea il valore era di 74,2 anni nel 1980 e di 77,8 nel 1996, nei Paesi Nordici si registrava un valore di 75,0 anni nel 1980 e di 77,8 anni nel 1996 e, infine, nei Nuovi stati indipendenti la speranza di vita era di 67,6 anni nel 1980 e di 68,8 anni nel 1996.



Fonte OMS

² I dati utilizzati per tali elaborazioni sono riportati da fonte OMS, la cui standardizzazione non coincide con quella adottata per i dati italiani e, pertanto, si possono avere, rispetto a questi ultimi, delle piccole differenze.

L'incremento percentuale è stato, pertanto, del 6,0 % in Italia contro un aumento del 4,8% nei Paesi della UE, del 3,7 % nei Paesi Nordici e una diminuzione del -1,1% nei Nuovi Stati Indipendenti.



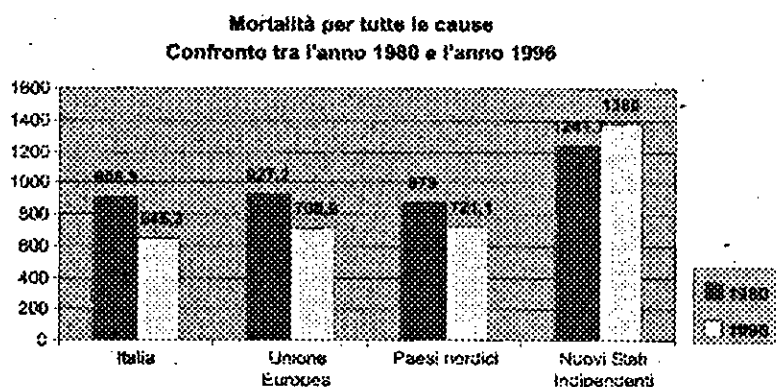
Fonte OMS

Per quanto riguarda la mortalità infantile i valori dell'Italia sono, purtroppo, storicamente superiori a quelli dei Paesi della UE e dei Paesi nordici. Tuttavia in Italia, nel periodo considerato, il valore è praticamente dimezzato passando, infatti, da un tasso del 14,2 per mille nati vivi nel 1980 a circa 6,2 per mille nati vivi nel 1996. Il tasso medio nei paesi dell'Unione Europea era di 12,4 per mille nati vivi nel 1980 e di 5,6 nel 1996, nei Paesi nordici era del 7,6 nel 1980 e di 4,4 nel 1996. Nei Nuovi Stati Indipendenti era del 26,7 per mille nel 1980 e 20,6 nel 1996.

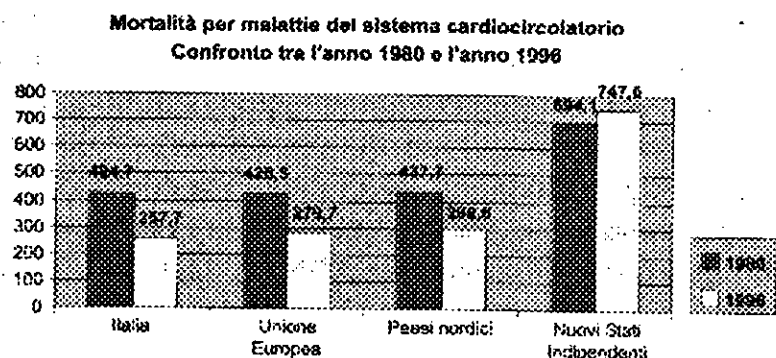
La diminuzione percentuale più significativa, pertanto, si registra in Italia, in cui la mortalità infantile ha subito una diminuzione di circa il 56,3%; nei Paesi UE la riduzione è stata del 54,8%, nei Paesi Nordici del 42,1 % e nei Nuovi Stati Indipendenti di solo il 22,8%.

Per quanto riguarda la mortalità per tutte le cause nel nostro Paese si registra il miglioramento più significativo. Infatti, il tasso è passato da 905,3 per 100.000 nel 1980 a 645,3 nel 1996, nella UE il valore era il 927,2 nel 1980 e 708,9 nel 1996, nei Paesi Nordici 879 nel 1980 e 721,1 nel 1996, nei Nuovi Stati Indipendenti era di 1241,7 nel 1980 e 1380,0 nel 1996.

Anche in questo caso, nel nostro Paese si registra la migliore performance con una diminuzione percentuale del 28,7% rispetto al 1980, contro una diminuzione del 23,5% nei Paesi UE, del 18% nei Paesi Nordici e del 11,1% nei Nuovi Stati Indipendenti.



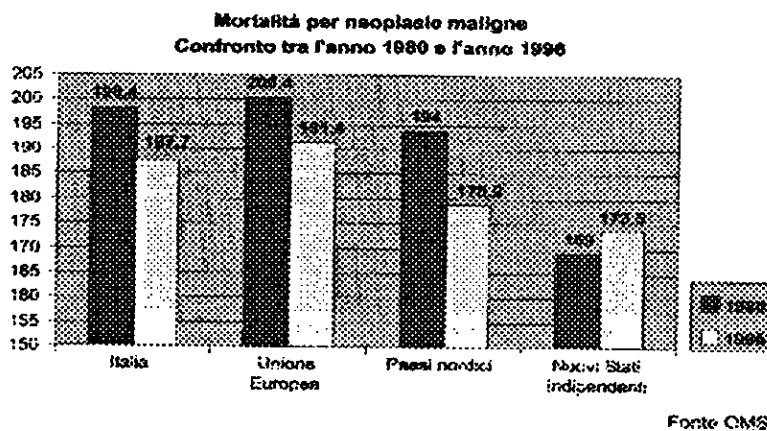
Anche per quanto concerne la mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio si registrano progressi soddisfacenti. In Italia nel 1980 si aveva un tasso del 424,7 per 100.000, comunque inferiore a quello delle altre Regioni considerate; nel 1996 il tasso è diminuito a 257,7. Nei Paesi UE tale indicatore aveva il valore di 428,5 nel 1980 e 279,7 nel 1996, nei Paesi Nordici si registrava un tasso del 437,7 nel 1980 e di 296,6 nel 1996, nei Nuovi Stati Indipendenti era 694,1 nel 1980 mentre è aumentato a 747,6 nel 1996.



Fonte CMS

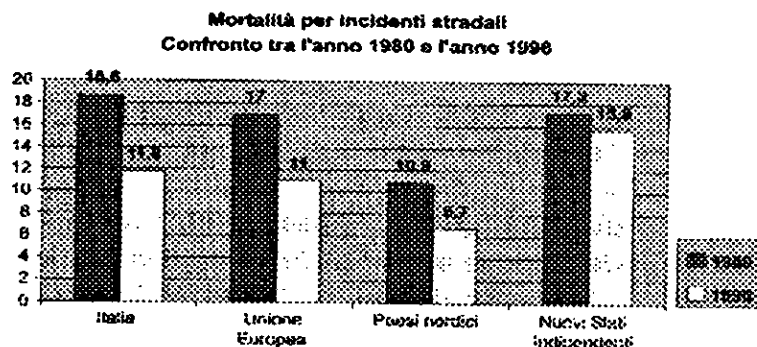
Anche in questo caso il maggior decremento si registra in Italia che presenta una diminuzione del 39,3 % contro una diminuzione del 34,7% nei Paesi UE, del 32,2% nei Paesi Nordici. Nei Nuovi Stati Indipendenti si registra, invece, un aumento del 7,7%.

La mortalità per neoplasie maligne non presenta l'andamento soddisfacente degli indicatori precedentemente esaminati. In Italia, infatti, il tasso di mortalità era il 198,4 per 100.000 nel 1980 e 187,7 nel 1996, nei Paesi UE era il 200,4 nel 1980 e 191,4 nel 1996, nei Paesi Nordici si registrava un tasso di 194,0 nel 1980 e di 178,9 nel 1996, nei Nuovi Stati Indipendenti si aveva 169,0 nel 1980 e 173,5 nel 1996.



In questo caso in Italia, nel periodo 1996/1980 si registra una diminuzione percentuale del 5,4% della mortalità per neoplasie maligne, mentre nei Paesi UE si ha una diminuzione del 4,5% e nei Paesi Nordici del 7,8%. Nei Nuovi Stati Indipendenti si registra, invece, un incremento del 2,6% per tale indicatore.

Anche nel caso della mortalità per incidenti stradali, infine, si registra un andamento non particolarmente soddisfacente. In Italia, infatti il tasso era il 18,6 per 100.000 nel 1980 e l' 11,8 nel 1996, nei Paesi UE era inferiore sia nel 1980 con un valore di 17,0 che nel 1996 con un valore di 11,0. Nei Paesi Nordici il valore era ancora più basso: 10,9 nel 1980 e 6,7 nel 1996. Nei Nuovi Stati Indipendenti nel 1980 il valore era inferiore a quello italiano con 17,2 mentre nel 1996 è risultato superiore pur avendo fatto registrare una flessione (15,8). Nei Nuovi Stati Indipendenti si registra, pertanto, una diminuzione percentuale del 8,1% per tale causa di mortalità, mentre in Italia si ha una diminuzione del 36,5% contro una diminuzione del 35,3% nei Paesi UE e del 38,5% nei Paesi Nordici.



CAPITOLO 2

**LE NUOVE FRONTIERE
DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE****2.1. Criticità nello sviluppo di piani della Promozione alla Salute
e Educazione Sanitaria****Politiche sanitarie e politiche per la salute**

Il Psn 1998-2000 è connotato da segni di forte discontinuità rispetto al passato, in specie quanto al tradizionale modo di definire gli indirizzi per il governo della sanità e le politiche rivolte alla tutela della salute degli Italiani. Tale hiatus è in qualche modo traumatico, ma, peraltro, assolutamente in linea con gli orientamenti scientifici più moderni ed introduce nel nostro Paese — anche in modo tempestivo — le indicazioni operative dell'OMS e della Comunità Europea.

L'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione sanitaria, la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, il Network Europeo delle Agenzie Promotrici di Salute, il Network europeo per la Promozione della salute nei luoghi di lavoro hanno da tempo prodotto un'abbondante documentazione, corroborata da numerosi esempi di attività di campo e di ricerca, sulla necessità di adottare una nuova filosofia: passare dal governo della sanità a politiche per la salute spiccando un ulteriore salto in avanti, dalla sola terapia alla prevenzione delle malattie, da questa alla promozione della salute.

Dopo l'approvazione della Carta di Ottawa, rimasta comunque troppo teorica e nelle intenzioni, l'OMS nella regione europea, con SALUTE 21 ha avanzato linee guida più precise per i Governi, indicando 21 nuovi obiettivi per il prossimo decennio e, con la strategia proposta in Verona Initiative "Investing in Health", ha spostato l'asse sulle politiche complessive di salute da sviluppare in tutti i comparti della Società nel suo complesso e non solo attraverso i servizi sanitari.

La Commissione Europea nel suo Action Plan 1999-2000 proposto al Parlamento ha assunto ugualmente questi indirizzi, anche se l'applicazione della specifica normativa del Trattato di Amsterdam incontra non

**Dal governo
della sanità
a politiche
della salute**

**OMS: 21 obiettivi
per la salute**

poche resistenze e soprattutto contrasti da parte dei ministeri economici e dal Ministero delle Politiche agricole.

I cardini principali su cui poggia questa diversa filosofia sono sostanzialmente due: politiche generali per la salute e intersettorialità, entrambi ben presenti nel nostro Psn 1998-2000.

La salute dei cittadini (recita appunto il Piano) “intesa come benessere fisico, psichico e sociale, non è il mero prodotto dell’amministrazione sanitaria e dei correlati servizi articolati nel Paese. Deve rappresentare, piuttosto, un obiettivo perseguito da tutte le istituzioni che, pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione”.

È molto chiaro, pertanto, che essa deve essere presa in considerazione nelle varie politiche settoriali per i risvolti positivi o negativi che ciascuna di esse può avere: dalle politiche ambientali a quelle produttive e del lavoro, dalle politiche agricole a quelle energetiche e a quelle fiscali.

I fatti che sconvolgono l’Europa in questo passaggio particolarmente penoso ci obbligano anche a riparlare delle politiche degli armamenti e della difesa, cose di cui ci sembrava si potesse fare a meno!

**Salute come
investimento
produttivo**

Tutto questo complesso di azioni costituisce la Promozione della salute e concorre al pieno adempimento del dettato costituzionale, per il quale essa è un bene in sé di cui ciascuno possa disporre ab initio e non solo oggetto di tutela quando venga meno o sia messa in pericolo; ma anche un investimento produttivo, “un interesse della società” appunto.

Il superamento del concetto di salute come “diseconomia, esternalità”, oramai accettato anche dalla maggior parte delle grandi imprese — molte delle quali hanno inserito la salute dei lavoratori nei programmi di qualità o di Total Quality Management o addirittura adottato la pratica della Promozione della salute nei luoghi di lavoro — incontra tuttavia ancora resistenze, nonostante sia sempre più diffusamente considerata componente e risorsa dell’attività economica, non una mera passività come si riteneva in passato.

Intersettorialità

Per il raggiungimento dell’obiettivo salute nel Psn viene chiamata in causa l’intera compagine governativa, in un contesto di collegialità ma soprattutto di intersettorialità, con la concertazione di azioni specifiche assunte da ciascun Ministero e sviluppate con lo stesso modello a livello delle articolazioni periferiche dello Stato, dalle Regioni, Province e Comuni.

Il concetto di intersettorialità in esso sottolineato ampiamente, chiama altresì in causa tutte le altre componenti della società, nel pubblico e nel privato: il complesso delle funzioni istituzionali e dei servizi, le forze sociali, le organizzazioni dei cittadini, il volontariato laico e religioso. Raccomanda in modo non equivoco un rinnovato sforzo per riattivare la

partecipazione responsabile dei cittadini non solo per il contenimento della spesa, ma anche per la definizione delle scelte collettive ed i comportamenti individuali.

In ciò viene richiamata ed indicata come elemento chiave l'educazione alla salute, strumento indispensabile per il coinvolgimento dei cittadini. Deve tuttavia essere chiaro che essa non è sinonimo di promozione della salute, concetto globale che coinvolge l'intero complesso dei poteri societari, ma solo una parte di essa, quella diretta verso i cittadini per facilitare e sollecitare la loro azione.

Educazione
alla salute

Soggetti e situazioni. Lo sviluppo della Promozione della salute

I campi di applicazione della Promozione della Salute, come definiti nella Carta di Ottawa e declinati nei 21 obiettivi OMS per il XXI secolo, riguardano l'ambiente (*create supportive environments*), i servizi sanitari (*reorient health service*), la comunità (*strengthen community action*), il contesto generale (*enable, mediate, advocate*), i singoli individui (*develop personal skills*) ricompresi in un'azione generale di sviluppo di una politica pubblica per la salute (*build healthy public policy*). I termini della questione sono noti da tempo e non è quindi necessario entrare nel dettaglio di ciascuno di essi, indicando il che cosa ed il chi di ciascun intervento preconizzato.

Campi
d'applicazione

Vale solo la pena di sottolineare come l'azione sviluppata attraverso il servizio sanitario, ancorché importante, rappresenta solo una parte e non la più grande dell'intero spettro che la promozione della salute comprende. Eppure sino ad oggi, nella maggior parte dei Paesi, la maggiore attenzione, rispetto ai programmi aventi in qualche modo specifica attinenza con la salute, è stata posta sulle strutture e sugli operatori della sanità. Anche sui motivi di ciò è stato a lungo discusso e non vale la pena di soffermarvisi. Vale piuttosto la pena di esaminare brevemente quanto sia stato fatto in tutti i diversi settori, in modo diretto o indiretto, per rendere operativa la teoria della Promozione della salute.

L'azione sanitaria
insufficiente

Rispetto alle politiche ambientali, tra posizioni eccessivamente allarmistiche e rassicurazioni troppo ottimistiche da cui è difficile trarre una ragionevole certezza sullo stato effettivo del nostro pianeta e dei vari ecosistemi in cui l'umanità vive, possiamo senza dubbio dire che tra quanto è stato detto e ciò che è stato fatto esiste certo una grande distanza, un mare appunto, anche se le opinioni dei più depongono per un ambiente nel complesso migliore. Le risoluzioni della Conferenza di Sundsvall, le importanti dichiarazioni della Conferenza di Rio sono rimaste in buona parte inapplicate e la creazione di autorità per l'ambiente, a

Politiche
ambientali

**Valutazioni
e impatto
ambientale**

vario livello, non ha ottenuto risultati pari alle attese. Vale per l'ambiente quanto prima è stato osservato per la salute: molte cose sono state messe in moto ma esiste una dissociazione molto evidente tra i problemi ambientali e le politiche settoriali — energetiche, produttive, insediative, infrastrutturali... — che su di esso impattano; anzi in molte di esse il problema ambientale non viene nemmeno considerato. La Valutazione di Impatto Ambientale è una pratica certo tra le meno seguite. È questo probabilmente il settore più debole dal nostro punto di vista, specie se si considerano alcuni ambienti particolari, come quello di lavoro dove, rispetto a tutto il resto del vivere civile, rimangono contraddizioni non accettabili. Per non parlare del degrado di molte realtà urbane, non solo metropolitane.

**Disuguaglianze
ed emarginazione**

Così la creazione di condizioni sociali e lo sviluppo di ambiti comunitari, in cui relazioni favorevoli consentano condizioni di vita civili e democratiche che promuovano la salute — pur avendo il nostro Paese fatto senza dubbio passi in avanti — non è un fatto acquisito e soprattutto non è un fenomeno distribuito su tutto il territorio nazionale e nei confronti di tutti gli individui. Disuguaglianze, differenze, varie forme d'iniquinà distinguono numerosi gruppi e sottogruppi, in cui è frammentata la popolazione che vive sul nostro territorio. Fenomeni d'emarginazione per vari motivi colpiscono sempre più numerosi soggetti, risorgono qua e là fenomeni d'intolleranza, se non di razzismo, attenuati in questa fase di guerra alle porte da spinte ammirevoli di solidarietà. Ciò che pare più preoccupante tuttavia è la caduta dell'attenzione generale su questi problemi, quasi fossero di poca rilevanza; sembra avanzare fra la gente una pacata sopportazione, una progressiva tolleranza, fin quasi accettazione, di fenomeni patologici (le morti violente e per infortuni, ad.es.), di comportamenti anomali e microcriminalità, di altre forme di devianza che in passato erano fortemente stigmatizzate o francamente condannate.

**Informazione
come fattore
di rischio**

L'opinione pubblica e l'attenzione delle masse è attratta e si forma su disvalori, mode, temi futili e marginali sotto la spinta violenta e rumorosa di forme dirette ed indirette di propaganda, d'interessi diversificati che fanno un uso distorto dei grandi mezzi di comunicazione di massa; questi ultimi dunque, più che produrre un grande effetto benefico attraverso una sistematica ed approfondita diffusione di informazioni utili, generano confusione, rumore, imbarazzo ed indecisione. Il gran sogno di aumento delle conoscenze e della coscienza nella società dominata dai mass-media e dall'informatica distribuita, rischia di produrre un'ancora maggiore distanza tra i decisori e la gente, fra le decisioni e la reale possibilità di quest'ultima di partecipare ad esse, specialmente fra quella parte della popolazione meno dotata di strumenti di critica e già in via di emar-

ginazione: gli anziani, gli immigrati o quei cittadini più colpiti dalla crisi dei valori, come la gran parte degli adolescenti.

Esiste, tuttavia, in questo momento storico una maggiore attenzione ai problemi della salute, condizione favorevole all'adozione di stili di vita appropriati, il tema della Promozione e dell'educazione alla salute dovrebbe dunque trovare maggiore presa.

Questa maggior consapevolezza per la propria salute è probabilmente legata all'effetto di messaggi positivi che sono comunque giunti alla popolazione e, senza alcun dubbio, agli sforzi sinora compiuti nel settore della sanità che indubbiamente, pur tra molte insoddisfazioni e lamentele, è stato quello cui — nell'ampio spettro della Carta di Ottawa — è stata posta maggior attenzione, avendo assunto, a torto o a ragione tutte le incombenze connesse con la salute. Esso ha fatto senza dubbio passi in avanti eccezionali, specie nel settore della cura e della prevenzione delle malattie (in particolare quella secondaria), ma ora non può più operare da solo.

Qualcosa si è mosso e si muove nella scuola. In essa da lungo tempo la pratica dell'educazione alla salute è invalsa, anche in questo caso, con un'ambivalenza impressionante tra disposti normativo-programmatici ed effettive realizzazioni, nonché con le solite differenze da luogo a luogo, fra le diverse scuole e tra i diversi gradi di esse. Dalle prime disposizioni riguardanti le scuole primarie: elementare e media, si è passati alla predisposizione di progetti di indirizzo nazionale nelle scuole secondarie superiori, per la lotta contro l'emarginazione e la tossicodipendenza, il disagio giovanile e l'abbandono scolastico, con la distribuzione di fondi resi disponibili dal Ministero degli affari sociali. Presso ogni scuola è stato individuato un referente per l'educazione alla salute, scelto tra i professori in servizio attivo. Mette conto di ricordare i programmi Ragazzi, Giovani, Genitori, realizzati negli anni '95-'96-'97, come anche le campagne nazionali contro la diffusione dell'HIV-AIDS, supportate dall'Istituto Superiore di Sanità. Purtroppo devesi registrare un'incredibile sfasatura tra l'espressione di volontà programmatiche e l'effettiva utilizzabilità delle risorse e realizzabilità dei progetti da parte degli organismi periferici del Ministero e delle scuole, nonché le controverse questioni, specie relativamente alle campagne, di un persistente centralismo ministeriale. Nell'anno 1997-98 è stato riordinato tutto il complesso delle attività in questo campo, con la predisposizione ed il lancio di alcuni progetti, fra cui uno di riqualificazione ed aggiornamento dei docenti, con una discreta disponibilità finanziaria relativa al bilancio del 1996; ad oggi, comunque, tutto è ancora fermo.

Recentemente è stata anche recepita la politica della Promozione della

**Educazione
alla salute
nelle scuole**

salute, attraverso l'adesione al progetto dell'OMS "Scuola promotrice di salute". Ciò tuttavia non è diventato patrimonio di tutte le scuole.

Le realizzazioni: esempi e modelli di buona pratica

È impossibile dare conto in una breve sintesi di tutto ciò che si fa nel Paese a proposito di promozione della salute ed educazione alla salute. In primo luogo per la varietà degli attori in gioco che vanno dai servizi del servizio sanitario nazionale al volontariato, passando per altri soggetti istituzionali (scuola, enti locali) e molta parte del terzo settore profit o non. In secondo luogo, e come conseguenza del punto precedente, per l'estrema eterogeneità della documentazione e la dispersione delle fonti di informazione. Il panorama della documentazione per l'educazione alla salute e la promozione della salute in Italia è caratterizzato da una polverizzazione di centri di documentazione con capacità di archiviazione e recupero delle informazioni estremamente varie. Questo quadro va evolvendo tuttavia verso una maggiore possibilità di scambio a partire dalle potenzialità relazionali degli strumenti informatici in particolare attraverso l'uso della rete internet, in cui via via i maggiori soggetti della documentazione stanno inserendo le proprie banche dati. Allo stato non si può dire esattamente quanti depositi informativi effettivi esistano in Italia.

Per questo capitolo, quindi, abbiamo attuato una riduzione della complessità del pianeta educazione/promozione della salute in Italia, operando in due direzioni. In primo luogo, decidendo di utilizzare poche e generalizzate fonti di dati; sostanzialmente due: una ricerca bibliografica volta ad individuare le principali sintesi elaborate sull'argomento e la interrogazione della banca dati del SEDES che, tra i depositi attualmente operativi in Italia, è quello che possiede la potenzialità informativa maggiore, effettuando una rilevazione di portata nazionale e potendo disporre di un accesso facilitato alla biblioteca del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria.

Azioni principali

In secondo luogo, si è scelto di dar conto solamente di alcune azioni principali, in corso oggi in Italia, quelle che — in quanto dotate di un elevato grado di formalizzazione e continuità e di un forte contenuto intersettoriale — possono essere identificate come modelli di buona pratica. Sono stati scelti quindi — per questa prima relazione e in attesa che si attivi in Italia un Osservatorio della promozione e dell'educazione alla salute razionale ed efficiente — i seguenti progetti: Città Sane, Scuola promotrice di Salute, Ospedali promotori di Salute. A queste tre azioni di portata

nazionale si è deciso di affiancare anche una descrizione dello stato dell'arte nel campo del lavoro (Promozione della Salute in Ambiente di Lavoro) ed in quello della riduzione del danno da sostanze stupefacenti. Questi due campi di intervento rappresentano ambiti molto promettenti per la sperimentazione di azioni di promozione della salute sia per la rilevanza dei fenomeni di salute/malattia che si producono al loro interno sia per il forte impatto sociale ad essi collegato e per l'alto grado di innovatività delle azioni educative e di promozione della salute richiesto, tematiche effettivamente coerenti con la logica enunciata a livello internazionale, a partire da Ottawa.

La lacuna informativa attualmente esistente potrà essere sanata ove venga messo a regime il progetto di "Sistema informativo nazionale per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria", portato a termine nel corso dell'anno 1999, che dovrebbe collegare il Ministero della Sanità con i Centri di Documentazione attualmente esistenti e creare una rete comunicativa su tutto il territorio nazionale con le altre banche dati esistenti, dalle quali ricevere ogni informazione utile allo scopo.

Uno sguardo d'insieme alla pratica della Promozione della Salute in Italia

Sono state estratte dalla banca dati del SEDES tutte le voci indicizzate con il descrittore Promozione della salute, archiviate tra il 1996 ed il 1998. La ricerca ha dato luogo complessivamente a 31 indicazioni. Da queste sono state selezionate 11 voci contenenti descrizioni di interventi o comunque informazioni che permettono di individuare azioni delle quali sono individuabili i promotori. Questi interventi sono stati ulteriormente classificati in base alle variabili: contesti operativi, target e contenuti.

Gli interventi archiviati nella banca dati del SEDES coprono un ampio spettro di contesti operativi che nella maggior parte dei casi si integrano tra loro nel momento operativo, evidenziandosi così la realizzazione del principio di intersettorialità: scuola (n.5), ospedale (n.4), piccole comunità territoriali (n.3).

Coerentemente anche i destinatari degli interventi più rappresentati appartengono alle prime età della vita: infanzia e adolescenza sono destinatari di 8 interventi. L'altro raggruppamento che si evidenzia è quello dei pazienti, ospedalizzati o non, cui sono destinati 4 interventi. Altri target sono: operatori sanitari (n.2), donne (n.1), anziani non ospedalizzati (n.1). Lo spettro dei contenuti degli interventi è estremamente ampio e disperso, tuttavia possono essere identificate tre aree omogenee: la prima (n.9)

Interventi

include i temi della qualità di vita in generale e del rapporto con l'ambiente oppure il benessere in alcuni momenti cruciali dell'esistenza individuale come la maternità. La seconda area è quella dei fattori di rischio legati allo stile di vita personale ed al lavoro (n.9). Infine la terza area riguarda gli interventi che seguono la logica della promozione della salute ma che si collocano in un ambito di malattia a base cronico-degenerativa (n.4).

La rilevazione esclude qualsiasi tentazione di rappresentatività dei dati raccolti rispetto alla realtà nazionale, in relazione all'estrema variabilità e dispersione della documentazione sui temi che riguardano questo capitolo. Lo stato degli interventi che si richiamano alla promozione della salute in Italia è oggi certamente più variegato — e non sempre in positivo — di quanto non possa essere visualizzato da questi dati.

Certamente però, anche da una rilevazione così esigua, emergono tendenze che meriterebbero di una verifica più estesa. In generale i principi della promozione della salute cominciano a trovare forme e modalità di implementazione valide in interventi reali. Sembra cioè in via di superamento la sovrapposizione concettuale con l'educazione sanitaria ancora rilevabile qualche tempo fa. La descrizione degli interventi — seppure solo attraverso abstract — permette di cogliere abbastanza nettamente l'attenzione riservata dagli operatori alla dimensione intersettoriale e di networking della promozione della salute, alla valorizzazione degli *ambienti* come contenitori dei processi di salute, al cambiamento delle organizzazioni dei servizi, in particolare ospedalieri, in vista della promozione di una salute globale. Questi tre elementi certamente collocano queste azioni nella linea sancita per la promozione della salute a partire dalla Carta di Ottawa (1986) fino alla Dichiarazione di Jakarta (1998). Anche sul piano interpretativo qualche considerazione può essere fatta in vista di un approfondimento da condurre quanto prima. Il progresso rilevabile in questo momento va visto in primo luogo come il risultato di un'evoluzione scientifica e culturale in atto nel nostro Paese, dimostrazione della quale sono l'adesione crescente — ancorché numericamente ancora limitata — ai grandi progetti transnazionali di *reti per la salute* (scuole, ospedali, municipalità) e la partecipazione e l'interesse suscitati dallo svolgimento in Italia della III Conferenza Europea IUHPE sulla qualità della promozione della salute (Torino, 1996). Certamente poi a questo movimento una spinta molto forte è stata impressa dalla centralità attribuita all'azione promozionale ed educativa per la salute dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dai conseguenti Piani regionali.

Le reti

- nel contesto comunitario: la rete italiana delle Città Sane

Città Sane

La finalità del progetto dell'OMS *Città Sane* è quella di coinvolgere le Amministrazioni locali nello sviluppo di politiche nelle quali la salute sia uno dei principali valori di riferimento.

La partecipazione italiana al progetto ha inizio nel 1987 con l'adesione delle città di Milano e Padova. Nel 1995 si è costituita formalmente la Rete Italiana delle Città Sane che è attualmente composta da 95 Comuni in 17 regioni. L'organizzazione della Rete attribuisce al comune di Bologna la funzione di coordinamento organizzativo generale, al comune di Padova il supporto metodologico nella elaborazione dei profili di salute ed al comune di Prato il coordinamento delle attività che coinvolgono il terzo settore. Per l'economia del capitolo non rendiamo conto delle varie azioni che i diversi progetti contemplano, anche perché sono molto variegate in rapporto con la diversità delle situazioni. Si tratta comunque di interventi di largo respiro, che riguardano vari aspetti della vita urbana correlati con la salute.

- nel contesto sanitario: gli Ospedali promotori di salute

Ospedali
promotori
di salute

Il progetto Health Promoting Hospitals nasce alla fine degli anni '80 con il concorso dell'Ufficio Europeo OMS con lo scopo di collegare e sostenere gli ospedali che intraprendono iniziative di trasformazione e riorientamento basato sull'approccio di *setting*. Nel periodo 1993-97 viene avviato e sviluppato il Progetto Europeo degli Ospedali Pilota in cui 20 Ospedali europei si impegnano a sviluppare ciascuno 5 progetti di promozione della salute. Nel 1995 viene lanciata l'idea di costituire le Reti Nazionali per incorporare nell'organizzazione, nei principi e nella cultura ospedaliera le specificità della promozione della salute. Obiettivo dichiarato: migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, le condizioni di lavoro, la soddisfazione degli operatori e degli utenti. Ogni Ospedale si impegna a realizzare almeno 3 progetti.

In Italia i primi due Ospedali aderenti al movimento sono stati l'Ospedale di Padova e l'Ospedale "Buzzi" di Milano. Nel quadro della riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale e in particolare nel quadro della logica aziendale, la filosofia di fondo proposta è quella della qualità totale con al centro gli interessi e la soddisfazione del cliente. Ciò impone un'attenzione alla valutazione dei processi assistenziali poiché la qualità del servizio

erogato dipende dalla qualità delle singole azioni che lo costituiscono. Nel 1995 comincia il lavoro di preparazione per la costituzione della Rete Regionale Veneta alla quale, alla fine del 1996, avevano aderito 17 Aziende ospedaliere delle 24 della Regione. Nello stesso anno, nel corso del I Workshop della Rete Veneta, viene definito il campo di azione del primo progetto comune: "Ospedale e servizi sanitari senza fumo". Nel 1996 la Rete Regionale Veneta è stata designata dall'OMS e dal Ministero della Sanità quale Centro di Coordinamento della Rete Italiana degli Ospedali promotori di salute e la sua organizzazione indicata come riferimento metodologico organizzativo per le altre Reti regionali Italiane. All'iniziativa veneta, fa seguito nel 1997 la costituzione formale della Rete Piemontese e nel Gennaio dello stesso anno si tiene la Prima Conferenza Nazionale degli ospedali promotori di salute. Infine, nel Marzo del 1998 si tiene la Seconda Conferenza Nazionale durante la quale viene sancito un accordo di programma tra le due reti in direzione della costituzione della Rete Nazionale.

**Scuole
promotrici
di salute**

- nel contesto scolastico: le Scuole promotrici di salute

In Europa, ad opera della OMS, cui si sono aggiunte poi altre organizzazioni internazionali, è stato dato il via ad un'azione concertata per la estensione del lavoro di educazione alla salute che già nelle scuole veniva svolto. Con essa dovevano essere presi in considerazione tutti gli aspetti della vita scolastica: lo sviluppo del senso olistico della salute, dall'ambiente all'organizzazione del lavoro, dalle attività collaterali alla ristorazione e così via. Passando quindi dalla prevenzione delle possibili patologie dell'infanzia alla trasformazione del vivere nella scuola come momento fondamentale per l'armonica crescita dello scolaro, All'iniziativa hanno aderito praticamente tutti i Paesi Europei, creando una rete molto ampia di soggetti che hanno adottato questa strategia e la stanno tuttora portando avanti.

In Italia l'iniziativa è stata recepita dal Ministero della Pubblica Istruzione, che ha selezionato un gruppo di scuole campione in alcune regioni italiane per dare il via al progetto in modo sperimentale ed è seguita da quello della sanità. Tuttavia il referente per l'OMS del progetto è il Ministero della Sanità; sarebbe quanto mai auspicabile una stretta collaborazione ed integrazione fra i due Dicasteri.

I luoghi di lavoro

La promozione della salute costituisce un concetto relativamente nuovo nel quadro delle azioni per la salute condotte nei luoghi di lavoro in Italia sia perchè anche questo setting risente del ritardo storico con cui essa è entrata nel nostro Paese sia perchè le politiche del lavoro in Italia hanno subito considerevoli cambiamenti rispetto ai quali i temi della salute non hanno rappresentato un vincolo di cui tenere prioritariamente conto. La stessa composizione della struttura delle imprese, in cui predominano le piccole e medie, rappresenta un ostacolo alla sua diffusione nell'ambiente di lavoro.

La sensibilità degli operatori e dei decisori della sanità relativamente all'importanza del lavoro come fonte di rischio e danno per la salute è alta in particolare in alcuni settori produttivi come l'edilizia e l'agricoltura, tanto che nel recente Piano sanitario nazionale 1998-2000 si scrive: "La salute ed il benessere nei luoghi di lavoro sono gli obiettivi più importanti da raggiungere per assicurare attività produttive sicure, e competitive". Si sostiene dunque chiaramente l'idea che la salute ed il benessere dei lavoratori sia un fattore produttivo positivo, piuttosto che un costo, per le imprese. Questa tendenza della programmazione sanitaria generale del Paese, è accompagnata da azioni di sostegno che trovano nell'Istituto Superiore Protezione e Sicurezza dei Lavoratori l'attore principale e che ha introdotto la promozione della salute nei luoghi di lavoro tra i suoi obiettivi strategici. Per il conseguimento di questi obiettivi l'Istituto ha dedicato fondi del proprio bilancio ad azioni specifiche nel settore volte alla produzione di pacchetti formativi e linee guida nei settori del lavoro cruciali per la salute ed ha avviato un'azione di sensibilizzazione del mondo produttivo che si è coagulata nell'organizzazione di una Giornata nazionale di informazione sul tema della promozione della salute nei luoghi di lavoro e nell'adesione alla Rete Europea. Sul piano realizzativo non è possibile rintracciare che alcuni segnali, tuttavia incoraggianti, di implementazione di azioni orientate alla promozione della salute nei luoghi di lavoro. Nella grande e media industria, ad esempio, crescente attenzione viene data allo sviluppo delle risorse umane in termini di professionalità e qualificazione come fattori di successo aziendale nonché all'impatto dei processi produttivi sull'ambiente esterno. Inoltre, è verificabile un atteggiamento positivamente orientato alla qualità totale, di cui la salute viene reputata un aspetto essenziale.

La piccola impresa, invece, costituisce il settore, in cui la promozione della salute trova i più seri ostacoli ad affermarsi. In questo settore, in presenza di pochissimi meccanismi di sostegno economico, l'adozione di

**Linee guida
per la salute**

**Il problema
della piccola
impresa**

azioni in tal senso è lasciata alla buona volontà dei singoli imprenditori. Un segnale incoraggiante in direzione del sostegno alle piccole imprese è rappresentato dalla disposizione del Ministero del Lavoro che attribuisce una riduzione del 5% del premio INAIL per quelle imprese che dimostrano di essere in regola con le disposizioni normative in tema di salute, sicurezza e prevenzione. Tuttavia, su 3.000.000 di imprese potenzialmente interessate al decreto, solo 50.000 hanno al momento deciso di valersi di questa possibilità. Del tutto recentemente (fuori dai termini temporali della Relazione, ma prima che essa sia edita) il Ministero del Lavoro e quello della Sanità, hanno promosso una Conferenza a Genova, da cui ha esitato un documento programmatico molto importante "Carta 2000. Sicurezza sul lavoro", che contiene impegni precisi nel senso da noi auspicato.

Nonostante alcuni segnali positivi, complessivamente si può sostenere che la strategia di promozione della salute incontra ancora molte difficoltà ad affermarsi nel nostro Paese dove domina una cultura ancora orientata ad un modello di intervento sulla salute di tipo prevenzionistico e sanzionatorio. Oltre questo l'ambiente di lavoro è considerato ed utilizzato come centro di aggregazione di gruppi omogenei di popolazione nei confronti dei quali attivare interventi di prevenzione di rischi non strettamente collegati al lavoro (cardiovascolari, dismetabolici, neoplastici).

La riduzione del danno da sostanze stupefacenti

Alcuni strumenti operativi per la riduzione del danno derivato dall'uso di sostanze stupefacenti — operatività di strada, attivazione di servizi a bassa e bassissima soglia — trovano oggi un definitivo consenso tecnico tra gli operatori. Altri strumenti della politica di riduzione del danno sono ancora in discussione in Italia, sebbene in altri Paesi, che condividono con il nostro un analogo pattern di consumo e diffusione delle sostanze, essi si siano dimostrati efficaci tanto nel ridurre la morbosità e la mortalità collegate come nel migliorare la qualità della vita dei tossicodipendenti. Attualmente la riduzione del danno trova la sua espressione più estesa nelle attività di strada svolte in collaborazione tra servizio sanitario pubblico, volontariato e cooperazione sociale; in questa la figura dell'operatore di strada identifica sempre più i connotati di una specifica professionalità a cavallo tra l'azione diretta alla persona e quella di attivazione della rete sociale di sostegno. Un complesso di azioni che possiamo senza dubbio considerare di Promozione della Salute.

**L'operatore
di strada**

Le azioni di Educazione alla Salute in senso stretto

Proporre uno sguardo d'insieme sulla pratica dell'educazione alla salute in Italia è attualmente pressoché impossibile per due motivi principali: l'assenza di una standardizzazione nelle procedure di documentazione e l'ancora insufficiente diffusione dei centri di documentazione, soprattutto nel meridione del Paese il che esclude dalla documentazione una fetta dell'attività prodotta in questo campo. Come primo contributo alla valutazione complessiva di queste azioni, ci si è pertanto limitati ad una ricognizione di sfondo attraverso l'uso della banca dati nazionale del SEDES di Perugia. L'interrogazione è avvenuta utilizzando come parole chiave i temi proposti all'attenzione dei servizi dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 come le priorità di intervento nel campo degli stili di vita: prevenzione dell'alcool, alimentazione, fumo di tabacco, ambiente di lavoro, prevenzione degli incidenti.

La ricerca ha prodotto 111 titoli dei quali però meno della metà (n. 40, 46.8%) rappresentano descrizioni di progetti o interventi sul campo, la parte rimanente è costituita da indagini di varia natura, epidemiologiche, sociologiche, ecc, volte a rappresentare i fenomeni osservati in popolazioni di varia ampiezza per lo più a scopo di analisi dei bisogni e caratterizzazione della domanda di intervento da parte dell'utenza.

**Assenza di
standardizzazione
documentale**

Aree tematiche degli interventi di educazione alla salute - 1997/1998

	Totale	Interventi
	N.	N
Alimentazione	35	16
Ambiente di lavoro	28	7
Alcol	25	8
Prevenzione del fumo	19	7
Prevenzione incidenti	10	2
TOTALE	117	40

In realtà siamo a dimensioni di gran lunga superiori, come abbondantemente dimostrato nelle esperienze presentate all'ultima Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria e nel recente Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva.

Il setting “scuola”: ambito privilegiato dell'educazione alla salute

Un rilievo particolare è stato attribuito alle azioni educative attuate nell'ambiente scolastico che, sia per la tradizionale intensità e frequenza degli interventi sia per la ricchezza normativa che sostiene l'educazione alla salute in questo specifico setting, costituisce un ambito di analisi privilegiato nel panorama degli interventi educativi a favore della salute.

L'indagine effettuata presso l'archivio del SEDES di Perugia ha consentito l'individuazione — per le parole chiave “Scuola” e “Educazione sanitaria” — di 97 documenti comprendenti 49 programmi di intervento e 47 rapporti di ricerche sul campo. L'analisi dei documenti è stata condotta rilevando le seguenti variabili non tutte peraltro presenti contemporaneamente:

- l'area geografica,
- il ruolo assunto dall'istituzione scolastica e sanitaria (promotore o associato)
- il contenuto tematico principale
- il livello scolastico (materna/elementare e Media inferiore/superiore).

Le tabelle successive mostrano la distribuzione degli interventi secondo le variabili indicate.

Ruolo della scuola e del servizio sanitario nella promozione degli interventi (%)

	%	Scuola Promotore	Serv. san. Promotore	Scuola Associato
Italia Settentrionale (55)	57.9	18.2	41.8	40.0
Italia Centrale (25)	26.3	20.0	32.0	48.0
Italia Meridionale (15)	15.8	13.3	40.0	46.7

Dei 95 documenti per i quali è stata rilevata l'area geografica di appartenenza quasi il 60% riguarda azioni attuate nell'Italia settentrionale mentre il numero più basso di documenti proviene dall'Italia meridionale (15.8%). L'istituzione leader nella promozione degli interventi risulta sempre il servizio sanitario, in particolare le sue articolazioni periferiche, soprattutto al Nord ed al Sud mentre lo stesso ruolo è svolto dalla scuola negli interventi localizzati nelle regioni centrali.

Distribuzione dei contenuti degli interventi educativi per area geografica

	Italia Settentrionale (%)	Italia Centrale (%)	Italia Meridionale (%)
Alimentazione (18)	11.5	39.1	27.3
Ambiente (4)	5.8	4.3	0
Dipendenze (16)	21.1	17.4	9.1
Hiv/AIDS (9)	9.6	8.7	18.2
Sessualità (7)	13.5	0	0
Disagio (9)	9.6	17.4	0
Fumo (1)	1.9	0	0
Patologie (7)	9.6	0	18.2
Handicap (2)	3.8	0	0
Igiene orale (3)	3.8	0	9.1
Altro (10)	9.6	13.0	18.2
TOTALE	52	23	11

I contenuti degli interventi risultano estremamente frammentati su un ampio spettro di temi soprattutto al Nord dove la frequenza maggiore è raggiunta dalle azioni contro le dipendenze con il 21.1%. Al Centro e nelle regioni meridionali gli interventi sono distribuiti su un minor numero di temi e di questi l'alimentazione rappresenta quello più frequente con il 39.1% ed il 27.3% rispettivamente.

Distribuzione dei contenuti per livello scolastico

	Materna Elementare (%)	M.Inferiore. M. Superiore (%)
Alimentazione (17)	29.0	16.0
Ambiente (6)	12.9	4.0
Droga, Alcol, Fumo (18)	3.2	34.0
Affidamento, Condizione giovanile, Intergenerazionalità (3)	6.4	2.0
Sessualità (3)	0	6.0
Disagio (5)	6.4	6.0
Stili di vita, Patologie (6)	12.9	4.0
Handicap (7)	9.7	8.0
Igiene orale (2)	6.4	0
Hiv/AIDS (10)	3.2	18
Altro (4)	9.7	2.0
TOTALE	31	50

Per 81 documenti è stato possibile rilevare il livello scolastico corrispondente. La distribuzione dei temi principali degli interventi educativi rispecchia una visione dei bisogni di salute secondo l'età piuttosto scontata. Le età inferiori sono per lo più coinvolte in azioni riguardanti le abitudini alimentari (29%). Successivamente, prevarrà un maggiore interesse per la prevenzione delle dipendenze (34%). Hiv/AIDS (18%), alimentazione (16%).

L'associazionismo per l'Educazione alla Salute e la Promozione della Salute

L'aggregazione di quanti operano per l'educazione sanitaria in forme organizzare e strutturate, rappresenta un fenomeno non nuovo nel panorama italiano ed anzi per dimensione può essere considerato anche uno dei più cospicui nel panorama dell'associazionismo scientifico. Le maggiori organizzazioni attive nel campo sono due: l'Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria e il Comitato Italiano per la promozione della salute e l'educazione sanitaria già Comitato Italiano per l'Educazione sanitaria.

L'associazionismo professionale in questo settore esprime alcune ben identificabili caratteristiche peculiari. Rispetto alle tradizionali associazioni professionali a carattere scientifico infatti l'AIES ed il CIPES hanno da sempre privilegiato l'una l'operatività, caratterizzandosi come un organismo del volontariato di servizio, l'altra l'azione politico organizzativa a supporto dei decisori istituzionali al livello più alto (Ministero e Regioni).

Le strutture per l'Educazione alla Salute

Non ci sono allo stato attuale indicazioni precise di origine istituzionale che indichino alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie i criteri per la definizione degli assetti organizzativi dei servizi per l'educazione alla salute. Le realizzazioni attuali si sono determinate in parte, soprattutto, in base alla storia dei servizi nelle diverse realtà locali, nel quadro sancito dal principio di autonomia delle direzioni aziendali e a partire dai rapporti di forza che giocano tra le diverse aree aziendali che, localmente, compongono l'assetto dirigenziale. Non ci sono d'altra parte dati recenti di descrizione dell'assetto organizzativo dei servizi per l'educazione alla salute e la promozione della salute nel sistema sanitario pubblico (tantomeno per gli altri sottosistemi: scuola, lavoro, ecc.), pertanto in attesa che sia piena-

mente operativo l'Osservatorio per la promozione della salute, gli unici dati cui riferirsi per avere uno sguardo d'insieme sull'organizzazione attuale sono quelli derivati da una ricerca del 1996 condotta dal Centro Sperimentale di Perugia su incarico dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Da questa indagine sono risultati due modelli organizzativi sui quali si distribuiscono i servizi regionali e aziendali: un modello *trasversale* ed uno *verticale*.

**Mancanza
di un Osservatorio
nazionale**

Il modello *trasversale*, prevede:

Modello trasversale

- una precisa individuazione di compiti ed attività ai tre livelli funzionali (regionale, aziendale, distrettuale);
- la costituzione di specifiche strutture specialistiche in posizione di staff alla direzione strategica dell'Azienda;
- precise articolazioni operative a livello distrettuale;
- meccanismi definiti di coordinamento tra i tre livelli funzionali.

La *filosofia ispiratrice* di questo modello attribuisce all'educazione alla salute caratteristiche multidisciplinari e di funzione di ogni livello del sistema socio-sanitario; La ricaduta organizzativa è rappresentata dalla previsione di funzioni per il livello regionale (coordinamento e programmazione) e la costituzione, a livello dell'Area Centrale dell'Azienda, di un'*Unità operativa per l'educazione alla salute*, in posizione di staff alla Direzione Generale o Sanitaria con una dotazione di personale (con specifica formazione), adeguate sedi logistiche, supporti tecnici necessari e fondi destinati alle spese necessarie alla gestione operativa.

Le funzioni dell'Unità operativa sono quelle di programmazione, promozione, coordinamento, valutazione, formulazione di direttive metodologiche e di formazione e consulenza per gli operatori, oltre chiaramente ai collegamenti con gli altri settori del servizio sanitario regionale e con le altre istituzioni non sanitarie (es. Scuole) coinvolti nei processi di educazione alla salute.

Il livello dell'Assistenza Sanitaria di base è rappresentato da *Uffici per l'educazione alla salute* eventualmente affiancati da *Comitati per l'Educazione alla salute*, con individuazione per entrambe di personale adeguatamente formato.

Questo modello ha subito nel tempo discrete variazioni con l'allargamento/collegamento delle competenze dell'educazione alla salute a quelle dell'informazione dei cittadini o, in altri casi, della valutazione della qualità.

Nel migliore dei casi la ricaduta organizzativa al livello aziendale è rappresentata dall'assegnazione alla struttura specialistica centrale (Unità

operativa) di personale esperto non solo nei campi dell'educazione alla salute, della comunicazione sociale e delle tecnologie informative ma anche del marketing sociale e della valutazione. Per lo più invece queste variazioni si sono valse dell'attribuzione dei nuovi compiti al personale già dell'educazione alla salute.

Modello verticale

Il secondo modello *verticale*, vede la collocazione operativa dell'educazione alla salute in una struttura *centrale* settoriale generalmente il Dipartimento di prevenzione. Questo è definito come "lo strumento di cui l'Azienda USL si dota per rendere coerenti e valorizzare le proprie strategie di prevenzione e di promozione della salute"

Tale soluzione organizzativa si pone in contraddizione con:

- la natura trasversale e non settoriale dell'educazione alla salute;
- la funzione che i decreti 502/517 attribuiscono al Dipartimento di prevenzione;
- la globalità ed intersettorialità delle attività di educazione alla salute.

I limiti

Questa collocazione, inoltre, limita il *grado di autonomia* ed il *livello di autorevolezza* necessari per la gestione dei rapporti con le istituzioni ed organizzazioni esterne che partecipano al processo di educazione alla salute. Al di là delle soluzioni adottate, che dimostrano ancora una volta la disomogeneità del quadro nazionale e la grande variabilità nelle varie aree geografiche del Paese, in ogni Regione esiste una struttura per l'Educazione alla Salute e numerose (forse si può azzardare la quasi totalità) sono le Aziende sanitarie territoriali che hanno istituito una struttura apposita, più o meno ampia, con un referente. Non si è in grado di affermare quante di queste siano state anche investite delle problematiche della Promozione della Salute.

Ugualmente, come prima si è accennato, nel progetto di ricerca prima menzionato relativo alla creazione di un Sistema informativo nazionale per la promozione della salute e l'Educazione sanitaria, sono contenute indicazioni aggiornate al 1999, di cui non si dà conto in quanto relative ad un periodo temporale diverso da quello cui la Relazione si riferisce.

2.2. EQUITÀ E DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

I poveri, le persone meno istruite, quelle di bassa classe sociale, si ammalano di più e muoiono prima. Si tratta di una constatazione comune in tutti i paesi sviluppati che continua ad essere tollerata dai più e che scandalizza pochi. Eppure essa dovrebbe interpellare seriamente le politiche di un paese. Infatti una parte di queste diseguaglianze dovrebbe essere considerata evitabile e quindi ingiusta e non accettabile. Inoltre, le diseguaglianze nella salute sono una testimonianza concreta che un consistente miglioramento della salute di tutta la società potrebbe essere raggiunto riducendo il carico di malattie dei gruppi più svantaggiati, con un possibile beneficio anche nei carichi assistenziali richiesti al sistema delle cure.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha raccolto questi argomenti e li ha tradotti in una autorevole proposizione di principio che sovrintende a tutti gli obiettivi di salute e di assistenza che esso propone (Ministero Sanità, 1998). Tutta l'equità che è possibile raggiungere nella salute e che è doveroso garantire nell'assistenza debbono essere perseguite esplicitamente da ogni programma del sistema sanitario e sociale nel suo complesso, a tutti i livelli di responsabilità, nazionale, regionale e locale, professionali e delle forze sociali. Ma quale è lo stato delle diseguaglianze in Italia con cui dovranno misurarsi le politiche che nasceranno dal Piano?

La mortalità: diseguaglianze regolari, intense e crescenti

I dati di mortalità dimostrano diseguaglianze intense e regolari sia negli studi su base individuale e longitudinale (Cardano et al. 1999; Merler et al. 1999; Faggiano et al. 1999), sia in quelli su base geografica aggregata (Michelozzi et al. 1999; Cadum et al. 1999). L'eccesso totale delle morti che avvengono in una città come Torino e che sono attribuibili alle differenze sociali negli anni Novanta, corrisponde all'incirca all'effetto cumulativo di un incidente aereo grave che si ripetesse ogni tre settimane.

Queste diseguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale: a parità di età, il rischio di morire è più alto tra i meno istruiti, nelle classi sociali più svantaggiate, tra i disoccupati, tra chi abita in case meno agiate e in quartieri più degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette. Ma tale fenomeno non interessa solo le fasce estreme più svantaggiate della popolazione: su ogni dimensione che sia misurabile su di una scala ordinale, si osservano vantaggi nel rischio di morte tra le posizioni superiori rispetto a quelle immediatamente inferiori.

**Tipologie delle
diseguaglianze**

L'andamento nel tempo delle disuguaglianze è piuttosto sconcertante: solo tra i bambini e tra i ragazzi esse tendono a ridursi, mentre nei neonati, tra gli adulti e tra gli anziani tendono a conservarsi se non ad allargarsi, su tutte le dimensioni considerate. Questa tendenza è il risultato di un rischio di morte che si riduce nel tempo più rapidamente tra le persone in posizioni più avvantaggiate di quanto non accada tra le persone più svantaggiate, che talora vedono addirittura peggiorare il loro profilo di salute. In termini di tassi di mortalità standardizzati per età, a Roma nel 1990-92 la differenza di mortalità tra la classe sociale più alta e quella più bassa era di circa 106 morti per 100.000 abitanti per anno tra gli uomini, e di 18 tra le donne; nel 1993-95 la differenza era di circa 178 per gli uomini e di 46 per le donne, tra le quali la disuguaglianza era dovuta sia ad un decremento di mortalità della classe sociale più alta (-3,1%), che ad un aumento di quella più bassa (+2,6%) (Michelozzi, 1999). In media tuttavia, il reddito, l'istruzione, la posizione sociale delle persone sono migliorate in questi anni e le persone confinate negli strati sociali più svantaggiati sono sempre di meno. Questo fa sì che disuguaglianze relative nella salute che crescono non si riflettano sulla speranza di vita media che continua ad aumentare (ISTAT, 1999).

**Immigrazione
illegale condizione
di disuguaglianza**

In questo quadro bisogna considerare che sono assenti dalle statistiche ufficiali delle popolazioni italiane quei gruppi di popolazione immigrata, soprattutto illegali, che vivono privi di diritti di cittadinanza, in condizioni di estremo disagio sociale, con conseguenze sfavorevoli sulla salute che non possono ancora essere registrate dalle fonti informative e statistiche correnti.

Praticamente quasi tutte le cause di morte sono interessate da queste disuguaglianze, con particolare evidenza per quelle correlate a stili di vita insalubri (tumore del polmone e fumo; cirrosi ed alcol), a lunghe carriere di povertà e svantaggio (malattie respiratorie o tumori dello stomaco), a problemi di sicurezza (infortuni sul lavoro tra gli adulti e incidenti stradali tra i giovani e infortuni domestici tra gli anziani), a problemi di disagio sociale (dipendenza da droghe tra i giovani, suicidio tra gli anziani), a problemi psicosociali di stress (malattie ischemiche del cuore), a problemi di emarginazione dei malati (malattie psiconervose), e, infine, a problemi di accesso all'assistenza sanitaria (morti evitabili).

Le età più critiche sono quelle dei giovani: fino a poco tempo fa essi erano poco interessati dalle disuguaglianze nella salute, mentre oggi l'epidemia delle morti correlate alla droga colpisce soprattutto i giovani socialmente svantaggiati. L'età adulta mostra le disuguaglianze più intense soprattutto tra gli uomini; mentre tra gli anziani sono le donne a presentare le disuguaglianze più intense. Svantaggi estremi nel rischio di morte si osser-

vano tra i gruppi più deprivati: i disoccupati di lungo corso, quelli senza risorse e credenziali educative da spendere, quelli che vivono in abitazioni, ambienti, quartieri particolarmente disagiati, quelli soli o in situazioni familiari insostenibili, soprattutto se provenienti dal Sud, con più di una difficoltà, economica o di cura di un familiare con problemi. Fenomeni di marginalizzazione sociale delle persone più malate sono misurabili, ma non sono di intensità e frequenza tale da influenzare il quadro delle diseguaglianze nella mortalità. In conclusione, nel rapporto tra mortalità e diseguaglianze sociali, sembrano convivere e compenetrarsi due meccanismi, uno di intensità moderata, che genera differenze nella salute lineari e regolari che si manifestano ad ogni livello della scala sociale, ed uno più intenso che si manifesta nelle fasce più deprivate e coincide con i processi e con le traiettorie di vita caratterizzate da insicurezza e che portano all'emarginazione sociale ed economica.

Stato di salute e stili di vita: diseguaglianze coerenti e relazioni plausibili

L'indagine ISTAT sulla salute del 1994 documenta, estesamente, come le differenze sociali nella mortalità prematura non siano altro che l'ultima manifestazione di diseguaglianze che interessano in profondità sia gli stili di vita pericolosi per la salute, sia le manifestazioni morbose croniche e la disabilità che ne consegue, sia la percezione soggettiva del proprio stato di salute (Vannoni et al., 1999).

Il quadro delle diseguaglianze che emerge è sostanzialmente sovrapponibile per direzione e ordine di grandezza a quello misurato con gli stessi indicatori negli anni ottanta (Faggiano et al., 1999), anche se una vera analisi dell'andamento temporale delle diseguaglianze sociali in questi indicatori non è ancora stata eseguita.

Le differenze sociali nella mortalità e nella disabilità riferita, stanno a documentare che gli svantaggi nella salute cominciano ben prima della morte e che i due-tre anni di speranza di vita che separano gli estremi della scala sociale nel nostro paese, potrebbero diventare molti di più se si dovesse misurare la speranza di vita indenne da malattie croniche o da disabilità (Valkonen, 1997).

Il profilo sociale delle differenze nei fattori di rischio o di protezione misurati dall'indagine, consente di identificare alcuni dei meccanismi che mediano l'azione delle diseguaglianze sulla salute. Il sovrappeso è un esempio di fattore di rischio, condizionato sia biologicamente sia con l'alimentazione, che è distribuito in modo molto diseguale, in particolare tra le

donne, e che contribuisce a spiegare le profonde diseguaglianze che si osservano nella morbosità e nella mortalità femminile per malattia cardiovascolare e per diabete. Il fumo è un esempio di fattore di rischio comportamentale, a libertà di scelta condizionata, la cui distribuzione sociale è molto diseguale tra i maschi; i maschi meno istruiti e di bassa classe sociale sono interessati da una epidemia di morti e malattie correlate al fumo, che non accenna ad interrompersi; mentre i soggetti più istruiti e di alta classe sociale cominciano ad uscirne perché più sensibili all'informazione e agli interventi per smettere di fumare. Anche tra le donne meno istruite, finora passate indenni attraverso l'epidemia da fumo maschile, che pur aveva iniziato a contagiare le donne più emancipate e istruite, si cominciano ad osservare allarmanti indici di inversione di tendenza. Infine si può considerare la propensione a usare test di screening per i tumori femminili, un esempio di fattore protettivo per la salute, un fattore che segue una distribuzione sociale molto diseguale, a testimonianza di come le diseguaglianze nella mortalità possono essere correlate agli ostacoli all'accesso o alle resistenze nell'adesione a programmi di screening.

L'accesso e l'uso delle cure: diseguaglianze plausibili ma inaccettabili

I punti critici

Ma quali effetti ha il sistema sanitario italiano sulle diseguaglianze delle condizioni di salute? Un sistema sanitario nazionale equo dovrebbe garantire interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione inversamente proporzionali ai livelli di salute della popolazione e delle singole persone: peggiori sono le condizioni di salute, maggiori dovrebbero essere le risorse per il sistema sanitario e più alti i livelli quantitativi e qualitativi dell'intervento erogato. Tre sono i punti critici dove si possono generare diseguaglianze determinate o modificabili dal sistema sanitario:

- la percezione del bisogno e l'espressione della domanda, a parità di condizioni reali di salute;
- l'offerta e l'accessibilità dei servizi, a parità di domanda espressa;
- la qualità e l'efficacia delle prestazioni, a parità di accesso.

Anche nel nostro paese emergono indizi preoccupanti di queste diseguaglianze nella salute a diretto carico dell'assistenza sanitaria (Materia et al., 1999; Rapiti et al., 1999; Rosso et al., 1997).

Ammalarsi di un tumore a prognosi non sfavorevole, a Torino alla fine degli anni ottanta comportava una probabilità di sopravvivenza molto diversa a seconda della posizione sociale (Rosso et al., 1997). Ad esempio,

un caso di tumore dell'intestino in una persona poco istruita aveva un 50% in più di probabilità di non sopravvivere a cinque anni rispetto ad un caso analogo in persona più istruita. Molte spiegazioni sono compatibili con questo riscontro: una diversa precocità di presentazione del caso alla diagnosi, un ritardo di accompagnamento alla cura, una differente appropriatezza della cura, una diversa propensione a guarire anche per la presenza di malattie concomitanti. Molte di queste spiegazioni interpellano la responsabilità del sistema sanitario.

Alcuni esempi più diretti di diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari sono documentati nel Lazio per gli anni novanta. La prevalenza di persone con insufficienza renale grave è maggiore nelle classi sociali più basse, ma a Roma la probabilità di ricevere un trapianto renale è più che doppia nelle persone laureate rispetto a quelle con bassi livelli di istruzione (Rapiti et al., 1999).

L'incidenza di ricoveri per infarto miocardico tra gli uomini è, a Roma, nella classe sociale inferiore più elevata del 57% rispetto alla classe sociale più alta, ma l'incidenza di interventi di by-pass aorto-coronarico non è diversa per classe sociale, con la conseguenza che si verificano più di 10 by-pass ogni 100 infarti nella classe sociale più alta e solo 7 in quella più bassa (Rapiti et al., 1999).

La sopravvivenza delle persone con AIDS, a Roma, negli anni novanta, non mostra differenze per livello socioeconomico fino al 1995. Con la disponibilità dal 1996 in poi di nuove terapie antiretrovirali, compare una forte gradiente a favore delle persone di più alto livello socioeconomico. Questa diseguaglianza si concentra in ospedali dove la reale copertura con le terapie efficaci potrebbe essere differente a seconda della posizione sociale del malato (Rapiti et al., 1999).

Ma anche tra coloro che riescono ad accedere a servizi efficaci ed appropriati, emergono segnali di diseguaglianze nella qualità e nell'efficacia delle cure. A parità di severità delle condizioni di salute, di caratteristiche cliniche e chirurgiche ed indipendentemente dal luogo di cura, le persone di classe sociale più bassa sottoposte a by-pass aorto-coronarico, a Roma, hanno una mortalità a 30 giorni circa 2,5 volte maggiore di quella delle persone della classe sociale più alta (Rapiti et al., 1999).

Il rischio che un ammalato, utente del sistema ospedaliero, sia vittima di un intervento inappropriato nel Lazio cresce con l'abbassarsi della posizione sociale (Materia et al., 1999). Emergono segnali significativi di una marcata vulnerabilità dei gruppi sociali più deboli all'offerta ed al consumo di prestazioni inefficaci ed inappropriate.

Tanti indizi di questa natura cominciano ad essere una prova; il sistema sanitario partecipa del sistema sociale in cui è inserito; se la struttura

**Esempi di
diseguaglianze
nell'accesso
ai servizi**

**Interdipendenza
fra sociale e salute**

sociale è fatta in modo da generare diseguaglianze, non deve stupire che possa contribuirvi anche il sistema sanitario, che ne fa parte integrante. Tuttavia al sistema sanitario è richiesto anche di opporsi a questi meccanismi e alle loro conseguenze.

Diseguaglianze nella salute in Europa: un tema comune con alcune variazioni

**L'Italia
in posizione
intermedia**

Un recente studio di comparazione tra i paesi europei ha dimostrato che negli anni ottanta le diseguaglianze sociali nella morbosità e nella mortalità erano un tratto comune nei paesi dell'Unione Europea, ma con significative variazioni di intensità. In un ordinamento dell'intensità delle diseguaglianze l'Italia si collocava in un rango intermedio, per quanto riguarda la morbosità, e in un rango basso per quanto riguarda la mortalità (Mackenbach et al, 1997). Le principali variazioni riguardavano il peso delle malattie cardiovascolari: nei paesi del nord Europa queste voci nosologiche spiegavano gran parte delle diseguaglianze, mentre nei paesi del sud esse non presentavano differenze sociali significative.

Ad esempio tra gli uomini italiani i lavoratori manuali, confrontati con quelli non manuali, presentavano eccessi modesti di mortalità per malattie ischemiche del cuore (RR 1.35, IC 95% 0.97-1.88, tra i 30 e i 44 anni; RR 1.08, IC 0.85-1.22, tra i 45 e i 59 anni) (Kunst et al, 1999). Gli altri paesi europei dell'area latina mostravano anch'essi diseguaglianze lievi o assenti, contrariamente ai paesi del nord Europa nei quali i lavoratori manuali avevano una mortalità per malattie ischemiche molto più alta dei lavoratori non manuali (RR da 1.42 in Irlanda a 1.91 in Finlandia sotto i 45 anni e tra 1.23 in Irlanda e 1.47 in Finlandia oltre i 45 anni). Al contrario, le malattie cerebrovascolari tra gli uomini 45-59 anni presentavano diseguaglianze significative in tutti i paesi europei, compresi quelli dell'area latina (Kunst et al, 1998).

Le diseguaglianze sociali nelle malattie cardiovascolari corrispondevano in modo abbastanza fedele alle differenze nella distribuzione dei fattori di rischio come il fumo, l'ipertensione, l'alimentazione, misurati nello stesso studio europeo comparativo (Mackenbach et al, 1997).

La spiegazione più verosimile per questo divario nord-sud Europa, potrebbe essere il ritardo nel *cross-over* delle diseguaglianze sociali: all'inizio dell'epidemia di malattie ischemiche del cuore, contemporanea allo sviluppo delle moderne società occidentali, sono state le classi sociali avvantaggiate a presentare il rischio più alto di questa malattia per via degli stili di vita tipici dello sviluppo, mentre, più avanti nel tempo, l'epi-

demia si è estesa alle posizioni sociali più svantaggiate; il rischio tra i più ricchi ed istruiti è migliorato per una maggiore attenzione agli stili di vita più sani. Questo fenomeno è stato ben dimostrato negli anni '50 e '60, prima negli Stati Uniti e poi nel nord Europa; è possibile che lo stesso fenomeno sia in ritardo nel sud Europa? Non c'è ragione di pensare che in un paese come l'Italia, i poveri abbiano dovuto aspettare gli anni '80 per sapere e potere agire come nei paesi del nord: ad esempio comprarsi più sigarette e cibi grassi; o nel caso dei ricchi, per conoscere i rischi connessi a questi abitudini e modificarle. Può invece essere verosimile che il valore culturale che si attribuisce a questi comportamenti, si sia trasformato più rapidamente nei paesi del nord piuttosto che in quelli latini. Una spiegazione alternativa potrebbe risiedere nel fatto che i paesi latini partirebbero da un livello di base della mortalità cardiovascolare più basso che i paesi del nord, per merito delle caratteristiche costitutive della loro alimentazione, caratteristiche radicate piuttosto trasversalmente nella popolazione, e che, quindi, offrirebbero una base molto più limitata per l'espressione delle differenze sociali. Viceversa, le malattie cerebrovascolari, pur condividendo con le malattie ischemiche del cuore molti dei fattori di rischio, mostrano diseguaglianze comparabili a sud e a nord. Probabilmente in questo caso contano di più fattori di rischio come il sovra-consumo di alcol e di sale e una minore capacità di controllo dell'ipertensione, che sono più frequenti nei paesi del sud.

Data l'importanza di queste cause di malattia nella popolazione, una risposta a questi quesiti è piuttosto importante per poter fare previsioni sull'andamento futuro delle diseguaglianze nella salute e nella mortalità nel nostro paese.

Qualche spiegazione

Le cause delle diseguaglianze nella salute sembrano complesse da rappresentare. In molti si sono esercitati a disegnare schemi concettuali capaci di riconoscere tutte le possibili catene eziopatogenetiche che sono in grado di portare allo svantaggio sociale nella salute in una società sviluppata, caratterizzata più da meccanismi di deprivazione relativa che di deprivazione assoluta. Allo stato attuale delle conoscenze, è più conveniente constatare questa complessità e confessare che non si è in grado di dominarla con un unico modello di studio, che sia in grado di catturare la responsabilità di singoli meccanismi causali e misurarne l'intensità, per poter mettere alla prova misure atte a contrastarle. Infatti, tutta questa storia si gioca intorno a cinque elementi costitutivi strettamente intrecciati.

Non c'è un unico
modello di studio

ciati tra di loro e che potrebbero anche essere letti in sequenza:

- la struttura sociale della società;
- le biografie delle persone;
- la loro posizione sociale attuale;
- l'esposizione a fattori di rischio o di protezione;
- i risultati sulla salute di questo processo.

**Equità,
solidarietà
e senso
di sicurezza**

La struttura sociale è composta sia dal macrocontesto sia dal contributo più locale in cui ogni persona spende le proprie opportunità per un progetto di vita, che include anche la salute tra i suoi obiettivi e prerequisiti. Equità, solidarietà e senso di sicurezza sono gli attributi di questo contesto che influiscono sul progetto nel lungo e nel breve periodo. Nel lungo periodo, un macro contesto favorevole o sfavorevole garantisce lo spazio vitale di sviluppo di una storia di vita positiva o negativa di una persona. Nel breve periodo, i cambiamenti di segno di questi attributi del macro contesto possono minacciare un ruolo sociale acquisito con fatica e il suo capitale di salute: si pensi all'effetto devastante e immediato che le trasformazioni delle società dell'est hanno avuto nel peggiorare la speranza di vita di tali popolazioni.

Le biografie delle persone registrano per primi i risultati della programmazione biologica, quella per cui, a causa delle scadenti condizioni di vita e di nutrizione in cui si cresce nel grembo materno e si nasce, si possono verificare ritardi di maturazione dei tessuti che mostreranno i loro effetti lontano nel tempo, in età adulta avanzata, con un aumento del rischio di malattie respiratorie, cardiovascolari e metaboliche (Barker, 1994).

Alla programmazione biologica si associa la programmazione sociale, che si costruisce nei primi anni di vita, là dove si struttura l'identità di una persona e si sviluppa la capacità di gestire in sicurezza relazioni sociali e situazioni di vita. Anche questa programmazione sociale manifesterà i suoi effetti a scoppio ritardato lungo tutta la carriera della persona, nei vari ambienti sociali che attraverserà, dandogli la possibilità di raccogliere e valorizzare le opportunità e le risorse educative e di lavoro, e di reagire alle difficoltà della vita senza conseguenze negative sulla salute e sui comportamenti. È a questo livello che possono nascere e strutturarsi comportamenti a rischio per la salute e per la carriera sociale.

La posizione sociale di arrivo è già il risultato di questi processi, ma è anche il punto di partenza che genera risorse ed opportunità per la persona e per i suoi figli. E, a questo livello, si realizzano situazioni stressanti, capaci di condizionare la salute di per sé o di rinforzare i comportamenti rischiosi per la salute.

In questo modo si creano differenze nelle esposizioni a fattori di rischio

(fumo, alcol, stress, alimentazione, dipendenze...) che costituiscono i mediatori eziopatogenetici delle disuguaglianze nella salute; mediatori che possono instaurarsi nell'adolescenza o svilupparsi in età adulta e agire su svantaggi biologici già strutturati nel grembo della madre. L'asse temporale genera percorsi difficili da misurare, percorsi che sono resi ancora più difficili dalla possibilità che uno stato di salute alterato comprometta a sua volta le possibilità di carriera sociale delle persone, agendo come fattore aggravante delle disuguaglianze nella salute.

Infine sui risultati di salute si esprimono le disuguaglianze nell'accesso a cure efficaci e sicure che rappresentano un meccanismo causale tanto facile da immaginare quanto difficile da riconoscere e perseguire.

È in un quadro come questo che conviene riconoscere che non ci sono basi scientifiche adeguate per lanciare soluzioni ottimali e univoche di contrasto delle disuguaglianze nella salute: non c'è un trial d'intervento che sappia dimostrare l'efficacia di una sola politica. Piuttosto, per giustificare le politiche, occorre valorizzare le prove indirette di efficacia, cioè quegli studi che dimostrano relazioni tra singoli elementi della complessa catena causale che porta alle disuguaglianze sociali nella salute.

Quali politiche per contrastare le disuguaglianze nella salute?

Introducendo la lotta alle disuguaglianze nella salute tra i punti qualificanti delle politiche sanitarie e sociali del patto per la salute, il Piano sanitario nazionale 1998-2000 esige che ogni politica, sanitaria e non, che possa avere un riflesso sulla salute si misuri con il problema delle disuguaglianze in modo esplicito.

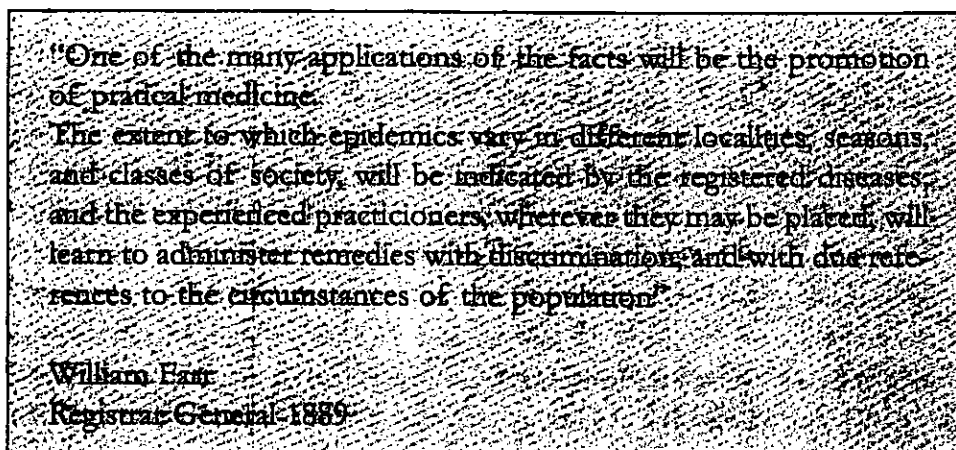
Questo significa che ogni politica dovrà interrogarsi sull'esistenza di disuguaglianze nel settore di sua competenza e dovrà pronunciarsi sul modo con cui intende contrastarle, con il sistema sanitario in un ruolo di promozione e di monitoraggio. Purtroppo non è affatto scontato che il sistema sanitario sappia svolgere questo ruolo verso il quale non ha né consuetudine, né particolare propensione. È utile quindi aprire una riflessione su quali responsabilità e su quali azioni spettino al sistema sanitario e su come questi abbiano dimostrato di funzionare in altre esperienze. In generale si potrebbe dire che su questo tema, al sistema sanitario competono:

- politiche di ricerca, informazione e patrocinio;
- politiche di correzione del sistema delle cure;
- concorso a politiche di promozione della salute;
- concorso a politiche di riduzione dei danni delle disuguaglianze sociali.

**Le competenze
del sistema
sanitario**

Le politiche di ricerca, informazione e patrocinio

Val la pena di ricordare l'insegnamento di un antico maestro, William Farr, che ammoniva la medicina a guidare i propri interventi in modo differenziato, tenendo conto che le persone non sono uguali di fronte alla salute.



In questa proposizione Farr ricorda ai sanitari che è loro responsabilità precipua ricercare e trattare le diseguaglianze nella salute. Questo compito va inteso non solo in senso restrittivo, limitato cioè alla correzione delle diseguaglianze di accesso alle cure, ma in senso lato, esteso quindi alla promozione di quelle politiche non sanitarie che possono impedire o ridurre l'impatto delle diseguaglianze nella salute; dunque un ruolo attivo, di informazione, di ricerca e di patrocinio nei confronti della salute dei gruppi sociali più svantaggiati.

I principali ostacoli che si frappongono allo svolgimento di questo ruolo riguardano, da un lato la resistenza a tematizzare questo argomento nella società, sia nel senso comune sia nelle comunità professionali, e, dall'altro, la difficoltà a trovare spiegazioni così specifiche e concrete delle diseguaglianze da saper convincere specifici interlocutori a scegliere specifiche politiche di contrasto.

La prima criticità consiste nel fatto che, delle diseguaglianze nella salute, pochi si sentono effettivamente responsabili; gli atteggiamenti prevalenti sono due: o negarne l'urgenza e il rilievo ("tanto sono sempre esistite") oppure attribuirne la colpa alla struttura profonda del modello di società e, nei fatti, considerarle insuperabili. Nei paesi in cui questa semplificazione è stata superata, Regno Unito e paesi Scandinavi ad esempio, il tema è entrato nell'agenda pubblica grazie ad alcuni ingredienti di successo:

**I Paesi dove
il tema è
all'attenzione**

una sistematica e continua disponibilità di dati a livello generale e a livello locale, una intensa collaborazione tra ricerca medica e ricerca sociale ed una assunzione di responsabilità da parte del mondo medico, che ha fatto delle disuguaglianze nella salute un tema da imporre all'attenzione pubblica con tutta l'autorevolezza della scienza medica (Graham, 1997). Queste condizioni hanno permesso l'avvio di una nuova stagione di programmi di contrasto delle disuguaglianze nella salute, molto concreti e prevalentemente locali e di carattere intersettoriale (Bauld et al., 1998).

Nel nostro paese, i singoli sistemi informativi sanitari e statistici non sono ancora in grado di monitorare in modo adeguato le disuguaglianze nella salute su tutto il territorio. Il programma di ricerca per la sorveglianza delle differenze sociali nella mortalità (ReSò), promosso dal Ministero della Sanità e dalla Regione Piemonte, ha dimostrato che l'integrazione tra sistemi informativi con procedure di *record-linkage* sotto alcune condizioni può soddisfare adeguatamente queste necessità conoscitive (Costa et al., 1998). Di recente, sono stati approvati dal Ministero della Sanità due programmi regionali di ricerca che si propongono di colmare queste lacune informative (Regione Piemonte, 1998; Regione Lazio 1998). È dunque opportuno che queste forme di integrazione vengano realizzate sistematicamente a livello nazionale e regionale, e vengano resi disponibili i dati per l'opinione pubblica, gli amministratori e i professionisti in modo che, senza più alibi, ognuno possa giocare la sua parte in quella logica di partecipazione alla programmazione e alla valutazione a livello locale che tanta parte ha nei principi ispiratori del disegno di legge delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Naturalmente la disponibilità di dati di per sé non basta a sollevare questo tema all'attenzione di tutti questi interlocutori. Si tratta di un obiettivo che deve essere oggetto di attività di comunicazione e di rete tra gli attori sociali interessati, attività che debbono essere pianificate con tutta l'attenzione e gli investimenti che sono richiesti dalla complessità del sistema sociale a cui si rivolgono. Nel Regno Unito sono passati vent'anni da quando, alla fine degli anni settanta, si pubblicava il Black Report sulle disuguaglianze nella salute. Nel 1998 la Commissione Acheson, su mandato del governo laburista, ha diffuso le raccomandazioni conclusive della sua inchiesta sulle politiche per contrastarle, passando per la fase intermedia degli anni ottanta quando, con il governo conservatore, le *inequalities* avevano perfino cambiato nome diventando più innocentemente *variations* (Department of Health, 1998). Vent'anni sono il risultato di un processo di maturazione spontaneo avvenuto in un tessuto sociale conflittuale con una abbondante disponibilità di dati. È il caso di chiedersi se in Italia non si possano ridurre questi lunghi tempi attraverso politiche di

**Il programma
di sorveglianza
delle differenze
sociali
nella mortalità**

**I compiti
della ricerca
scientifica
rispetto alle
spiegazioni**

comunicazione, che siano pianificate apposta per far convergere gli interessi degli attori che più sono interessati al miglioramento della salute nei gruppi più svantaggiati.

La seconda criticità riguarda i compiti della ricerca scientifica rispetto alle spiegazioni. A questo proposito, occorre riconoscere che la ricerca delle spiegazioni ha fatto passi avanti grazie agli studi longitudinali, che hanno spostato l'attenzione verso lo studio degli effetti cumulativi delle traiettorie biografiche sulla salute dell'adulto; grazie poi agli arricchimenti portati dalle scienze sociali nello studio del ruolo dei fattori psicosociali; e, infine, grazie alla combinazione dei metodi quantitativi e qualitativi nello studio dei comportamenti correlati alla salute (Graham et al., 1997). Anche in Italia la ricerca si sta avviando su queste strade, ad esempio il programma multicentrico CNR "Meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze sociali" (Bianco M. L., 1998) che, nella sua componente torinese, comprende obiettivi di ricerca sul ruolo del capitale sociale nella generazione di disuguaglianze nella traiettoria sanitaria dei pazienti. Occorre valorizzare queste linee di ricerca per sperimentare ed elaborare modelli analitici, applicabili a livello locale e capaci di individuare, caso per caso, i punti critici del sistema sanitario responsabili delle disuguaglianze osservate e di identificare le azioni di contrasto più appropriate, ad uso dei gruppi aziendali per la qualità.

Anche la sperimentazione sull'uso integrato dei sistemi informativi sanitari e sociali può dare un impulso alla capacità di ricerca delle spiegazioni. Intanto le esperienze pilota dello Studio Longitudinale di Torino (Costa et al., 1998) e di quello Toscano (Regione Toscana, 1998), comprese nel programma statistico nazionale 1999-2001 (Sistan, 1998), possono essere replicate in più aree metropolitane del paese, creando una rete di studi locali capaci di monitorare con una dimensione longitudinale le traiettorie biografiche che portano alle disuguaglianze nella salute in diverse aree del paese, e di trovare le spiegazioni sanitarie e sociali che sono alla base delle disuguaglianze. D'altro canto il più importante sistema informativo sanitario, quello dei ricoveri ospedalieri (SDO), non è ancora stato compiutamente valorizzato per ricercare nelle differenze di accesso all'assistenza le cause sanitarie delle disuguaglianze nella salute. È quanto propone la Regione Lazio con il programma già citato, che riguarda su base geografica, l'analisi delle differenze sociali nell'uso appropriato dell'assistenza. In questo contesto occorre però anche sviluppare tutta la potenzialità di studio delle differenze sociali che la stessa fonte informativa può assicurare su base individuale. In alcune regioni, la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) offre opportunità peculiari, sia per la ricchezza delle informazioni socio-demografiche riportate, sia per l'espe-

rienza maturata nella sperimentazione di sistemi di classificazione della gravità e della tempestività del ricovero (Ciccone, 1999).

Le politiche di correzione del sistema delle cure

Si può affermare che le risorse che la nostra società mette e metterà a disposizione del sistema sanitario sono e saranno sempre, per quanto grandi, limitate indipendentemente dal sistema di finanziamento, pubblico, misto o privato. La mancata definizione esplicita dei servizi che devono essere garantiti con queste risorse e delle caratteristiche delle persone cui tali servizi debbono essere garantiti, ha fino ad oggi generato una situazione di razionamento implicito. Teoricamente il Servizio Sanitario nazionale offre tutto a tutti; nella realtà i gruppi di popolazione più forti sono più capaci ad accedere gratuitamente alle prestazioni efficaci ed appropriate, mentre quelli più deboli sono più esposti ad iperconsumo di prestazioni inefficaci ed inappropriate, quando non dannose, e meno capaci di accedere ai servizi necessari per rimediare a condizioni reali di salute peggiori.

Le intese di programma sono gli strumenti con cui si costruiscono e si valutano gli obiettivi attuativi dei piani regionali e aziendali rispetto agli indirizzi nazionali. Se le diseguaglianze nella sanità fossero prese sul serio, non dovrebbe più essere approvato nessun obiettivo d'intesa che non includa una valutazione delle differenze sociali, che riguardano quel settore d'intervento e che non preveda le azioni necessarie per correggere i meccanismi di discriminazione per monitorarne le conseguenze.

Un'altra minaccia all'equità in sanità è costituita dalle trasformazioni cui è sottoposto il sistema sanitario e, in particolare, da quelle che influiscono sulla disponibilità dei livelli di assistenza. Si sta andando verso un sistema sanitario in cui l'assistenza verrà assicurata in parte in modo universalistico e gratuitamente a spese del sistema, in parte in modo selettivo per coloro che sono coperti da forme di contribuzione integrativa. È chiaro che nelle maglie della organizzazione di questi due classi di prestazioni e delle loro modalità di erogazione si potranno creare situazioni di discriminazione sociale, tanto più gravi quanto più restrittiva sarà la definizione di livelli assistenziali essenziali, e tanto più odiose quanto più stigmatizzante risulterà la compresenza delle due prestazioni nello stesso presidio e da parte degli stessi professionisti, come dipendenti per le prestazioni essenziali, in regime di libera professione intramuraria, per quelle integrative.

Infine, uno dei meccanismi più insidiosi di discriminazione nella sanità

Il sistema sanitario è sottoposto a trasformazioni

riguarda il ritardo con cui si accede a interventi di recente introduzione. Sapendo che il trasferimento nella pratica delle nuove tecnologie è di solito molto rapido, mentre non altrettanto lo è quello delle prove scientifiche della loro utilità, questo ritardo si può rivelare vantaggioso ancorché stigmatizzante nel caso di tecnologie inutili, mentre può risultare svantaggioso in caso di tecnologie efficaci e sicure. Quasi sempre si tratta solo di un ritardo, e non di un definitivo deficit di accesso, che ha conseguenze tanto più gravi quanto più grande è il vantaggio di salute di cui possono ancora beneficiare le persone più avvantaggiate. Ad esempio, negli ultimi anni, la mortalità perinatale delle classi sociali alte ha raggiunto livelli così bassi che difficilmente essi possano essere ancora migliorati da ulteriori progressi dell'assistenza neonatale. In questo caso, l'introduzione di nuovi presidi di cura neonatale ridurrà le disuguaglianze, agendo prevalentemente là dove esiste un concreto beneficio di salute da ricavare, cioè nelle classi povere. Viceversa sulla sopravvivenza dell'AIDS, dove il beneficio di salute è ancora tutto da sfruttare, l'introduzione della nuova terapia antiretrovirale, nelle prime fasi della sua applicazione, potrebbe correre il rischio di allargare le disuguaglianze.

Le politiche di promozione della salute

Una recente rassegna delle politiche nazionali di *health promotion* di cinque paesi europei (Finlandia, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito) ha dimostrato che è molto poco frequente che esse siano espressamente orientate a ridurre le disuguaglianze nella salute (Mackenbach, 1999). Tra alimentazione, esercizio fisico, fumo, alcol, violenza, attività sessuale e droga, solo sul consumo di droghe si tende a progettare programmi che discriminino positivamente quelle popolazioni bersaglio socialmente più svantaggiate. Solo il Regno Unito include lo svantaggio sociale tra i criteri prioritari ed espliciti di progettazione di interventi per tutti i temi di promozione della salute. Viceversa, la Svezia rifiuta implicitamente ma sistematicamente una discriminazione positiva verso i più svantaggiati, perché la sua lunga tradizione di politiche sociali ugualitaristiche ostacola l'introduzione di discriminazioni, anche di quelle a favore di poveri. Dunque nel loro complesso le politiche di promozione della salute, almeno quelle su scala nazionale, sono poco mirate alle disuguaglianze e quindi è impossibile valutare quanto siano efficaci nel produrre equità nella salute.

Quello che si è imparato sul fumo è abbastanza paradigmatico dell'effetto paradosso della *health promotion* sulle disuguaglianze nella salute. La dis-

tribuzione sociale dell'abitudine al fumo, a sfavore dei più poveri e dei meno istruiti (soprattutto tra gli uomini), è sostanzialmente insensibile alle politiche fin qui adottate. Gli stati di privazione sono un ostacolo a smettere di fumare. Nei gruppi sociali più svantaggiati del Regno Unito, si stima che circa un quinto dei fondi di assistenza che vengono loro concessi tornino allo Stato sotto forma di tasse per il tabacco. Le politiche di contrasto sul prezzo sono controproducenti; infatti l'elasticità del consumo al prezzo è 0% tra le classi povere e 1% tra quelle ricche e, pertanto, gli aumenti di prezzo penalizzano i poveri. L'educazione sanitaria trova interlocutori sensibili solo tra le persone più istruite. Di per sé questo maggior beneficio delle persone più avvantaggiate è positivo per il bilancio di salute medio della collettività. Tuttavia se non si affianca all'educazione la libera disponibilità di trattamenti per la dipendenza da nicotina e l'aiuto con specifici supporti, il tutto in un contesto di rimozione o contenimento dei determinanti più strutturali della povertà della persona, è ben difficile che la promozione della salute sul fumo raggiunga anche queste classi.

Anche la storia dell'epidemia dell'AIDS fornisce, da questo punto di vista, elementi di riflessione emblematici. L'epidemia è, in Italia, partita dalla popolazione *core* dei tossicodipendenti iniettori di eroina, un gruppo demograficamente "piccolo" (non più di 250.000 persone prevalenti in Italia), ma con elevata incidenza di comportamenti ad alto rischio di trasmissione dell'infezione HIV, che in breve tempo ha portato ad una elevata prevalenza di infezione. La diffusione dell'epidemia alla popolazione generale, attraverso i rapporti sessuali è determinata dalle interazioni tra la *core population* dei tossicodipendenti e la popolazione generale. Gli interventi efficaci di prevenzione dell'epidemia HIV nella popolazione generale, si sono quindi concentrati soprattutto in programmi di riduzione del danno nella popolazione dei tossicodipendenti. È un chiaro esempio di come interventi mirati a proteggere la salute dei *deboli* possano essere efficaci nella tutela della salute di tutta la popolazione, di come quindi, una distribuzione diseguale delle risorse, concentrata su gruppi di popolazione a più elevato rischio di malattia, possa generare equità nel sistema sociale.

**La storia
dell'AIDS
fa riflettere**

Politiche di lotta alla povertà

Nel caso delle politiche di lotta alla povertà, la situazione è speculare: pochissime politiche di contenimento delle disuguaglianze sono orientate esplicitamente alla salute. Tutti i cinque paesi passati in rassegna

(Mackenbach, 1999), tra gli anni ottanta e gli anni novanta, erano stati interessati da un allargamento delle diseguaglianze sociali nel reddito, nella disoccupazione, nella povertà e tutti avevano intrapreso politiche di redistribuzione del reddito o politiche di sostegno del reddito, centrate particolarmente su gruppi ad alto rischio, come le famiglie con bambini, i giovani, gli immigrati, gli anziani. Solo il Regno Unito aveva intrapreso programmi esplicitamente orientati alla salute.

Tra le politiche generali intraprese vanno ricordati tre tipi di azioni. Il primo riguarda politiche strutturali, sia rivolte alla creazione di opportunità di reddito attraverso un lavoro, sia di sostegno al reddito minimo. Il secondo riguarda investimenti in aree locali ad alto rischio, alle quali vengono concesse risorse, tempo e autonomia per sviluppare progetti di lavoro, educazione, sanità e coesione sociale. Il terzo riguarda progetti nazionali di lotta all'esclusione (dai consumi, dal lavoro, dall'educazione, dalla vita sociale), concentrati in gruppi ad alto rischio come le adolescenti con gravidanze, o i giovani 16-18enni senza lavoro e senza scuola.

**Il-rapporto
Acheson**

A queste politiche, il rapporto Acheson aggiunge una lunga lista di raccomandazioni di azioni rivolte esplicitamente a contrastare le diseguaglianze nella salute, formulate in base all'evidenza scientifica e al parere di esperti e sostenibili secondo i vincoli finanziari di sistema (Department of Health, 1998). Il documento Acheson spazia dalle politiche sul reddito a quelle sull'educazione, sul lavoro, sulla casa, sulla mobilità, sui trasporti, sull'ambiente, sulla nutrizione, sulle famiglie, sui giovani, sugli anziani, sugli stranieri e sul servizio sanitario. Il caso inglese va seguito da vicino perché è l'unico per il quale siano in corso valutazioni sui risultati delle politiche non sanitarie. Del resto è molto difficile fare valutazioni di efficacia in questi casi, dove per ragioni di rilevanza, specificità, confondimento, misurabilità, etica, è impossibile impostare degli studi di intervento e sono praticabili solo studi indiretti che, per proprietà transitiva, propagano l'efficacia di una politica all'effetto sulla salute della riduzione di un determinante che essa ha dimostrato di sapere contrastare.

In attesa di queste valutazioni, si può anticipare che alcuni problemi rimangono critici nella scelta di queste politiche non sanitarie. Intanto ci si chiede ancora se sia necessario investire di più sulla lotta alle radici delle diseguaglianze o sulla riduzione degli svantaggi: il dilemma tra impostazione liberista e impostazione riformista nelle questioni sociali, non trova ancora risposta nella valutazione epidemiologica delle politiche.

Un altro angolo oscuro riguarda la scala in cui le politiche mostrano maggiore efficacia: quella sulle aree geografiche o quella sulle persone? Le politiche centrate sulle aree hanno in partenza una maggiore capacità di suscitare mobilitazione di tutti gli attori sociali coinvolti, mentre quelle

centrate sulle persone rimangono più anonime e meno capaci di costruire reti di sostegno efficaci sul lungo periodo. Del resto, le politiche centrate sulle aree rischiano di provocare effetti inattesi di *displacement* su aree vicine che perpetuerebbero i problemi.

Bisogna anche riconoscere che in Italia la *policy analysis* è ai primordi, ancor più in campo sanitario, dove una delle poche testimonianze è proprio di questi giorni, con la sperimentazione dell'introduzione del sanotmetro. Il tema delle disuguaglianze nella salute sarebbe una stimolante occasione per fondere attività di valutazione di politiche che coinvolgono il mondo sanitario e quello sociale ed economico.

Qualche conclusione

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha posto le basi per segnare le politiche sanitarie in senso più egualitario verso gli obiettivi di salute. Su queste basi si deve lavorare costruendo e diffondendo informazione scientifica sulle differenze sociali nella salute e nella sanità, promuovendo ricerca sulle cause, vincolando le intese di programma regionale e aziendale ad azioni concrete per contrastarle, e creando reti locali di attori sociali, professionali e istituzionali interessati al coordinamento delle politiche settoriali di lotta alla povertà e di moderazione delle sue conseguenze sulla salute. Per quanto riguarda in particolare il Sistema Sanitario Nazionale, il decreto legislativo di riordino del Ssn introduce norme di *prioritarizzazione* esplicita delle prestazioni e dei servizi. Deve essere un'occasione importante per ridurre la vulnerabilità delle classi sociali più svantaggiate, all'offerta di prestazioni inappropriate ed inefficaci e per realizzare interventi positivi di equità nell'accesso a quelle efficaci; passare da una situazione di razionamento implicito iniquo ad una situazione di razionalizzazione esplicita equa. Queste raccomandazioni rischiano di restare un mero esercizio retorico se non trovano una regia eloquente ed efficace, che sappia far convergere interessi e valori intorno a questi temi, fino a farli diventare un mandato costitutivo, convinto e non di parte in molti settori della società, prima di tutto il mondo sanitario.

Verso
gli obiettivi
di salute

2.3. IL RUOLO DEL VOLONTARIATO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La presenza del volontariato nell'ambito della sanità (dati statistici)

Questo settore comprende al suo interno diversi tipi di realtà associative, anche molto diversi tra di loro per specifica vocazione, da quelli che si occupano della cura della persona, al soccorso o intervento di emergenza, a quelli della donazione del sangue e degli organi, alla tutela dei pazienti o in particolari categorie di malati.

Le articolazioni vocazionali

Le principali articolazioni vocazionali interne sono le seguenti: donazione di sangue e organi (34,4%), assistenza sanitaria direttamente erogata (17,3%); visite, assistenza morale, ascolto dei malati (10,7%); assistenza legale e riconoscimento dei diritti dei malati (3,8%); trasporto di ammalati, guida di ambulanze e soccorso (20%); altro (riabilitazione, prevenzione ecc. 13,8%). In media ciascuna organizzazione svolge più di una (1,7) di queste attività.

Le organizzazioni di volontariato che operano nel settore della salute sono quelle maggiormente in rapporto con l'ente pubblico: il 53,3% sono convenzionate e di queste il 39% collabora anche operativamente con i servizi pubblici su specifici progetti. Questo settore è maggiormente rappresentato nelle regioni Nord-Ovest (il 32,7% a fronte del 26,2% della popolazione), mentre è attivo in misura proporzionalmente dimezzata rispetto alla popolazione nelle regioni del Sud (il 12,5% a fronte di una dimensione demografica pari al 24,6% del totale nazionale). La matrice ideale che ispira questo tipo di volontariato è prevalentemente laica: riguarda l'80,2% delle organizzazioni.

I volontari del settore della salute

I volontari di questo settore appartengono prevalentemente alle classi anagrafiche adulte: il 72,5% dei volontari ha un'età media tra i 34 e i 50 anni. Le organizzazioni di questo settore si concentrano su un solo tipo di utenza (malati o infortunati) e rispetto alle prestazioni tendono alla specializzazione: il 40,4% eroga un solo tipo di prestazione. La tipologia delle prestazioni è rappresentata dalla successiva tabella:

**Tab. 1 - Le organizzazioni di volontariato
che operano nella sanità o con interventi sanitari**

Tipologia	v.a.	%
Assistenza sanitaria	203	4,9
Assistenza sociosanitaria	422	10,2
Soccorso ed emergenza	1.460	35,3
Donazione di sangue e organi	1.766	42,7
Tutela dei diritti dei malati	285	6,9
Totale	4.136	100,0

Fonte: rilevazione Fivol 1997

La distribuzione delle organizzazioni di volontariato nelle varie aree del Paese risulta da questa seconda tabella.

Tab. 2 - Distribuzioni delle organizzazioni di volontariato

Tipologia	in totale	Nord- Ovest	Nord- Est	Centro	Sud-Isole
Assistenza sanitaria	4,9	4,5	5,7	5,1	4,5
Assistenza sociosanitaria	10,2	8,5	15,5	10,8	7,7
Soccorso ed emergenza	35,3	37,9	30,2	38,1	34,0
Donazione di sangue ed organi	42,7	43,9	40,2	40,0	45,3
Tutela dei diritti dei malati	6,9	5,2	8,4	6,0	8,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale %	100,0	31,3	20,6	20,9	27,2
Totale v.a.	4.136	1.296	854	863	1.123

Fonte: rilevazione Fivol 1997

L'ambito sanitario nel quadro dei vari ambiti del volontariato - Aspetti problematici del volontariato in generale

Il volontariato esplica la sua attività in molti ambiti: socio-assistenziale, sanitario, educativo, di protezione civile, di tutela dell'ambiente, di tutela dei beni culturali, di cooperazione internazionale.

Qui consideriamo un ambito specifico, quello sanitario.

Quasi tutti questi ambiti hanno delle connessioni con quello sanitario: pensiamo alla integrazione fra sociale e sanitario di cui parleremo più avanti, all'ambito educativo per l'educazione sanitaria, alla protezione civile per la tutela della salute nelle calamità, alla tutela dell'ambiente nella prevenzione, con la cooperazione internazionale per la promozione della

salute dei popoli poveri.

D'altra parte prima di parlare di volontariato nell'ambito sanitario è necessario parlare del volontariato in generale, perché anche il volontariato in sanità risente delle problematiche e delle inevitabili ambiguità di un fenomeno che negli anni '80 ha avuto una imprevista e impensabile esplosione e che è in continua rapida evoluzione.

Premettiamo perciò alcune considerazioni e precisazioni generali del volontariato.

Identità del volontariato

Riflettere sull'identità del volontariato, non vuole essere una rivendicazione di purezza rispetto ad altre realtà presenti nel cosiddetto terzo settore. Si tratta soltanto di evitare omologazioni e semplificazioni, che impediscono una serena e trasparente analisi di quanto si muove in quest'ambito, tanto più in fase di crescita della cosiddetta economia civile.

Definire non serve a dividere e contrapporre, ma a distinguere e chiarire. Non si tratta di assegnare un primato etico a qualcuno, ma evitare una confusione di ruoli e di compiti, che rischia di snaturare e appiattire le diverse componenti.

Né si vuole, in questa sede, proporre una dettagliata disamina del tema, ma affermare alcuni criteri di fondo, per consentire un orientamento di massima.

Elementi di fondo del volontariato

Un primo criterio va sicuramente affermato: non è la presenza di volontari in un'organizzazione che la rende automaticamente di volontariato, ma la rispondenza della sua struttura e del suo intervento ad alcuni elementi di fondo, propri della sua natura.

In particolare vanno segnalati:

- la spontaneità;
- la gratuità;
- il servizio agli altri;
- la continuità.

L'identità del volontariato si definisce anche dai suoi ruoli:

- di anticipazione nella risposta a bisogni emergenti;
- di integrazione dei servizi esistenti, pubblici e privati;
- di stimolo delle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini;
- di formazione della cultura della solidarietà e delle reti informali di solidarietà di base.

Il volontariato ha quindi, in questo senso, una valenza politica, nel suo ruolo di stimolo delle pubbliche istituzioni, con un apporto di cambiamento culturale e politico alla vita sociale. Il volontario è un cittadino che prende sul serio la dimensione partecipativa della democrazia, a partire dai bisogni della comunità territoriale: è un cittadino attivo, o un cittadino-volontario, secondo la nota definizione del CNCA.

Il volontariato e le sue associazioni, preesistono non solo storicamente, ma soprattutto concettualmente all'impresa sociale e alla stessa pubblica amministrazione. Il volontario può agire al di là di una struttura ove opera, sia pubblica sia privata, al di là di un finanziamento o di un sostegno strutturale, al di là di un riconoscimento legislativo.

In questo senso va anche precisato l'ambito della legge 266/90, che non è la legge quadro del volontariato, ma si occupa della regolamentazione dei rapporti del volontariato associato con le istituzioni pubbliche. Non comprende pertanto tutti i ruoli del volontariato, ma soltanto quello di integrazione delle istituzioni pubbliche e non comprende tutto il volontariato di servizio, ad esempio quello individuale e familiare. Per dirla con una battuta, al volontariato non serve una legge particolare, basta la Costituzione della repubblica (art. 2 "riconoscimento delle formazioni sociali e doveri inderogabili di solidarietà"; art. 3 "effettiva partecipazione di tutti all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese"; art. 4 "dovere di svolgere una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società"; art. 18 "libertà di associazione").

Un ulteriore elemento definitorio è relativo alla sua struttura organizzativa che non è sicuramente imprenditoriale, né aziendale, a differenza di altre tipologie presenti nel terzo settore, tra le quali emerge, in questa fase, una prevalente logica di impresa.

Recentemente si sta sviluppando una riflessione sul tema della necessità del superamento di forme di solidarietà asimmetriche tra soggetti donanti e soggetti riceventi, a beneficio di forme di rapporto fondato sul valore della reciprocità.

La discussione è di sicuro interesse, ma vanno segnalati alcuni aspetti che, se omessi, rischiano di impedire una corretta impostazione della discussione:

- innanzitutto non tutte le relazioni tra volontari e destinatari possono essere ispirate ad una perfetta forma di reciprocità (vedi il rapporto con le persone affette da patologie fortemente inabilitanti o morenti); non si vuole negare che la persona rappresenti comunque un valore o che comunque possa comunicare fortemente con coloro che gli stanno accanto in ogni condizione di vita, ma dubitiamo che questo possa definirsi reciprocità;

**Il volontariato
non è
una impresa**

- inoltre il superamento del rapporto diseguale tra volontario e destinatario è fondativo del volontariato contemporaneo, che è nato proprio dalla critica di una prospettiva assistenzialistica, per lo più incapace di una analisi delle cause delle povertà; la prospettiva del dono è quindi vissuta in una dimensione di condivisione, non certo di rapporto ineguale.

Va quindi risolto preliminarmente la questione definitoria di quale idea di solidarietà e di volontariato si sta parlando.

Ciò che non è volontariato

Partendo da questa definizione di volontariato si possono operare già delle distinzioni, rispetto ad altri organismi ed enti che non possono essere inseriti nella categoria di volontariato, in particolare:

- le fondazioni;
- le cooperative sociali;
- le associazioni sociali;
- le istituzioni non profit;
- le associazioni di autotutela;
- il servizio civile degli obiettori di coscienza.

Ci sono, ovviamente, anche delle forme miste, vale a dire realtà che hanno o conservano elementi tipici delle strutture di volontariato, ma possiedono caratteristiche tipiche di altri soggetti.

Il tentativo di fare chiarezza concettuale in una realtà complessa e in continua evoluzione, com'è il terzo settore, individuando le caratteristiche specifiche delle varie componenti e il rapporto fra di loro, non può non tenere conto delle forme miste in cui convivono forme di autentico volontariato e di impresa sociale.

È necessario individuare la identità specifica di ciascuna forma, chiamandola con il proprio nome ed evitando che si creino situazioni poco chiare di strumentalizzazione e di lavoro nero.

Così pure non si può non tener conto della evoluzione di molte associazioni di volontariato che sono partite da generosi interventi che rispondevano a bisogni emergenti che non trovano risposta nei servizi esistenti e nelle istituzioni, e hanno sentito poi l'esigenza di trasformarsi in imprese sociali (cooperative di solidarietà sociale, comunità strutturale, srl, ecc.) per poter garantire continuità, professionalità e giusti compensi agli operatori che si dedicavano a tempo pieno, senza perdere lo spirito del volontariato,

e in alcuni casi i rapporti con le associazioni da cui erano nati.

Questa evoluzione ha contribuito a migliorare i servizi e, soprattutto in aree di forte disoccupazione, a creare posti di lavoro.

Quindi non può non essere valutata in senso positivo.

Per evitare confusione e consentire rapporti autentici e costruttivi tra le forme originarie e quelle successive è sufficiente (e necessario) riconoscere con chiarezza l'identità di ciascuna entità nelle varie fasi dell'evoluzione e chiamarla con il suo nome, avendo ben chiaro che non si tratta di una graduatoria di valore, ma di differenti soggetti di eguale valore.

Valori del volontariato ed etica del lavoro

Un altro criterio tipico del volontariato è la sua volontà di non sostituire, ma integrare, sia la responsabilità e l'intervento istituzionale, sia il lavoro dipendente.

Questo significa anche che il volontariato non deve sentirsi anche in questo ambito, eticamente superiore rispetto al lavoro retribuito. Anzi, un'eccessiva enfasi su quest'aspetto appare problematica, in quanto la dimensione etica del lavoro, tanto più per le professioni di cura, deve essere patrimonio comune di tutti gli operatori: il valore fondamentale è il lavoro umano, gratuito o retribuito che sia.

Relegare all'ambito volontario queste dimensioni sarebbe una sconfitta, non certo una crescita. In questo il volontariato deve contribuire a promuovere una cultura di relazione e di attenzione alla persona, insieme agli altri soggetti (in particolare il sindacato), che si occupano dell'organizzazione e della tutela dei lavoratori, i quali possiedono, nei loro codici genetici, valori solidaristici.

Il volontariato costituisce, nel suo fare, una comunità culturalmente solidale, senza smarrirsi in una cultura del solo dire. I volontari se fanno un'esperienza autentica di volontariato, debbono condizionare lo stile del servizio normale degli operatori. Valorizzare le persone, come prima risorsa del servizio alla persona è un obiettivo assolutamente prioritario.

Inoltre l'esperienza di volontariato è autentica se educa, coloro che la vivono, ai suoi valori, rendendoli capaci di incarnarli negli ambiti di vita, di lavoro, di relazioni personali e pubbliche, nei quali i singoli volontari ordinariamente sono inseriti. Altrimenti si crea una pericolosa schizofrenia, che in qualche misura mette in discussione la veracità di quella esperienza.

**Il volontariato
non è superiore
al lavoro retribuito**

Volontariato e impresa sociale

Indubbiamente tra gli organismi di volontariato e le realtà di imprenditoria sociale, nel caso italiano, vi è un rapporto spesso generativo, che non va negato, ma considerato positivamente.

La questione quindi deve essere posta in termini di chiarimento concettuale e operativo, per sgomberare il campo da equivoci e sovrapposizioni. Di fronte all'esistenza di un dibattito sulla compatibilità tra valori solidaristici e organizzazione imprenditoriale, sui rischi di concorrenza tra volontariato e altre componenti del III Settore, nonché di concorrenza sleale di questi ultimi verso le aziende profit, dato l'utilizzo di prestazioni volontarie, va portata avanti non solo una riflessione, ma un'azione di chiarimento anche all'interno delle singole realtà, al fine di distinguere ambiti e funzioni.

**Il volontariato
è ausiliario
per l'impresa
sociale**

Inoltre, alcuni studiosi del III Settore affermano che le prospettive del volontariato, all'interno dell'impresa sociale, saranno di marginalizzazione (o meglio di relegazione in ruoli ausiliari) o di specializzazione in particolari settori aggiuntivi dell'organizzazione. Entrambe le visioni concordano su un dato: il volontariato non è centrale per il futuro dell'impresa sociale, ma solamente ausiliario.

Un altro dato è "il trend di riduzione del personale volontario che ha caratterizzato lo sviluppo più recente delle cooperative sociali di servizio" che, senza volere esprimere valutazioni, è un sintomo di cui tenere conto, soprattutto da parte di chi pone in maniera semplicistica la questione di un'identità di queste due componenti del III Settore.

Il volontariato riesce indubbiamente ad essere se stesso in strutture organizzative, riconosciute o no, che ne tutelino la libertà e l'autonomia verso qualsiasi tipo di soggetto, pubblico o privato che sia.

Varrebbe la pena di distinguere tra un'azione di volontariato, capace di conservare e tenere insieme le caratteristiche sopra descritte, dalle prestazioni di volontariato di soggetti che — all'interno di strutture pubbliche o private — in maniera individuale forniscono servizi, anche qualificati e umanizzanti, senza però svolgere un'azione di cambiamento.

Non si tratta di creare fasce d'elezione, ma di ammettere con onestà che un volontario dentro ad un'iniziativa d'impresa sociale convenzionata, non avrà tutti gli spazi di manovra e di denuncia che potrebbe avere, in un contesto organizzativo di volontariato capace di elaborazione e privo di condizionamenti.

Le forme giuridiche degli organismi, gli impegni contrattuali e le dinamiche gestionali conseguenti, condizionano inevitabilmente e profondamente — e sarebbe drammatico il contrario — la natura e le prassi operative.

Prendiamo ad esempio la funzione di stimolo e di controllo della qualità dentro la struttura sanitaria. Fare una distinzione in quest'ambito rispetto all'impresa sociale è fondamentale in quanto, ormai non solo in linea teorica, questa potrebbe essere controparte, per quanto riguarda il controllo di qualità; solo una distinzione netta e delle relazioni trasparenti, anche verso la pubblica amministrazione, consentiranno ad ognuno di svolgere il proprio ruolo: il volontariato nella sua logica di tutela dei cittadini e l'impresa sociale, nella sua logica di soggetto prevalentemente economico. Non si vuole qui rinnegare il ruolo che il volontariato ha svolto e continua a svolgere, nella promozione di iniziative di impresa sociale, ma tutto questo deve avvenire senza rinunciare alla propria funzione di controllo di base, finalizzata alla tutela dei diritti dei cittadini.

Si impone, quindi, che si avvii una fase di chiarimento, la quale porti a distinguere con maggiore precisione i soggetti presenti nel III settore, anche sul piano delle forme giuridiche, non già in una logica camaleontica di adattamento alle dinamiche legislative. Tutto questo deve portare ad accentuare — in onore alla trasparenza — queste distinzioni anche tra le strutture generatrici di soggetti di impresa sociale e le realtà generate.

È doveroso dubitare della coerenza con i valori del volontariato, dei processi di modifica statutaria continuata che subiscono molte organizzazioni, delle iniziative che considerano condizione preliminare per l'attività un finanziamento o una convenzione, delle associazioni nate all'ombra di un assessorato, delle proposte di rimborso forfetario per i volontari. Non esiste il volontariato puro, ma esiste solo il volontariato: tutto il resto deve trovarsi una definizione coerente con le proprie finalità effettive, senza mischiamenti e coperture.

Ognuno deve rimanere fedele alle proprie intuizioni fondative, attualizzandole nel tempo, ma nella chiarezza di stili e di obiettivi: solo questo preserverà le tradizioni plurali presenti nel III Settore.

Rapporto fra volontariato e istituzioni pubbliche

È evidentemente importante riflettere su quali debbano essere i rapporti tra istituzioni e volontariato. In una prospettiva di welfare mix, il volontariato non può avere un atteggiamento difensivo verso le istituzioni, ma un ruolo politico che punta soprattutto all'innovazione e alla promozione di politiche sociali attente ai soggetti deboli. Per questo si deve assumere un atteggiamento che valorizzi al massimo i valori comuni tra i soggetti del III settore, puntando ad essere un elemento di cambiamento sociale.

**Non un ruolo
difensivo
ma politico**

Tra le ragioni che necessitarono la produzione della legge 266/91 sul volontariato, sicuramente una delle più rilevanti fu quella di regolamentare le prestazioni lavorative di carattere volontario. D'altro canto vi era il nodo della definizione dei rapporti tra enti pubblici e associazioni, che venne risolto attraverso la creazione di registri regionali, pensati come filtri per l'individuazione dei soggetti con i quali mettere in piedi forme di collaborazione.

Il volontariato associato è quindi libero di non iscriversi, qualora non intenda strutturare le relazioni con gli enti e questo accade molto spesso nella realtà.

Non solo: il meccanismo dei registri, senza volere entrare in una disamina attenta del fenomeno, è risultato farraginoso e, a volte, poco discriminante, fortemente differenziato da regione a regione, tale cioè da risultare scarsamente utile al fine di definire l'universo del volontariato locale, soprattutto in un ottica di comparazione.

In questo senso appaiono significativi due fenomeni: la creazione dei registri di volontariato comunali, nonché la presenza di forme di intervento sociale integrato sul territorio fondate sulla definizione comune degli obiettivi tra enti locali e soggetti privati (piani di zona).

**Il piano
di zona**

In particolare il piano di zona rovescia l'idea di un rapporto singolare tra Ente locale e realtà del territorio, in quanto parte innanzitutto dalla definizione della mappa dei bisogni e delle risorse, nonché da una comune individuazione di obiettivi. In questo modo anche la stessa iscrizione al registro diviene sostanzialmente superflua, data la costruzione di un percorso di coinvolgimento e non di mera rilevazione socio-giuridica.

Questa forma di rapporto tutela fortemente l'autonomia del volontariato, in quanto ne rispetta sia la forma organizzativa — non forzandola in forme giuridiche predeterminate — sia gli ambiti di intervento, non orientandolo ma cercando i terreni di intervento comune, nonché la tipica valenza anticipatrice.

Per queste ragioni sono maggiormente adatte forme di intervento leggero, fortemente connesso al territorio, in ambiti particolarmente privi di intervento pubblico, più che l'assunzione di iniziative pesanti, con quote rilevanti di personale dipendente, in ambiti in cui la mano pubblica preferisce esternalizzare la gestione.

Ci pare pertanto che la forma di rapporto pubblico-privato quale l'accreditamento, di cui si riconoscono caratteristiche di flessibilità e di innovazione, non riguardi in particolare il volontariato, ma soprattutto l'impresa sociale.

Il volontariato ha bisogno di tutele minime, quale il diritto di accesso alle strutture, attraverso forme di riconoscimento anche comunale ed even-

tuali convenzioni, il coinvolgimento nelle consultazioni ed in tutte le sedi previste dalle normative nazionali e locali.

In questo senso vanno valorizzati i Centri di servizio, quali realtà che, fornendo servizi a tutte le realtà di volontariato, anche non iscritte, ne rafforzano la dimensione formativa, la capacità progettuale, la visibilità sul piano locale.

Volontariato e ruolo anticipatore

Bisogna quindi valorizzare soprattutto i soggetti che hanno vivo un rapporto con il proprio territorio, riuscendo in questo modo a coglierne efficacemente i bisogni nuovi.

La legge 266/91 non incrementa il ruolo anticipatore del volontariato, perché non lo considera; infatti si occupa di codificare il ruolo delle organizzazioni volontarie in senso integrativo, essendo questo uno dei fini del provvedimento.

Le realtà devono trovare in maniera autonoma la spinta per l'iniziativa anticipatrice; questo non significa in maniera alternativa alle istituzioni e strutture pubbliche, ma certamente facendo affidamento sulle proprie risorse e su quelle della comunità locale.

Come già anticipato, in questo senso, i Centri di servizio possono avere un ruolo determinante; ferme restando le perplessità circa il ruolo di indirizzo che sia le Fondazioni bancarie che il potere politico possono avere, a livello locale, sulle scelte strategiche dei Centri.

Indubbiamente le risorse della comunità, la liberalità diffusa, possono e debbono essere mobilitate; l'esperienza insegna che di fronte ad un bisogno emergente la comunità risponde.

Anzi il rischio di un volontariato che venga percepito come parassitario rispetto alle risorse dello Stato va evitato, anche per i rischi di dipendenza; puntare sulla comunità invece è strategicamente vincente, proprio perché il volontariato è espressione della comunità e, con la comunità locale, deve affrontare i problemi emergenti, indicando vie nuove e promozionali.

Inoltre esiste, in questi anni, una possibilità maggiore di raccogliere fondi rispetto al passato, per la maggiore disponibilità di reddito di alcune categorie sociali e per l'allungamento della vita.

Comunque ogni volta che si apre una strada nuova nei servizi alla persona e che se ne verifica l'efficacia, va stimolata l'istituzione pubblica, affinché se ne assuma la responsabilità. Ovviamente tutto questo non attraverso forme, ormai impraticabili, di statalizzazione, ma di fornire la garanzia di continuità e accessibilità dei servizi, nelle forme più economi-

**I centri
di servizio**

che ed efficienti per la comunità.

Il volontariato deve rimanere leggero puntando sempre all'innovazione e alla promozione culturale della comunità. In questo senso sono strategiche ed irrinunciabili le alleanze con altri soggetti, in particolare con le altre strutture di volontariato, nonché con il sindacato e le forme di associazionismo sociale sensibili e attive sui temi della solidarietà.

Diviene irrinunciabile quindi avere attenzione per chi può essere alleato, nella logica appunto della costruzione di patti sulla base di obiettivi comuni, sviluppando una capacità di comunicazione verso la comunità territoriale, non in senso autopromozionale, ma di sintesi analitica e progettuale.

Ruolo anticipatore e innovativo, analisi della realtà e dei fenomeni, costruzione di rapporti dialettici e positivi con le istituzioni, attenzione ai soggetti sociali da coinvolgere in patti di solidarietà locali e su obiettivi comuni, capacità di comunicare: il volontariato deve muoversi sempre più simultaneamente su questi fronti.

La necessità di una crescita organizzativa e della costruzione di reti solidali efficaci è evidente ed anche realistica da ipotizzare, per un volontariato capace di rimanere fedele alle intuizioni che l'hanno fatto nascere e crescere in questi anni nel nostro paese.

Il volontariato in sanità

Il volontariato in sanità, che assume in questo contesto un particolare valore a partire dalla sua capacità di enfatizzare l'elemento relazionale, deve operare nel suo ruolo di controllo rispetto ai cinque elementi che caratterizzano la qualità nelle strutture ospedaliere, vale a dire: umanizzazione, personalizzazione, diritto all'informazione, criteri alberghieri, educazione sanitaria (prevenzione).

Ovviamente la vigilanza non è compito esclusivo del volontariato. Tutti i soggetti coinvolti sono chiamati a vigilare e a lavorare per una sempre maggiore qualità in questi ambiti.

È evidente, peraltro, come gli aspetti strutturali non si risolvono migliorando le sole relazioni. Il ruolo del volontariato diviene strategico se assume il ruolo di fattore di cambiamento, altrimenti rimane elemento residuale o decorativo, perdendo la sua caratteristica fondamentale.

Realtà del volontariato in sanità: definizione degli ambiti

La delimitazione precisa dell'area è piuttosto difficile, in quanto è presso-

ché impossibile definire in maniera netta il confine tra attività sociali e sanitarie, esistendo vaste aree di sovrapposizione e di integrazione. Tentando comunque una precisazione potremmo affermare che il settore dell'assistenza socio-sanitaria, della tutela e promozione della salute, riguarda sicuramente l'attività di cura e di sostegno degli ammalati, di pronto soccorso, di donazione di sangue ed organi, di tutela della salute dei cittadini, di prevenzione e di educazione sanitaria, di servizi consultoriali, di difesa e rappresentanza dei diritti degli utenti delle strutture sanitarie, eccezion fatta per le realtà di auto - aiuto.

Tanto più quanto ci si sposta dalle strutture ospedaliere al territorio, la distinzione tra volontariato sociale e sanitario sfuma ed è di dubbio valore interpretativo. L'attenzione alle diverse fasi della vita del volontariato, non è mai prettamente sociale o esclusivamente sanitaria, perché il destinatario dell'intervento è la persona nella sua unità.

È doveroso comunque segnalare, che i meccanismi introdotti con i decreti legislativi 502/92 e 517/93, in particolare le conseguenti prassi, relative ai ricoveri ospedalieri, hanno provocato uno slittamento delle funzioni di cura degli ammalati, precocemente dimessi, dalle strutture al territorio.

È necessario, su quest'aspetto, una duplice riflessione. Da parte delle autorità di governo centrali e locali, sugli effettivi risparmi di modalità di cura che semplicemente spostano o, meglio, esternalizzano un costo, senza abbatterlo effettivamente, trasferendolo o da un capitolo all'altro di spesa pubblica o scaricandolo sulle famiglie. Da parte dei soggetti del volontariato, che si occupino di sociale o di salute, sull'esigenza di un'attenzione a questi temi, che deve essere sempre meno di dettaglio, ma sempre più capace di creare reti solidali e competenti, nonché di elaborare proposta politica.

Prospettive del volontariato in sanità: in ospedale e sul territorio

È necessario anzitutto che il volontariato che opera nell'ambito sanitario abbia chiara consapevolezza dei suoi valori e potenzialità e dei suoi limiti. In ospedale deve evitare le presenze solo formali e di immagine.

Di fronte alla complessa organizzazione dell'ospedale e alla vasta quantità di operatori sanitari (medici, infermieri, inservienti) che si occupano dei malati a tempo pieno e con professionalità specifica, il volontariato deve saper concentrare le sue limitate risorse di numero, di tempo, di competenze sui casi e sulle situazioni in cui è certamente utile e spesso insostituibile: malati gravi soli che richiedono assistenza continuata, malati terminali in appoggio, se l'hanno, all'assistenza della famiglia, immigrati che

non hanno nessun familiare vicino e che hanno bisogno di tutto, dal provvedere a lavare la biancheria personale, all'informare la famiglia lontana e farla sentire vicina e fornire, se necessario, ai medici stessi un interprete.

Anche per questi servizi semplici e basati soprattutto sulla relazione e sul rapporto, è necessaria una formazione che le associazioni e i centri di servizio del volontariato devono dare ai volontari che si impegnano in questi servizi.

Un aspetto fondamentale, che non sempre viene tenuto presente, è il chiedere al malato se desidera aver vicino un volontario che lo segua.

Questo dovrebbe essere il compito di chi coordina il servizio.

Sul territorio, ancor più che in ospedale, il volontariato può trovare spazi in cui la sua presenza è efficace e spesso necessaria, soprattutto quando, in una applicazione rigida dei DRG spesso vengono rapidamente dimessi dall'ospedale malati che continuano ad aver bisogno di assistenza, non hanno il supporto della famiglia e non esistono sul territorio servizi domiciliari adeguati.

I bisogni qui si fanno molteplici e molto concreti dal procurare le medicine, al fare la spesa, al cuocere i cibi, al tenere pulita la casa.

Qui il volontariato deve saper agire contemporaneamente su tre fronti: dare una risposta immediata ai bisogni immediati; mobilitare, indirizzare, sostenere le risorse della comunità circostante a partire dalla rete parentale e amicale; stimolare l'Ente locale ad organizzare servizi sociosanitari domiciliari adeguati.

Il volontariato nel trasporto ammalati

Risorse antiche e forme nuove

Se bene organizzate, sono sempre preziose le Croci (Rossa, Bianca, Verde, ecc.) soprattutto nelle zone isolate di montagna.

Un esempio: nelle valli Agordine (BL) in tutti gli 8 Comuni collocati all'interno delle varie valli c'è un gruppo di volontari, dotati di un'autoambulanza.

Quando succede un'emergenza sanitaria intervengono immediatamente per portare la persona malata all'ospedale. A parte la difficoltà di comunicazione, se l'ospedale dovesse inviare la propria ambulanza occorrerebbe il doppio del tempo e per mantenere attivo un servizio di questo genere 24 ore su 24, per sostituire il servizio volontario dovrebbe disporre, secondo i calcoli dei medici dell'ospedale, di 32 persone qualificate.

Sullo stimolo delle istituzioni e la tutela dei diritti dei cittadini alla salute sono sorte nuove forme associative di volontariato dal Tribunale del malato, al CSA (Coordinamento sanità e assistenza), al Codici (Comitato diritti dei cittadini) e a diverse altre, che non hanno il compito dell'intervento assistenziale diretto, ma della tutela dei diritti dei cittadini.

In realtà il volontariato autentico, che pone al centro non l'affermazione del proprio gruppo, ma la tutela della dignità e dei diritti delle persone dovrebbe assumere sempre anche questo ruolo, che si usa chiamare ruolo politico.

Come pure dovrebbe porsi l'obiettivo di diffondere nella propria comunità, a cominciare dai membri del proprio gruppo la solidarietà di base attraverso le reti informali di parentela, di vicinato, di quartiere, di paese, di parrocchia.

Ogni persona malata se ne ha bisogno è disposta ad avere vicino un volontario e, se è capace di assisterlo, gli sarà riconoscente: ma certamente sarebbe più felice se avesse vicino un parente o un amico.

**Volontariato
e tutela dei diritti
dei malati**

2.4. L'ASSISTENZA NELLE PATOLOGIE IRREVERSIBILI

(Sintesi del documento elaborato
dalla Commissione per le cure palliative)

Premessa

L'obiettivo IV del Piano sanitario nazionale 1998-2000 affronta, per la prima volta anche nel nostro paese, l'importante tema delle cure del termine della vita. La fase ultima dell'essere umano, affetto da malattie croniche ad esito infausto, è caratterizzata da un dolore che ha aspetti fisici, sociali, emozionali e spirituali, cioè un dolore totale che colpisce il malato e la famiglia che lo circonda.

Il movimento Hospice, attuato mediante una comunità di persone professionalmente capaci di migliorare la qualità di vita terminale dei malati, focalizza tutta la sua attenzione sulla percezione soggettiva del paziente, coinvolge la famiglia nelle cure e la sostiene nella fase del lutto. La sua azione si esplica attraverso un'attività intramurale strettamente collegata con un'attività di assistenza domiciliare.

Il movimento Hospice, che si sta diffondendo a livello internazionale, afferma che le cure palliative costituiscono il miglior programma di cure integrate, sanitarie e sociali, da attuare come accompagnamento nei malati al termine della vita.

Glossario e problemi definitori

Vi sono almeno tre ragioni per definire il più accuratamente possibile le espressioni "malato terminale" e "cure palliative". La prima attiene al linguaggio scientifico: è indispensabile fornire uno strumento che permetta di diagnosticare la condizione terminale di un malato nel modo più oggettivo possibile, soprattutto perché all'espressione "cure palliative" non corrisponde ancora una disciplina accademicamente riconosciuta. La seconda ragione è che le due espressioni hanno una connotazione negativa nel linguaggio corrente. Le definizioni diventano quindi uno strumento forte per collocare le cure palliative all'interno della medicina scientifica e per distinguerle da terapie complementari o alternative. La terza ragione è di natura pratica. L'identificazione della popolazione oggetto delle cure (quantificazione del bisogno) e la valutazione delle risorse umane e materiali necessarie per soddisfare il fabbisogno, sono le condizioni indispensabili per un qualsiasi lavoro di programmazione.

Le Cure palliative sono la cura attiva, globale e multidisciplinare dei pazienti affetti da malattia che non risponde più a trattamenti specifici e di cui la morte è la diretta conseguenza. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo di tali cure è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie; alcuni aspetti di esse sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia.

Nella definizione delle Cure Palliative dell'OMS, vengono indicati alcuni principi generali di grande rilevanza:

- Affermano la vita e considerano il morire come evento naturale
- Non accelerano né ritardano la morte
- Provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi
- Integrano gli aspetti psicologici, sociali e spirituali dell'assistenza
- Offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte
- Offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia e il lutto

L'ambito di applicazione delle cure palliative riguarda la fase terminale di patologie evolutive e irreversibili, definite dai seguenti criteri contemporaneamente presenti:

1. Criterio terapeutico: assenza o esaurimento di trattamenti curativi specifici (o inopportunità degli stessi)
2. Criterio sintomatico: presenza di sintomi invalidanti che comportino una riduzione del performance (uguale, o <50 – scala Karnofsky)
3. Criterio evolutivo: rapida evolutività della malattia con imminenza della morte, in genere entro 3 mesi.

Fondamenti etici

Nella medicina moderna si verifica sempre più spesso un conflitto tra il compito di guarire e quello di dare sollievo alla sofferenza. Questo conflitto è evidente nei malati terminali eppure, sia nella formazione dei professionisti della salute che nella pratica clinica la guarigione è sempre ritenuta prioritaria. Almeno per questi malati dovrebbe invece essere evidente la priorità del perseguire la migliore qualità di vita. Questo scopo implica il riconoscimento del ruolo centrale del malato e la valorizzazione del principio di autonomia.

Le cure palliative si occupano della fase terminale della vita e tendono a risolvere questo conflitto. Il loro effetto ultimo è quello di garantire la migliore qualità di vita possibile in quella fase; questo effetto non si consegue soltanto con le cure palliative, ma ad esso tali cure possono contribuire notevolmente. Sulla necessità delle cure palliative si è ormai raggiunta un ampio accordo nella letteratura medico-scientifica di questo paese.

1. La tradizione assegna alla medicina due compiti fondamentali: quello di sanare, cioè di guarire dalle malattie e di promuovere la salute, e quello di sedare dolorem, di ricercare cioè il sollievo del dolore e della sofferenza, compiti che un tempo erano ben compatibili fra loro, mentre oggi, nel contesto della medicina contemporanea, entrano non raramente in conflitto. In quest'ultimo caso si pone il problema di quale dei due compiti privilegiare. Secondo un'abitudine culturale comune la medicina contemporanea tende ad attribuire la priorità all'obiettivo della guarigione, ma questa scelta, pur essendo giustificabile in un buon numero di situazioni, non lo è in tutte: ne esistono alcune in cui il tentativo di guarire, lungi dall'arrecare vantaggio al malato, è fonte per lui di ulteriore, evitabile sofferenza.
2. In particolare ciò vale nel caso dei soggetti affetti da malattie evolutive irreversibili con prognosi infausta il cui decorso non è più controllabile (i cosiddetti malati terminali — vedi i criteri precedentemente esposti). In questi casi l'obiettivo "sedare dolorem" è l'unico che deve essere perseguito.
3. Benché vi sia un ampio accordo su questo punto, nella pratica clinica, come si è detto, l'enfasi è tutta posta sulla guarigione o per lo meno sul tentativo di modificare la storia naturale della malattia. Lo studio attento delle cure atte a lenire la sofferenza e dei modi più adeguati di affrontare l'insieme dei problemi dei malati terminali è considerato tuttora marginale nell'insegnamento e nella pratica medica.
4. Si impone oggi come preciso dovere della comunità la promozione di un nuovo modo di far medicina in grado di soddisfare i bisogni dei malati terminali: un approccio il cui obiettivo primario non sia quello di guarire né di prolungare la vita, bensì quello di sollevarli dalla sofferenza, consentendo loro il mantenimento della migliore qualità di vita compatibile con la gravi-

tà della malattia, da cui sono affetti. A questo approccio si dà il nome di cure palliative.

5. Porre come obbiettivo prevalente od esclusivo delle cure il perseguimento della migliore qualità di vita implica un più generale riconoscimento del ruolo centrale del malato. Infatti il giudizio sulla qualità della vita non può in alcun modo essere dato *dall'esterno*, ma deve fondarsi sulla soggettività del malato.
6. Qualora, nel perseguire l'obbiettivo di lenire il dolore od altri sintomi disturbanti, si debba ricorrere a farmaci analgesici o sedativi in dosi tali che comportino il rischio di abbreviare la vita, come effetto collaterale non desiderato, e/o di deprimere o sopprimere la coscienza del malato, questo ricorso è da ritenere lecito in quanto finalizzato al sollievo e non all'abbreviazione della vita.
7. Deve essere offerta a tutti i malati affetti da malattie evolutive irreversibili la possibilità di scegliere per sé questo tipo di cure, anche quando terapie specifiche intese a curare la malattia siano possibili.
8. La diffusione sul territorio nazionale delle cure palliative e la loro offerta a tutti i malati terminali è condizione necessaria, ma non sufficiente, per raggiungere l'alto obbiettivo di raggiungere la migliore qualità di vita possibile per tutti i cittadini nella fase terminale della loro esistenza. Sono necessarie altre condizioni che coinvolgono l'intero campo della medicina e non sono esclusive delle situazioni terminali. Esse sono:
 - a) La promozione dell'autonomia decisionale del malato, che va perseguita favorendo il diffondersi di un nuovo tipo di rapporto fra medico e paziente tendenzialmente paritario, di cui sia parte integrante l'informazione prudente, ma completa e veritiera sulla situazione clinica, e attraverso il riconoscimento del valore morale (e in futuro probabilmente anche giuridico) delle volontà espresse dal malato in ordine alle sue cure nelle fasi avanzate di malattia, le cosiddette direttive anticipate.
 - b) La prudenza nell'indicazione del ricorso alle misure di sostegno vitale, che vanno intraprese, in fase terminale, solo per decisione informata del paziente stesso oppure,

ove manchi la possibilità di questa decisione, dopo un'attenta considerazione della qualità di vita che si prevede che ne risulti.

- c) Il chiaro riconoscimento del principio che, nel contesto della malattia terminale, non vi sono differenze moralmente rilevanti fra il non istituire un trattamento di sostegno vitale e l'interrompere un trattamento in atto.
- d) Un attento riesame dell'allocazione delle risorse, per quanto attiene alle situazioni terminali, fra le cure intese a controllare la malattia, cure tipicamente di alto costo e limitata efficacia, e le cure palliative, che hanno costi ridotti ed alta efficacia sulla qualità di vita.

9. Quand'anche tutte le iniziative descritte fossero adeguatamente messe in atto, è verosimile che, per quanto rari, esistano comunque dei casi in cui il malato terminale, consapevole della sua condizione e gravemente sofferente malgrado l'astensione da ogni accanimento terapeutico e il ricorso a tutte le misure palliative, chieda al medico di interrompere la sua vita (eutanasia volontaria) oppure di essere aiutato a por fine alla sua vita (suicidio assistito). Si tratta di un problema grave e controverso. A giudizio della Commissione, queste opzioni — che peraltro contrastano con specifici disposti di legge — non possono essere offerte al malato nell'ambito delle cure palliative.

Epidemiologia

È verosimile che quasi tutti i malati gravi abbiano, in certe fasi della loro evoluzione, bisogni che potrebbero essere soddisfatti dalle cure palliative. Sembra però illusorio costruire una mappa dei bisogni sulla base della classificazione delle malattie. Bisognerebbe adottare un'epidemiologia dei bisogni. Tuttavia, restando all'epidemiologia classica, l'approccio delle cure palliative è stato sperimentato da più tempo nei tumori, nell'AIDS e, in misura minore, nelle malattie neurologiche. Purtroppo i tassi di mortalità nelle varie patologie, da cui si possono ricavare indicazioni sulla terminalità, sono calcolati sui dati ISTAT rilevati dalle schede di morte che, spesso, riportano, come causa di morte, l'evento finale e non la malattia che ha condotto a morte, ciò comporta evidenti variazioni delle stime. È inoltre difficile definire la fase terminale in molte malattie croniche a lenta evoluzione con l'unico criterio temporale (90 gg.), da solo insufficiente a definirla.

Sulla base dei dati attualmente disponibili, si ritiene che una analisi epidemiologica del fenomeno terminalità risulti sufficientemente attendibile solo per quanto riguarda la patologia oncologica che, peraltro, rappresenta la quasi totalità (>85%) dei pazienti attualmente assistiti nei programmi hospice e home care.

In base ai dati di mortalità che indicano >150.000 decessi per tumori, si può ipotizzare che oltre il 70% (>100.000) affronti una fase terminale (25-30% di morti acute). In funzione della durata media della fase terminale, ipotizzata in circa 90 gg., si può stimare una prevalenza di malati terminali oncologici di circa 30.000.

L'analisi limitata all'oncologia risulta evidentemente restrittiva dal momento che altre patologie già oggi utilizzano cure palliative e si auspica che in futuro ne possano più ampiamente utilizzare.

È necessaria una miglior definizione dei criteri di terminalità in funzione di chiari fattori prognostici che possano costituire anche uno strumento programmatico.

Una analisi epidemiologica centrata sui bisogni assistenziali dei malati terminali dovrebbe essere oggetto di approfondimento.

È certo che altre patologie croniche evolutive (respiratorie, cardiologiche, internistiche ecc.) presentino, nella loro fase più avanzata, problematiche clinico-assistenziali, per le quali è indicato un approccio palliativo. Bisogna pertanto prevedere che, nei prossimi anni, le cure palliative siano estese a una popolazione di pazienti in continuo aumento. Naturalmente dire che un numero rilevante di malati ha bisogno di cure palliative non significa che tutti questi pazienti debbano essere necessariamente presi in carico dall'équipe di cure palliative. Altre risposte sono possibili attraverso un programma di formazione per tutti gli operatori coinvolti in modo che essi siano in grado di adottare il palliative care approach.

Formazione

La formazione è strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo. Deve esserci, pertanto, uno stretto collegamento tra la politica formativa e gli obiettivi di programmazione dei servizi di cure palliative, indicati nei piani regionali.

Si calcola che con la L. N39 del 26 febbraio 99 verranno attivati dalle regioni e dalle province autonome circa 20 hospice. A questi bisogna aggiungere almeno quindici hospice già in progetto nelle regioni del nord: Lombardia, Veneto, Piemonte, e altri che, si può ipotizzare, saranno realizzati per un effetto indotto. In conclusione, se si considera cor-

rettamente come *hospice* un programma di assistenza anche non dotato di letti di degenza, si può prevedere che, come effetto della legge, vi saranno realisticamente almeno 60 centri di assistenza ai malati terminali. L'équipe media di un hospice di 10-15 letti, o che cura 30-50 malati a domicilio 24 ore su 24 è costituita in media da venti tra infermieri professionali e ausiliari, otto medici, uno psicologo, un assistente sociale.

Il fabbisogno formativo che si può ragionevolmente considerare riguarderà dunque, a breve termine, circa 1200 infermieri, 500 medici, 60 psicologi, 60 assistenti sociali; a medio termine, sarà necessario costruire una rete nazionale di collaborazione assistenziale intorno agli Hospice, perciò la formazione dovrà riguardare sia i medici inseriti in ambito convenzionale sia quelli della continuità assistenziale. A regime ciò riguarderà, in tempi lunghi, i percorsi formativi della formazione di base e specialistica da integrare seguendo i consueti canali istituzionali, di concerto tra il Ministero della Sanità ed il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

Da più parti si afferma che le Cure Palliative, oltre un insieme di conoscenze interdisciplinari, sono anche un modello di assistenza proponibile a tutta la medicina generale e specialistica (cura del malato inguaribile, sua centralità nel processo di cura, comportamenti diagnostici e terapeutici non aggressivi ed oltranzisti, fundamentalità della comunicazione).

Il contenuto multifattoriale ed interdisciplinare della cultura specialistica in Cure Palliative è specifico, anche se non si focalizza su un organo, su una categoria nosologica o su di un tipo di popolazione, ma su una particolare categoria di bisogni: quella dei malati terminali e delle loro famiglie, cui dare una risposta composita medica ed umanistica.

Nelle professioni ad alto contenuto tecnico l'aspetto cognitivo e quello gestuale prevalgono sul relazionale, mentre il contrario avviene in professioni ad elevata umanizzazione come le cure palliative: viene cioè capovolta la normale gerarchia formativa, essendo necessarie forti motivazioni ed adeguati atteggiamenti prima di conoscenze specifiche. La formazione nelle cure palliative, dunque, è basata più su acquisizioni di attitudini che non di abilità, pertanto, se non si prevedessero nuovi strumenti didattici e strutture con adeguate funzioni, il percorso formativo accentuerebbe il disagio e il disadattamento professionale.

Queste considerazioni, infine, in presenza di un'adeguata programmazione regionale di Unità di Cure Palliative, rendono propedeutica un'adeguata esperienza clinica al percorso formativo.

In conclusione, affinché il percorso formativo in cure palliative risulti efficace, è necessario:

- Promuovere il miglioramento continuo delle culture e dei valori della formazione di base (modifica delle conoscenze);
- Promuovere la professionalizzazione degli operatori attraverso l'acquisizione di una cultura manageriale, di una capacità di fare ricerca, di una funzione didattica, della conoscenza di metodiche di valutazione in relazione ad obiettivi di qualità (modifica delle competenze);
- Promuovere l'acquisizione di metodi per migliorare il processo decisionale, la relazione e la capacità di lavorare in équipe, la capacità di relazionarsi a reti di servizi e valorizzare le risorse del territorio (modifica dei comportamenti).

Nell'attuale logica di razionalizzazione delle risorse per la prima volta la formazione sembra giocare un ruolo di primo piano. A giudizio della Commissione, appare tuttavia necessario un coordinamento centrale, non per uniformare i modelli (la cui originalità locale è opportuno rispettare), ma per permetterne la diffusione e il confronto tra le varie regioni e per adeguarne le caratteristiche in modo da soddisfare l'esigenza di libera circolazione nella CEE.

Si può prevedere un periodo di tempo per permettere alle agenzie formative di adeguarsi ed agli operatori di completare lo sviluppo di percorsi formativi, è opportuno pertanto prevedere una fase transitoria della durata non superiore a dieci anni, durante la quale saranno validi criteri temporanei per definire:

- L'idoneità ad operare nelle cure palliative.
- I criteri di scelta degli operatori che avranno compiti di responsabilità negli Hospice.
- Una strategia di politica formativa e la tipologia di provvedimento normativo da adottare.
- I criteri per selezionare i formatori della fase transitoria.

La Commissione ipotizza la necessità di istituire tre livelli di formazione: di base, intermedia e specialistica, con tre percorsi formativi corrispondenti, riguardanti, i primi due, tutti gli operatori coinvolti a diverso titolo nell'assistenza dei malati terminali e l'ultimo gli operatori che dirigeranno gli hospice.

I problemi da affrontare in questa fase dunque saranno:

- Definire i criteri di autorizzazione e accreditamento delle agenzie formative.
- Individuare spazi didattici universitari ed extra-universitari.

- Definire un curriculum essenziale italiano come base per i percorsi formativi.
- Avviare progetti pilota per la formazione .

Organizzazione dei servizi

Per rispondere alle esigenze di cura la Commissione nel suo documento propone un'organizzazione delle Cure palliative a 2 livelli, tra loro fortemente integrati, erogati secondo una gradualità di interventi.

Il primo livello richiede l'intervento organizzato e coordinato di personale medico, infermieristico, psico-sociale specificamente preparato e in grado di diagnosticare e soddisfare bisogni complessi del paziente e della famiglia (ADI, Distretto, Servizi comunali alla persona).

Il secondo livello, quello *specialistico*, prevede l'affiancamento dell'équipe della UOCP al medico di medicina generale nella gestione coordinata di situazioni di particolare complessità clinica e psico-sociale, relative al paziente ed alla famiglia, secondo le modalità del piano d'intervento concordato nella fase di valutazione distrettuale (UVCP).

Viene perciò ipotizzato nel documento un modello di struttura organizzativa erogatrice delle Cure Palliative, costituita dalla Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP), con un proprio centro autonomo di responsabilità, che costituirebbe la rete di secondo livello di assistenza ai malati terminali, precedentemente indicata, nella quale andrebbe considerato anche l'Hospice, la cui gestione dovrebbe essere affidata, di norma, a un medico, in possesso di adeguata formazione ed esperienza in Cure Palliative (vedi Formazione).

Raccomandazioni

1. Attivare uno studio nazionale per identificare criteri e fattori prognostici che permettano di definire in modo oggettivo la terminalità e l'ammissione alle cure.
2. Rendere disponibili in tempi brevissimi a livello di distretto le risorse organizzative, strumentali e di personale infermieristico necessarie ad avviare e sviluppare l'Assistenza domiciliare integrata ai malati terminali.
3. Attivare una campagna di educazione della popolazione.
4. Definire strumenti di valutazione del bisogno validati a livello internazionale.

5. Definire strumenti di valutazione gestionale dei servizi di cure palliative.
6. Attivare un organismo di controllo.

2.5. LA SALUTE DEGLI STRANIERI

Il fenomeno immigratorio e le politiche per la salute in Italia

Negli ultimi tre decenni abbiamo assistito ad una transizione di portata storica: l'Italia, Paese che per tutto il secolo aveva visto partire come emigrati milioni di suoi cittadini, è divenuta lentamente ma progressivamente meta di immigrazione. I flussi migratori si sono temporalmente diversificati sia in quantità (aumento progressivo), che in qualità (paese di provenienza, distribuzione sul territorio, rappresentazione per sesso, status giuridico e tipologia di progetto migratorio). Sulla base dei dati ufficiali diffusi dal centro Elaborazione Dati del Ministero dell'Interno, gli stranieri regolarmente soggiornanti al 31 dicembre 1998 sono stati 1.033.000 (per la prima volta sono stati esclusi dal conteggio i permessi scaduti). Come rilevato dalla Caritas di Roma (che produce annualmente un rapporto molto noto), questa cifra andrebbe maggiorata del 21%, perché occorre aggiungere i minori, che non sono personalmente titolari di permesso di soggiorno (almeno 100.000 unità), e i permessi in corso di rinnovo. Gli stranieri provenienti da paesi che non fanno parte dell'Unione Europea, escludendo i 95.000 appartenenti a paesi a sviluppo avanzato, sono stati poco meno di un milione. Circa 171.000 sono risultati i cittadini comunitari.

Il contributo degli stranieri immigrati sulla popolazione residente è comunque abbastanza contenuto (poco più del 2% su base nazionale, con alcuni picchi nelle grandi città).

In Italia abbiamo attualmente, per alcune comunità, la prima generazione di migranti, per le restanti comunità (le prime arrivate), la seconda generazione.

**Siamo già
alla seconda
generazione
di immigrati**

L'immigrazione è ormai da ritenere una componente strutturale della nostra società, una situazione ordinaria e non emergenziale, una condizione che comporta anche una serie di vantaggi, di cui i più evidenti sono quello demografico e quello economico.

Dagli anni ottanta, questo fenomeno (in particolare dai paesi cosiddetti in via di sviluppo) ha assunto una particolare evidenza, interessando, tra i tanti, anche il settore sanitario.

A partire dalla L. 833/78, è stata emanata in Italia una mole notevole di disposizioni di interesse sanitario riguardanti la disciplina dello straniero, tra cui vanno in particolare ricordate la L. 39/90 (meglio nota come legge Martelli) ed il Decreto 489/95 (noto anche come decreto Dini). All'art. 13 di questo decreto, più volte reiterato negli anni successivi, va in un

certo senso riconosciuto un valore 'storico', in quanto per la prima volta ha garantito, agli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale, una serie di diritti assistenziali supplementari a quelli d'urgenza, non solo in forza di principi solidaristici, ma anche di un approccio di sanità pubblica tale per cui la salute collettiva può essere garantita solo attraverso la salvaguardia della salute di ogni individuo presente sul territorio, indipendentemente dal suo status giuridico.

Un forte tentativo di sistematizzazione è rappresentato dalle disposizioni sanitarie contenute nella L. 40 del 1998, successivamente riprese nel D. Lgs. 286/98 che, in quanto testo unico, rappresenta attualmente il corpus di riferimento sulla condizione degli stranieri.

Più precisamente, le disposizioni in materia sanitaria sono presenti al Capo I, Artt. 34 (Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale), 35 (Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale) e 36 (Ingresso e soggiorno per cure mediche). La filosofia di fondo che ispira queste disposizioni è quella di favorire, anche nell'ambito sanitario, i percorsi di integrazione degli stranieri regolarmente presenti nel nostro paese, con parità di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani, e comunque di tutelare, con alcune priorità, il diritto alla salute di chiunque sia presente sul territorio nazionale.

Nel nuovo Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 è presente una sezione dedicata agli immigrati quali necessari destinatari di interventi.

Nella prima parte del Piano, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante viene infatti espressamente compresa tra i *soggetti deboli* di cui l'Obiettivo IV si propone di "rafforzare la tutela".

Il Psn 1998-2000 pone i seguenti obiettivi da raggiungere entro il triennio:

1. "L'accesso all'assistenza sanitaria deve essere garantito a tutti gli immigrati, secondo la normativa vigente, in tutto il territorio nazionale".
2. "...la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana deve essere estesa alla popolazione immigrata".

Considerazioni sulla salute degli immigrati

In accordo con alcuni ricercatori (Beneduce et al., 1993), va preliminarmente ribadito che, poiché "lo straniero non è una categoria sociologica, antropologica e culturale uniforme", non è utile né opportuno, in man-

**Favorire
i percorsi
di integrazione**

canza di informazioni specifiche, affidabili e diffuse, lasciarsi andare a semplificazioni, o peggio banalizzazioni — anche sul piano sanitario — che possano alimentare paure e pregiudizi infondati, o fondare politiche ed iniziative improprie o inadeguate.

Ciò che evidentemente è possibile fare, è di tracciare alcune considerazioni basate sui dati attualmente disponibili, che in qualche modo vanno a tracciare un 'profilo di salute' della persona immigrata.

Prima di affrontare gli aspetti clinico-epidemiologici, va sottolineato come una prima, rilevante area critica, riguarda proprio la mancanza di disponibilità continuativa e sufficientemente ampia, di valide informazioni sulla salute degli immigrati.

Ciò vale sia per i dati costitutivi dei flussi informativi correnti, su cui non si effettua generalmente una disaggregazione sulla base della nazionalità/paese di nascita, sia per alcuni dati specifici. Per dare un esempio concreto, non siamo oggi in grado di provare, utilizzando le fonti informative disponibili, se gli immigrati vadano più facilmente incontro ad infortuni sul lavoro (pur essendoci più di un sospetto fondato a tale riguardo); né, in caso affermativo, di caratterizzare questo rischio (per tipologia di occupazione, per area geografica, per stato giuridico dello straniero, per sesso...). Al contempo, non siamo attualmente in condizione (per una serie di problematiche di registrazione/cancellazione dalle anagrafi sanitarie derivanti dal succedersi nel tempo di disposizioni di differente natura, cui solo recentemente — con il D.Lgs. 286/98 — si è posto mano con un tentativo di armonizzazione) neppure di definire con approssimazione quale sia, a livello nazionale, la percentuale di iscritti stranieri al Ssn sugli aventi diritto (ed obbligo).

Per gli archi temporali distanti dalle opportunità di regolarizzazione giuridica, occorre poi considerare la sottostima insita nei dati ufficiali a causa del fenomeno della clandestinità, limitazione che si attenua fortemente nelle indagini effettuate nei periodi immediatamente successivi alle cosiddette sanatorie.¹

Le diverse esperienze maturate in questi anni in ambito sanitario, sia dal settore pubblico che dal volontariato, hanno evidenziato come, per comprendere lo stato di salute degli immigrati, sia particolarmente utile cor-

1 Da un punto di vista metodologico, al problema cosiddetto 'dei denominatori' (provocato dalla presenza di un sottogruppo di irregolari di cui si ignorano esattamente le caratteristiche), è possibile ovviare attraverso l'applicazione di metodi di analisi detti proporzionali, quali il metodo dei quozienti proporzionali di mortalità (o morbosità) (PMR = Proportional Mortality Ratio) e quello dei quozienti proporzionali standardizzati di mortalità (SPMR = Standardised Proportional Mortality Ratio).

relarlo allo specifico progetto migratorio di partenza. Per dirla in breve, la diversità nella migrazione si accompagna a diversità nella salute.

La progettualità migratoria, sebbene quasi sempre riconducibile ad una situazione personale o familiare di disagio od insoddisfazione, si motiva e si orienta verso un ventaglio di diverse possibilità: lavoro, ricongiungimento familiare, studio, asilo politico, migrazione ulteriore, ecc.

Quali che siano le motivazioni iniziali, appare evidente come il tentativo migratorio sia messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socioeconomiche individuali e per attitudini caratteriali, presentano le massime possibilità di successo del progetto migratorio all'interno della comunità di riferimento, familiare o allargata. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che chi emigra abbia di norma un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un medio grado di istruzione. È quanto descritto in letteratura come 'effetto migrante sano': l'immigrato come individuo auto-selezionatosi o 'investito' di un progetto migratorio finalizzato a portare benefici alla sua famiglia, e quindi scelto tra molti come il più forte ed adattabile. L'individuo cioè che per caratteristiche ed attitudini personali (fisiche e mentali) massimizza le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio.

La fondatezza di tali considerazioni è supportata dalle indagini disponibili, da cui si evidenzia come le patologie di importazione siano, nella prima generazione di migranti, di minor frequenza di quelle acquisite nel paese ospitante e di quelle cosiddette di adattamento.

Rilevante è, ovviamente, a questo proposito, anche il fattore temporale, cioè il tempo trascorso dalla migrazione.

Colui/colei che decide di emigrare (da non confondere con altre tipologie di stranieri costretti alla migrazione; quali il richiedente asilo, il rifugiato o il profugo) arriva quindi usualmente in Italia con un patrimonio di salute integro; si consideri come proprio la forza lavoro, su cui l'immigrato investe le possibilità di successo del progetto migratorio, sia indissolubilmente legata all'integrità fisica (si pensi alle mansioni usualmente svolte dagli stranieri nell'industria, in agricoltura e nei servizi: ristorazione, collaborazione domestica...). Le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi, potranno poi essere capaci di erodere, in tempi più o meno brevi, questo patrimonio di salute.

Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo, che si può ritenere ancora valido per chi è protagonista volontario della migrazione (e non per le generazioni successive), le situazioni in cui il migrante sia portato-

**La diversità
nella migrazione
si accompagna
a diversità
nella salute**

re di patologie che, in quanto ancora asintomatiche (per scarso livello sanitario del paese di origine²), o perché culturalmente normalizzate³, non lo scoraggiano a partire. Vi sono tra queste alcune patologie infettive (come l'epatite B), che, ad alta endemia in molti paesi d'esodo, meritano un'attenta sorveglianza e controllo, non altrimenti ottenibile che con interventi volti a favorire al massimo l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari e, in alcuni casi, la non onerosità delle prestazioni necessarie. Facciamo ora riferimento ad alcune indagini che, pur se condotte episodicamente o a livello locale, offrono utili spunti interpretativi.

L'ISTAT ha pubblicato, nel 1998, un rapporto sulla presenza straniera in Italia, in cui, tra gli altri dati, si analizzano le cause di morte in cittadini stranieri; si anticipa che non sono emerse, da questa elaborazione, evidenze particolari, sia per l'esiguità numerica delle morti registrate (spiegabile con la giovane età che caratterizza, come detto, la popolazione immigrata in Italia) sia per l'impossibilità di distinguere tra gli stranieri presenti occasionalmente e quelli presenti stabilmente nel Paese. L'analisi temporale evidenzia un andamento piuttosto irregolare e caratterizzato da forti fluttuazioni: si passa da un totale di 1.997 morti nel 1992 (e 1.953 nel 1993) a 2.246 morti nel 1994. Il rapporto tra decessi relativi a stranieri e il totale di quelli avvenuti in Italia risulta nel tempo costantemente assestato intorno allo 0,4%. La maggiore concentrazione di decessi si evidenzia, comprensibilmente, oltre i 60 anni, principalmente per il contributo dei deceduti di cittadinanza europea, caratterizzati da una struttura di popolazione in cui le fasce d'età avanzate sono maggiormente rappresentate. Relativamente alle cause di morte, il primo gruppo nosologico per frequenza, nel 1994, è risultato essere quello delle Malattie cardiocircolatorie (36,6%), che però scende al 19,7% estrapolando i dati relativi ai soggetti provenienti da paesi a forte pressione migratoria; al secondo posto sono emersi i Traumi e avvelenamenti (29%) — che, per i soggetti provenienti da paesi a forte pressione migratoria, diventa la prima causa

2 Si ricordi che, tra i vari fattori, oltre alla preparazione tecnico-scientifica degli operatori sanitari, il livello organizzativo sanitario e la sua capillarizzazione sul territorio incidono grandemente sulla salute degli abitanti. Per quanto riguarda, ad esempio, il numero di abitanti per medico nel continente africano — secondo dati dell'Undp (Agenzia delle Nazioni Unite per lo Sviluppo) relativi al 1994 — si va dai 2.500 abitanti del Gabon ai 33.000 del Ciad, passando per i circa 5.900 abitanti per medico della Nigeria, i 12.500 del Camerun od i 20.000 del Kenya: dati che fanno pensare se consideriamo che la media relativa a questo indicatore nei paesi occidentali è di circa 400.

3 Si può considerare emblematica la consuetudine delle persone all'infestazione malarica in paesi ad alta endemia, da cui deriva un'elevata accettabilità culturale e psicologica di questa patologia, tale per cui il paziente può omettere di riferirne all'anamnesi.

con il 42,6% —; al terzo posto vi è il gruppo Altre cause (21%) — in realtà al secondo posto con il 24% per i principali paesi di emigrazione —; seguono i Tumori (12,6%), con circa lo stesso peso relativo nel caso si disaggreghino i paesi a forte pressione migratoria (12%); il peso percentuale meno rilevante è quello delle Malattie infettive e parassitarie (0,9%) — che sale all'1,7% per i paesi a maggiore caratterizzazione emigratoria, essendo maggiormente rappresentate tra gli stranieri provenienti dall'Africa e da alcune regioni dell'Asia —. Tra i soggetti di sesso maschile la causa principale di decesso è quella legata essenzialmente a circostanze di morte violenta e accidentale (incidenti, infortuni sul lavoro, suicidi ed omicidi), che tendono a perdere di importanza con l'aumentare dell'età al decesso. Le donne muoiono più frequentemente per tumori.

Il quadro fin qui delineato presenta grandi affinità con i dati di mortalità emersi da alcuni studi sull'immigrazione interna italiana, dal sud verso il nord, di una quarantina di anni fa, da cui si è rilevato come negli anni immediatamente successivi all'immigrazione, il rischio di morire fosse di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso e come, con il passare degli anni, il rischio (di morte ma anche di malattia) andasse progressivamente aumentando, avvicinandosi sempre di più a quello della popolazione locale.

Uno studio, pubblicato nel 1998, è stato condotto in un ospedale di Roma (DEA di I livello) su 3.480 pazienti stranieri ricoverati tra il 1990 ed il 1995. I dati anagrafici e clinici della popolazione studiata sono stati acquisiti dal sistema informativo ospedaliero — che utilizza un programma di gestione delle degenze — e approfonditi, quando ritenuto necessario, attraverso la consultazione diretta delle cartelle cliniche (Dall'estrapolazione effettuata sul totale dei ricoveri sulla base della nazionalità di appartenenza degli assistiti, non sono risultati 551 neonati figli di straniere, ma registrati con nazionalità italiana e quindi non reperibili nella consultazione informatica).

Si riportano alcuni risultati: nell'arco temporale considerato, si è registrato un incremento del 13% del numero delle ospedalizzazioni; ciononostante, la quota annuale di pazienti stranieri è rimasta stabilmente intorno al 4% del totale dei ricoveri; tra i ricoverati, si è riscontrata una netta prevalenza (66,5%) del sesso femminile; l'età media dei pazienti è risultata di 32 anni (range 0-95); oltre il 60% degli assistiti era concentrato nella fascia d'età 21-40 anni; rispetto al paese di provenienza, il gruppo maggiormente rappresentato è risultato quello asiatico (33,5%), ed in particolare filippino (questa comunità è notevolmente rappresentata a Roma ed in particolare nell'area ove è situato l'ospedale in oggetto, dove vi è una forte richiesta di collaboratori domestici), seguito da quello est-europeo (28,4%), da quello

Ospedalizzazione

africano (27,3%) e latino-americano (7%). Il 64% dei pazienti è risultato non occupato né stabilmente né temporaneamente. Circa la metà dei ricoverati era coniugata. Esaminando la tipologia del ricovero sotto il profilo della disciplina clinica o chirurgica di afferenza, è risultato che le divisioni più utilizzate sono state quelle ostetrico-ginecologiche (37%), mentre la chirurgia generale, endoscopica e d'urgenza è stata utilizzata nel 18% dei ricoveri, la medicina generale nel 16%, l'area pediatrico/neonatologica in circa il 12% e quella ortopedica intorno al 9%.

Degenza media

La degenza media è risultata di 7,8 giorni (per complessive 27.282 giornate di degenza); in circa la metà dei casi, si è trattato di ricoveri da 1 a 5 giorni, tra cui prevalgono i ricoveri per parto; i ricoveri cumulativi da 1 a 10 giorni hanno rappresentato circa l'80% dei casi. Con riferimento alle diagnosi di dimissione, codificate secondo la classificazione ISTAT ICD9CM, e accorpando i dati per gruppi di categorie diagnostiche, è emerso che: il 31% del totale dei ricoveri è stato motivato da gravidanza, parto e puerperio (dei 733 parti, il 30% sono stati distocici - il 25% effettuati con taglio cesareo); tale percentuale sale al 47% se si esaminano le sole pazienti di sesso femminile. I traumatismi, avvelenamenti e stati morbosi mal definiti costituiscono il 24% della casistica (di cui le fratture ed i traumi cranici rappresentano ciascuno circa un quarto). In ordine di frequenza sono poi da segnalare: l'8% di malattie dell'apparato digerente ed il 7% di malattie dell'apparato respiratorio. Sono stati rilevati 31 decessi (lo 0,9% sul totale dei ricoveri). Il 79% dei pazienti era iscritto al Ssn; il 17% dei ricoverati è risultato solvente, il 4% a carico dell'amministrazione ospedaliera. La tipologia di ricovero è risultata ordinaria nel 38% dei casi, urgente nel 62%. La tipologia di dimissione è risultata ordinaria nell'80% dei ricoveri; con dimissione volontaria nel 17%.

**Gravidanza,
parto,
puerperio**

In molti paesi di emigrazione la gravidanza, il parto ed il puerperio rappresentano a tutt'oggi uno dei momenti di maggiore pericolo per la salute e la vita della donna. Anche tra gli immigrati, laddove agiscano fattori di rischio socioeconomici, si registra un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante.

Una recente pubblicazione della divisione di Ostetricia e Ginecologia di una Azienda ospedaliera emiliana ha analizzato 15 anni di attività assistenziale, condotta dal 1980 al 1995 nei confronti di donne immigrate ed italiane (i ricoveri di donne straniere sono stati 2.325 su 56.934, pari al 4%, con un incremento dall'1,6% del 1980 al 9,3% del 1995). Della grande mole di dati esposti, alcuni sono particolarmente significativi, anche perché trovano conforto in altre ricerche, purtroppo ancora scarse e concentrate per lo più nelle regioni del centro e nord Italia, e ci danno occasione per alcune considerazioni. Tra le donne immigrate quasi l'85% dei

ricoveri è stato causato da motivi ostetrici (nel 1995 hanno costituito il 13,4% di tutti i ricoveri ostetrici): il 40,6% per espletamento del parto, il 28,4% per patologia gravidica, il 31% per interruzione volontaria di gravidanza.

Una ricerca relativa agli ospedali della Regione Lombardia sui ricoveri relativi al 1992, mostra una percentuale maggiore di complicanze durante la gravidanza di oltre 6 punti percentuali (18% contro 11,9%) rispetto alle gestanti italiane.⁴

Nello studio emiliano citato scomponendo il sottogruppo delle patologie della gravidanza nelle varie forme nosologiche, si osserva come la maggiore incidenza riguarda l'aborto spontaneo (37%), seguito dal gruppo ricovero per accertamenti (36,2%).

Se tra gli aborti spontanei il dato è decisamente sbilanciato verso le italiane (37% contro il 51,3%), per le gravidanze extrauterine si passa dal 2% della popolazione locale al 2,9% delle immigrate.

Diversi studi internazionali sul rischio materno-infantile nella popolazione immigrata hanno mostrato un incremento di parti prematuri, di neonati con basso peso alla nascita e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali.

Un'ampia ricerca retrospettiva negli ospedali romani (1982-1992), condotta dall'Osservatorio Epidemiologico del Lazio, conferma tali evidenze: le comparazioni effettuate sulle caratteristiche legate alla salute riproduttiva in gruppi etnici diversi hanno fatto emergere una maggiore frequenza di gravidanze ad età giovani per le straniere rispetto alle residenti; la quota di donne con età inferiore ai 20 anni è del 28,5% per le nomadi, del 5,8% nelle Europee e dello 0,8% nelle romane; ed ancora, tra le immigrate si osserva una prevalenza più alta di donne con parità elevata (superiore a 3) rispetto alle residenti (14,6% contro 2,6%). In tutti i gruppi etnici è presente una maggiore incidenza di basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.); la differenza è statisticamente significativa nei neonati da madre nomade (19,5%), dell'Estremo Oriente (11,8%) e dell'Africa Centrale (10,7%) rispetto ai residenti (5,2%). La mortalità nel primo anno di vita è più elevata nei figli di immigrate rispetto ai neonati romani: il tasso per 1.000 nati vivi è pari a 21,9 per i figli delle immigrate dell'Africa Centrale; a 20,8 per i neonati di madre nomade; a 19,7 per il Nord Africa

4 La ricerca è stata effettuata da una associazione di medici ed operatori sanitari volontari impegnata a Milano nella promozione della salute di immigrati e nomadi. I dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico, Settore Igiene e Sanità della Regione Lombardia, per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri per stranieri nel 1992, sono stati comparati con quelli della popolazione generale riferita al 1990; le due popolazioni sono state considerate per la fascia d'età 14-44 anni.

e Medio Oriente (il tasso nei residenti è risultato pari a 8,3 ‰).

L'osservazione sui parametri perinatali riportati dalla ricerca emiliana confermano quanto esposto dai dati romani e completano il quadro: i parti pretermine (prima della 37a settimana) sono per le immigrate il 10,3% contro il 4,6% delle italiane, così come la percentuale di neonati con basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.) è dell'11,5% contro il 7,4% della popolazione locale. Ancora più significativi sono i dati se si prendono in considerazione solo gli *small for date*, ossia i piccoli per età gestazionale: 10,6% delle immigrate contro il 4,6% della popolazione locale. Diversi studi internazionali sono stati condotti per valutare l'eventuale ruolo dell'etnia in rapporto al peso dei neonati, ma certamente c'è concordanza nel ruolo dello stato di nutrizione materna e dello stato sociale della donna. Altro dato interessante è quello relativo alla mortalità perinatale, che era del 16% per gli immigrati (ma che saliva al 42,8‰ considerando l'anamnesi precedente all'osservazione ospedaliera) contro l'8,3‰ delle autoctone. Gli autori enfatizzano anche la differenza tra mortalità fetale tardiva (ossia prima della nascita) e la mortalità neonatale precoce (ossia dopo la nascita): nelle immigrate la mortalità fetale tardiva rappresenta il 70,7% della mortalità perinatale contro il 29,3 della mortalità neonatale precoce. Nella popolazione locale abbiamo il 47,3% contro il 52,7% (dati allineati alle statistiche dei Paesi sviluppati). Appare evidente come nelle immigrate sia notevolmente superiore il numero dei nati morti rispetto ai neonati morti nella prima settimana di vita. Quanto detto evidenzia l'esigenza di 'spostare' l'attenzione sanitaria rivolta a questa popolazione, dedicando maggiori sforzi di intervento al periodo della gravidanza piuttosto che al momento della nascita.

Infine occorre accennare al problema dei cesarei: le poche statistiche esistenti non danno indicazioni univoche; diffusamente si è riscontrato un minor ricorso al cesareo rispetto alle italiane — l'Italia si colloca tra i primissimi posti al mondo per ricorso a tale pratica — ma con frequenza maggiore rispetto al proprio paese; certamente appaiono più frequenti le indicazioni legate all'urgenza (sofferenza fetale acuta, patologia del travaglio, complicanze legate all'infibulazione) rispetto ai cesarei programmati.

Un recente studio nell'area torinese sottolinea come i cesarei complessivi (di autoctone e immigrate) tendono a diminuire leggermente, mentre per le maghrebine sono aumentati: l'autrice parla di "cesarizzazione da gap comunicativo". Ciò implica una limitazione della maternità (numero ridotto di possibili figli), che per alcuni gruppi di immigrate può significare gravi limitazioni culturali e di accettabilità sociale nel proprio contesto.

Appare anche prezioso il contributo conoscitivo evidenziato da una ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia e di Biostatistica, in collaborazione con alcune strutture di volontariato sanitario dell'area romana⁵. L'indagine si è proposta di raggiungere, tra gli altri, i seguenti obiettivi: la rilevazione delle conoscenze, delle attitudini e dei comportamenti delle donne (italiane ed immigrate, regolari ed irregolari) nell'affrontare la gravidanza; la rilevazione della disponibilità dei servizi e della loro utilizzazione da parte delle donne; la rilevazione dei fattori di carattere economico, psico-sociale e medico quali determinanti di rischio ostetrico e/o neonatale. I dati emersi evidenziano "sul piano delle conoscenze, una grave carenza informativa sia rispetto a certi comportamenti da assumere o da evitare⁶ sia rispetto alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale che le strutture sanitarie pubbliche offrono alle donne in gravidanza", e questo nonostante ci troviamo di fronte a donne con alta scolarizzazione (65% di diploma di scuola media superiore nelle immigrate contro il 46,1% delle italiane). Sul piano delle attitudini, la distanza tra le due popolazioni sembra essere meno marcata. Gli atteggiamenti più direttamente collegabili all'istinto materno o comunque al buon senso sono patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni. Per esempio, non vi sono differenze riguardo all'intenzione di allattare al seno o alla opportunità di far seguire il proprio bambino da un pediatra. La condizione di povertà e di emarginazione, e soprattutto le difficoltà di accesso alle strutture pubbliche sono invece fattori che incidono negativamente sui comportamenti delle donne. Basti pensare alle differenze nel follow up: i dati relativi al numero di analisi e di ecografie effettuate, al mese di gestazione in cui è stata eseguita la prima visita, alla cadenza dei

5 La ricerca si sta realizzando nell'ambito del Progetto "Prevenzione dei fattori di rischio della salute materno-infantile". Attraverso un questionario si sta conducendo una serie di indagini campionarie in tredici regioni italiane sui servizi utilizzati dalle donne italiane in gravidanza, parto e puerperio. Dati specifici sulle donne immigrate si stanno raccogliendo presso un ospedale romano tra le partorienti e presso ambulatori di ostetricia gestiti dal volontariato sanitario dedicati specificatamente a immigrate che non riescono ad accedere alle strutture pubbliche perché in condizione di irregolarità amministrativa. La ricerca, tuttora in corso per la componente immigrata, ha raccolto ed esaminato rispettivamente 2.889, 76 e 74 questionari. I dati che riferiremo sono relativi al primo e terzo campione (italiane ed immigrate prevalentemente irregolari).

6 Il 47,3% delle immigrate che sono afferite alle strutture di volontariato sanitario avevano informazioni circa la possibilità di diagnosi prenatale e solo il 54% ritenevano di avere informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa. Tra le italiane la percentuale è rispettivamente del 71,3% e del 74,3%.

controlli rivelano una grave “sottoesposizione assistenziale” delle donne immigrate rispetto a quelle italiane e ripropongono la questione della fruibilità dei servizi, ancora una volta al centro delle strategie di tutela della salute, come unica risposta possibile alla duplice esigenza di garantire un diritto individuale e di perseguire l'interesse della collettività. È emerso che il 16,9% delle donne immigrate effettuava la prima visita al secondo mese, contro il 49,5% delle italiane; considerando le medie, nelle immigrate c'è un ritardo di oltre un mese nel sottoporsi al primo controllo rispetto alle italiane; nel I trimestre della gravidanza il 42,5% delle immigrate non si è sottoposto a nessun controllo, contro il 10,7% delle italiane; nel 51,1% dei casi queste hanno avuto un controllo almeno mensile, cosa effettuata solo nell'8,2% delle straniere. Il 67,7% delle italiane ha effettuato quattro o più prelievi per analisi del sangue durante la gravidanza, contro il 10,8% delle immigrate (l'8,1% di esse non ha effettuato alcuna analisi!); le italiane hanno effettuato mediamente 4,8 ecografie a testa (con il 12,8% che ha effettuato 8 o più ecografie); la media delle ecografie effettuate dalle donne immigrate è pari a 1,7 (con il 41,7% che ha effettuato una sola ecografia e il 4,2% nessuna!). L'epoca media in cui è stata eseguita la prima ecografia mostra un ritardo di quasi due mesi rispetto alle italiane (4,4 mesi versus 2,7).

I.V.G. Il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza (i.v.g.) da parte di donne immigrate è estremamente frequente e spesso in netta contraddizione con culture d'appartenenza più orientate verso maternità ricercate e ripetute. Senza entrare nel merito delle dinamiche antropologico-culturali cerchiamo di evidenziare alcune caratteristiche del fenomeno. Un ampio studio condotto nei consultori milanesi rileva come la prima domanda che spinge le donne all'accesso al servizio sia quella per i.v.g.: la donna-straniera-tipo che frequenta i consultori milanesi è prevalentemente extracomunitaria, con scolarità medio-alta, attiva al di fuori della famiglia, che ricorre strumentalmente al servizio e non intrattiene un rapporto continuativo con esso (ad esempio difficilmente ritorna per un controllo post i.v.g.) ed al servizio è arrivata su indicazione di altri utenti⁷. Sempre nell'area lombarda, in una ricerca comparativa tra ricoveri di italiane e straniere, il ricorso all'aborto rappresentava il 25% tra le straniere ed il 10,5% tra le autoctone. Anche in Veneto, in anni recenti, è stata evidenziata una *forbice* crescente tra giovani donne straniere ed italiane, che

7 Mara Tognetti Bordogna: *“Il Colore della Salute: l'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere”*. In *Identità cangianti. Nascita, ruoli femminili e legami familiari nella migrazione* (a cura di G. Favaro, M. Giacomini, M. Tognetti Bordogna). *Marginalità e società* n. 28, Franco Angeli editore, Milano, 1995.

ha portato la Regione ad approvare uno specifico progetto di contenimento e prevenzione del fenomeno.

Dietro tale ingente ricorso all'interruzione praticata presso strutture pubbliche, se ne può peraltro presumere uno altrettanto rilevante ad aborti clandestini, comprovato dalla periodica scoperta di abitazioni private dedicate a tale pratica illegale, in particolare nella comunità cinese.

Da questi indagini emergono alcune indicazioni di carattere sociosanitario di estremo interesse: la donna immigrata è soggetto da tutelare con attenzione, in quanto la sua stessa condizione di straniera — frequentemente associata a condizioni socioeconomiche precarie, ad una condizione di isolamento affettivo e a disagio interculturale — la espone a maggiori rischi per la propria salute anche in ambiti assolutamente fisiologici come sono la gravidanza ed il parto; se a ciò aggiungiamo possibili difficoltà di accesso alle strutture pubbliche sia per le immigrate regolari e soprattutto per le clandestine, è doveroso identificare ed avviare delle politiche adeguate di tutela sanitaria, come auspicato dalla normativa vigente.

Sono pochi gli studi condotti sullo stato di salute dei bambini stranieri in Italia, nonostante che all'interno della Società Italiana di Pediatria già da qualche anno si sia attivato un gruppo di lavoro a carattere nazionale "per il bambino immigrato", di cui si riportano alcuni dati e riflessioni. Primo obiettivo del gruppo è stato di tipo conoscitivo: è stata intrapresa una indagine multicentrica a livello nazionale, che consentisse di identificare i reali problemi sanitari dei bambini immigrati. Tale indagine si avvale di una scheda informativa a struttura modulare, che può essere utilizzata, a seconda delle esigenze, nelle sedi di pronto soccorso, nei punti nascita, negli ambulatori pediatrici e nei reparti ospedalieri.

Dall'esame delle prime 1.744 schede, è emerso come la maggioranza dei bambini stranieri che si rivolgono in ospedale siano in realtà nati in Italia (quasi l'80%) e quindi non si possono definire propriamente immigrati; le patologie ad essi riscontrate sono prevalentemente aspecifiche e sovrapponibili a quelle osservate nella popolazione residente (in buona parte dei casi sono correlabili a situazioni socio-ambientali non favorevoli); tra le malattie infettive, quelle parassitarie mostrano una certa frequenza ma spesso sono clinicamente poco rilevanti, con un ridotto rischio di diffusione e comunque curabili con terapie semplici e poco costose.

Nel 1994 la Regione Veneto ha commissionato una ricerca finalizzata sui bisogni di salute del bambino immigrato, recentemente conclusasi; dalla mole di dati raccolti, gli autori hanno elaborato una serie di 'obiettivi di salute' che sono stati sottoposti all'attenzione della loro amministrazione regionale. Da quanto esposto dalla suddetta ricerca, dalle sollecitazioni

**Il bambino
immigrato**

del Gruppo di lavoro nazionale sul bambino immigrato e da studi effettuati in ambito romano, è possibile selezionare alcune *aree critiche* su cui concentrare gli sforzi per un'adeguata politica di tutela sociosanitaria: l'habitat di vita e l'opportunità di frequenza scolastica.

Interessante è l'esperienza di una Azienda USL romana che, proprio partendo dalla medicina scolastica, sta avviando degli interventi di prevenzione e di educazione sanitaria con le famiglie dei giovani immigrati. Emerge anche un altro punto critico e cioè quello dell'allattamento al seno: se prima ed al momento della nascita questa possibilità è accettata da tutte le donne, di fatto sono pochi i bambini che successivamente sono allattati per periodi accettabili. Spesso l'allontanamento dal seno materno è accompagnato da un altro grave allontanamento, quello dalla madre e dal nucleo familiare: la donna è costretta a riprendere subito a lavorare, il neonato dopo pochi mesi frequentemente è affidato a parenti nel proprio paese di origine o quando possibile a fratelli più grandi che sono costretti a fare da precoci baby-sitter. In una indagine a campione su 100 donne irregolari afferite ad un ambulatorio di volontariato sanitario, aventi complessivamente 215 figli (132 tra 1 e 12 anni), il 58% di essi è rimasto o è tornato nel paese d'origine, il 37% dei bambini vive lontano dalla madre da almeno 2 anni, ed il 57% di bimbi in età 2-5 anni vive lontano dalla madre; solo 26 su 100 sono nuclei familiari intatti. I bambini torneranno in Italia o si ricongiungeranno con i loro genitori dopo tre o quattro anni, ma ciò segnerà comunque profondamente quel processo di 'individuazione-separazione' che è già di per se problematico, e può portare in certi soggetti conseguenze sul piano della maturazione psico-affettiva.

Sempre in una fascia di età giovanissima appare critico il settore preventivo fondato sulle vaccinazioni obbligatorie: dove sono state fatte delle verifiche sul rispetto del calendario vaccinale, è spesso risultata una insufficiente conoscenza di tale dovere/possibilità e una evasione dell'obbligo fin oltre il 50% della popolazione esaminata (nell'indagine veneta vi era una incompleta o assente copertura nel 46,7% dei bambini ospedalizzati e del 67% di quelli afferiti al Pronto Soccorso in età superiore ai sei mesi). Sul piano assistenziale è risultato carente l'intervento di pediatria di base (dall'indagine nazionale solo il 30% dei bambini esaminati aveva tale possibilità ma spesso non la utilizzava, il 27% nel Veneto). Diretta conseguenza è stata in questi anni l'impropria utilizzazione del Pronto Soccorso, rimasto come unico riferimento per la cura del bambino (in almeno 2/3 dei bambini immigrati che vi si rivolgono): non a caso c'è un maggior tasso di ricovero tramite P.S. per i bambini seguiti dal pediatra di base (che seleziona i casi) rispetto a quelli senza assistenza.

Appare utile ricordare quanto recentemente emerso da una ricerca sui fattori di rischio psico-sociale dei minori immigrati, che prevede, qualora non si promuoveranno politiche attive di integrazione, gravi fenomeni di disadattamento nei prossimi adolescenti figli di immigrati. Questi risentiranno, da una parte, di un senso di estraneità rispetto alle tradizioni culturali proposte dai genitori e, dall'altra, di una difficoltà a sentirsi realmente accettati ed inseriti in una cultura dove sono cresciuti ma che non hanno mai potuto completamente condividere.

Per quel che riguarda le patologie più frequentemente riscontrate, molte delle informazioni disponibili provengono da ambulatori gestiti dal volontariato sociosanitario (alcuni dei quali hanno ormai accumulato un'esperienza più che decennale).

L'interesse di questi dati è che riguardano in grande prevalenza tipologie di immigrati di più basso livello socioeconomico e a minor inserimento sociale (in particolare irregolari e clandestini); gettando una luce sulle fasce più deboli all'interno della popolazione immigrata, queste indagini permettono di evidenziare le situazioni deteriori nello spettro delle possibili condizioni di salute.

Si devono però evidenziare alcune difficoltà di ordine metodologico: l'adozione di diversi sistemi di classificazione determina ad esempio l'impossibilità di confrontare correttamente i dati emergenti dalle varie fonti istituzionali e non istituzionali. Ciò malgrado, si è osservata in questi anni tra i vari centri di privato sociale una sostanziale sovrapponibilità dei dati clinici raccolti.

Le principali caratteristiche comuni riscontrate sono state:

- la netta prevalenza delle patologie acute (spiegate dalla giovane età e dalla storia migratoria relativamente recente, insufficiente a coprire temporalmente le fasi precliniche delle patologie cronico-degenerative, cardiovascolari ed oncologiche in particolare);
- il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie e la loro modesta gravità clinica (rare in particolare si sono dimostrate le patologie esotiche d'importazione).

Facendo riferimento alle diagnosi effettuate in un arco temporale che va dal 1991 al 1997 presso alcuni centri di volontariato sanitario attivi a Palermo, Roma, Verona e Milano (per una utenza complessiva di circa 50.000 immigrati), emerge che gli interventi diagnostico-terapeutici prestatati a immigrati hanno riguardato prevalentemente:

- l'apparato respiratorio (in particolare nei mesi invernali) [range percentuale 15-20%];
- l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie,

- disturbi della motilità intestinale ecc.) [range percentuale 9-14%];
- l'apparato osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa) [range percentuale 11-17%];
 - pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di 'prurito sine materia') [range percentuale 7-11%];
 - malattie infettive (di norma banali) [range percentuale 3-8%];
 - l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti) [range percentuale 2-9%];
 - la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica) [range percentuale 5-8%];
 - basso, contrariamente alle attese, è stato finora il riscontro di diagnosi psichiatriche [range percentuale 1-3%].

Percentualmente rilevante nelle diverse esperienze è la classe dei 'sintomi e stati morbosi mal definiti', non tanto collegabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori, quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

La tubercolosi

Tra le malattie infettive la tubercolosi merita un discorso a parte. Questa patologia colpisce coloro che presentano — per cause esogene o endogene — un deficit delle difese immunitarie; è quindi storicamente considerata come una patologia della povertà e dell'emarginazione sociale, cioè una malattia che colpisce i gruppi caratterizzati da un basso livello socioeconomico. Anche considerando la situazione italiana, la tubercolosi è forse tra le malattie che meglio misurano, da una parte, la capacità di accoglienza di un paese, dall'altra, il grado di inserimento degli immigrati. Teoricamente, l'immigrazione da paesi ad alta prevalenza di infezione tubercolare verso aree a bassa prevalenza non costituisce un rischio epidemiologico rilevante per le seguenti motivazioni:

8 È definito tale il disturbo, lamentato dal paziente a carico della cute, del quale, dopo accurate indagini dermatologiche, è possibile escludere ogni eziologia organica nota; lo stesso dicasi per altre cenestopatie riferite: disturbi vaghi, pizzicori e bruciori, la cui origine viene fatta risalire dagli psichiatri ad un'autopercezione del colore della propria pelle come fonte di disturbo relazionale con gli autoctoni.

1. il processo migratorio, come già evidenziato, viene prevalentemente messo in atto da individui giovani e sani;
2. nel paese ospite esiste generalmente un sistema sanitario adeguatamente sviluppato, sia in termini di sorveglianza che di cura della tubercolosi, che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente;
3. attualmente abbiamo a disposizione presidi farmacologici adeguati per un'efficace profilassi ed un idoneo controllo della malattia.

Purtroppo le condizioni di degrado sociale ed ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel paese ospite, fanno sì che il suo rischio globale di malattia e di contagiosità tubercolare sia addirittura superiore a quello dei suoi coetanei rimasti in patria. In particolare gli squilibri dietetici, le infezioni intercorrenti e lo stress globale aumenteranno il rischio di riattivazione endogena del microbatterio, mentre la promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplicherà il rischio di prima infezione e di reinfezione esogena. Si noti che i climi freddi influiscono negativamente sia sulle probabilità di contagio (lunga permanenza in luoghi chiusi) che sulla resistenza individuale alla progressione della malattia (bilancio energetico sfavorevole). Il rischio di contrarre la malattia tubercolare nel paese di immigrazione aumenta quindi in relazione alle difficili situazioni socio-economiche e diviene particolarmente alto per coloro che provengono da zone geografiche ad alta endemia. Inoltre sono più frequenti, in queste popolazioni, i rischi di una antibiotico-resistenza dei ceppi batterici responsabili dell'infezione, come evidenziato anche da studi britannici (frequenza di antibiotico-resistenza 5 volte superiore negli immigrati rispetto agli autoctoni) ed americani (un terzo degli Indocinesi malati di tubercolosi infettato da microrganismi resistenti ad almeno un farmaco). Nel 1995 i casi di TBC registrati in Italia in soggetti immigrati rappresentavano il 10-11% del totale dei casi. La tendenza all'aumento della tubercolosi in Italia, può essere spiegata anche nei termini sopra descritti. Le nuove fonti sembrano concentrarsi proprio nei gruppi di popolazione a rischio, in rapporto alle proprie caratteristiche di vita e al grado di inserimento nel tessuto sociale, con possibilità di diffusione dell'infezione in maniera quasi esclusiva nel proprio gruppo, creando un circolo vizioso che — in mancanza di idonei interventi di tutela sanitaria — può perpetuare separazione ed emarginazione.

Interessante è la valutazione del fatto che il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia — in una casistica di 183 pazienti immigrati irregolari trattati tra il 1990 ed il 1996 in un Poliambulatorio di

volontariato religioso — era di oltre 6 mesi in circa il 70% dei casi e di almeno un anno in circa il 53%: ciò potrebbe indicare soprattutto la concorrenza, nel favorire lo sviluppo della patologia, di fattori ambientali locali ed in particolare del degrado socio-abitativo in cui una buona parte degli immigrati vivono. Nella stessa casistica le forme extrapolmonari hanno inciso all'incirca per il 21% dei casi (le linfadeniti laterocervicali sono risultate le forme più frequenti), quelle polmonari per il 70% (la forma clinica più frequente è stata l'infiltrato tisiogeno; fra queste notevole è stata l'incidenza di forme escavate, indice di alta reattività), mentre le forme disseminate (cioè con plurilocalizzazioni) hanno rappresentato il 9% dei casi.

La precarietà del loro inserimento sociale, l'irregolarità e la clandestinità, l'estrema mobilità e la scarsità di risorse economiche fanno sì che i normali schemi di controllo e di chemiopprofilassi non possano essere correttamente adottati. Il problema della compliance, unitamente alla possibilità di accedere ai servizi sanitari di diagnosi e cura (disponibilità di farmaci) in modo gratuito, rappresentano le reali criticità da affrontare per gestire questa problematica, piuttosto che i periodicamente ventilati controlli obbligatori, che potrebbero ulteriormente colpevolizzare l'immigrato nei confronti dell'opinione pubblica, ottenendo probabilmente una fuga dall'ufficialità dello straniero ed un aggravamento della clandestinità sanitaria.

Le cause di una tale insufficiente compliance possono essere attribuite ad una serie di fattori:

- la sottovalutazione della malattia da parte del paziente, che tende ad interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi;
- le difficoltà relative al rapporto medico-paziente (in tale definizione sono riassunte le difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, che ostacolano l'instaurarsi di un rapporto fiduciale tra mondi a volte così diversi; ciò si traduce spesso nella difficoltà di veder applicati i protocolli terapeutici, a volte anche per rivalsa verso le figure istituzionali da parte di immigrati ai margini della società);
- problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro, prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico), con conseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia.

Un altro fenomeno di interesse sanitario (particolarmente sentito dall'o-

pinione pubblica in questi ultimi anni), è quello della prostituzione, che ha visto una crescente implicazione di soggetti stranieri di entrambi i sessi.

Ovviamente non esistono — come non sono mai esistiti — dati attendibili sull'esercizio della prostituzione sia in Italia che all'estero⁹; sicuramente essa ha assunto una sempre più rilevante visibilità, in particolare in alcune aree geografiche (grandi città come Milano, Roma e Torino, luoghi di alta frequentazione turistica come la costiera adriatica). Per quanto riguarda le donne straniere, esse provengono per la maggior parte da paesi africani (con una rilevante presenza di nigeriane) e da paesi dell'est (soprattutto albanesi e slave) ed iniziano a prostituirsi in giovane età; il loro coinvolgimento è per lo più spiegabile come sfruttamento ad opera di organizzazioni criminali: la donna viene fatta entrare clandestinamente in Italia dietro promessa di lavoro e; dopo essere stata indotta a contrarre un debito che talora ammonta ad alcune decine di milioni, costretta a prostituirsi fino a quando non sarà in grado di affrancarsi; la soggezione della donna viene rafforzata, oltretutto con la violenza fisica, attraverso diversi espedienti quali il sequestro dei documenti di identità o — specialmente per le ragazze africane — facendo leva sulla suggestione legata a pratiche magiche. Il controllo della prostituzione sembra essere più marcato, organizzato e soffocante per le prostitute di provenienza est-europea che per le africane, le quali paiono agire in un contesto meno strutturato, ove sono possibili gestioni su piccola scala, spesso ad opera di ex prostitute; ancora poco si conosce sul controllo esercitato dalla malavita organizzata italiana. Gli alti profitti conseguibili lavorando nella cosiddetta industria del sesso, fanno però sì che si assista sempre più a casi in cui l'ingresso nel mondo della prostituzione riflette una scelta maggiormente consapevole. Differentemente che per la prostituzione extracomunitaria femminile, quella maschile è su base pressoché esclusivamente volontaria: ne sono protagonisti giovani adulti sudamericani (per lo più brasiliani e colombiani).

Da un punto di vista sanitario, gli aspetti che destano le maggiori preoccupazioni sono schematicamente i seguenti: la tipologia delle richieste di

La prostituzione

9 Ciò è spiegato sia dal fatto che in tutta Europa la prostituzione non è considerata un reato (come lo è invece il suo sfruttamento), sia in quanto è in gran parte un fenomeno clandestino e quindi sommerso. Le stime recentemente diffuse in Italia dai mezzi di comunicazione di massa parlano di 40.000-50.000 persone dedite alla prostituzione, in grande maggioranza donne, di cui circa il 60% sarebbero di provenienza straniera (15.000-20.000 per l'Associazione PARSEC); intorno alla prostituzione vi sarebbe un giro d'affari di circa 3.200 miliardi all'anno: ma occorre ammettere che non disponiamo, a tutt'oggi, di dati realmente utilizzabili su questo fenomeno.

prestazioni da parte dei clienti italiani, che frequentemente comportano situazioni di forte rischio di contagio di malattie sessualmente trasmissibili (MST);¹⁰ la grande difficoltà delle strutture sanitarie pubbliche di attuare un'adeguata vigilanza sanitaria (difficilmente gli operatori del sesso si rivolgono spontaneamente ai servizi, in particolare ai centri per MST), nonché di promuovere interventi preventivi (alcune organizzazioni del volontariato hanno recentemente attivato a tal proposito delle Unità di strada, la cui reale efficacia non è però facilmente valutabile). Non bisogna neanche sottovalutare l'influenza di altre variabili, come quella psicologica, culturale e religiosa, nel determinare o modulare diversamente comportamenti sessuali a rischio: indagare più approfonditamente queste variabili potrebbe garantire una positiva ricaduta di eventuali interventi preventivi.

I detenuti

Particolarmente preoccupante è inoltre la situazione sanitaria dei detenuti stranieri.

Negli Istituti penitenziari italiani per adulti la popolazione straniera è, infatti, ampiamente sovrarappresentata: dei circa 48.000 detenuti (di cui oltre il 96% uomini) presenti al 31.12.1998, gli stranieri costituivano circa il 25% (circa 12.000 soggetti, di cui quasi il 96% uomini erano il 15,6% nel 1994), mentre su tutta la popolazione generale rappresentano — come detto — circa il 2%. Le aree geografiche di provenienza degli stranieri presenti alla stessa data, espresse in percentuale, sono state: 57% Africa; 32% Europa (di cui l'88% l'Europa dell'Est, compresa l'ex Jugoslavia); il 7% America (di cui quasi il 90% America del Sud); meno del 4% Asia. I detenuti provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea hanno rappresentato complessivamente oltre il 97% del totale. In alcuni istituti la componente straniera arriva a costituire il 50-60% del totale dei detenuti; questa situazione interessa particolarmente le grandi città, talora con esacerbazioni estive. La gran parte delle persone straniere reclusi, come detto, sono di sesso maschile, in netta maggioranza giovani.

I fattori di rischio e le difficoltà di assistenza sanitaria già illustrati trattando dell'immigrato in generale, trovano ulteriore aggravamento nell'ambito carcerario, che storicamente soffre di pesanti condizioni di sovraffollamento e di carenza di organico. Ne risulta spesso un quadro desolante in cui, dello straniero, non si riesce a raccogliere un'adeguata

¹⁰ Ciò vale soprattutto per i transessuali latino-americani, la cui affermazione sul mercato della prostituzione è in gran parte dovuta ad una particolare disinvoltura ed 'imprudenza' nei costumi sessuali, in particolare per il fatto di accettare rapporti non protetti, cioè senza l'uso del condom.

anamnesi, né a definire un approfondito profilo di salute, né, più in generale, a stabilire una relazione significativa. Per non parlare di situazioni particolari, come quella della presenza in carcere dei transessuali, che ha 'costretto' alcune direzioni ad approntare sezioni specificamente dedicate.

La struttura penitenziaria non è inoltre spesso attrezzata per venire incontro ad eventuali specifiche esigenze del detenuto straniero, come quelle alimentari, di assistenza religiosa, informativo-culturali (opportunità di leggere libri o riviste in lingua madre), etc. L'immigrato recluso non ha normalmente altre possibilità di difesa legale che quella del gratuito patrocinio, incontrando spesso per la prima volta il proprio avvocato in udienza. Tutto questo, unito alla lontananza dagli affetti, spinge frequentemente il soggetto a rinchiudersi in sé stesso ed isolarsi, andando spesso incontro a sindromi depressive, ed a volte cercando impropriamente di richiamare su di sé l'attenzione con comportamenti autolesionistici (ingestione di oggetti metallici, autoferimenti, scioperi della fame...).

I fattori di rischio per la salute fisica e psichica e l'accesso ai servizi

Quella dell'immigrazione è una delle realtà in cui il 'sociale' ed il 'sanitario' si intrecciano indissolubilmente. Infatti, da quanto fino ad oggi rilevato, nella determinazione dello stato di salute straniera i fattori ambientali (in particolare di tipo sociale) e comportamentali conseguenti, sembrano prevalere chiaramente su quelli genetici¹¹.

Per fattori di tipo sociale si fa riferimento a tutte quelle situazioni che vanno globalmente a determinare le condizioni di vita dell'immigrato: occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, accessibilità ai servizi sociosanitari, etc..

La situazione lavorativa è una variabile fondamentale per la salute dell'immigrato (come d'altronde anche per gli italiani). La mancanza di occupazione accelera lo scadimento delle condizioni di vita (esaurendo la disponibilità economica o costringendo a ridurre le spese e quindi il tenore di vita già basso); quando la disoccupazione si protrae oltre un certo limite, può favorire l'accesso ad attività illegali, talune strettamente collegate

**I fattori
di tipo sociale**

¹¹ Il ruolo dei fattori genetici (ad esempio nel determinare una maggiore predisposizione verso lo sviluppo di una data patologia) potrà forse essere rivalutato quando la presenza straniera nel nostro paese daterà un tempo sufficientemente lungo da attirare l'attenzione dei ricercatori su patologie cronico-degenerative di natura diversa, quali alcune malattie di tipo neoplastico.

alla salute (come nel caso della prostituzione) o di abitudini voluttuarie a rischio, come alcolismo, tabagismo o ricorso a sostanze psicotrope. La difficoltà di inserimento lavorativo, aggravata dall'irregolarità giuridica, espone spesso l'immigrato all'accettazione di occupazioni a rischio, mal remunerate e non tutelate (lavori in cantieri edili o in fabbriche senza adeguate misure di protezione e controllo, turni estenuanti come braccianti agricoli, ecc.). La precarietà economica o la grave indigenza ostacolano inoltre grandemente il ricorso alle strutture ed agli operatori sanitari in caso di bisogno.

La situazione alloggiativa ha sicuramente un ruolo di primo-piano: per quanto possa essere infatti variabile da straniero a straniero, l'ambiente di vita rappresenta un punto critico per la sua salute. La maggior parte degli immigrati affronta il problema abitativo in modo temporalmente provvisorio e logisticamente precario; ed anche quando — per lo più in aree urbane degradate — lo straniero sia in grado di ricorrere ad appartamenti o stanze in affitto o subaffitto, ciò comporta per lo più seri problemi di sovraffollamento abitativo e carenza od inadeguatezza igienica dei servizi, con evidenti rischi di trasmissione di patologie infettive contagiose. Sia l'ospitalità presso istituzioni, sia il domicilio presso il datore di lavoro (è il caso di chi fornisce assistenza agli anziani), ostacolano inoltre il ricongiungimento familiare o inducono la separazione dei nuclei familiari stessi, con evidenti ripercussioni psicologiche.

La diversa alimentazione

Un fattore di rischio rilevante, anche se non sufficientemente indagato, riguarda l'alimentazione. Sulla dieta convergono infatti una serie di diverse problematiche: difficoltà di adattamento ad una cultura del cibo e ad una tradizione gastronomica diverse; difficoltà di reperimento di alimenti di largo consumo nel proprio paese d'origine; scarsa conoscenza dei generi alimentari disponibili in Italia; difficoltà a seguire le usuali modalità di preparazione e cottura del cibo; inadeguatezza delle proprie abitudini dietetiche al nuovo contesto (clima, livelli di attività fisica sostenuti, ecc.); mancanza di informazione su principi e nutrienti e sul loro diverso contributo energetico e metabolico; preclusione, di natura religiosa o filosofica, al consumo di determinati alimenti o bevande; vincoli economici nell'acquisto delle cibarie, ecc. Tra questi assumono particolare rilevanza l'incapacità di adattare, modificandole, le proprie abitudini alimentari al nuovo contesto, che può determinare un'alimentazione sbilanciata e carente dell'apporto di nutrienti essenziali (è frequente per esempio nei soggetti asiatici una dieta costituita pressoché totalmente da cereali, in particolar modo dal riso); parimenti critica può essere l'esigua disponibilità economica, che può costringere l'immigrato ad astenersi dal consumo di alimenti di rilevante apporto nutrizionale — quali le proteine animali e

le vitamine — nonché ad acquistare prodotti di minor qualità. Per i soggetti di sesso maschile, può avere un peso determinante anche la scarsa confidenza con la scelta e la preparazione degli alimenti, difficoltà spesso dovuta a costumi originari che prevedono tali mansioni come di esclusivo appannaggio femminile.

Spesso sottovalutato è inoltre l'effetto, sullo stato fisico e psicologico, legato a rilevanti cambiamenti climatici. Lo scarto termico tra il proprio paese di origine e quello di emigrazione può infatti corrispondere a 15-20 C; vi può essere una variazione di umidità di varie decine percentuali: tali differenze, come è noto, si ripercuotono sul metabolismo e quindi sul complessivo rendimento dell'organismo umano. E va anche considerato il possibile effetto provocato sul tono dell'umore da un cielo stabilmente coperto e nebbioso — qual è quello di alcune zone del nostro nord — su soggetti abituati ad un clima costantemente soleggiato.

Di grande importanza si è rivelata essere la mancanza di un adeguato supporto psico-affettivo; tale situazione riguarda soprattutto la prima generazione di migranti, cioè quella che precede il ricongiungimento con la famiglia ristretta (situazione ancora presente per alcune comunità). L'abbandono dei propri affetti (familiari, partner, amici) coincide infatti con una fase particolarmente delicata della propria vita, in cui si rischia di veder bruciate forti aspettative di miglioramento, fase che quindi, per la maggior parte dei soggetti, comporta una maggiore vulnerabilità psicologica. Si capisce così quale valenza possa essere attribuita all'esistenza di comunità di immigrati organizzate e solidali, che possano cioè rappresentare una risorsa cui attingere nei momenti più difficili. Importante è quindi la possibilità di avere vicine figure di riferimento significative.

Ma anche al di là di tale opportunità, si concorda nel ritenere che una variabile fondamentale di ricaduta psicopatologica sia rappresentata dal destino del proprio progetto migratorio (che, a ben guardare, è la risultante di una combinazione di svariate condizioni sociali). Secondo alcuni psichiatri studiosi del fenomeno, il fallimento o la possibilità di fallimento del progetto migratorio è ascrivibile tra i fattori di rischio psicopatologico specifici. Oltre a questo, vengono considerati fattori di rischio aspecifici (quali l'emarginazione socioeconomica ed il cosiddetto stress da transculturazione) e co-fattori di portata variabile da individuo a individuo.

Le indagini etnopsichiatriche, antropologiche e sociologiche, particolarmente opportune nelle fasi di passaggio delle prime generazioni di immigrati, ci forniranno negli anni a venire più precise indicazioni su quello che è il reale impatto dell'esperienza migratoria sulle dinamiche psicologiche individuali e collettive (si pensi ad es. al sovvertimento dei ruoli e

Il diverso clima

**Assenza
di sostegno
psico-affettivo**

**Accesso
ai servizi
socio-sanitari
pubblici**

delle identità provocato all'interno dei nuclei familiari¹²).

Nodo cruciale per lo stato di salute dello straniero è stata, in questi anni, la facoltà di accesso ai servizi sociosanitari pubblici. L'accessibilità alle strutture — e quindi l'opportunità di ricevere le diverse prestazioni sanitarie da queste erogate — è tuttora funzione dello status giuridico e socio-economico dell'immigrato.

In questi anni si è evidenziata una discriminazione nell'accesso per talune fasce di immigrati (come quella dei clandestini e dei soggetti con permesso di soggiorno scaduto), che è legittimo considerare come più vulnerabili; tali disuguaglianze, particolarmente gravi per esigenze quali il monitoraggio della gravidanza ed il parto, la cura del bambino ed il controllo delle malattie trasmissibili, sono quindi annoverabili tra i fattori di rischio per la salute dell'immigrato. A sostanziare questa discriminazione è l'esistenza, diversamente diffusa sul territorio, di barriere giuridico-legali, burocratico-amministrative, economiche ed organizzativo-gestionali¹³. L'affermarsi, nel nostro paese, di una nuova utenza sanitaria legata al fenomeno immigratorio, oltre a sollevare problemi di accessibilità ai servizi, ha introdotto per la prima volta la necessità di rivedere ed adattare la relazione terapeutica ad un nuovo contesto, che vede il curante ed il paziente appartenenti a culture diverse, a volte anche molto lontane. Siamo cioè di fronte ad una situazione in cui l'operatore sanitario non può dare per scontato che il paziente ne condivida, insieme alla cultura d'appartenenza, uno stesso sistema medico di riferimento, nonché analoghi concetti di salute, malattia e cura, con le forti valenze simboliche ad essi collegate. Vi è anzitutto un rischio di incomprensione direttamente motivato dall'alterità linguistica; altri potenziali difficoltà relazionali sono inquadrabili come 'culturali': si pensi alle importanti ricadute che ha il credo religioso nella vita del paziente musulmano, tali ad esempio da condizionare fortemente la sua adesione a determinate prescrizioni mediche in periodo di Ramadan.

12 Le maggiori opportunità per alcune mansioni lavorative (come la collaborazione domestica e l'assistenza agli anziani) possono rendere la donna risorsa economica fondamentale — e spesso unica — per la famiglia, sovvertendo quel primato maschile proprio di molte culture; altrettanto interessante è il ruolo cruciale assunto dal bambino in quanto più capace di impadronirsi della nuova lingua, diventando quindi chiave d'accesso indispensabile per gli scambi sociali. Si può così verificare un complessivo ridimensionamento della figura dell'uomo come capofamiglia ed una perdita progressiva della centralità dell'anziano, rimasto nel paese di origine.

13 All'approfondimento di questi aspetti sarà finalizzato (per la parte che riguarda la salute) il rapporto sullo stato di attuazione delle politiche per l'integrazione degli immigrati che la Commissione per le Politiche di Integrazione, prevista dall'art. 46 del D.Lgs. 286/98, ha il compito di predisporre annualmente per il Governo.

Da quanto — pur sommariamente — detto, è possibile rendersi conto delle numerose implicazioni e problematiche sottese ad azioni ed obiettivi rivolti al paziente immigrato, quali la formulazione di una diagnosi, l'ottenimento del consenso informato o il raggiungimento di una buona compliance terapeutica e di un adeguato follow-up.

Ciò non deve però scoraggiare l'operatore sanitario sulle reali possibilità di adottare un approccio *transculturale* efficace: egli è innanzitutto chiamato, dal paziente straniero, ad una disponibilità a modulare il proprio approccio clinico, non arroccandosi sulle proprie certezze scientifiche — così come apprese sui testi universitari — ed evitando di negare aprioristicamente ogni caratterizzazione culturale alla malattia ed al sentirsi malato del paziente; nello stesso tempo dovrà guardarsi da un approccio esotico, che invoca la differenza culturale del paziente di fronte ad ogni situazione incompresa, finendo per ritenerla ingestibile.

Si è molto discusso, in questi anni, sull'opportunità di utilizzare figure che possano facilitare la relazione terapeutica con il paziente straniero, operando una 'mediazione'; questa è stata diversamente intesa nella semplice traduzione linguistica (azione di interpretariato tradizionale), fino ad una molto più complessa traduzione culturale, che prevede che il mediatore conosca, comprenda ed espliciti al curante sia le sensazioni del paziente, sia le sue aspettative circa la cura. Come si può intendere, il profilo del 'mediatore culturale' si configura come molto complesso e comunque discutibile: con l'eccezione di lodevoli ma sparute iniziative, si ha però la sensazione che questa figura non sia stata sufficientemente sperimentata e valutata 'sul campo'.

Quanto finora esposto, sembra trovare peculiare risonanza nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, laddove questo prevede che siano "svilupate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

- sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
- formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;
- organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati."

Il Piano prevede inoltre un Progetto Obiettivo dal titolo "Salute degli Immigrati", in cui potranno trovare spazio una più approfondita analisi, essere affrontati anche molti aspetti organizzativi e date indicazioni operative.

2.6. COMPORTAMENTI PROFESSIONALI

2.6.1. Libertà di cura e di terapia

Termini di riferimento

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone il Servizio sanitario nazionale di fronte ad una grande sfida, culturale prima ancora che istituzionale e professionale. Si tratta del binomio tra il patto con i cittadini e la difesa e rivendicazione delle basi scientifiche della medicina, fondata — a salvaguardia e tutela della salute —, sui concetti di efficacia, appropriatezza e qualità delle prestazioni.

Eppure, il nostro paese ha vissuto, con la vicenda Di Bella, uno dei momenti culturalmente e politicamente, prima ancora che scientificamente, sconvolgenti per quanto riguarda la storia della medicina e della sanità. Ma è stato solo un momento negativo da rimuovere il più in fretta possibile, o qualcosa che necessita una lettura più problematica e complessa?

A voler essere a tutti i costi ottimisti (visto che è stato eccessivo il carico di sofferenze che ha suscitato e creato a migliaia di persone), tutta la vicenda Di Bella potrebbe essere letta come un evento doloroso, ma necessario, nella strada — tutt'altro che lineare — della maturazione di una coscienza di massa circa le potenzialità ed i limiti della medicina scientifica; emerge infine come importante indicazione il nesso — che mai dovrebbe essere perso — tra valenza scientifica ed umana dell'assistenza sanitaria.

Non si vuole, è bene chiarirlo subito, proporre qui una specifica riflessione sul caso Di Bella. Di quest'ultimo si vuole solamente utilizzare il carattere di "emergenza culturale e scientifica", per discutere di un tema di grande attualità in campo sia medico-scientifico, che di politica sanitaria, come quello della "medicina basata" e della "assistenza sanitaria ispirata" a "prove" (rispettivamente indicate in inglese con i termini "Evidence-based Medicine" (EBM), e "Evidence-based Health Care" (EBHC), in rapporto a un'altra grande questione (importante ma fonte di grande confusione), che proprio il caso Di Bella ha fatto emergere e cioè quella del rapporto tra prove scientifiche sulla efficacia degli interventi medici e libertà/diritto di scelta dell'individuo.

In sostanza, si vuole iniziare una riflessione sulla conciliabilità o meno tra un ri-orientamento della medicina e della assistenza sanitaria, ispirato da criteri di scientificità e trasparenza, e le esigenze di partecipazione del singolo e della comunità alle scelte che riguardano la propria salute, individuale e collettiva. Nel proseguio verrà proposta prima una breve rico-

struzione dei motivi del crescente interesse per EBM e EBHC. Si discuterà, poi, sempre in modo schematico, dei significati del termine-slogan "Libertà di Cura" e saranno formulate alcune delle domande, che dovrebbero essere oggetto di riflessione proprio come esito "non emergenziale" dei problemi che la vicenda Di Bella ha lasciato sul tappeto.

Nata ufficialmente — almeno come definizione — in un articolo apparso su una delle più prestigiose riviste mediche generali, il *Journal of American Medical Association* nel 1992, la EBM trova oggi la definizione più generalmente accettata nella formulazione proposta da David Sackett, che ne riassume la natura di "sintesi tra competenza professionale dell'operatore sanitario e informazioni derivabili dalle migliori conoscenze disponibili in letteratura".

**Dalla EBM
alla EBHC**

Dalla EBM, intesa come approccio da usare al letto del malato per ottimizzarne le cure e fornire un'assistenza di cui il paziente stesso possa essere protagonista consapevole, si è rapidamente passati a parlare di EBHC. Muyr Gray l'ha definita come la disciplina che "...si occupa di analizzare i determinanti delle decisioni che riguardano gruppi di pazienti o popolazioni".

Pur partendo da una radice culturale comune, il centro dell'attenzione dell'EBM e dell'EBHC è diverso. Mentre infatti la prima — al di là degli aspetti tecnici — concentra il proprio potenziale innovativo nella messa in discussione del rapporto tra medico e paziente individuale, sottolineando le implicazioni etiche prima ancora che scientifiche della assistenza al letto del malato, l'EBHC pone sotto una luce nuova le responsabilità gestionali e manageriali e propone nuove priorità, quali la traduzione della sfida della efficacia clinica in strumenti organizzativi, la promozione e lo sviluppo di conoscenze effettivamente utili per la scelta tra modelli organizzativi, la messa a punto di strategie di implementazione/incentivazione al cambiamento, ecc.

Da quando si è cominciato a studiare i fattori che influenzano la pratica clinica e, soprattutto, da quando si è cominciato a porre l'accento sulla medicina scientifica, sono almeno tre i fattori che si considerano decisivi:

- a) le informazioni scientifiche;
- b) i valori (le priorità) sociali e culturali;
- c) le risorse disponibili.

In altre parole, nonostante il pubblico ancora in buona maggioranza creda che la medicina (ma qui forse il problema è la confusione tra medicina e assistenza sanitaria) sia una scienza (ref), la maggior parte delle decisioni in ambito sanitario sono basate sui valori culturali prevalenti e sulle risorse disponibili.

Si tratta cioè di processi decisionali basati su opinioni (per quanto illustri ed illuminate esse possano essere), che prestano scarsa (o talvolta nulla) attenzione ad una rigorosa valutazione delle prove scientifiche disponibili. Come si vedrà, le ragioni del grande interesse per EBM e EBHC nei vari mondi della pratica clinica, della politica sanitaria e dei pazienti più in generale, è senz'altro attribuibile alla convergenza di una serie di fattori che tra loro si potenziano e che spiegano perché ora, e non anche solo dieci anni fa, quando gli strumenti metodologici e la consapevolezza culturale dei problemi pur in una cerchia di persone più ristretta non era così diversa da adesso, sembrano essere mature le condizioni per l'affermarsi di nuovi principi guida per la assistenza sanitaria e la medicina clinica. Sempre più, cioè, le decisioni dovranno essere prese in modo esplicito e pubblico e, chi decide, dovrà essere in grado di giustificare le proprie azioni sulla base di prove di efficacia.

Se nel prossimo futuro chi avrà responsabilità nell'ambito della organizzazione e pianificazione dei servizi, sarà chiamato a mettere in atto processi decisionali ispirati a criteri di efficacia, si dovrà fare in modo che ogni decisione sia basata su una valutazione sistematica delle migliori prove scientifiche disponibili.

**Come e da dove
è nato l'interesse
per la EBM
e la EBHC?**

Facciamo ora un breve passo indietro per vedere come si sono coagulate le condizioni per il salto di qualità di EBM e EBHC.

Come non infrequentemente accade, perché una serie di idee nuove possano trasformarsi in forza di cambiamento, è necessario che diversi fattori esterni (non necessariamente tra loro coerenti) confluiscano.

A questa regola non fa eccezione il movimento impegnato a dare basi scientifiche alle attività sanitarie che, pur avendo radici molto lontane, ha ottenuto un notevole impulso proprio da quella confluenza di interessi nata dalla somma di movimenti sociali e culturali, di esigenze economiche e di opportunità scientifiche e metodologiche.

Sono almeno tre i fattori (che saranno elencati non necessariamente in ordine di importanza) che hanno finito per dare una voce molto amplificata ai temi della EBM e della EBHC nel dibattito scientifico e di politica sanitaria in questi ultimi quattro-cinque anni, fino a convincere, forse in modo eccessivo, che ci si trovi di fronte ad una assoluta novità.

Il primo è stato indubbiamente la crisi finanziaria e di credibilità dei sistemi sanitari.

Non vi è dubbio che uno dei segreti del successo e dell'interesse per EBM e EBHC presso amministratori e politici della sanità, sia da ricercare nella promessa, (neppure troppo implicita nella formulazione un po' propagandistica di alcuni sostenitori), che con esse si eliminerà finalmente l'as-

sistenza non appropriata, si porrà un freno allo sviluppo incontrollato delle tecnologie ed alla domanda incrementale di servizi e prestazioni sanitarie. Quale migliore musica per le orecchie di chi, volendo fare quadrare il cerchio della contraddizione altrimenti insanabile, tra costi crescenti della sanità e possibilità di garantire assistenza sanitaria a chi ne ha bisogno, indipendentemente dal proprio reddito personale, ha responsabilità decisionali allocative? A molti non è sembrato vero di trovare una via difficile, ma apparentemente praticabile tecnicamente, per non fare apparire solo come scelte di razionamento quei tentativi di limitare la diffusione di tecnologie/interventi di dubbia o nulla efficacia, e di favorire invece l'accesso a prestazioni capaci di fornire benefici misurabili.

Il secondo, che potremmo definire più interno al mondo medico-scientifico, è stato determinato dalla crescente consapevolezza di una crisi di rilevanza, qualità e indipendenza della ricerca biomedica, di quel momento cioè che dovrebbe produrre informazioni e conoscenze rilevanti per la tutela e la promozione della salute, sia dei singoli che della collettività. Soprattutto nella seconda metà degli anni '80, proprio in coincidenza con l'apparente consolidarsi delle regole metodologiche su come valutare l'efficacia e misurare i benefici degli interventi sanitari, sono cresciute le voci critiche sui limiti intrinseci, oltreché sulla frequente violazione proprio di queste metodologie. A questo hanno fatto seguito sia la nascita di tentativi interni al mondo scientifico, si pensi tra tutti alla nascita della Cochrane Collaboration come iniziativa mirata a contrastare la dispersione e la perdita di informazioni utili a valutare il profilo costo-efficacia degli interventi, sia di ri-orientamento dei programmi di ricerca sanitaria da parte di alcuni paesi (si pensi all'investimento in programmi di "Ricerca & Sviluppo" o di "Technology Assessment" di alcuni paesi).

Il terzo elemento, che rappresenta l'aspetto culturalmente più interessante anche se tutt'altro che privo di ambiguità (ref su ambiguità del movimento dei consumatori), è dato dal bisogno/volontà di partecipazione espressa dai pazienti, dalle loro associazioni e dai cittadini in generale. Questo bisogno/volontà nasce probabilmente da due fattori principali. Il primo è rappresentato dalla documentazione di una variabilità, tutt'altro che accettabile, nel ricorso a prestazioni/interventi sanitari tra aree geografiche e professionisti diversi (ref art classico su variation); una variabilità che fa sì che la probabilità di ricevere un determinato intervento/prestazione sia più legata alle caratteristiche organizzativo/strutturali del luogo di cura o a quelle personali, culturali e di formazione dell'operatore che prende in carico il paziente, piuttosto che a documentate prove di efficacia. Il secondo, dovuto invece alla crescente consapevolezza dei limitati benefici di molti interventi sanitari e al prevalere di indicatori prin-

cipalmente fisiopatologici (rilevanti magari per il curante per avere un segnale che “il trattamento sta facendo qualcosa”), su altri maggiormente sensibili alla qualità della vita ed al benessere individuale del paziente. Se questi tre ordini di motivazioni sono quelli che, schematicamente, hanno contribuito in modo sinergico a far crescere il bisogno di EBM e EBHC, bisogna tuttavia ammettere che il grosso della discussione sulle potenzialità ed i limiti di questi approcci è avvenuto in un contesto più strettamente tecnico ed è stato poco presente, salvo lodevoli eccezioni, anche nel dibattito politico sulle ricette di riforma dei sistemi sanitari, dove la lettura macro dei problemi ha finito per ignorare sostanzialmente i determinanti (“ritenuti forse troppo micro”) dei comportamenti clinico-assistenziali dei professionisti e delle aspettative e scelte degli utenti.

Come spesso accade, quando il dibattito su questioni di importanza strategica viene lasciato troppo nella mani degli addetti ai lavori, si è assistito, nella letteratura specializzata, ad un reiterarsi di posizioni contrapposte che hanno reso il dibattito abbastanza asfittico e povero di respiro generale. Sono così scesi in campo accaniti sostenitori ed altrettanto accaniti detrattori di EBM e EBHC, molto si è discusso su questioni apparentemente di principio, di cui, spesso non ci si è neppure troppo preoccupati di nascondere la natura corporativa (“l'autonomia professionale”, “il valore artistico della medicina”, “la tirannia dei numeri”, ecc.). Il tutto, come già si diceva, senza rendersi conto che molti dei temi toccati avevano radici ben più profonde e complesse in termini di storia del dibattito filosofico e culturale, sulla natura e le finalità della medicina e della assistenza sanitaria.

Finendo così per nascondere il vero problema, cioè che accanto agli indubbi avanzamenti sul piano della metodologia e degli strumenti tecnici, il vero salto di qualità rappresentato dalla EBM è l'irruzione di un bisogno di trasparenza e partecipazione in ambito di assistenza sanitaria. Trasparenza e partecipazione che abbracciano una vastità di temi, che va dalla crescente esigenza di rendere più chiari i meccanismi secondo i quali vengono prodotte e ordinate per priorità le conoscenze scientifiche, giù giù fino alla partecipazione alle scelte assistenziali e terapeutiche per l'individuo. Si tratta, in modo del tutto evidente, di una rivoluzione che mette in discussione la tradizionale separatezza del mondo della ricerca scientifica da quello della pratica clinica — rispetto alla verifica di utilità e di rilevanza pratica — e si tratta, soprattutto, di una messa in discussione profonda della natura paternalistica del rapporto medico-paziente.

Se quindi bisogna ammettere che, in generale, buona parte del dibattito su EBM e EBHC ha perso l'occasione per volare alto, concentrandosi eccessivamente sulle contrapposizioni ideologico/corporative o sulle

questioni più strettamente tecnico-metodologiche, in Italia la situazione è stata ancor più aggravata dalla limitata tradizione metodologico-tecnica del nostro mondo clinico e degli amministratori, e dalla mancanza di una cultura scientifica della stampa sia medica che, ancor più, generalista.

Così da noi è sembrato prevalere una sorta di entusiasmo acritico per EBM e EBHC; entusiasmo così forte e repentino da indurre un duplice (e non mutuamente esclusivo) sospetto.

Che sia prevalsa una operazione di ancor maggiore riduzionismo (magari in buona fede) di quanto detto a livello internazionale (principalmente anglosassone), secondo cui tutta la novità della EBM starebbe nel più facile accesso all'informazione e nell'applicazione di regole generali metodologiche di corretta interpretazione della letteratura.

Che, a voler essere più cattivi, si sia voluto consapevolmente ridurre EBM e EBHC a "informatizzazione, uso di banche da parte di operatori finalmente familiarizzati con checklist di valutazione attente alla metodologia, ma incapaci di leggere la rilevanza dei quesiti", per annacquare le implicazioni più radicali in termini di modifica del fondamento del rapporto medico-paziente e utente-servizio sanitario.

È nel contesto di questo dibattito, rimasto molto tra gli addetti ai lavori, a parte qualche eccezione, che è esploso il caso Di Bella.

Come detto e sostenuto in varie analisi apparse sull'argomento, tale evento può essere letto esclusivamente come un segnale molto negativo dell'incapacità del mondo scientifico, culturale, politico e sanitario italiano di sostenere la sfida della EBM e della EBHC, o piuttosto come la tappa di un percorso difficile, doloroso e dall'esito, tutt'altro che scontato, verso un effettivo passaggio dall'autoritarismo/paternalismo tipico della medicina ad una sua trasformazione in senso di maggiore autorevolezza, fondamento scientifico e trasparenza di regole e di comunicazione.

Prima di tentare qualche riflessione conclusiva sulla natura di brutto risveglio o di "empasse inevitabile ma, tutto sommato, transitoria" del caso Di Bella in relazione a EBM e EBHC, è necessario entrare, per quanto schematicamente, nel merito dell'altro termine chiave su cui vorremmo concentrare la nostra attenzione: la "Libertà di Cura".

La vicenda Di Bella ha portato prepotentemente alla ribalta il concetto di "Libertà di Cura". È sembrato opportuno quindi cercare di chiarirne i significati per comprendere quanto esso possa essere oggetto di confusione e, soprattutto, portatore di una cultura agonista o antagonista con quanto detto sin qui a proposito di EBM e EBHC.

Recentemente Santosuosso ha affermato, in un saggio appena pubblicato dal Pensiero Scientifico, che la libertà di cura è "..... un diritto fonda-

La libertà di cura

mentale di ogni individuo se la si intende come assenza di un obbligo a curarsi con qualsiasi metodo, efficace e inefficace, ufficiale o alternativo

La libertà di scegliere di non curarsi, di lasciare che la malattia segua il suo corso fino al totale rifiuto di sottoporsi a qualunque cura, è parte del diritto fondamentale dell'individuo ad auto-determinarsi.

Tutta la discussione esplosa a proposito del caso Di Bella, rispetto al presunto diritto di libertà di cura, origina in parte da questo principio, ma si basa su conclusioni che sono, come si vedrà, inaccettabili.

Se il primo principio — quello cioè di sottrarsi a cure che non si ritiene di voler ricevere — è un diritto inalienabile per ognuno, la sua estensione all'idea che si abbia diritto a ricevere un qualcosa (nel nostro caso specifico un trattamento), da qualcun altro (in questo caso lo Stato attraverso il Servizio Sanitario Nazionale), non è accettabile, se non a certe condizioni. In questo secondo caso, infatti, poiché si tratta di ricevere qualcosa da altri (la collettività) è necessario accettare di doversi confrontare con criteri di natura tecnico-scientifica ed economica, il che quindi rende meno direttamente ottenibile per via giudiziaria il soddisfacimento di quello che si ritiene un diritto.

In altre parole il *diritto di ricevere* deve fare i conti con valutazioni di tipo tecnico-scientifico che dovrebbero rispondere, in primo luogo, ad una valutazione di efficacia relativamente alle "altre alternative disponibili".

Affermare la libertà di cura, vuol dire difendere l'idea che non esista un sistema morale o una visione filosofica che possa essere fatta valere per l'intera umanità. Una visione unica dalla quale possano discendere norme eguali per tutti.

Ecco perché, a livello giudiziario, diviene impossibile imporre in modo coatto scelte ispirate ad una determinata visione morale.

Affermare la libertà di cura significa anche negare l'attribuzione di un valore normativo intrinseco alla medicina. Il medico non è colui che può decidere "per conto di" ma è piuttosto colui che "..... mette a disposizione il proprio sapere per".

Non ci si deve peraltro nascondere che il principio della libertà di cura si è andato diffondendo proprio nel momento in cui, cresciute le alternative terapeutiche, disponibili per affrontare uno stesso problema sanitario, è contemporaneamente cresciuto il livello di informazione e di consapevolezza della popolazione nei confronti della assistenza sanitaria. Certamente questo fatto genera notevoli sbandamenti e contraddizioni soprattutto in coloro che credono e si battono per una maggiore partecipazione del paziente alle scelte assistenziali che lo riguardano.

In realtà il discorso va completato con una seconda considerazione fon-

damentale: senza un adeguato livello culturale e di informazione non esiste libertà di cura.

I medici sono i primi a rivendicare la "Libertà di Terapia" nel loro codice deontologico. Tale rivendicazione, va intesa nel senso di un'"autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico" (art. 12), fino a prevedere la possibilità del rifiuto nel caso che "...vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico" (art. 19).

Il problema del rapporto tra autonomia del medico e scelte del Ssn, se queste ultime sono corrette e difendibili sul piano della valutazione scientifica, non può risolversi in una contrapposizione sulla base di una generica e radicale libertà di terapia. Se da una parte al medico deve essere garantita la possibilità di dissentire da linee-guida eventualmente troppo stringenti e limitative, ad essi non può essere garantita una immotivata libertà di terapia a spese e carico della collettività. Si dirà che una rivendicazione così piena e radicale di autonomia professionale trova la sua giustificazione nobile nella opposizione a qualunque asservimento politico statale della medicina, ma non vi è tuttavia dubbio che l'irruzione ufficiale di questo modo di pensare farà sempre di più crescere la conflittualità tra i diritti del paziente e le possibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Quanto schematicamente richiamato sopra, fa emergere la necessità di articolare percorsi e programmi che abbiano una profonda impronta culturale, oltreché tecnica per garantire un effettivo impatto della EBM e della EBHC. Non sarebbe infatti né corretto né pensabile muoversi come se i cambiamenti profondi, di atteggiamento e di comportamento, che sono richiesti per garantire ai cittadini un'assistenza efficace e consapevolmente scelta, possano essere determinati solamente da scelte politico-organizzative o da investimenti tesi a migliorare il contenuto tecnico della preparazione dei professionisti della sanità.

Volendo concludere, quindi, si identificano almeno due domande che, ad avviso di chi scrive, richiedono un più urgente tentativo di risposta.

"È possibile conciliare rigore scientifico, umanizzazione delle cure e libertà di scelta?"

Questa domanda apparirà meno banale di quanto possa sembrare, se si pensa, con specifico riferimento alla vicenda Di Bella, al percorso, relativamente recente, della disciplina della oncologia medica e di quel gruppo di professionisti ("gli Oncologi") che proprio i fatti di questi ultimi mesi hanno fatto apparire come una "casta" della medicina.

Non vi è dubbio che, se si rivisita lo sviluppo della ricerca clinica degli ulti-

**Alcune domande
che necessitano
risposte
convincenti**

mi 20-30 anni, la cosiddetta "oncologia medica" merita di essere annoverata tra le specialità che più rapidamente hanno accettato i moderni criteri della ricerca clinica (l'importanza delle rigorose valutazioni comparative di efficacia, i trials clinici, la messa a punto ed osservanza di protocolli di comportamento, ecc.). Persino il riconoscimento della importanza di affiancare alle sole valutazioni biologico-cliniche rigorose misurazioni dell'impatto dei trattamenti sulla "qualità della vita" dei pazienti, pur se ancora frequentemente ignorato nella realtà, ha trovato proprio tra le file degli oncologi i più convinti sostenitori. Certamente negli ultimi venti anni la valutazione e lo sviluppo dei trattamenti di chemio e ormonoterapie, di terapie di supporto, ecc, è avvenuto nella grande maggioranza dei casi mediante l'uso delle sperimentazioni cliniche. Come mai, allora, una disciplina che — almeno rispetto a tante altre della medicina ufficiale — ha saputo rapidamente attrezzarsi sul piano metodologico, ha finito per assumere agli occhi della gente il simbolo della disumanizzazione e della incapacità di farsi carico delle sofferenze dei malati? Era, in altre parole, inevitabile che l'accettazione della rigore scientifico nei comportamenti dovesse comportare disumanizzazione? Chi garantisce, peraltro, che la sola umanizzazione delle cure garantisca un'adeguata protezione per il paziente dalla possibilità di ricevere trattamenti inefficaci o dannosi?

Nella società contemporanea, l'esercizio effettivo dei diritti di cittadinanza e la possibilità reale per gli individui di difendersi da eventuali abusi comportano un'efficace diffusione della conoscenza scientifica, perché ciascun cittadino sia messo in grado di comprendere e, quindi, di valutare autonomamente, benefici e rischi. In medicina è noto che la "asimmetria informativa" del rapporto medico-paziente e la particolare situazione di *emergenza emotiva* che contraddistingue momenti come la comunicazione della diagnosi, l'assunzione di scelte relative alla propria salute, ecc., determinano una particolare difficoltà all'esercizio di un reale diritto di partecipazione al processo decisionale. Proprio per questo la volontà e disponibilità di far migliorare questa situazione, mettendo in discussione la tradizionale separazione ed autoritarismo del potere medico, rappresenta il miglior indicatore della buona fede di una categoria intera di operatori sanitari. In attesa che il mondo della oncologia dia segni visibili di ravvedimento in questa direzione, rispetto ad esempi totalmente di segno contrario, dati in epoca anche molto recente, resta da sperare che si inizi a capire il legame profondo tra umanizzazione delle cure e sforzo reale di garanzia di partecipazione del cittadino/malato alle scelte.

Chi si incarica di formare/informare il pubblico ed i pazienti?

Se quanto detto nelle righe appena precedenti è vero, ne consegue che

non porre tra le priorità di intervento la messa in atto di iniziative di natura sociale, politica e tecnica mirate a migliorare la cultura generale e a creare le condizioni vere di diritto alla informazione partecipata e, soprattutto, all'informazione mirata alla responsabilizzazione del malato, significa candidare a sicura sconfitta EBM e EBHC.

Già parlando di Libertà di cura si ricordava come l'esercizio cosciente delle prerogative di scelta di ogni individuo non possa realmente esistere in assenza di una adeguata informazione. Quest'ultima, deve peraltro non solo essere adeguata, ma anche attendibile ed indipendente. Il Piano sanitario nazionale appena varato riconosce, qui e là, l'esigenza di un programma di informazione/formazione del pubblico, ma fa ancora troppa confusione tra una informazione di tipo passivo (del "così è, se vi pare" come quella tipica delle "carte dei servizi", per intenderci) ed una "informazione per la responsabilizzazione e l'assunzione di decisioni".

Chi si sta muovendo più seriamente di quanto si stia facendo in Italia nella implementazione della EBM e EBHC sta, non casualmente, facendo molti investimenti per quanto riguarda la promozione di una cultura della efficacia da parte dei cittadini.

Continuando ad avere una buona dose di ottimismo (soprattutto "della volontà"), si possono concludere queste schematiche riflessioni dicendo che le contraddizioni esplose in modo drammatico nei mesi scorsi (tra l'idea e la cultura della "medicina e l'assistenza sanitaria delle prove" che tende a sottolinearne i limiti e rischi, oltreché i benefici, e le crescenti aspettative nei confronti di una medicina ufficiale, da cui si pretende la sconfitta della morte, pronti ad abbandonarne anche i fondamenti quando ci si accorge che essa è ben lontana dal poter garantire tale obiettivo), non sono completamente insanabili. Non lo sono anche se i diversi livelli dai quali dovrebbero provenire le risposte a questo stato di cose sono certamente in una difficile fase di crisi e transizione.

Sono infatti certamente in crisi i modelli epistemologici generali che dovrebbero dare senso alla medicina. Si pensi, ad esempio, alle stentate conclusioni del recente convegno internazionale (luglio 1997, Napoli) "The Goals of Medicine". Sono in crisi i sistemi sanitari che, pressati dalle compatibilità economiche, devono scegliere a quale modello (etico prima ancora che tecnico) affidare le inevitabili scelte di restrizione della offerta di servizi e prestazioni. È in crisi, infine, anche il modello di medicina clinica paternalistica, autoritaria e di basso contenuto scientifico che, fino a poco tempo fa, aveva tuttavia resistito, anche perché non particolarmente pressata da verifiche di fondo. Le condizioni per una risoluzione in positivo, cioè per una medicina ed assistenza efficace che garantisce una partecipazione informata al paziente ed al cittadino, ci sono, ma sono

per la verità, molto difficili. Sono infatti richiesti impegni a diversi livelli:

- a) a livello *macro* dei sistemi sanitari per investire in conoscenza, cultura, informazione e meccanismi di trasferimento e verifica;
- b) a livello intermedio, per creare partnership virtuose — che sono peraltro rese un po' più realistiche dal fatto che tutte le parti in causa hanno potenzialmente da perdere da una involuzione a libero mercato selvaggio dei sistemi sanitari — tra le forze che agiscono nel mercato della sanità (industria farmaceutica, settore assicurativo, ecc.), capaci di mantenere una coerenza interna al sistema assistenziale;
- c) sul piano più *micro* degli operatori e delle associazioni dei cittadini e dei pazienti, per far crescere la cultura dell'efficacia e della tutela della salute.

In mancanza di queste condizioni minime, il grande potenziale innovativo di EBM e EBHC rischia di provocare, dopo grandi entusiasmi iniziali, grandi delusioni, lasciando spazio non ad una effettiva libertà di cura, ma ad una mancanza di tutela per la gran parte dei cittadini.

2.6.2. Medicina basata sulle prove e aspetti etici dell'assistenza sanitaria

Probabilmente uno degli aspetti più intricati della medicina moderna è il conflitto tra l'uso di conoscenze derivanti da studi di popolazione e l'assunzione di decisioni su scala individuale. Sia le decisioni cliniche sia l'allocatione delle risorse si basano su conoscenze derivate dallo studio di popolazioni: indagini di epidemiologia clinica nel caso della decisione clinica individuale, e diverse sorgenti di informazione (incluso il Technology Assessment e le valutazioni economiche) nel caso dell'allocatione delle risorse. Il riferimento agli studi su base di popolazione significa che le scelte sono riferite a un individuo medio, con una risposta clinica media e bisogni medi. La bellezza e la difficoltà della medicina clinica sono in relazione proprio al trasferimento di conoscenze desunte da popolazioni a scelte che riguardano i singoli individui. Il buon medico è colui che è in grado di ottenere il miglior compromesso tra le risorse disponibili, gli standard professionali (basati sulle prove) e la personalità e i bisogni del singolo paziente, in una mescolanza di aspetti soggettivi e oggettivi. Secondo Muir Gray le tre verità eterne dell'assistenza sanitaria sono "prove, valori e risorse", di nuovo esprimendo una tensione tra gli aspetti individuali e quelli collettivi.

Per un lungo periodo la medicina è stata basata su osservazioni sporadiche dei pazienti, spesso caratterizzate dall'assenza di tecniche formali di campionamento, su una raccolta distorta di informazioni e su una sotto-stima dell'errore di misura. Le sperimentazioni controllate e randomizzate furono introdotte negli anni '40 con il lavoro pionieristico di Bradford Hill, e rappresentano lo strumento tecnico corretto per ottenere prove di efficacia dei trattamenti.

Più recentemente, la Medicina basata sulle prove di efficacia (Evidence-based Medicine, EBM) è divenuta popolare tra clinici ed epidemiologi come strumento per facilitare il trasferimento della ricerca scientifica nella pratica clinica. I principi dell'EBM includono: l'uso di stime quantitative dell'efficacia, e dei relativi intervalli di confidenza; il riferimento alle sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate (RCT) come lo standard aureo delle prove mediche; la conduzione di rassegne sistematiche delle prove, usualmente basate su meta-analisi (si veda per esempio la Cochrane Library); l'uso di punteggi per assegnare un livello qualitativo degli studi; la ricerca di distorsioni legate alla pubblicazione selettiva (publication bias) e altre forme di distorsione; e un approccio sistematico e razionale al trasferimento della ricerca nella pratica (linee-guida basate sulle prove).

**La medicina
basata sulle prove**

In breve, l'EBM consiste (a) nella conduzione di rassegne sistematiche delle prove scientifiche; e (b) nello stabilire regole formali per l'uso delle prove scientifiche nelle decisioni cliniche, per esempio attraverso l'elaborazione di linee-guida per la pratica clinica. Dovrebbe essere chiaro che (a) e (b) sono due passi distinti: (a) è principalmente basato sui principi scientifici per il riconoscimento di relazioni causa-effetto, mentre (b) include criteri extra-scientifici, come il riferimento ai valori e alle risorse (si ricordi la triade di Muir Gray). Tipicamente, il livello (a) consiste di una meta-analisi degli studi clinici randomizzati disponibili, mentre il livello (b) conduce a raccomandazioni pratiche. Come suggeriscono per esempio le raccomandazioni dell'American Association for Clinical Oncology (ASCO), un elevato livello di prove scientifiche può essere seguito da un basso livello di raccomandazione (per esempio perché il farmaco è costoso, o non tollerato dai pazienti) e viceversa. Pertanto, è necessario riconoscere una tensione tra prove e valori quando si usa l'EBM per sviluppare linee-guida per la pratica clinica.

È mia opinione che in effetti la distinzione tra valutazione sistematica delle prove e processo decisionale sia essenziale. Benché il processo decisionale debba essere chiaramente basato sulle prove (sul principio del "grado-di-evidenze"), l'azione pratica può essere decisa anche con un basso grado di prove, a seconda delle circostanze. Per fare un esempio, alcuni farmaci sono stati banditi anche se vi era un semplice sospetto — basato su descrizioni di singoli casi — di un effetto tossico (cioè sulla base di prove deboli), poiché i benefici erano modesti o assenti: è questo il caso dei gangliosidi e della comparsa di sindrome di Guillain-Barré. I principi importanti che sono sottintesi all'EBM sono quelli di prendere in esame e riassumere tutte le prove disponibili, di evidenziare le aree in cui le prove sono inesistenti o carenti, e di usare le prove migliori nel processo decisionale.

La maggior parte delle rassegne sistematiche della letteratura medica usano misure relative di efficacia (come l'Odds Ratio) (si vedano per esempio le meta-analisi contenute nella Cochrane Library). Tuttavia, una semplice misura di efficacia relativa può essere fuorviante: benché sia appropriata per stabilire se vi è una relazione causa-effetto fra trattamento ed esito clinico, non è utile per misurare l'impatto di una pratica clinica a livello di popolazione.

Immaginiamo che un intervento riduca la mortalità del 20% (Odds Ratio=0.80). Se il rischio assoluto di morire per quella causa nella popolazione studiata è dell'1%, allora la riduzione assoluta del rischio è di 0.002 (cioè 1% moltiplicato per 20%): l'intervento sarà in grado di evita-

re 2 morti ogni mille persone trattate. Se il tasso di mortalità è invece 30%, allora le morti evitate saranno 30% per 20%, cioè 6%; eviteremo dunque 6 morti ogni 100 persone sottoposte all'intervento. L'inverso delle morti prevenute è il Numero che è Necessario Trattare (NNT), che è $1/0.002 (=500)$ nel primo esempio e $1/0.06 (=17)$ nel secondo esempio. In altre parole, sarà necessario trattare 500 soggetti per evitare una morte nel primo caso e solo 17 nel secondo caso. Chiaramente, l'NNT veicola molta più informazione dell'Odds Ratio, in quanto include la frequenza assoluta dell'evento che si intende prevenire, in questo caso il tasso di morte. Benché l'efficacia relativa dell'intervento sia la stessa, la sua efficienza — legata al consumo di risorse — è molto maggiore per il secondo caso. Tuttavia, per il singolo paziente questo ragionamento non è perfettamente comprensibile, perché per lui/lei vi sarà sempre una riduzione del rischio di morte del 20%.

Secondo lo stesso ragionamento, Geoffrey Rose, in un importante libro intitolato *Le strategie della prevenzione* ha sottolineato che ci dovremmo attendere vantaggi maggiori, nella politica preventiva, da strategie mirate ad ampi settori della popolazione anziché a piccoli gruppi ad alto rischio. L'idea di Rose è semplice e tipicamente utilitaristica sul piano morale: la vasta maggioranza dei casi di malattia non si verifica nella minoranza di soggetti che hanno rischi estremi, ma in coloro che hanno rischi medio-bassi. Questo significa che gli interventi più efficaci sono quelli che diminuiscono di poco il rischio (relativo) individuale, ma diminuiscono molto il rischio (assoluto) nella popolazione. La tabella 1 mostra come diverse misure di efficacia presentano un quadro diverso dei benefici di due pratiche cliniche: la riduzione del rischio relativo (RRR) suggerisce che la mammografia ha un beneficio molto maggiore nel ridurre la mortalità da cancro della mammella, mentre l'NNT è molto più favorevole per la riabilitazione cardiologica (31 soggetti da trattare per avere un evento favorevole, verso 1592).

Tabella 1

	MAMMOGRAFIA	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA
RRR	34%	20%
ABSOLUTE RISK REDUCTION	0.06%	3%
%EPISODE-FREE PATIENTS	99.8 vs. 99.82%	84 vs. 87%
NNT	1592	31

La tabella 2 mostra che diverse pratiche cliniche hanno NNT radicalmente diversi (cioè diversi impatti sulla popolazione), e anche che queste diversità dipendono dalle caratteristiche delle popolazioni che vengono studiate.

Tabella 2**NNT per diversi tipi di pratiche cliniche**

ENDARTERECTOMIA CAROTIDEA	9
IPERTENSIONE GRAVE	15
IPERTENSIONE MODERATA	700
IPERTENSIONE MODERATA OLTRE 60 ANNI	18
TRATTAMENTO DELL'ANGINA	25
ASPIRINA NEI MEDICI AMERICANI	
ASINTOMATICI (prevenzione di eventi coronarici)	500

Il conflitto tra individuo e popolazione ha molte sfumature, come espresso nella Tabella 3 da Muir Gray.

Tabella 3. Da Muir Gray, modificata

Pratica clinica	Sanità pubblica
Rivolta agli individui	Rivolta alle popolazioni
Trattamento di soggetti sintomatici (che si sentono male)	Trattamento di asintomatici (che si sentono bene)
Basso NNT	Alto NNT
Decisioni specifiche per l'individuo	Decisioni comuni a una popolazione
Difficile produrre sistemi e linee-guida	Facile produrre sistemi e linee-guida

Il libro di Muir Gray sull'assistenza sanitaria basata sulle prove è un tentativo di ricorrere sistematicamente alle prove scientifiche per effettuare scelte competenti ed efficaci nella sanità. L'idea generale del libro è che la migliore politica sanitaria è quella che offre le pratiche cliniche più efficaci nel modo più efficiente possibile ai pazienti che ne possono beneficiare di più.

Ma chi sono i soggetti che ne beneficeranno di più? E chi sono coloro che non ne beneficeranno? Considereremo questo problema nei prossimi paragrafi.

Se consideriamo la descrizione delle missioni della Cochrane Collaboration, è presente un chiaro riferimento all'etica, con una particolare enfasi sul consenso informato:

“La Cochrane Collaboration è un'organizzazione internazionale che mira ad aiutare le persone a prendere decisioni ben informate circa l'assistenza sanitaria attraverso la preparazione, aggiornamento e promozione di rassegne sistematiche sull'efficacia degli interventi sanitari. I nove principi chiave cui la Cochrane Collaboration si ispira sono: La collaborazione, attraverso lo sviluppo di buone comunicazioni interne ed esterne, processi decisionali aperti e lavoro di gruppo. Costruire sull'entusiasmo degli individui, coinvolgendo e fornendo supporto a persone con differenti competenze e retroterra professionali. Evitare la duplicazione degli sforzi, attraverso una buona gestione e coordinamento per massimizzare

**Etica, EBM
e sanità
amministrata**

l'efficienza. Minimizzare le distorsioni, attraverso una varietà di approcci come il rigore scientifico, un'ampia partecipazione e la lotta ai conflitti d'interesse. L'aggiornamento, con un impegno ad assicurare che le rassegne Cochrane siano aggiornate attraverso l'identificazione e l'inclusione di nuove prove scientifiche. Un impegno per la appropriatezza, attraverso la promozione della valutazione di interventi sanitari che utilizzano esiti di interesse reale per i pazienti. Promuovere l'accesso, attraverso un'ampia disseminazione dei risultati della Collaborazione, traendo vantaggio da alleanze strategiche e promuovendo prezzi, contenuti e mezzi adeguati per rispondere alle esigenze degli utenti di tutto il mondo. Assicurare la qualità, essendo aperti e disponibili alle critiche, applicando metodologie avanzate e sviluppando sistemi per il miglioramento di qualità. Continuità, assicurando che la responsabilità delle rassegne, dei processi editoriali e delle funzioni chiave sia mantenuta e rinnovata".

Pertanto, nelle premesse dell'EBM è contenuto un forte impegno in senso etico, con l'enfasi posta sulla trasparenza, il rigore scientifico e i diritti degli utenti della sanità.

Tuttavia, il quadro è diverso se consideriamo gli usi dell'EBM nel contesto della sanità amministrata (Managed Care), una prospettiva leggermente differente. La Managed Care è un esempio di come una *terza parte* può esercitare un controllo sull'uso di servizi medici influenzando sul processo decisionale del paziente e sul rimborso delle cure. Questo sistema tende ad avere profonde influenze sull'autonomia professionale del medico e sull'autonomia decisionale del paziente. La Managed Care tende a riferirsi all'EBM per giustificare scelte basate sulle prove scientifiche. Tuttavia, numerosi argomenti potenzialmente rilevanti per l'etica possono essere sollevati. Un argomento importante è se le prove scientifiche siano egualmente disponibili per tutti i problemi rilevanti affrontati dalla Managed Care. Questo è chiaramente non vero: mentre sono disponibili un gran numero di RCT sui trattamenti farmacologici (per esempio il trattamento dell'infarto), la medicina d'urgenza e in generale i problemi organici, l'ammontare e la qualità delle prove scientifiche riguardanti altri livelli delle cure (supporto psicologico, deprivazione, reti di supporto sociale) sono molto inferiori. Questo dipende da ragioni obiettive (vi sono maggiori difficoltà nello studio degli argomenti citati, che si prestano poco al modello del RCT), soggettive (minore interesse da parte degli scienziati) e legate al mercato (investimenti minori o assenti da parte dell'industria). In aggiunta agli obiettivi di ricerca, anche diverse categorie della popolazione possono essere diversamente affette dalla Managed Care. Per esempio, uno dei principi della Managed Care è quello di basare le decisioni su indicatori di costo-efficacia come gli anni di vita guadagnati. Tuttavia, gli

anziani possono essere svantaggiati da questo approccio, considerato che possono trarre — in proporzione — minori benefici da trattamenti che prolungano la vita. Inoltre, vi sono prove del fatto che le sperimentazioni cliniche sono condotte preferenzialmente tra pazienti giovani. I maggiori trials sull'iperlipidemia (4S, CARE, LIPIDS) sono stati condotti in pazienti di 60-75 anni, ma in WOSCOPS il limite di età era 65 anni.

L'accesso alle cure è stato definito come "l'uso tempestivo di servizi sanitari per raggiungere gli esiti di salute migliori possibili a costi ragionevoli". Popolazioni particolari possono avere speciali problemi di accesso, per esempio gli anziani o i poveri. Vi sono vari modi in cui gli anziani possono essere affetti da problemi di accesso ai servizi medici: per esempio, nel caso dei tumori spesso sottostimano i loro rischi, e hanno una media di tre o più condizioni mediche croniche associate, una situazione che tende a disincentivare l'identificazione tempestiva di un tumore e a sconsigliare le attività di screening. Inoltre, la classe sociale è un potente determinante di un minore accesso ai servizi. La sopravvivenza per cancro della mammella può essere addirittura del 60% inferiore nelle classi sociali più basse rispetto a quelle più alte. Gli afro-americani tendono ad avere uno stadio più tardivo alla diagnosi, e questo fenomeno è quasi interamente spiegato dalla classe sociale.

Vi sono prove a favore dell'efficacia del supporto sociale?

Nonostante i conflitti potenziali tra l'etica e l'EBM, produrre prove scientifiche a favore dell'efficacia del supporto sociale e degli interventi non-farmacologici è un obiettivo importante e un modo per riconciliare l'EBM con l'etica. Un esempio è rappresentato dal supporto sociale per i bambini nati da madri ad alto rischio. I bambini nati in condizioni di svantaggio socio-economico hanno un rischio maggiore di incidenti, abuso e abbandono, e hanno maggiori problemi sanitari nell'infanzia. L'obiettivo di una revisione Cochrane era di valutare gli effetti dei programmi di assistenza che offrivano un supporto domiciliare alle donne che di recente avevano dato alla luce un bambino e che erano socialmente svantaggiate, in confronto con l'assenza di tale supporto aggiuntivo. Sono stati identificati 11 studi, che includevano 2992 famiglie. Vi era un trend verso un minor tasso di incidenti tra i bambini le cui madri ricevevano il supporto domiciliare (Odds Ratio 0.74, cioè una riduzione relativa del 26%). Apparentemente non vi erano differenze per l'abuso e l'abbandono. I bambini appartenenti al gruppo che riceveva un supporto avevano una maggiore probabilità di essere adeguatamente vaccinati.

**Popolazioni
particolari
e il problema
dell'accesso**

**Confini
della medicina
e false speranze**

Ancora riguardo agli aspetti etici dell'assistenza sanitaria, essi sono espressi in un modo molto chiaro da Daniel Callahan nel suo libro più recente (*False Hopes*), che esprime un punto di vista radicale ma coerente con tutta la sua precedente riflessione. Secondo Callahan la medicina deve ancora entrare nella sua terza era: la prima fu l'era della medicina pre-scientifica caratterizzata da "accettazione e rassegnazione"; la seconda è l'era della medicina scientifica, caratterizzata da una dipendenza dalla tecnologia e dalla coltivazione di "false speranze" (e dalla ambivalenza degli effetti, secondo una terminologia che Callahan prende a prestito da Jonas). La terza era, in cui dobbiamo ancora entrare, dovrà necessariamente essere un'era di sobrietà e di parsimonia, in base a considerazioni legate fundamentalmente allo sviluppo esponenziale delle tecnologie, e all'impossibilità di assicurarne l'accesso a tutti, con la conseguenza di gravi disparità sociali. La terza fase avrà dunque un grande bisogno di continue valutazioni di ciò che è efficace e ciò che non lo è nella pratica clinica, e dunque di un connubio tra l'epidemiologia clinica (medicina basata sulle prove di efficacia), l'economia sanitaria (una razionale allocazione delle risorse) e la bioetica (una giusta allocazione delle risorse), tutte discipline ancora largamente assenti nella formazione del medico. La medicina attuale propone soluzioni tecnologiche — spesso di dubbia efficacia — a problemi di natura sociale per i quali la società nel suo complesso non riesce a trovare risposta; e, creando false speranze, induce una cultura individualistica di cui vediamo molti segni, come per esempio la litigiosità giuridica nei rapporti tra medico e paziente: il primo in atteggiamento sempre più difensivo e dunque portato a un abuso di strumenti tecnologici, il secondo ansioso e potenzialmente insoddisfatto.

Conclusioni

L'EBM è basata su forti premesse etiche che riguardano la trasparenza e i diritti dei pazienti. Tuttavia, vi sono anche pericoli potenziali nell'EBM da una prospettiva etica: vi sono difficoltà nel trovare un compromesso bilanciato tra il ricorso a conoscenze su base di popolazione e i bisogni del paziente individuale; troppa enfasi viene posta sugli RCT come standard aureo, un punto di vista appropriato se consideriamo i trattamenti farmacologici, ma non se siamo interessati a interventi come il supporto sociale o psicologico (anche se alcuni trial randomizzati sono disponibili anche su questi temi, ci si chiede se questo sia il disegno dello studio più appropriato); l'uso dell'EBM per la Managed Care può introdurre diseguaglianze legate alla mancanza di prove adeguate e pertinenti per sot-

to categorie della popolazione, come gli anziani. Chiaramente questi argomenti richiedono particolare attenzione nel contesto dei mutamenti in atto nei sistemi sanitari europei.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 3

**QUADRO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO
DEL SISTEMA****3.1. AUTONOMIE LOCALI E SANITÀ****3.1.1 Dalle condotte mediche alle Unità sanitarie locali**

Le funzioni e il ruolo delle autonomie locali, e in particolare dei Comuni, nei confronti della tutela della salute e dei servizi sanitari hanno subito sostanziali variazioni nel tempo. Nei primi decenni del dopoguerra i Comuni italiani hanno diretta competenza su molti servizi territoriali, quali gli uffici di igiene, le condotte mediche ostetriche e veterinarie, la medicina scolastica, i servizi psicopedagogici, le farmacie comunali. Naturalmente la loro consistenza e qualità è molto diversa, soprattutto in rapporto alla dimensione e alla localizzazione dei Comuni.

All'inizio degli anni '70 vengono finalmente costituite le Regioni, cui sono gradualmente trasferite le competenze amministrative che la Costituzione loro riconosce, fra le quali quella sanitaria (1972, 1977). Il sistema delle autonomie locali è a sua volta interessato dalla normativa sulle comunità montane (1971), dalla istituzione dei consigli di circoscrizione (1976) e soprattutto dalla ridistribuzione delle funzioni operata dalla L. 382/75 e dal DPR 616/77.

In questi stessi anni una forte iniziativa sociale tocca anche il tema della salute e della sanità, genera significative esperienze sul territorio e nei luoghi di lavoro e stimola il legislatore nazionale e regionale ad introdurre nuove funzioni e servizi. Nascono così consultori, asili nido, servizi di medicina del lavoro, per le tossicodipendenze, per i portatori di handicap, per la salute mentale, che vengono via via inquadrati in prospettive più ampie ed integrate.

Comitati e poi veri e propri consorzi di enti locali (consorzi sanitari, o socio sanitari, di zona) in parecchie Regioni centro settentrionali esprimono l'impegno delle autonomie locali ad associarsi per operare più efficacemente per la salute e la sanità, anticipando così orientamenti che la legge di riforma tenderà poi a istituzionalizzare e generalizzare.

A fine 1978 viene infatti approvata la L. 833 che rinnova radicalmente il

**Il ruolo delle
autonomie locali**

**Una forte
iniziativa sociale
genera esperienze**

quadro delle istituzioni, delle funzioni e delle competenze sanitarie, con la costituzione del Ssn e la riunificazione delle funzioni sanitarie in capo alle USL, strutture operative dei Comuni singoli o associati e delle comunità montane che, in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del Ssn (artt. 10, c. 2 e 15, c. 1).

3.1.2 Comuni e Regioni nella riforma sanitaria

**La L. 833/78
in merito
al ruolo
dei Comuni**

In realtà la L. 833 sul ruolo dei Comuni in sanità rappresenta un compromesso fra opposte posizioni, con un dettato in parte ambiguo, in cui si giustappongono affermazioni di opposto segno.

Una serie di articoli (artt. 10, 13, 15, 65, 66), infatti, affermano che:

- tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera che non siano espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni sono attribuite ai Comuni, che le esercitano in forma singola o associata, mediante le USL, loro strutture operative;
- l'assemblea generale dell'USL è il consiglio comunale, nel caso di ambito territoriale monocomunale; l'assemblea generale dell'associazione dei Comuni, formata dai rappresentanti dei Comuni associati, nel caso di ambito territoriale pluricomunale; l'assemblea generale della comunità montana, nel caso di ambito territoriale coincidente con quello di quest'ultima;
- la legge regionale deve prevedere forme di preventiva consultazione dei singoli Comuni sulle decisioni di particolare rilievo dell'associazione di Comuni;
- è il Comune singolo o associato che espone la relazione annuale sullo stato dell'assistenza al presidente della giunta regionale;
- autorità sanitaria locale è il Sindaco;
- i beni dei soppressi enti mutualistici, ospedalieri ed altri enti relativi ad attività sanitarie, sono trasferiti al patrimonio del Comune in cui sono collocati, e così i rapporti giuridici;
- le USL non hanno personalità giuridica.

Questo complesso di affermazioni normative dovrebbe dare piena soddisfazione a quanti affermano che gli obiettivi di una valida tutela della salute possono essere perseguiti solo coinvolgendo e responsabilizzando il sistema delle autonomie locali. Ma i sostenitori di opposte posizioni possono loro contrapporre questi altri contenuti della stessa legge 833:

- gli ambiti territoriali sono stabiliti dalla Regione, mentre il Comune esprime solo un parere;

- la programmazione e l'organizzazione dell'USL è determinata dalla Regione e gestita da organi dell'USL che non sono parte del sistema comunale;
- le USL non sono dotate di personalità giuridica, ma hanno però una capacità giuridica idonea al perseguimento del loro fine;
- il loro personale è iscritto ai ruoli regionali e dipende funzionalmente, disciplinarmente e per la retribuzione dalle stesse USL;
- i finanziamenti statali sono assegnati direttamente alle USL;
- rispetto al patrimonio con vincolo di destinazione alle USL, il Comune, pur titolare, non può esercitare alcuna scelta discrezionale;
- al Comune non viene esplicitamente attribuito alcun potere di vigilanza sulle USL.

Questo secondo gruppo di norme non cancella il primo, ci mostra però che la normativa specifica in parte svuota le affermazioni di principio, definendo per le USL spazi e gestioni separate, rispetto alle quali il Comune non ha alcun potere giuridico, ma solo l'influenza politica che riesce nei fatti ad acquisire ed esercitare. Soprattutto per organizzazione, finanziamenti, spesa, personale, l'USL ha per interlocutore esterno la Regione, mentre il Comune ha un ruolo assai marginale¹.

3.1.3 Comuni e sanità negli anni '80: separati in casa

I limiti e le incertezze che la stessa L. 833 evidenzia nella declinazione istituzionale e operativa delle sue opzioni fondamentali, vengono amplificati negli anni seguenti dalla assenza già a livello nazionale di una gestione convinta e coerente delle riforme. Anche le Regioni nel loro complesso non assumono un ruolo traente.

La legislazione regionale di attuazione della riforma è tardiva e spesso piattamente ripetitiva. Solo alcune Regioni introducono elementi innovativi e dinamici, soprattutto sul terreno dell'integrazione socio sanitaria, costituendo appunto unità locali socio sanitarie, più collegate quindi ai Comuni e alle loro competenze socio assistenziali, di cui viene favorita la delega alle USL, per una gestione integrata. Così soprattutto Piemonte,

Negli anni
si amplificano
i limiti
della L. 833

¹ v. E. Ranci Ortigosa e altri, *L'Unità sanitaria locale: organizzazione e funzionamento*, Angeli, 1981.

Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Toscana. Sono le stesse Regioni che approvano proprie leggi socio assistenziali di riordino anche in assenza di una riforma nazionale.

Ancor più tardiva l'attività programmatica delle Regioni. Pochi i piani sanitari, e così quelli sociali, e anche questi poco gestiti e quindi poco efficaci.

Ai ritardi e alle debolezze normative, programmatiche e operative si aggiungono ricorrenti manovre rivolte ad evidenziare già in partenza la non agibilità del progetto riformatore, e l'esigenza quindi di rimetterlo in discussione e rivederlo radicalmente².

Sopravvengono altri elementi critici: più stringenti tensioni sulla spesa pubblica; crescenti diffidenze verso le gestioni pubbliche; accuse a politici e amministratori di lottizzazioni, sprechi, inefficienze, incompetenze, clientelismo e corruzione anche nella gestione della sanità.

Criticità reali e manovre strumentali convergono nel rimettere in discussione anche il ruolo delle autonomie locali in campo sanitario. Vengono così soppresse prima le assemblee generali (1986) e poi i comitati di gestione, cui subentrano amministratori straordinari di nomina regionale (1989).

Fra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 si susseguono vari progetti ministeriali e parlamentari, che, a seconda dei loro contenuti e della lettura che ne viene data, possono essere collocati in una strategia di correzione della riforma, o di controriforma.

**L'estromissione
dei Comuni
dalla gestione
dei servizi
sanitari**

Il confronto politico porta nel 1992 all'approvazione della legge di delega 421 e al successivo D.Lgs. 502, integrato nel 1993 dal D.Lgs. 517, che codificano e completano la estromissione dei Comuni dalla gestione dei servizi sanitari.

Si può osservare che la gran maggioranza dei Comuni ha abdicato al proprio ruolo nella dimensione sanitaria senza resistenza alcuna, anche perché da parte di essi non c'è mai stato in merito un reale coinvolgimento né un forte investimento. Nei fatti gli organi di gestione dell'USL sono altro da quelli del Comune; Sindaci e Giunte comunali generalmente non svolgono un ruolo determinante neppure nella elezione dei comitati di gestione, in cui l'elettorato attivo è dei consiglieri comunali e la regia è frequentemente direttamente partitica. L'USL insomma è di fatto altro e fuori dai Comuni, interlocutore esterno con cui i Comuni non trattano tematiche sanitarie, ma semmai quelle del coordinamento o dell'integra-

2 v. E. Ranci Ortigosa, *I disservizi sociali*, in R. Scartezzini e C. Tullio Altan (a cura di), *Una modernizzazione difficile*, Liguori, 1992.

zione fra funzioni e servizi socio sanitari dell'USL e loro funzioni e servizi socio-assistenziali. Anzi con l'accentuarsi delle difficoltà e delle critiche sulla sanità e la sua riforma, anche la estraniamento da tale ambito dei Comuni si accentua. La grande frammentazione e disomogeneità dei Comuni italiani e la diffusa refrattarietà all'associarsi concorrono certo a spiegare le loro timidezze, il loro disinteresse e talora il loro vero e proprio rifiuto al coinvolgimento sulle tematiche sanitarie, al di là di episodiche sortite localistiche. I Comuni avvertono evidentemente una propria inadeguatezza di scala, e ne traggono le conseguenze, anche se così abdicano alla rappresentanza delle loro comunità in ordine ad una componente essenziale del loro benessere. Anche fra i grandi Comuni, che potrebbero avere risorse e competenze più adeguate, poche sono le iniziative significative in materia³.

3.1.4 Regionalizzazione e aziendalizzazione nel D.Lgs. 502/92

D'altra parte, a diverso livello istituzionale, si va definendo in questi anni un patto fra Stato e Regioni, in base al quale queste assumono una sempre più diretta responsabilità finanziaria sulla sanità; e contestualmente viene loro riconosciuto non solo il ruolo normativo o programmatico, ma anche una competenza e un potere esclusivo sulla gestione e sul finanziamento dei servizi sanitari. Questi vengono infatti riorganizzati in aziende configurate come enti strumentali della Regione, dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Tali aziende sono gestite da un organo monocratico, il direttore generale, che detiene tutti i relativi poteri, è nominato dalla Regione e alla Regione risponde (art. 3 del D.Lgs. 502/92).

Nello stesso decreto pochi sono i riferimenti ai Comuni.

Richiamato il diritto dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio sanitario delle comunità locali nei confronti dell'azienda (art. 3, c. 1), il D.Lgs. 502/92 afferma che il Sindaco, o la conferenza dei Sindaci, definiscono nell'ambito della programmazione regionale, linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; esaminano i bilanci; verificano l'andamento generale dell'attività. Le loro eventuali osservazioni in merito vanno trasmesse al direttore generale e alla Regione.

**Le Regioni
assumono
responsabilità
finanziaria
sulla sanità**

3 E. Ranci Ortigosa, *L'organizzazione dei servizi nelle grandi città*, Giuffrè, 1986.

L'Ente locale, nella figura del Sindaco che la L. 142/90 individua come centrale, ha così una funzione di rappresentanza della domanda e di interessi sociali non sostenuta da poteri formali, ma affidata ad una eventuale capacità di convinzione o di pressione politica sul direttore generale e sulla Regione, in assenza comunque di qualsiasi supporto informativo e tecnico.

L'esercizio di tale funzione è reso peraltro ancor più problematico dalla dimensione provinciale indicata per le nuove aziende, che, per la sua ampiezza, ricomprende generalmente un gran numero di Comuni, che incontrano quindi grande difficoltà a relazionarsi fra di loro, a concordare contenuti e strategie, ad attuarle efficacemente.

Il nuovo assetto istituzionale non può che ulteriormente allontanare i Comuni dall'occuparsi della sanità se non in occasioni e con logiche che rischiano di cadere nel campanilismo, quali ad esempio le ricorrenti opposizioni alla chiusura o alla riconversione di presidi ospedalieri e di servizi in eccesso o inadeguati. E in effetti non solo quasi nessuno di essi realmente si avvale della facoltà di definire linee di indirizzo (fra le grandi città forse solo Torino fa eccezione), ma molti dei Comuni che hanno scala dimensionale significativa e quindi potenzialità di azione autonoma reagiscono mettendo in discussione la delega di funzioni e di servizi socio-assistenziali deliberata in passato a favore dell'USL per una gestione dei servizi socio sanitari pienamente integrata. Si possono citare le scelte in tal senso di Firenze e di Genova.

Il sistema sanitario si separa dagli altri sistemi

Nel complesso il sistema sanitario viene così a collocarsi in una posizione separata dal sistema delle autonomie locali e dal complesso delle altre politiche relative all'ambiente, al territorio, alle comunità locali, alle persone e alle famiglie.

Come momenti istituzionali di raccordo con le politiche complementari rimangono il livello nazionale e il livello regionale, che a loro volta producono peraltro normative e programmi spesso assai poco coordinati. Nella dimensione locale e gestionale i raccordi istituzionali sono debolissimi, mentre crescono i fattori di distacco e di separatezza.

3.1.5 Nuovi orientamenti su autonomie locali e salute

Alle esigenze incontrovertibili di governo della spesa e di miglioramento della funzionalità e dell'efficienza del sistema sanitario, si risponde quindi con scelte che comportano questi effetti critici, e rispetto ai quali nel complesso debole è la reazione delle autonomie locali, delle organizzazioni politiche e sociali, degli esperti, dei mass media. Si fatica a com-

prendere e far comprendere la "specialità" e "specificità" del bene tutelato, la salute; la molteplicità dei fattori e quindi delle politiche su di essa incidenti, e la necessità conseguente di una forte connessione fra di esse; il carattere del mercato sanitario e il suo squilibrio strutturale a favore dei "produttori" che richiedono che esso sia "amministrato" e che si possa contare su una espressione consapevole e organizzata dei bisogni e della domanda di salute; l'esigenza di responsabilizzazione e di iniziativa in tal senso delle autonomie locali rispetto ad un benessere delle popolazioni e delle famiglie di cui la salute è tanto componente che prodotto essenziale; l'importanza di una attivazione e partecipazione delle popolazioni in termini di educazione, promozione e protezione della salute, che richiede riferimenti anche istituzionali riconosciuti dalle popolazioni, presenti, attivi.

Gli obiettivi di efficienza, economicità, e innalzamento della qualità professionale, che in questi anni vengono fortemente tematizzati, devono quindi incontrarsi e comporsi con obiettivi di responsabilizzazione delle comunità locali, di valorizzazione delle risorse umane e sociali, di integrazione delle politiche e delle azioni organizzative e professionali, di partecipazione e controllo democratico sui temi della salute. Sono del resto punti di forza delle strategie e dei programmi dell'OMS in questo passaggio di millennio.

La rinnovata attenzione al ruolo delle autonomie locali nella tutela della salute è favorita anche da tendenze più generali della cultura e del confronto politico, orientate al federalismo e alla cosiddetta "sussidiarietà verticale", che trovano la loro più ampia traduzione nelle leggi e decreti Bassanini.

I limiti dei D.Lgs. 502 e 517 vengono quindi gradualmente evidenziati e si delineano progressivamente, negli anni '90, attraverso dibattiti e confronti, nuovi orientamenti di politica sanitaria, che trovano verso la fine degli anni '90 contestuale espressione nel Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 e nella legge 419/98 di delega al Governo per la razionalizzazione del Ssn e nel relativo decreto legislativo.

Senza mettere in discussione la piena responsabilità delle Regioni e delle direzioni aziendali nel governo e nella gestione dei servizi sanitari, piano sanitario, legge delega e decreto prospettano un loro esercizio più partecipato, a favore del quale possono venire addotte ragioni non solo di democraticità, ma anche di efficacia. L'esperienza concreta e la riflessione teorica evidenziano infatti che, senza il coinvolgimento e il consenso dei vari attori interessati, i processi programmatici e valutativi non riescono a procedere e conseguire i loro obiettivi.

Questa esigenza di coinvolgimento è particolarmente forte dove gli obiet-

**La rinnovata
attenzione
al ruolo
delle autonomie
locali**

tivi perseguiti, come la promozione e la tutela della salute, richiedono la convergenza di più politiche, sviluppate a più livelli di governo, e dove politiche e azioni presentano forti intrecci e anche evidenti sovrapposizioni, come accade appunto fra Comuni e aziende soprattutto nella vasta area del socio sanitario, ma non solo in questa.

Orientare ed investire su una programmazione strategica e partecipata, rappresenta certo una prospettiva innovativa, il cui successo è largamente affidato alla promozione e allo sviluppo di rapporti dialogici e di confronto aperto e dinamico fra Regione, aziende sanitarie e autonomie locali nei singoli contesti regionali.

A tal fine è essenziale che i Comuni singoli o associati, riacquisiscano una capacità di effettiva interlocuzione e negoziazione con le Regioni e le aziende, dotandosi anche delle risorse informative e dei supporti tecnici necessari a tal fine. Senza di queste non potranno andare oltre rivendicazioni localistiche, al di fuori di prospettive strategiche elaborate e coerenti. Va citata in proposito la legislazione recente di Regioni come la Liguria, ad esempio, che prevedono che le conferenze dei sindaci, a livello aziendale e locale, siano supportate da segreterie tecniche, in grado di svolgere funzioni istruttorie e consulenziali. Risorse di tal genere sono indispensabili per Comuni che intendono davvero assumere e svolgere le funzioni che vengono ora loro riconosciute dal decreto legislativo.

3.1.6 Piano sanitario e coordinamento delle politiche per la salute

Il Piano sanitario nazionale⁴, di impostazione profondamente innovativa e centrata sugli obiettivi di salute, afferma che gli interventi in merito ai determinanti non sanitari della salute (fattori ambientali, sociali, economici, ecc.) richiedono un coordinamento intersettoriale, a livello governativo regionale e locale, che deve tradursi in strategie condivise per obiettivi comuni, e che l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta quindi una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi.

**Integrazione
socio-sanitaria
tra Aziende
e Comuni**

Il Psn, anche in relazione ai nuovi e diversi compiti dei Comuni derivanti dalle previste modifiche alla disciplina del D.Lgs. 502/92, dedica specifica attenzione all'integrazione socio sanitaria nella programmazione e realizzazione degli interventi, da perseguire con intese fra le direzioni

⁴ DPR 23.7 Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, in G.U. 10 dicembre 1998 (in particolare pp. 77-79).

generali delle aziende sanitarie e le rappresentanze dei Comuni associati. L'integrazione socio sanitaria per il Psn va attuata e verificata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale. Al primo livello, quello istituzionale, va data risposta alla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse, e in particolare fra aziende sanitarie e amministrazioni comunali, che si organizzano e si raccordano con strumenti quali convenzioni e accordi di programma per perseguire comuni obiettivi di salute, in particolare a livello distrettuale.

Il Distretto è infatti la struttura operativa dell'azienda USL che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del Ssn, dei Comuni, della solidarietà sociale). La sua autonomia gestionale è realizzata nell'ambito dei programmi approvati dall'azienda, tenendo conto dei piani di zona dei servizi, definiti di comune intesa con le amministrazioni comunali.

3.1.7 Con la L. 419/98 opportunità nuove per i Comuni in sanità

Questi orientamenti del Psn in tema di integrazione delle politiche e dei servizi socio sanitari richiedono, per trovare ascolto e pratica attuazione, un sistema istituzionale rinnovato, in cui i diversi attori trovino una collocazione rispetto alla sanità più adeguata al loro ruolo. E' appunto uno dei temi che la legge delega ha assunto, e cui il decreto legislativo di attuazione della delega ha cercato di dare una risposta accettabile per i diversi interlocutori in campo, che ne potesse quindi favorire la collaborazione. L'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale che il Psn sollecita e promuove, ha infatti la sua cruciale premessa nel ruolo riconosciuto al Comune nei confronti dell'azienda USL, e che il Comune è chiamato a sua volta ad effettivamente assumere e gestire. Se i rapporti fra aziende USL e Comuni sono di estraneità o addirittura di antagonismo, con un conseguente approccio reciprocamente strumentale volto solo a estrarre risorse a proprio vantaggio o a scaricare oneri, anche l'integrazione fra sociale e sanitario continuerà infatti a regredire, come è accaduto in questi ultimi anni.

Il primo tema da ridefinire è quindi proprio la posizione del Comune nel sistema sanitario. Su questo, come è noto, in sede di definizione tanto della L. 419/98 di delega, che del decreto attuativo si è sviluppata una forte dialettica fra orientamenti e posizioni diverse: quelle che intendono soprattutto tutelare la responsabilità e il potere esclusivo sulle aziende del livello regionale di governo; quelle che intendono accentuare l'autonomia delle aziende e il profilo tecnico manageriale nella loro gestione; quelle

infine che intendono promuovere una maggiore integrazione delle politiche sociali sul territorio imperniata sul sistema comunale, quale momento rappresentativo riconosciuto delle comunità locali.

Il dettato finale della L. 419/98 esprime una esigenza di valorizzazione del ruolo delle autonomie locali, anche se con alcune riduzioni rispetto ad alcune formulazioni iniziali.

L'art. 2 al punto l), pone fra gli altri principi e criteri direttivi cui il governo deve attenersi nell'esercizio della delega:

- potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello regionale, anche con la costituzione di un apposito organismo, e a livello locale;
- potenziare il ruolo dei Comuni nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende USL e ospedaliere;
- prevedere la facoltà dei Comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione;
- mantenere comunque l'esclusione dei Comuni da responsabilità e funzioni di gestione diretta del Ssn.

Al successivo punto m) la l. 419/98 prevede la facoltà per le Regioni di creare organismi di coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane previste dall'art. 17 c. 7 della l. 412/90, aree che registrano situazioni di accentuata criticità di problemi e di sistemi sanitari, e rispetto alle quali i grandi Comuni rivendicano un loro specifico ruolo.

3.1.8 Il ruolo dei Comuni nel D.Lgs. 229/99

La legge delega, e così il successivo decreto legislativo, confermano quindi in linea generale alla Regione tutti i suoi poteri, ma prevedono che il loro esercizio nelle funzione programmatica e in quella di verifica si svolga in più diretto rapporto con i Comuni.

A tal fine il D.Lgs. 229/99 (art. 2, c. 1, 2 bis, 2 ter) prevede la costituzione con legge regionale di una Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito, per riproporre così fra Regioni e Comuni una modalità di rapporto analoga a quella già operante a livello nazionale fra governo e Regioni.

Fanno comunque parte di tale Conferenza per ogni azienda USL il Sindaco, o il presidente della conferenza dei sindaci, o il presidente di cir-

**Conferenza
permanente per
la programmazione
sanitaria
e socio-sanitaria**

coscrizione, a seconda delle dimensioni mono, pluri o infra comunali dell'azienda stessa. Ne fanno parte anche i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

La Conferenza per la programmazione esamina il progetto di piano sanitario regionale; verifica i piani attuativi metropolitani e delle aziende ospedaliere ed esprime eventuali osservazioni in merito; assolve nei confronti di queste aziende e dei loro direttori generali alle funzioni che il Sindaco e la Conferenza dei sindaci svolgono nei confronti delle aziende USL (che vengono qui di seguito richiamate), coinvolgendo in tal caso il Sindaco del Comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda. La conferenza per la programmazione esprime anche parere, nel termine tassativo di dieci giorni, sui procedimenti regionali volti a dichiarare la decadenza del direttore generale.

Il D.Lgs. 229/99 (art. 2, c. 1, 2 quinquies) impegna inoltre la legislazione regionale a disciplinare il rapporto fra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati. La disciplina regionale deve comunque prevedere il parere del Sindaco o della conferenza dei sindaci sulla verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai direttori generali e per ogni altra valutazione del loro operato. In caso di manifesta inattuazione del piano attuativo locale il Sindaco o la conferenza dei sindaci possono chiedere alla Regione la revoca o la non conferma del direttore generale.

L'impostazione si ripropone anche a livello locale. Il D.Lgs. 229/99 valorizza fortemente il livello distrettuale, che in Italia solo in poche realtà è riuscito realmente a consolidarsi, tanto come articolazione organizzativa fondamentale dell'azienda, con un suo budget, e nell'ambito di questo una sua autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria (art. 3, c., art. 3 quater), sue funzioni (art. 3, c. 3, art. 3 quinquies), un suo programma delle attività territoriali (art. 3, c. 3, art. 3 quater, c. 3), un suo direttore (art. 3, c. 3, art. 3 sexies), quanto come livello qualificato di rapporto istituzionale, grazie anche alla costituzione del comitato dei sindaci, e di integrazione organizzativa e operativa per i servizi socio sanitari. Il direttore di Distretto predispone il programma delle attività territoriali e, previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, lo propone al direttore generale che lo approva. Per le sole attività socio sanitarie egli deve non solo ascoltare il parere, ma ricercare una intesa con il comitato dei sindaci. Il testo originale richiedeva l'intesa per tutto il programma; la limitazione alle sole attività socio sanitarie è stata richiesta e ottenuta dalle Regioni.

La valorizzazione che il decreto fa del livello distrettuale e del rapporto

**Il D.Lgs. 229
valorizza
il livello
distrettuale**

con i Comuni, trova riscontro anche nel compito assegnato al direttore di distretto di supportare la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto (art. 3, c. 3, art. 3 sexies c. 2). La vastità delle attuali aziende USL comporta infatti il concorso di diversi ruoli e soggetti per l'attivazione e la gestione dei rapporti interistituzionali fra autonomie locali e sistema sanitario.

Tale vastità pone in parecchie Regioni anche il problema della eventuale identificazione di un livello intermedio di gestione, la zona (corrispondente alle tradizionali USL degli anni 80), e della conseguente imputazione a questa di quanto il decreto prevede per il distretto, configurando in conseguenza il distretto come mero ambito decentrato di esercizio di attività e di erogazione di prestazioni. L'alternativa è di configurare invece distretti notevolmente vasti, con forti articolazioni organizzative ed operative al loro interno. Il problema non è solo terminologico, ma anche istituzionale e organizzativo, soprattutto dove la vastità delle province tende a configurare una articolazione in sub aree (zone o distretti) a loro volta vaste, dove il rapporto con un notevole numero di enti locali diventa più complesso e difficile da gestire in modo significativo e produttivo.

3.1.9 L'integrazione socio sanitaria

La L. 419/98, al punto n), indica principi e criteri per l'esercizio della delega in tema di integrazione socio sanitaria:

- prevedere tempi, modalità, aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;
- disciplinare la partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali;
- stabilire principi e criteri per l'adozione di un atto di indirizzo e coordinamento che, in sostituzione del d.p.c.m. 8 agosto 1985, assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale.

Il D.Lgs. 229/99 non si spinge molto oltre, se non per una classificazione degli interventi. Esso infatti fa ampio rinvio all'atto di indirizzo e coordinamento, di cui all'art. 2 della L. 419/98, che individuerà le prestazioni da ricondurre alle tipologie indicate nel decreto (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto concerne aziende sanita-

rie e Comuni.

Per parte sua il decreto si limita a porre a carico dei Comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e a porre, a carico invece delle aziende USL e ricomprendere nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Il decreto affida infine alle Regioni il compito di disciplinare, sulla base dei criteri e principi della L. 419/98, i criteri e le modalità mediante i quali i Comuni e le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio sanitarie di rispettiva competenza.

La prima proposta governativa introduceva anche, accanto al direttore sanitario e amministrativo, la presenza di una direttore socio sanitario. Una ipotesi collocata a mezza via fra il direttore sociale, dirigente del dipartimento per le attività socio sanitarie (ASSI) della Lombardia e il direttore sociale di alcune altre Regioni, come il Veneto. Una proposta interessante, anche se avvertita come minacciosa dalle associazioni dei Comuni che paventano che essa prefiguri una loro espropriazione anche di funzioni e servizi sociali significativi, per una quasi forzosa loro integrazione nell'azienda USL. L'opposizione della gran parte delle Regioni ha spinto il governo a cancellare tale proposta nel testo conclusivo del decreto, che si limita ad affidare alle Regioni il compito di disciplinare forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria.

In tema di servizi e di integrazione socio sanitaria si delinea così dal versante sanitario un percorso che, combinandosi con la legge e i decreti Bassanini e con la attesa legge di riforma dell'assistenza (pdl Signorino) all'esame del Parlamento, potrà portare qualche elemento di chiarificazione su una questione quasi inestricabile. Da un lato infatti si vuole con norma giuridica scomporre le prestazioni per imputare distintamente funzioni e costi alla sanità e ai Comuni, dall'altro si riconosce che il percorso assistenziale per il soggetto interessato è e deve sempre più essere fortemente unitario, e richiede quindi interventi molto integrati e continuità assistenziale assicurata. Da un lato si cerca di distinguere, quindi, dall'altro si riconosce che è essenziale unire.

Riduzioni e scomposizioni amministrative e finanziarie incontreranno quindi sempre limiti e controindicazioni. Non si tratta allora di stabilire cosa è "veramente" sociale e cosa è "veramente" sanitario, perché queste qualifiche rappresentano categorie di analisi di una realtà umana unitaria, ma solo di concordare chi deve pagare che cosa, e come integrare, come assicurare cioè la convergenza e la collaborazione delle risorse, e soprattutto di quelle professionali, sul "caso assistenziale".

**Il direttore
socio-sanitario:
pro e contro**

Saranno quindi opportuni e utili criteri convenzionali e accordi che soprattutto siano di semplice applicazione, per non interferire troppo negativamente sui processi assistenziali.

Tale prospettiva potrebbe portare a una imputazione e partecipazione finanziaria dei diversi interlocutori istituzionali concordata globalmente su sistemi di servizio operativamente integrati. Accordi a livelli regionali o locali potrebbero allora già tendere ad un obiettivo del genere, riducendo così drasticamente i condizionamenti negativi che le attribuzioni di spese specifiche, sul singolo servizio, sulla singola prestazione, oggi comportano, a danno dell'integrazione socio sanitaria e della continuità assistenziale.

Gli interlocutori in campo, dopo la completa responsabilizzazione finanziaria delle Regioni sulla sanità, e quella dei Comuni sul socio assistenziale, e una volta introdotto il possibile concorso dei Comuni alla spesa sanitaria per elevare i livelli qualitativi della stessa assistenza, sono Regioni, aziende sanitarie e Comuni. Fra di essi vanno maturate prospettive e intese adeguate, con un compito di stimolo e orientamento che il governo centrale è chiamato a svolgere.

3.1.10 Comuni e livelli di assistenza aggiuntivi

**I Comuni
assicurano
livelli
di assistenza
aggiuntivi**

Abbiamo appena accennato al tema della partecipazione dei Comuni alla assistenza sanitaria con il conferimento di risorse proprie. La L. 419/98, come abbiamo visto, prevede (art. 2, c. 1, lett. l) per i Comuni la facoltà di assicurare livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla programmazione regionale, assegnando risorse proprie.

Questa facoltà è ripresa dal D.Lgs. 229/99 (art. 2, c. 2 sexies, punto h) solo per affidare alla disciplina delle Regioni le modalità con cui le aziende USL e ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai Comuni. Francamente una attenzione inadeguata alla novità del fatto, collegabile forse alla traduzione tendenzialmente "prudente" che il decreto ha fatto delle indicazioni offerte dalla legge delega in ordine al ruolo dei Comuni. Va in proposito richiamato che la spoliazione di ogni ruolo gestionale dei Comuni nella sanità è stata legata anche alla loro irresponsabilità economico finanziaria. Occorreva allora chiarire se ad una loro assunzione di corresponsabilità in questa dimensione potesse seguire un loro parziale coinvolgimento nella gestione. Facoltà questa che ben difficilmente le Regioni saranno portate a sancire, perché verrebbe a interferire e in parte a ridurre un loro potere quasi esclusivo.

Questo genere di partecipazione dei Comuni ha una qualche connessio-

ne anche con la facoltà ad essi riconosciuta di assegnare risorse proprie a fondi integrativi istituiti da loro regolamenti o alla cui gestione essi concorrano.

Fra le fonti istitutive dei fondi integrativi il decreto legislativo (art. 9) individua infatti anche i regolamenti di Regioni, enti pubblici ed enti locali. Dopo aver indicato l'ambito di applicazione dei fondi integrativi, lo stesso decreto afferma che essi sono autogestiti; che possono esser affidati in gestione mediante convenzione a istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o socio sanitario da almeno cinque anni; che Regioni ed enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione di questi fondi.

I Comuni, singoli o associati, potrebbero insomma creare dei fondi integrativi per tutti i loro cittadini, o per quelli che intendono parteciparvi, per assicurare loro più qualificati livelli di servizi nell'ambito di applicazione dei fondi integrativi, stipulando accordi e convenzioni con le aziende USL e ospedaliere o con altri erogatori di servizi sanitari e socio sanitari.

Potrebbe essere anche questa una via per porre in rapporto circolare le attese delle comunità locali in campo sanitario, la disponibilità a conferire risorse allo scopo, il controllo democratico sul buon uso di queste risorse. Storie e tradizioni locali, livelli di benessere, partecipazione sociale e civile, culture della salute possono condurre a scelte locali legittimamente e anche opportunamente differenziate, tali da qualificare in senso virtuoso il rapporto circolare sopra tratteggiato. Il dettato della legge delega apre forse delle prospettive in tale direzione che il decreto delegato non ha pienamente ripreso, declinato, reso operativo.

3.2. OBIETTIVI DI GOVERNO E DI PROMOZIONE NELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Il modello di programmazione privilegiato: i riferimenti normativi

Valorizzazione del ruolo delle Regioni

Il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 attribuisce alla programmazione un ruolo decisivo, riconfigurando l'articolazione del processo di formazione del Piano e le sue funzioni definite dai decreti legislativi n.502/92 e 517/93. Risulta valorizzato il ruolo delle Regioni e la loro responsabilizzazione non solo a livello finanziario, l'attività di indirizzo attribuita ai Comuni, l'esigenza di un raccordo intersettoriale al fine di contrastare i determinanti economici e sociali che influenzano lo stato di salute della popolazione.

Mutano le procedure di formazione del Piano, attraverso una più organica e rigida definizione dell'articolazione dei livelli programmatori, della fase ascendente e discendente. La semplificazione e la delegificazione dell'iter di approvazione del Piano avviata con la L. 595/85, trovano ulteriore sviluppo, in particolare, con le procedure individuate dal decreto per l'approvazione dei progetti-obiettivo e con l'affidamento a successivi documenti di Piano di linee programmatiche in ambiti più circoscritti.

Il quadro normativo definisce rigidamente i processi di formazione del piano, mentre sul piano della definizione degli obiettivi specifici e delle azioni lascia ampia autonomia ai soggetti decisionali che compongono il Sistema sanitario nazionale.

Competenze del Psn

Il Piano diventa una modalità esclusiva di governo e le competenze ad esso attribuite non possono essere svolte in altra sede decisionale, le indicazioni del Piano sanitario nazionale si applicano anche alle regioni che non abbiano predisposto il Piano sanitario regionale.

La definizione organica dei processi di formazione del piano, la previsione di forti sanzioni per le inadempienze che si dovessero verificare, introducono nel sistema programmatorio sanitario significative innovazioni.

Muta, ancora più radicalmente, il contesto nel quale la programmazione si afferma, la sua funzione, l'equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali.

Alla rigidità del percorso di formazione delle decisioni strategiche si accompagna una flessibilità di contenuti, di modalità attuative affidate alle leggi regionali, la valorizzazione di obiettivi e strumenti programmatori capaci di accrescere l'autonomia e la capacità decisionale dei singoli soggetti che compongono il sistema sanitario; secondo una più limitata logi-

ca conformativa.

Dal quadro normativo emerge l'esigenza di delineare documenti di piano attraverso il coinvolgimento di una pluralità di soggetti — pubblici, privati, operanti in altri ambiti settoriali ritenuti rilevanti nella cura e nella promozione della salute — compatibili con gli ambiti di autonomia che la norma legittima e incentiva e con meccanismi di allocazione delle risorse che consentono, pur regolando con indicazioni più puntuali rispetto ai decreti legislativi modificati, modalità concorrenziali tra strutture sanitarie pubbliche e private, il riconoscimento di una pluralità di soggetti che operano per il raggiungimento degli obiettivi assunti e una chiara responsabilizzazione, anche in termini finanziari, degli enti di gestione, una più puntuale definizione dell'ambito applicativo dei DRG e dei "prezzi amministrati", la valorizzazione di risorse di disponibilità e di aiuto create autonomamente dalla società civile.

Nel sistema sanitario così configurato si delinea, pertanto, una compresenza di differenti schemi organizzativi, di modalità di allocazione e di finanziamento delle risorse, affidate:

- a dinamiche di carattere privatistico e il richiamo a principi gestionali di carattere aziendale;
- a strumenti di coordinamento e di distribuzione delle risorse attribuiti, piuttosto che alle spontanee dinamiche concorrenziali, al piano nazionale e ai piani regionali predisposti dai livelli centrali del sistema pubblico;
- a criteri e priorità, a sistemi valoriali di carattere equo e solidale nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale, nella tutela delle fasce deboli, nelle azioni di contrasto delle disuguaglianze e nel riconoscimento della rilevanza della famiglia e delle reti informali di aiuto, dell'associazionismo nella promozione e nella cura della salute;
- alla valorizzazione della capacità decisionale del singolo in quanto cittadino, più che cliente dei servizi, che responsabilmente può svolgere un ruolo attivo della sua possibilità di scelta tra differenti opzioni diagnostiche, all'estensione di momenti partecipativi, per la rilevanza attribuita alla soddisfazione e alla qualità dei servizi così come è percepita dall'utente.

**Schemi di
organizzazione,
allocazione
e finanziamento
delle risorse**

Il D.Lgs. 229/99 sposta sensibilmente l'asse della regolazione e dell'allocazione delle risorse a favore del piano, invertendo le tendenze risultate prevalenti in questi anni.

I D.Lgs. n. 502/92 e 517/93 hanno delineato, infatti, un sistema di regolazione e distribuzione delle risorse in campo sanitario che è stato cor-

**Programmazione
su tre livelli**

rentemente definito "planned market", un sistema che non si limita a stabilire regole e vincoli per i soggetti pubblici e privati e di terzo settore, ma attribuisce ad alcuni suoi ambiti — lo Stato, le regioni, i livelli aziendali — il compito di definire, attraverso il piano, obiettivi e linee di azione per il sistema nel suo complesso o per le attività di loro specifica competenza. Malgrado le indicazioni contenute nei decreti legislativi citati, nell'esperienza attuativa il ruolo della programmazione non è stato in questi anni particolarmente rilevante.

La compresenza di differenti schemi organizzativi emerge nei tre livelli nei quali si articola il sistema programmatico sanitario, determinando, comunque, una compattezza maggiore del sistema e una più ampia interrelazione fra le sue parti:

- la programmazione nazionale, che indica le aree prioritarie di intervento, i livelli essenziali di assistenza, i progetto-obiettivo, le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, gli indirizzi relativi alla formazione, le modalità per la verifica dei livelli di assistenza, il finanziamento, ricercando relazioni collaborative con il non profit, lasciando ampia autonomia decisionale ai livelli regionali e aziendali e valutando, allo stesso tempo, le loro proposte nella formulazione del Piano e nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni;
- la programmazione regionale, i cui contenuti si uniformano alle indicazioni del Piano sanitario nazionale e si esplica nei confronti della programmazione che le aziende autonomamente privilegiano e, in una logica promozionale, delle risorse informali presenti nella comunità;
- la programmazione aziendale, la cui autonomia gestionale e finanziaria si sviluppa nell'ambito degli indirizzi definiti dalla programmazione regionale e che è sollecitata a superare una logica strettamente aziendale, per una apertura e un più ampio confronto con gli enti locali e le risorse di cura e di solidarietà esterne al sistema professionale.

I nuovi indirizzi programmatori

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 si presenta come un documento profondamente innovativo rispetto a precedenti piani per la molteplicità di obiettivi che assume, per le relazioni che stabilisce tra i vari livelli programmatori e che intende promuovere tra i vari soggetti che concorrono alla tutela della salute.

Il "planned market" così come è definito dai decreti legislativi n. 502/92 e 517/93 evolve, con il Piano sanitario nazionale e il D.Lgs. 229/99, verso modelli più articolati e promozionali rispetto al complesso delle risorse profit e non profit, secondo modalità, strumenti e metodi propri della pianificazione strategica, di una pianificazione, cioè, che valorizza il coinvolgimento, ha un carattere processuale, costruisce reti di connessione e di coordinamento con i soggetti che operano nel settore, promuove relazioni sinergiche.

Il Piano assume una pluralità di obiettivi: è volto ad orientare i servizi sanitari nel loro complesso, a determinare mutamenti culturali che favoriscano comportamenti e stili di vita sani, a promuovere politiche inter-settoriali che assumano la tutela della salute come obiettivo primario. Costituiscono i principi fondamentali del Piano l'eguaglianza nell'accessibilità dei servizi, l'universalismo delle prestazioni, il solidarismo, attraverso, in particolare, modalità di contribuzione finanziaria non fondate sul rischio di malattia ma sulla capacità contributiva del cittadino.

Il complesso di queste indicazioni delinea il passaggio, per il settore sanitario, da un *welfare market* — fondato prevalentemente su relazioni competitive tra i soggetti, relazioni assimilabili alle dinamiche di mercato delineate dal D.Lgs. 502/92 — ad un compiuto *welfare mix*, nel quale all'impegno pubblico, profondamente ristrutturato nei suoi obiettivi e nei suoi strumenti di regolazione e di promozione, si affiancano una pluralità di soggetti che sono costantemente sollecitati ad assumere comportamenti collaborativi, la cui azione si ritiene possa contribuire alla tutela dell'interesse generale.

Il patto di solidarietà per la salute, che fonda il complesso delle azioni del Piano, assume che i risultati di salute non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovino radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

Un patto che, impegnando le istituzioni, i soggetti e le comunità alla tutela della salute e responsabilizzando il loro modo di operare, definisce chiaramente gli obiettivi generali e le linee di azione e di sviluppo del Piano:

- la promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dall'assunzione da parte dei cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale;
- la valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali e umane degli operatori, la crescita della loro qualificazione tecnica e l'umanizzazione della relazione medico-paziente e di tutte le situazioni d'incontro tra cittadini e Servizio sanitario nazionale qualificano la relazione terapeutica e la rendono più

Da 'welfare market'
a 'welfare mix'

Il patto
di solidarietà
per la salute

efficace;

- la salute non è il mero prodotto delle azioni del sistema sanitario, ma si persegue organicamente attraverso una strategia d'intervento condivisa da tutte le istituzioni e i settori;
- il volontariato contribuisce alla umanizzazione del servizio e dà voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati;
- i produttori profit e non profit di beni e servizi sanitari sono chiamati a concorrere alla tutela e alla promozione della salute;
- il mondo della comunicazione svolge un ruolo rilevante nel diffondere l'informazione e le conoscenze scientifiche, nel favorire l'adozione di modelli di comportamento e di stili di vita sani;
- la strategia sanitaria deve trovare connessioni e sinergie a livello internazionale, in relazione ai flussi migratori e, rispetto al Mercato comune europeo in particolare, all'attività di prevenzione e controllo sulla circolazione delle merci e dei prodotti.

**La funzione
di coordinamento
del Piano**

Per il ruolo attribuito al patto di solidarietà per la salute e per gli strumenti che privilegia, il Piano sanitario nazionale si colloca nella prospettiva delineata dai patti territoriali e dalla programmazione negoziata, modalità di promozione dello sviluppo che assume il coordinamento come risorsa decisiva. Il Piano si propone, pertanto, come strumento di coordinamento locale dei soggetti che operano a tutela della salute — le professioni sanitarie, il volontariato, i mezzi di comunicazione, i produttori profit e non profit —. In questa prospettiva il Piano è il documento di avvio di un processo di trasformazione che necessita, oltreché di processi attuativi, di ulteriori definizioni in termini programmatici degli obiettivi e delle linee di azione, di adeguamenti operativi nell'ambito di una strategia che rimane costante. Ad integrazione e completamento della prospettiva delineata dalla programmazione negoziata, inserisce compiutamente le azioni di coordinamento in un organico sistema programmatico, articolato in più livelli istituzionali e operativi, strettamente collegati tra di loro secondo modalità collaborative e percorsi decisionali formalmente definiti.

Tali obiettivi e linee di azione percorrono trasversalmente il complesso delle azioni del piano e ne orientano la formulazione e l'attuazione, costituendo il quadro generale di riferimento delle azioni settoriali.

Il Piano individua nove punti qualificanti:

rafforzare l'autonomia decisionale degli utenti, al fine di un esercizio consapevole del diritto alla salute e ridurre le asimmetrie informative, operando sul versante della formazione delle professioni sanitarie e su quello degli utenti;

2. promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari riducendo l'ampia variabilità nella risposta assistenziale, anche attraverso la definizione di linea guida consensuali;
3. contrastare le disuguaglianze nei confronti della salute rafforzando le capacità delle persone e delle comunità di adottare comportamenti sani, migliorando l'accesso ai servizi e incoraggiando il cambiamento culturale ed economico;
4. promuovere la condivisione tra i cittadini di stili di vita sani, attraverso l'identificazione e il controllo dei fattori di rischio e dei comportamenti individuali che favoriscono l'insorgenza delle patologie;
5. contrastare le patologie più importanti attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria e il miglioramento dell'efficacia dei programmi assistenziali;
6. aiutare a convivere attivamente con la cronicità, garantendo continuità all'intervento di cura, privilegiando tutti i fattori che contribuiscono a rendere accettabile la qualità di vita a quanti, persone malate e loro familiari, vivono per lungo tempo in situazioni di difficoltà;
7. percorrere le strade dell'integrazione socio-sanitaria, formulando in via preferenziale piani unitari dei servizi sanitari e sociali a livello regionale e sub-regionale;
8. rilanciare la ricerca, finalizzata a fornire le conoscenze scientifiche su cui basare le politiche sanitarie, la programmazione degli interventi e l'organizzazione della pratica clinica e assistenziale;
9. investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema al fine di determinare profondi mutamenti dei contenuti relazionali del rapporto operatori e utenti, a partire dai fondamenti etici del lavoro di cura.

Il Piano individua cinque obiettivi di salute:

- promuovere comportamenti e stili di vita in grado di favorire la salute e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi più svantaggiati;
- contrastare le principali patologie che colpiscono la popolazione italiana e provocano il maggiore carico di morte e disabilità o malattia prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria;

- migliorare il contesto ambientale in quanto ogni processo di mantenimento e di miglioramento della salute non può prescindere dalla valutazione dei determinanti ambientali privilegiando un approccio multisettoriale che investa competenze e risorse non limitate a quelle sanitarie;
- rafforzare la tutela dei soggetti deboli, introducendo nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità, evitando vantaggi competitivi per chi sa meglio rappresentare i propri bisogni;
- portare la sanità italiana in Europa sviluppando attività e migliorando la qualità degli interventi in aree che dal punto di vista programmatico, organizzativo e gestionale richiedono più di altre uno sforzo di adeguamento al contesto ed al livello dell'Unione europea.

Per ciascun obiettivo sono enunciati i traguardi da raggiungere e le azioni da privilegiare.

**Obiettivi
di risultato**

Il Piano sanitario nazionale privilegia obiettivi di risultato — ridurre la prevalenza di fumatori, di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 grammi/die di alcol, la mortalità derivante da malattie cerebrovascolari ecc. — mentre le azioni strumentali — quali la revisione e l'aggiornamento dei sistemi tariffari, il ridimensionamento della diagnostica strumentale — sono considerati obiettivi di mezzo, non rappresentano un fine in sé ma strumenti per il raggiungimento degli obiettivi di risultato individuati.

Per il perseguimento di tali obiettivi, il piano individua una complessa strategia di cambiamento fondata sull'aziendalizzazione e su un profondo decentramento delle responsabilità, sull'intersettorialità degli interventi a tutela della salute; su una riallocazione delle risorse: dalla cura alla prevenzione; dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio; dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

**Riallocazione
delle risorse**

La riallocazione delle risorse, attraverso l'elaborazione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e inter-aziendale, è volta, in particolare, al potenziamento dell'assistenza in regime di ricovero diurno, allo sviluppo degli interventi di riabilitazione e lungodegenza, alla diffusione dell'assistenza integrata a domicilio, allo sviluppo di screening periodici selettivi, al ridimensionamento della diagnostica strumentale, al potenziamento dell'assistenza odontoiatrica e oculistica.

**Tre livelli
di assistenza**

Il Piano sanitario individua tre livelli di assistenza da garantire in condizioni di uniformità a tutta la popolazione:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

- l'assistenza distrettuale;
- l'assistenza ospedaliera.

I singoli livelli sono articolati in sotto-livelli.

Il Piano sanitario indica i principi e i criteri generali che orientano la definizione dei livelli di assistenza rinviando alla elaborazione di specifiche linee di indirizzo le definizioni operative relative ai diversi settori di attività.

Il complesso dei principi enunciati dal piano, dei rapporti collaborativi promossi dal Patto di solidarietà, delle idee forza, degli obiettivi di salute, le strategie di cambiamento privilegiate, esplicitano chiaramente la prospettiva che si intende privilegiare, rafforzano la coerenza interna del documento, definiscono una trama programmatica, una rete di connessione e di orientamento per i soggetti decisionali sulla base della quale si sviluppano i processi valutativi.

Le condizioni per l'osservazione organica del Piano nazionale e dei Piani regionali

Più che una logica rigidamente attuativa il Piano enfatizza un approccio promozionale, sollecita il dinamismo complessivo del sistema orientandolo a relazioni sinergiche.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese, illustra, pertanto, i risultati conseguiti dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali rispetto a tale prospettiva, alla capacità promozionale che sviluppano, alle relazioni collaborative che attivano nell'ambito delle funzioni che il quadro normativo nel suo complesso ad essi attribuisce, alle opportunità che creano per la pluralità dei soggetti decisionali nel perseguimento dei compiti istituzionalmente loro attribuiti e degli obiettivi autonomamente individuati.

Ciò pone l'esigenza di costruire uno specifico sistema di indicatori che consenta di osservare l'evoluzione del Sistema sanitario nella direzione di tale prospettiva collaborativa.

L'individuazione di indicatori empirici potrà consentire l'osservazione dei mutamenti intervenuti nei comportamenti sanitari rispetto al complesso degli obiettivi e delle azioni avviati, indicatori che assicurino la più ampia disaggregazione — espressa in termini territoriali e sociali — resa possibile dalla disponibilità dei dati e dei flussi informativi che li alimentano.

Le modifiche apportate alle Indagini ISTAT su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" in termini di contenuti informativi e con l'ampliamento del campione, per rendere significativi i risultati a livello regionale e sub-regionale anche per comportamenti sanitari e patologie a bassa prevalenza, consentirà una maggiore osservazione di alcuni fenomeni,

promuovendo modalità di monitoraggio e di valutazione del Piano sanitario nazionale e dei Piani sanitari regionali più puntuali.

Accanto ad essa è necessario promuovere rilevazioni e costruire sistemi di indicatori — che si riferiscano a più annualità — su fenomeni e trasformazioni più generali — di mercato, normative, nell'opinione pubblica — che pur non avviati dai documenti di piano determinano mutamenti dei valori degli obiettivi programmatici assunti nel periodo di riferimento considerato. Ciò al fine di stimare l'effetto *netto* del Piano nell'evoluzione del sistema sanitario e adeguare i successivi processi di programmazione in base ai risultati realmente conseguiti.

Più in generale, il Piano sanitario propone un profondo mutamento dei fabbisogni informativi e delle condizioni per l'osservazione organica dei risultati conseguiti:

- propone complessi criteri di valutazione, in termini promozionali, collaborativi, intersettoriali, di mobilitazione di una pluralità di soggetti più che di conformità; criteri, pertanto, molto differenti rispetto a quelli assunti nel precedente Piano sanitario nazionale;
- necessita, per una puntuale attività monitoraggio e di valutazione, di una maggiore finalizzazione degli attuali flussi informativi che compongono il Sistema informativo sanitario e una loro integrazione con indagini ad hoc e flussi su aspetti e dimensioni dell'intervento di cura e di promozione della salute non ancora sufficientemente osservati;
- conduce ad una valutazione fortemente integrata delle azioni avviate, pone l'esigenza che ogni singola azione sia osservata tenendo presente una pluralità di dimensioni;
- richiede — per la complessità, l'ampiezza e la pluralità degli obiettivi definiti — l'individuazione di ambiti prioritari e di valenza strategica nei quali svolgere organiche attività valutative;
- implica processi valutativi di ordine qualitativo che coinvolgano nel giudizio sull'efficienza e efficacia del piano i soggetti del patto di solidarietà per la salute.

I processi di mutamento avviati a livello regionale

La Relazione sullo stato sanitario del Paese avvia una prima analisi relativamente al grado in cui le indicazioni del Piano sono state recepite nei documenti di programmazione regionale. Per descrivere il punto di partenza — negli obiettivi, nelle linee programmatiche, nelle strategie enun-

ciate — della nuova generazione di Piani avviati dal Piano sanitario 1998-2000 e dal D.Lgs. 229/99 e giungere ad una più compiuta formulazione in termini descrittivi dei risultati raggiunti nel successivo aggiornamento annuale della Relazione.

Nel corso dell'annualità di riferimento della presente Relazione i processi di osservazione riguardano:

- il recepimento nei documenti di piano regionale degli obiettivi e delle linee di indirizzo previste dal Piano sanitario nazionale;
- l'osservazione dell'evoluzione attuativa, dei risultati progressivamente conseguiti, gli ostacoli che si frappongono al perseguimento dei risultati attesi, la rilevanza degli obiettivi per la popolazione di riferimento e rispetto all'emergenza di nuovi profili epidemiologici di cui la stessa Relazione rileva l'andamento.

Successivamente al decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998 di "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", otto Regioni hanno predisposto il Piano sanitario regionale. Altre Regioni hanno predisposto documenti programmatici che ancora non hanno concluso l'iter previsto per la loro approvazione.

A seguito dell'approvazione del Piano sanitario nazionale la programmazione sanitaria regionale ha trovato nuovo slancio, ha esteso il suo ambito applicativo a soggetti e dimensioni dell'intervento sanitario — il volontariato, la soddisfazione dell'utente, la qualità, la promozione della salute — tradizionalmente trascurati o che assumevano una posizione marginale nella struttura organizzativa.

In attuazione degli orientamenti contenuti nel Piano sanitario nazionale sono mutati profondamente i modelli privilegiati dalle Regioni. L'approccio processuale, la concertazione, i patti territoriali, la legittimazione di una pluralità di soggetti che concorrono alla cura e alla promozione della salute, assumono notevole rilevanza nella programmazione sanitaria regionale e distinguono nettamente questa generazione di piani da quelli predisposti negli anni precedenti.

Si è giunti a modelli flessibili di programmazione superando approcci decisionali per lo più centralizzati che fondavano la loro strategia di trasformazione su standards quantitativi, su rapporti ritenuti ottimali tra servizi e popolazione, che assumevano un'ottica prevalentemente conformativa, che attribuivano ai livelli decentrati del sistema compiti meramente attuativi di disposizioni definite a livello centrale.

La logica della programmazione strategica si esprime compiutamente in quasi tutti i documenti regionali, che nel Piano definiscono gli obiettivi strategici affidando a successivi atti programmatici la precisazione delle linee di indirizzo e degli obiettivi specifici in un costante confronto con

**Nuovo slancio
ai Programmi
regionali**

gli altri livelli gestionali e operativi del Sistema sanitario regionale; Piani regionali che nel loro complesso risultano orientati a favorire lo sviluppo della progettualità a livello aziendale.

Nell'ambito di alcuni tratti comuni permangono marcate differenziazioni nella struttura dei documenti, nelle strategie di cambiamento privilegiate, che non riflettono semplicemente le specificità regionali in termini di salute e di malattia, di stato dei servizi.

Piani sanitari regionali vigenti

Regioni e Prov. Aut.	Piani ex Legge 883/78	Piani ex Piano Sanit. Naz. 94-96	Piani ex Piano Sanit. Naz. 1998-2000
Piemonte		Legge regionale 12.12. 1997 n.61 Piano sanitario regionale 97-99	
Valle d'Aosta		Legge regionale 16.4.1997 n.13 Piano sanitario regionale 97-99	
Prov. Aut. Trento	Legge regionale 6.12. 1993 n.38 Piano sanitario regionale 93-95		
Prov. Aut. Bolzano	Legge regionale 18.18. 1988 n.33 Piano sanitario regionale 88-91		
Lombardia			
Veneto		Legge regionale 3.2. 1996 n.5 Piano sanitario regionale 96-98	
Friuli-Venezia Giulia	Legge regionale 18.7.1985 n.28 Piano sanitario regionale 85-87		
Liguria	Legge regionale 3.4.1989 n.8 Piano sanitario regionale 89-91		
Emilia-Romagna			Delibera Consiglio reg. Piano sanitario regionale 99-2001

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Regioni e Prov. Aut.	Piani ex Legge 883/78	Piani ex Piano Sanit. Naz. 94-96	Piani ex Piano Sanit. Naz. 1998-2000
Toscana			Delibera Consiglio regionale 17.12.1999 n.41 Piano sanitario regionale 99-2001
Umbria			Delibera Consiglio regionale n.1.3.1999, n.647 Piano sanitario regionale 99-2001
Marche			Legge regionale 20.10.1998, n.34 Piano sanitario regionale 98-2000
Lazio			
Abruzzo		Legge regionale 25.10.1994, n.72 Piano sanitario regionale 94-96	
Molise		Delibera Consiglio regionale 30.12.96, n. 505 Piano sanitario regionale 97-99	
Campania		Legge regionale 26.2. 1998 n.2 Piano ospedaliero regionale 97-99	
Basilicata		Delibera Consiglio regionale 30.12.96, n.478 Piano sanitario regionale 97-99	
Calabria		Legge regionale 3.4. 1995 n.9 Piano sanitario regionale 95-97	
Sicilia			
Sardegna	Legge regionale 30.4.1985 Piano sanitario regionale 83-85		

Fonte: Ministero sanità, Dipartimento della programmazione.

Il patto di solidarietà per la salute

I Piani sanitari regionali attribuiscono rilevanza strategica ai processi cooperativi tra soggetti pubblici e privati, promuovono l'adozione di strumenti di programmazione negoziata, quali intese istituzionali, accordi e contratti di programma. E' costantemente valorizzato il raccordo tra le politiche pubbliche e il complesso delle risorse presenti nell'ambito territoriale, seppure con accentuazioni differenti:

- in termini di coerenza e definizione puntuale delle strategie organizzative, di azioni avviate per dare concretezza ai principi enunciati;
- di soggetti da coinvolgere, solo privati profit oppure il complesso dei soggetti previsti nel patto di solidarietà.

Il Piano della Regione Emilia-Romagna individua la priorità di programmi di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute ed evidenzia il valore della cooperazione tra gli operatori, gli enti locali e le diverse forme di organizzazione della società civile, valorizza le risorse di solidarietà presenti nelle famiglie e nelle comunità locali, la concertazione degli interventi e lo sviluppo di forme di partnership e di sinergie tra i diversi attori. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso più oculato delle risorse attribuiscono una valenza strategica alla partecipazione dei cittadini e all'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza. Il Piano definisce le Zone di azione per la salute, quali ambiti territoriali individuati non in base ai confini amministrativi ma in relazione ad uno specifico problema di salute per risolvere il quale si sviluppano strategie comuni tra tutti i soggetti interessati.

Il Piano della Regione Marche distingue tra la concertazione tecnica, che attiene alla qualità professionale degli interventi, la concertazione amministrativa-istituzionale, per le funzioni di indirizzo e di governo, e la concertazione di comunità, che impegna a comportamenti coerenti il settore socio-assistenziale, ambientale e il volontariato.

L'attuazione del Piano della Regione Toscana è affidata all'intervento e alla partecipazione di una pluralità di soggetti istituzionali, professionali e sociali — gli enti locali, le Università, la sanità privata, gli operatori, le organizzazioni sindacali, il volontariato e i cittadini — impegnati nel raggiungimento di obiettivi di qualità e di innovazione e ad una presa in carico delle esigenze del cittadino, alla crescita della cultura della rete e dell'intesa.

L'intersettorialità è alla base degli obiettivi e delle indicazioni del Piano della Regione Umbria. I soggetti del patto di solidarietà sono chiamati a realizzare gli obiettivi di salute assegnando ad essi quote di responsabilità nei confronti dei diritti ad essi connessi. A garanzia dell'unitarietà che deve caratterizzare il Servizio sanitario regionale, in tutte le fasi programmatiche e operative devono essere coinvolti tutti i soggetti che concorrono alla tutela e alla promozione della salute, superando l'ormai tradizionale scomposizione degli interventi in azioni di promozione, preventive, cura e riabilitazione.

Il Piano sanitario regionale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia attribuisce valenza strategica alla cooperazione pubblico-privato — anche attraverso la creazione di società miste — tra le aziende, tra il settore sociale e il settore sanitario, in quanto sviluppo dell'aziendalizzazione del sistema piuttosto che adozione compiuta del patto di solidarietà: risultano fortemente valorizzate le dinamiche definite di "mercato regolato" nell'ambito del quale le Aziende pubbliche assumono un ruolo di garante del cittadino.

Il Piano della Regione Abruzzo recepisce il patto di solidarietà nell'ambito di un sistema che valorizza la competizione tra le aziende pubbliche, tra queste e le aziende private, sebbene la competizione debba esprimersi in forma controllata e collaborativa, è definita "competizione guidata" e in alcuni ambiti si privilegino strumenti di tipo concertativo.

Nei Piani sanitari regionali è presente la consapevolezza che l'utilizzazione di indicatori di risultato — quali gli obiettivi di salute previsti dal Piano sanitario nazionale — rende complesso valutare il contributo specifico del Piano al raggiungimento dei valori prefissati.

Il Piano sanitario dell'Umbria fa propri gli obiettivi di salute del Piano nazionale. Accanto agli obiettivi di riorganizzazione complessiva dei servizi — dall'assistenza ospedaliera a quella di distretto al quale è attribuita la guida del cambiamento — individua obiettivi definiti di qualità scientifica — allungamento della speranza di vita, riduzione della mortalità evitabile, riduzione della disabilità — e obiettivi di qualità sociale, che si riferiscono alla diffusione di una maggiore consapevolezza delle condizioni che determinano gli stati di salute, il buon uso delle risorse pubbliche, il conseguimento dell'universalità, dell'equità e della solidarietà di fronte alla salute, dell'etica della responsabilità.

Il Piano della Regione Emilia-Romagna è orientato alla promozione della salute non solo alla erogazione dei servizi sanitari e alla offerta di un ser-

**Gli obiettivi
di salute
nei Piani sanitari
regionali**

vizio che risponda alle aspettative della popolazione e risulti sottoposto a valutazioni di soddisfazione. Nel recepire il complesso degli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale, attribuisce valenza prioritaria alla promozione di corretti modelli nutrizionali e ad assicurare prodotti alimentari rispondenti a criteri di sicurezza e di integrità; alla riduzione degli infortuni del 10% in particolare nei settori produttivi a maggior rischio e a ridurre ulteriormente il numero delle malattie correlate con il lavoro.

Gli obiettivi di salute sono parte integrante del Piano della Toscana e trovano esplicitazione nei progetti-obiettivo, nelle azioni programmatiche e nei programmi di livello regionale e locale, con particolare riferimento alla pianificazione di competenza delle Aziende. Per ciascuno obiettivo la Regione è impegnata a definire specifici indicatori attraverso i quali valutare la fase attuativa e controllare i risultati raggiunti.

Nel Piano sanitario delle Marche la definizione puntuale di tali obiettivi e dei valori di riferimento è affidata alla Relazione sullo stato di salute della popolazione.

Nel Piano sanitario delle Regione Liguria per ogni obiettivo sono chiaramente indicate le azioni prioritarie da promuovere: i valori di riferimento di tali obiettivi sono precisati nella Relazione sullo stato sanitario. Il Piano sanitario regionale e i Piani attuativi locali costituiscono la sede di concertazione e coordinamento del complesso delle politiche settoriali — dell'ambiente, dei trasporti, dell'educazione, dell'organizzazione dei tempi di vita — che producono effetti rilevanti per la salute della popolazione.

Il Piano sanitario 2000-2002 della Provincia Autonoma di Bolzano accoglie organicamente gli obiettivi di salute e coerentemente individua adeguate prescrizioni di strategia organizzativa, strumentale e di dimensione di risorse. Gli obiettivi sono assunti assumendo come riferimento un concetto ampio e globale di salute, che comprende non solo la dimensione fisica del benessere ma anche quella socio-relazionale; non solo i danni alla salute ma anche le condizioni di insicurezza legate a comportamenti individuali e a caratteristiche negative dell'ambiente fisico e socio-culturale.

Nel Piano sanitario regionale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia gli obiettivi di salute si affiancano ad un orientamento complessivo del sistema e ad obiettivi che hanno un chiaro carattere aziendale, in una prospettiva che valorizza, comunque, la primary care, il potenziamento delle attività preventive e dei servizi extraospedalieri.

In tutti i documenti trovano adeguato spazio le indicazioni relative ai nove

punti qualificanti del Psn, con accentuazioni in alcuni per una strategia di cambiamento fondata prevalentemente su una razionalizzazione, sostanzialmente interna, dell'organizzazione dei servizi — attraverso la responsabilizzazione delle varie unità, la flessibilità, la centralità del distretto — in altre all'intersectorialità e al coordinamento tra il settore sanitario e il settore sociale, l'attenzione al complesso dei determinanti la salute.

Alcuni dei nove punti qualificanti del Piano nazionale presentano elevate implicazioni in termini di mutamenti da produrre nelle strategie organizzative. E' recepita, pertanto, la nuova prospettiva di politica sanitaria mentre la definizione puntuale in termini operativi delle azioni da svolgere è affidata a successivi documenti; sono individuate alcune azioni di avvio della trasformazione che, spesso, coincidono con programmi — per cittadini non autosufficienti, di integrazione con il settore sociale, di umanizzazione — già definiti in precedenti documenti regionali di cui risultano maggiormente valorizzate le azioni di prevenzione primaria e secondaria. Le indicazioni del D.Lgs. 229/99 e del Piano hanno consolidato ed esteso soluzioni volte per il rafforzamento dell'autonomia decisionale dell'utente, con la gestione organica dei reclami, la valorizzazione delle associazioni di tutela, gli uffici di relazione con il pubblico per lo più intesi come sedi di osservazione e di rilevazione sistematica delle opinioni degli utenti, esplicitando i diritti del cittadino, con la carta dei servizi, i programmi relativi alla qualità percepita, l'attivazione di rilevanti processi comunicativi, la definizione pubblica dei tempi di attesa, non attribuendo in generale valenza strategica alle soluzioni exit — che offrono al cittadino l'opportunità di scegliere un altro servizio se insoddisfatto della prestazione ricevuta — privilegiate, invece, dal D.Lgs. 502/92 e dai successivi Piani sanitari regionali.

Il Distretto è considerato l'ambito elettivo per l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito di una condivisa riorganizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali volta a valorizzare i livelli primari d'intervento, i servizi territoriali, che faciliti l'accessibilità da parte dei cittadini al complesso delle prestazioni, che conduca ad una riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Accanto alla necessità di produrre sistemi di controllo e di razionalizzazione della spesa emergono in termini operativi azioni per lo sviluppo qualitativo dei servizi, qualità intesa in termini professionali, organizzativi-aziendali, e relazionale, come qualità percepita dall'utente.

**I nove punti
qualificanti
nei Piani sanitari
regionali**

La programmazione aziendale

Programmazione strategica

I processi di programmazione aziendale, a differenza di quanto accade nel settore privato, si sviluppano in un quadro normativo e programmatico nazionale e regionale ben definito, che delimita il grado di autonomia di ogni singola azienda, l'integrazione, il coordinamento e le modalità di sviluppo competitivo dei servizi.

A livello aziendale si richiama frequentemente l'esigenza di una programmazione strategica con delle connotazioni molto differenti rispetto ai riferimenti a tale modello contenuti nei documenti regionali:

- a livello regionale, il termine strategico si riferisce prevalentemente alle modalità decisionali privilegiate, quali la ricerca di reti di connessione e di coordinamento tra le istituzioni pubbliche e private, di confronto continuo per la definizione degli obiettivi. Le scelte non sono determinate univocamente a livello regionale ma sono il prodotto della interazione con le autonomie locali, con le formazioni private profit e non profit;
- il concetto di strategia utilizzato a livello aziendale ha avuto in questi anni come riferimento, prevalentemente, la *corporate planning*, la programmazione aziendale privata. E' volta a rendere più coesa, più integrata l'organizzazione, ad equilibrare e rendere complementari e sinergiche le attività dei vari settori, in una strategia fondamentalmente centralizzata.

Organismi consultivi

Gli organismi consultivi previsti dal D.Lgs. 229/99, e il Piano sanitario nazionale intendono promuovere una maggiore apertura della programmazione locale alle istanze della comunità in cui essa opera.

Mentre valorizzano la responsabilizzazione e l'autonomia decisionale a livello aziendale ne indirizzano l'azione verso obiettivi e direzioni di sviluppo comuni:

- l'azienda è intesa come un sistema aperto che ricerca sinergie e collaborazioni con il complesso dei soggetti, delle istituzioni pubbliche e private, delle risorse di terzo settore rilevanti per la salute della popolazione;
- la sua azione risulta fortemente orientata all'utenza, alla soddisfazione che essa esprime nei confronti dell'organizzazione dei servizi e della loro funzionalità;
- la razionalizzazione della spesa, non è un fine in sé ma risulta subordinata al raggiungimento di obiettivi di salute.

Il Piano sanitario nazionale promuove modalità di programmazione loca-

le fortemente integrate, anche attraverso il metodo del progetto-obiettivo, la predisposizione di documenti zionali capaci di coordinare le attività delle Aziende rispetto alle azioni di competenza degli enti locali e degli altri soggetti operanti nell'ambito territoriale, la predisposizione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e inter-aziendale.

Il D.Lgs. 229/99 e il Piano sanitario nazionale promuovono un maggiore impegno programmatico da parte delle aziende al fine di superare le insufficienze rilevate in questi anni. L'Agenzia per i servizi sanitari ha avviato nel 1998 un'indagine conoscitiva sui processi di programmazione aziendale, sullo sviluppo del sistema di budget e sulla sua formalizzazione, sulle modalità di avvio del controllo di gestione. Delle 311 Aziende sanitarie censite soltanto 45 (14,4%) dispongono di un documento di programmazione pluriennale, 34 (10,9%) delle quali lo hanno predisposto congiuntamente ad un documento di programmazione annuale, mentre le restanti 11 (3,5%) prevedono il solo piano strategico.

3.3. IL DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), quale distinta articolazione del Servizio sanitario nazionale, è stato istituito dall'art. 7 del D.Lgs. 502 del 1992, così come modificato dall'art. 8 D. Lgs. 517 del 1993.

Precedentemente, le attività di prevenzione erano fondamentalmente disciplinate dalla L. 833/78 istitutiva del Ssn e precisamente dall'art. 16 (Servizi veterinari), dall'art. 20 (Attività di prevenzione) e dall'art. 21 (Organizzazione dei servizi di prevenzione). Con i succitati decreti 502 e 517, le funzioni previste da tali articoli sono state fatte riferire ad un'unica struttura organizzativa a caratterizzazione dipartimentale, che le Regioni avevano l'obbligo di istituire "presso ciascuna Unità sanitaria locale".

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha sottolineato con particolare enfasi e centralità l'approccio preventivo, rivitalizzando quell'impostazione che, pur presente nella L. 833/78, era poi rimasta in gran parte inapplicata. Nel Piano l'orientamento preventivo e di promozione della salute contraddistingue — nella Parte I — l'Obiettivo I ("Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute") e l'Obiettivo III ("Migliorare il contesto ambientale"), ma percorre anche, facendogli da sottofondo, l'Obiettivo II ("Contrastare le principali patologie") e viene ripetutamente sottolineato nell'Obiettivo IV ("Rafforzare la tutela dei soggetti deboli") e V ("Portare la sanità italiana in Europa", in particolare per ciò che attiene la Sanità pubblica veterinaria). Nella Parte II, a proposito de *Le garanzie del Ssn*, e più precisamente de *L'articolazione dei livelli di assistenza*, viene rimarcata "l'esigenza di valorizzare le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione, in armonia con quanto previsto dal d.lgs 502/92 [...] e in coerenza con l'obiettivo di potenziare le attività di prevenzione. [...]". Vi è inoltre da rilevare come tutti i livelli di assistenza sanitaria individuati dal Piano nell'Area sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro si configurino propriamente come attività preventive.

Va sottolineato come sarebbe improprio vedere il Dipartimento di Prevenzione come l'unico contenitore esaustivo di tutte le attività di prevenzione delle Aziende sanitarie. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie richiedono interventi complessi di natura intersettoriale, da realizzarsi attraverso la collaborazione ed il coordinamento di soggetti e realtà operative interni ed esterni al sistema sanitario. Il Dipartimento di Prevenzione è però, indubbiamente, uno strumento organizzativo-gestionale privilegiato per perseguire queste finalità, poichè presuppone e rappresenta uno sforzo di coordinamento e di armonizzazione.

Tra i principi e i criteri direttivi cui la Legge 419 del 1998 (*Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*), ha vincolato il Governo ad attenersi nell'emanazione dei successivi decreti legislativi, vi erano, all'art. 2, lettera rr), quelli di: "prevedere le modalità attraverso le quali il dipartimento di prevenzione... [omissis]; cui vengono assegnate nell'ambito della programmazione sanitaria apposite risorse, nel quadro degli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale e in base alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione residente, fornisce il proprio supporto alla direzione aziendale, prevedendo forme di coordinamento tra le attività di prevenzione effettuate dai distretti e dai dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali; definire le modalità del coordinamento tra i dipartimenti di prevenzione e le agenzie regionali di protezione dell'ambiente; prevedere modalità per assicurare ai servizi di sanità pubblica veterinaria delle aziende unità sanitarie locali autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale".

Su tali indicazioni, il successivo D. Lgs. 229/99 recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, ha provveduto a ridefinire, con gli articoli che vanno dal 7-bis al 7-octies, la configurazione del Dipartimento di Prevenzione. In esso il dipartimento di prevenzione viene definito come "struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita". Il decreto ne specifica le funzioni ("in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza"), l'organizzazione (chiarendo che "opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità"); il coordinamento interno (con altri servizi e dipartimenti aziendali) ed esterno (con altri Enti ed Istituti (Agenzie regionali per l'ambiente, Istituti zooprofilattici sperimentali, posti di ispezione frontiera e Uffici veterinari di confine, ispettorati del lavoro ed INAIL).

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (che è tra gli Organi, Enti e Istituti che il citato D. Lgs. 502, all'art. 7, comma 2, prevede supportino il Ministero della Sanità al fine di assicurare, attraverso attività di indirizzo e controllo, l'attuazione uniforme delle normative dell'Unione Europea e degli organismi internazionali da parte di tale dipartimento), ha condotto, intorno alla seconda metà del 1998, un'indagine conoscitiva sullo stato e le caratteristiche di attuazione del Dipartimento di Prevenzione a livello nazionale. Questa ha consentito di realizzare una "fotografia" del percor-

**Ridefinizione
organizzativa
e funzionale**

**Indagine
sullo stato
e le caratteristiche
di attuazione**

so attuativo di tale dipartimento, relativamente a quanto previsto dai decreti 502 e 517, cioè subito prima che la recente riforma ne precisasse con maggior dettaglio l'impianto organizzativo e le funzioni.

Tale indagine, per lo più orientata ad indagare aspetti di struttura e, in misura minore, di processo, ha voluto rappresentare un primo momento di riflessione rispetto ad un modello organizzativo così complesso, qual'è il Dipartimento (in particolar modo quando riferito ad attività particolarmente trasversali quali quelle della prevenzione). L'indagine non ha approfondito invece aspetti di esito, come ad esempio la tipologia e la quantità dei prodotti (attività/prestazioni) erogati dai servizi, nè le modalità di erogazione, le risorse (umane, strutturali e finanziarie) collegate alle prestazioni stesse, l'utilizzo di indicatori, il processo di accreditamento, etc., che potrebbero essere utilmente valutati in futuro.

La ricerca è stata realizzata utilizzando un questionario di 34 items, inviato, nella seconda metà del maggio 1998, a tutte le Aziende sanitarie locali. Le domande (per lo più a risposte chiuse) erano volte ad ottenere informazioni sulle caratteristiche di attivazione e sugli aspetti strutturali ed organizzativi dei dipartimenti di prevenzione, oltre che sulle modalità di raccordo degli stessi con altri soggetti istituzionali coinvolti nel settore della prevenzione: Distretto, Agenzia regionale per la protezione ambientale (nelle realtà territoriali in cui era stata istituita), etc..

Preliminarmente era stata effettuata una raccolta, cui è seguita una analisi comparata, delle normative regionali che hanno istituito e/o regolamentato il Dipartimento di Prevenzione; la completezza di tale revisione giuridica è stata verificata attraverso i riferimenti normativi segnalati nell'indagine in oggetto. L'analisi della normativa regionale e provinciale aveva già fatto emergere una notevole variabilità nell'assetto configurato dalle singole regioni e province autonome per tale dipartimento aziendale. Si è evidenziato che alcune realtà erano ancora in attesa di una normativa specifica (Sicilia, Lazio, P.A. di Bolzano). Solo per quanto riguarda i Servizi previsti come costitutivi del DP ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 502/92, si va da regioni che hanno contemplato solo i quattro servizi citati dalla normativa nazionale (ad es. le Marche), ad altre che ne hanno previsto dieci (è il caso della Calabria); la Toscana non ha distinto in *servizi* ma in *funzioni*, la Liguria in *unità operative*.

La raccolta dei questionari compilati dalle Aziende ha avuto effettivo termine nella seconda metà di settembre '98: se ne presentano alcuni risultati.

Come si può osservare nella tabella, hanno risposto all'indagine 163 Aziende sanitarie locali (per un totale di 161 questionari compilati) pari all'82,7% delle Aziende coinvolte (range: 60-100), con la seguente distri-

buzione geografica:

- 72 USL del Nord (pari all'82,7% di tutte le USL del Nord);
- 48 USL del Centro (pari al 92% di tutte le USL del Centro);
- 44 USL del Sud e Isole (pari al 75,8% di tutte le USL di quest'area).

Tali percentuali di rispondenza, pur non configurando un censimento completo, hanno fornito indicazioni molto interessanti sullo stato di attuazione del Dipartimento di Prevenzione nel nostro Paese al momento dell'indagine.

Hanno risposto di aver istituito il DP 129 USL su 161 (pari all' 80,1%), così distribuite:

- il 45% al Nord (in quest'area sono presenti il 44,2% delle Aziende USL su base nazionale);
- il 33,3% al Centro (in quest'area sono presenti il 26,4% delle Aziende USL);
- il 21,7% al Sud e nelle Isole (in quest'area sono presenti il 29,4% delle Aziende USL).

Al Nord hanno istituito il DP l'80,5% delle ASL rispondenti, al Centro l'89,6%, al Sud e nelle Isole il 63,6%. Tra i rispondenti, la percentuale di attivazione del DP sul totale regionale variava dallo 0 al 100%.

Relativamente ad alcuni aspetti indagati, senza entrare nel dettaglio, è emerso che (in corsivo viene indicato il focus del quesito):

- in 105 USL su 125, pari all'84% (al nord 88%; al centro 78,6%; al meridione 85% - in due casi il dato era mancante) il DP si configurava come *Centro di Responsabilità*; in 94 ASL su 118 (80% circa: al nord 94%; al centro 77%; al sud e nelle isole 52%) il Dipartimento era suddiviso in *Centri di Costo*;
- 123 USL, sulle 128 che hanno risposto a tale quesito, avevano nominato un *Responsabile del Dipartimento* (96%) (delle 5 ASL che non l'avevano fatto, 4 appartenevano al sud Italia); nell' 89,4% dei casi questi apparteneva al II *livello dirigenziale* (il 50% in Friuli-V.G.; il 65% al sud e nelle isole, solo 3 su 9 in Campania);
- nel 98,4% dei casi, il Responsabile apparteneva già ad un servizio della USL di cui faceva parte il Dipartimento (solo nella regione Friuli, in 2 aziende sulle 6 rispondenti, non vi appartenevano prima). In 27 ASL su 123 (22%) (al meridione 9 su 25: 36% - in 2 casi mancava il dato) esistevano *servizi privi di responsabilità* (la conduzione di tali servizi era usualmente affidata a responsabili di altri servizi); i servizi più frequentemente privi di

- responsabili sono risultati essere: quello di 'Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro' (23% circa) e quello di 'Igiene degli alimenti e della nutrizione' (19% circa);
- in 103 USL su 125 rispondenti (82,4%) (al nord quasi 93%; al centro circa 86%; al sud e nelle isole 57%) esistevano *Organi del DP* (Comitato, Consiglio, Gruppo di coordinamento, Esecutivo, Staff tecnico,...);
 - in circa il 60% dei casi (75 USL su 126 rispondenti) era stato formulato ed approvato un *Regolamento del Dipartimento*;
 - nel 35% circa dei casi (43 ASL su 124; al sud 6 su 28: 21,4%) il DP si era dotato di *Linee Guida*;
 - nel 49% delle USL rispondenti (62 su 127) era stata indetta, almeno una volta, una *Conferenza di Dipartimento*;
 - in 48 USL su 127 (38% circa; in 2 casi manca il dato) (al sud 15 su 23: 55%) il Dipartimento non disponeva di *pianta organica* già approvata;
 - per 59 USL su 101 rispondenti (il 58% circa: al nord 86%; al centro 38%; al meridione 28%) al momento dell'indagine era già stata istituita l'*Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale*;
 - nel 34% circa dei casi (44 USL su 128: al nord 29%; al centro 52%; al sud 18%) esistevano al momento, all'interno del Dipartimento, *servizi laboratoristici*;
 - in 58 su 125 USL (46,4%) erano state definite ed ufficializzate le competenze del Dipartimento in materia di prevenzione sulla persona rispetto ad altri servizi dell'ASL.

La giovane età del DP lascia ragionevolmente presumere che, dal momento di realizzazione dell'indagine qui brevemente illustrata, alcune realtà regionali e molte realtà aziendali abbiano conosciuto importanti novità organizzativo-gestionali, anche per effetto dello stimolo apportato dal D.Lgs. 229/99. Ciò sostiene contemporaneamente l'opportunità di condurre nuove indagini (o, ancor meglio, di mettere a punto un sistema di monitoraggio delle caratteristiche e dell'evoluzione di questa importante realtà territoriale), che possibilmente includano rilevanti aspetti non ancora indagati.

Tab. 1: Rispondenza all'indagine e attivazione del Dipartimento di Prevenzione nelle Regioni e Province autonome italiane al 31/10/1998

Regione	Tot. Az. USL	Tot. Az. Risp.	% Risp.	Dip. Prev.	% su area	%su nazionale
PIEMONTE	22	19 (17)	86	17	100	13.3
VALLE D'AOSTA	1	1	100	1	100	0.8
LOMBARDIA	14	10	71	5	50	3.9
P. A. di BOLZANO	4	4	100	0	0	0.0
P. A. di TRENTO	1	1	100	0	0	0.0
VENETO	21	15	71	15	100	11.7
FRIULI-VENEZIA G.	6	6	100	6	100	4.7
LIGURIA	5	3	60	1	33	0.8
EMILIA-ROMAGNA	13	12	92	12	100	9.4
Totale Nord	87	71	82	57	80	44.5
TOSCANA	12	12	100	12	100	9.4
UMBRIA	5	5	100	5	100	3.9
MARCHE	13	12	92	9	75	7.0
LAZIO	12	10	83	10	100	7.9
ABRUZZO	6	6	100	6	100	4.7
MOLISE	4	3	75	1	33	0.8
Totale Centro	52	48	92	43	90	33.6
CAMPANIA	13	11	85	11	100	8.6
PUGLIA	12	10	83	9	90	7.0
BASILICATA	5	3	60	0	0	0.0
CALABRIA	11	9	82	4	44	3.1
SICILIA	9	5 (3)	55	1	33	0.8
SARDEGNA	8	6	75	3	50	2.3
Totale Sud e Isole	58	44	76	28	64	21.9
TOTALE ITALIA	197	163 (160)	83%	128	80	100.0%

3.4. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

3.4.1. Introduzione

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha definito la nuova articolazione dei livelli di assistenza raggruppando in tre macro aree di offerta tutte le attività e le prestazioni sanitarie:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera

Nel presente capitolo viene effettuata un'analisi dei livelli dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza ospedaliera: gli indicatori utilizzati sono quelli elaborati ai sensi dell'articolo 28, comma 10 della L. 498/98.

3.4.2. Assistenza distrettuale

L'assistenza sanitaria distrettuale ricomprende, in linea di massima, i tre livelli uniformi di assistenza del Psn '94-'96 (assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica, semiresidenziale territoriale e assistenza residenziale sanitaria) essendo essi fortemente integrati e correlati. L'individuazione dell'unità distrettuale all'interno dell'azienda sanitaria locale è funzionale all'obiettivo di coordinamento e integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra ospedaliero. Nei paragrafi successivi sono trattati i sub-livelli dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza farmaceutica.

Assistenza di base

L'assistenza sanitaria di base ha l'obiettivo primario di promuovere la salute, attraverso attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale diagnosi cura e riabilitazione di primo livello di e pronto intervento. L'offerta riguardante l'assistenza di base è costituita dall'insieme delle prestazioni fornite dal medico di medicina generale, dal pediatra di libera scelta, dalla guardia medica.

Il Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità rileva le informazioni riguardanti questo sub-livello di assistenza, in particolare i dati esposti in questo paragrafo sono relativi al triennio '96-'98.

Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale ha comportato anche la riorganizzazione complessiva della medicina generale e della pediatria di libera scelta tesa al miglioramento della qualità dell'assistenza e all'uso appropriato dei servizi sanitari.

Tale riorganizzazione trova applicazione attraverso i vigenti accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di **medicina generale** e con i pediatri di libera scelta.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, il Ssn, conferisce al medico convenzionato per la medicina generale compiti di:

**Medicina generale
e pediatria**

1. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, impostando un programma diagnostico, terapeutico e riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre;
2. Assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività rivolta ad anziani, invalidi, ammalati cronici, pazienti dimessi dagli ospedali e pazienti in fase terminale.
3. Continuità assistenziale per garantire la globalità dell'assistenza primaria che si realizza attraverso l'integrazione con gli altri servizi distrettuali ed ospedalieri;
4. Educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria;
5. Ricerca, sia in campo clinico sia epidemiologico e didattico, sia nei confronti del personale sia dei colleghi in fase di formazione.

In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, lo stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dell'OMS.

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, il Ssn, conferisce al medico convenzionato per la pediatria di base compiti di:

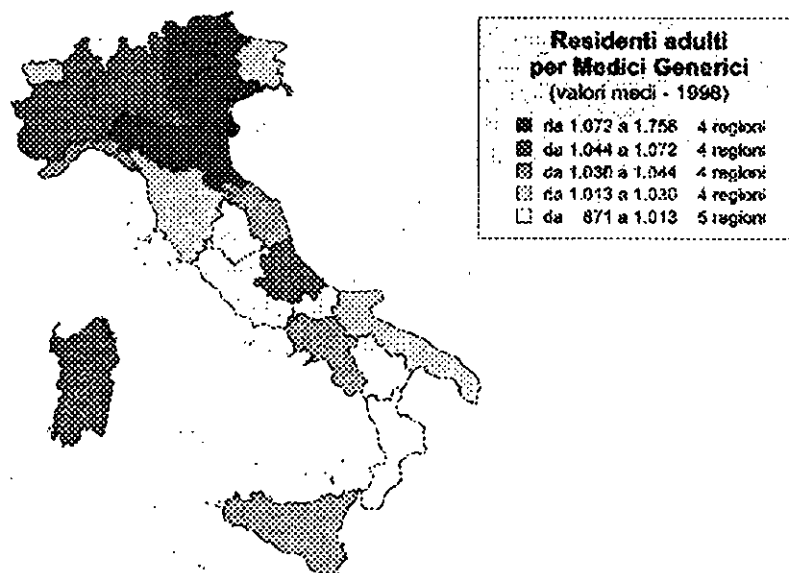
1. Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, volta ad un equilibrato sviluppo psico-fisico del bambino tramite interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.
2. Assistenza programmata a domicilio od in strutture territoriali rivolta a bambini disabili o dimessi da strutture di ricovero.
3. Continuità assistenziale per garantire il completamento dell'assistenza primaria, anche in collaborazione con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri.
4. Educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale aventi l'obiettivo di controllare la crescita mediante periodici bilanci di salute, la diagnosi precoce e l'identificazione di fattori di rischio modificabili al fine di attuare la prevenzione secondaria.
5. Ricerca, sia in campo clinico sia epidemiologico e didattica, sia nei confronti del personale sia dei colleghi in fase di formazione.

**Tutti
hanno diritto
all'assistenza
sanitaria
di base**

Tutti i cittadini hanno diritto a ricevere l'assistenza sanitaria del medico di base: la scelta del medico generico e del pediatra è fondata su un rapporto di fiducia. Ogni medico generico non può assistere, salvo casi eccezionali, più di 1.500 adulti di età superiore ai 14 anni mentre ogni pediatra di libera scelta può essere scelto al massimo da 800 bambini di età compresa fra i 0 e i 14 anni.

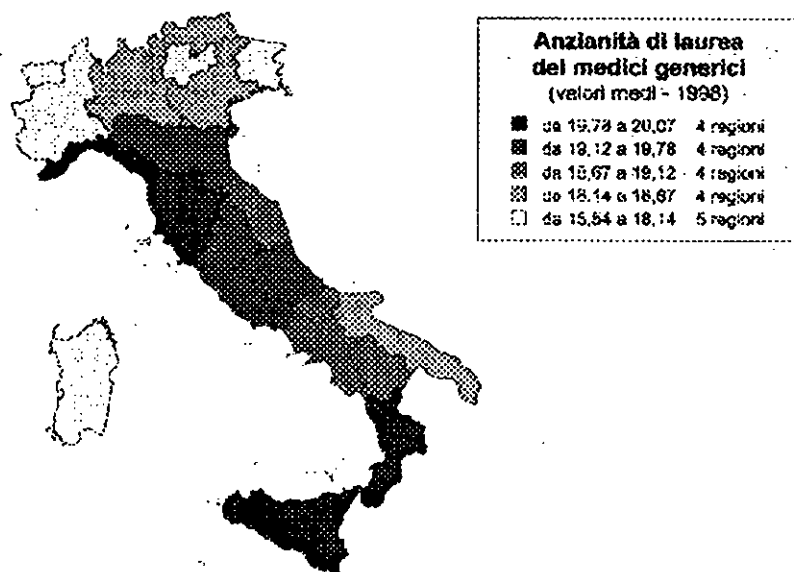
**Assistibili
per medico
di base**

Si evidenziano comunque realtà territoriali in cui il numero di scelte del medico generico comprende quote di assistibili di età inferiore a 14 anni. Il carico di assistibili per ciascun medico di base nel triennio considerato, a livello nazionale, risulta essere stabile (1.030 assistibili nel 1998 e 1.028 nel 1996) mentre varia notevolmente da regione a regione passando, nel 1998, da un minimo di 871 adulti residenti per medico rilevati nell'Umbria ad un massimo di 1.756 adulti residenti per medico nella P. A. di Bolzano, le regioni per le quali si rilevano gli scarti dal valore medio minori sono la Liguria (1.030), le Marche (1.033) e la Campania (1.036). Si registra, inoltre, nella regione Umbria un notevole decremento, rispetto al 1996, del carico di residenti per medico passando da 1.056 a 871 unità.

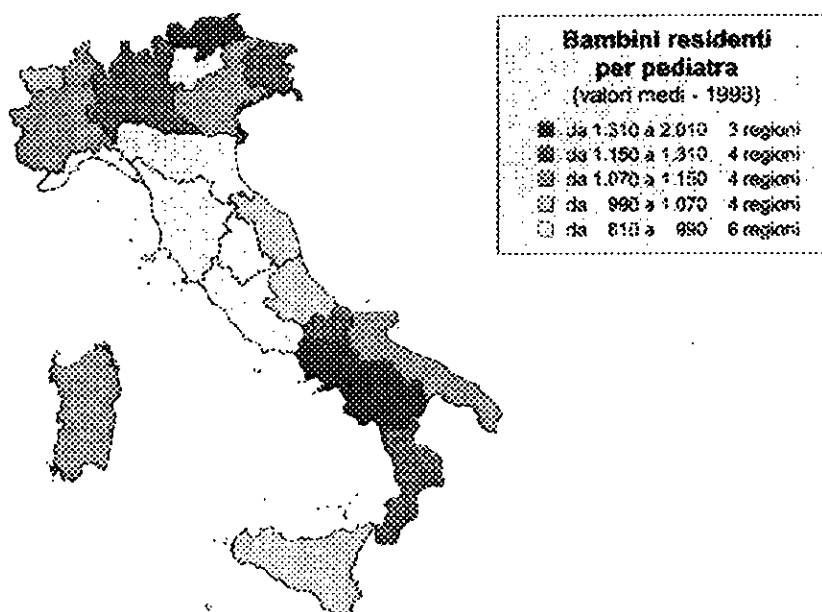


Fonte: SIS

Non si rilevano forti differenze territoriali analizzando l'anzianità di laurea dei medici generici che a livello nazionale è pari a 17,6 anni; le Regioni con i medici più "anziani" sono la Toscana (20,1 anni) e la Liguria (19,9 anni) mentre i medici della P.A. di Trento con un'anzianità media di laurea di 15,5 anni risultano essere i più "giovani".



Fonte: SIS



Fonte: ISTAT

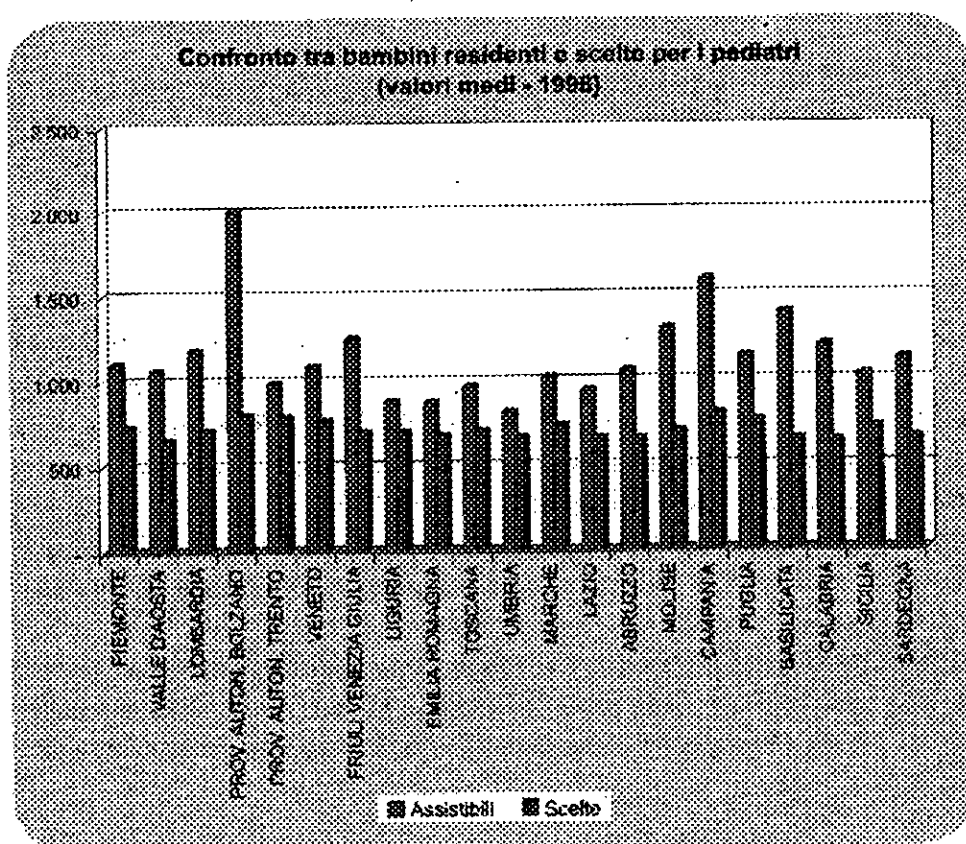
Bambini per pediatra

Per quanto riguarda il numero di bambini per pediatra si osserva nel triennio '96-'98 una crescente disponibilità di medici pediatri per bambino ed in genere una crescita del numero di bambini che scelgono l'assistenza del pediatra di base.

La disomogeneità territoriale del numero di bambini per pediatra risulta comunque ancora più evidente che per la popolazione adulta; infatti, l'intervallo di variazione passa dal valore di 2.03 bambini per pediatra registrato nella P.A. di Bolzano al valore di 819 bambini per pediatra dell'Umbria.

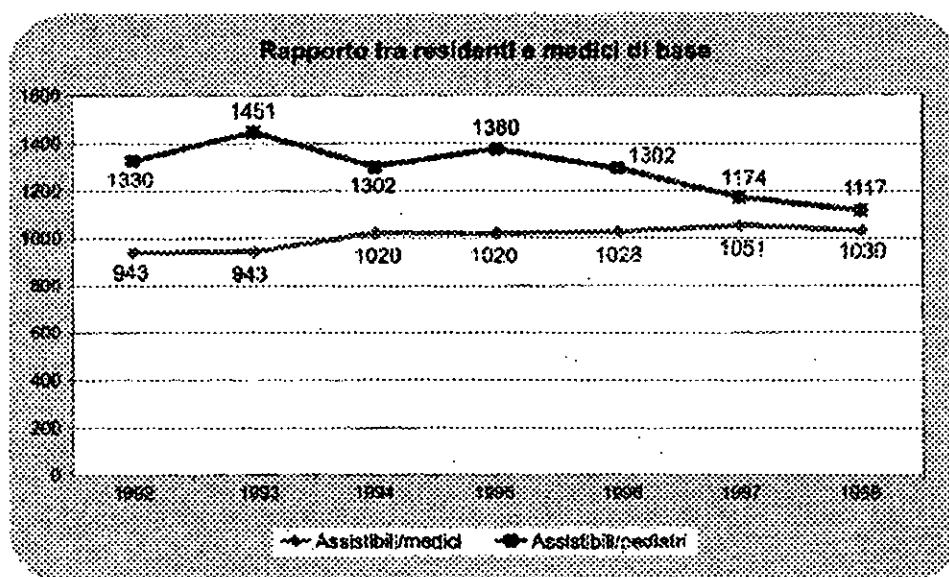
In media, in Italia ogni pediatra di base viene scelto da 721 bambini: la Calabria con 642 scelte per pediatra presenta il valore più basso mentre la Campania, con 807 scelte, quello più elevato.

Si evince che il numero medio di bambini per pediatra è nettamente superiore al numero di bambini effettivamente assistiti dai pediatri, anche se tale scostamento è diminuito significativamente nel triennio considerato. In particolare, tale scarto è molto più evidente nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro-Nord con la sola eccezione della P.A. di Bolzano che presenta in assoluto lo scostamento più elevato.



Fonte SIS

Tale fenomeno è da ricondurre in alcuni casi ad un bassa dotazione di medici pediatri che non soddisfa sufficientemente la domanda di prestazioni in questo settore (come ad esempio nella P.A. di Bolzano); in altre realtà territoriali, invece, parte della popolazione infantile che dovrebbe essere assistita dai pediatri di base viene seguita dai medici generici generando degli squilibri che si ripercuotono sulla qualità dei servizi offerti dalla medicina di base.



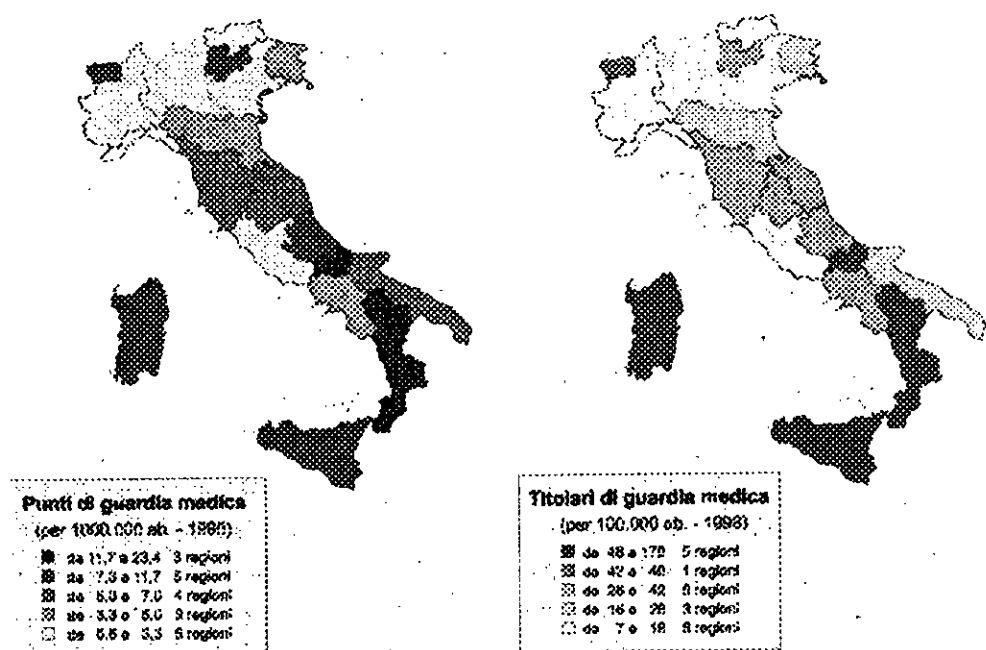
Fonte: S.i.S.

**Guardia medica:
Indicatori di risorse
e di attività**

Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana: essa si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e pre-festive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche.

Nel 1998 sono stati rilevati in Italia circa 3.000 punti di guardia medica, in media più di 5 ogni 100.000 abitanti, tali valori non si discostano significativamente da quelli registrati nell'anni precedenti.

A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica rispetto alla popolazione sia per quanto concerne il numero di medici titolari ogni 100.000 abitanti.



Fonte: IRI/3

Nelle regioni meridionali, in particolare in Molise, Basilicata e Calabria, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione.

A parte la Valle d'Aosta che presenta un numero elevato di punti di guardia medica (oltre 11 ogni 100.000 abitanti) per quasi tutte le regioni dell'Italia Nord-Centrale si registrano valori inferiori alla media nazionale. Tali differenze territoriali sono da ricondurre a diversi fattori come, ad esempio, la diversa distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere che risultano essere numericamente inferiori al Centro-Sud rispetto al resto dell'Italia, in rapporto ai rispettivi bacini di utenza, oppure l'incidenza dei flussi turistici che interessano l'intero Paese e che, anche in questo caso, sono diversamente distribuiti.

Assistenza farmaceutica convenzionata

L'assistenza farmaceutica convenzionata consiste nella fornitura di specialità medicinali e preparati galenici utili per la prevenzione o la cura delle malattie; essa rappresenta, nell'ambito dei servizi erogati dal Ssn quella più suscettibile di variazioni poiché è strettamente dipendente dalle disposizioni dettate dalle varie leggi finanziarie.

La normativa vigente prevede la ripartizione dei medicinali in tre fasce:

- la fascia A) comprende i farmaci "essenziali e i farmaci necessari per la cura delle malattie croniche; questi farmaci sono completamente a carico del Ssn ed il cittadino partecipa alla spesa pagando un ticket

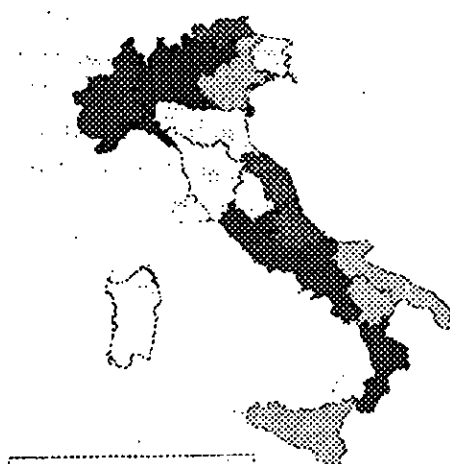
di 3.000 o 6.000 lire.

- la fascia B) comprende i farmaci di "rilevante interesse terapeutico"; tali farmaci sono a carico del Ssn per il 50% del loro prezzo di vendita
- la fascia C) comprende tutti gli altri farmaci che possono considerarsi "di supporto" e che sono completamente a carico del cittadino.

In Italia, mediamente, per ogni cittadino vengono prescritte poco più di 5 ricette l'anno; tale valore passa da un minimo di 3,6 ricette nella P.A di Bolzano ad un massimo di 6,3 ricette in Umbria.

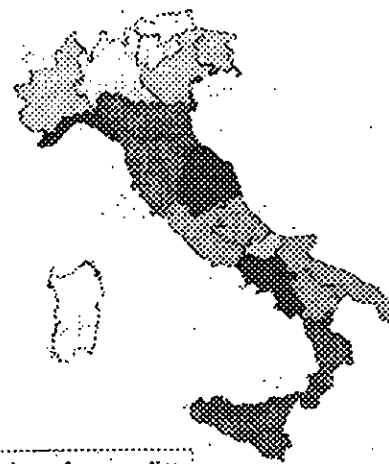
Il costo medio per ricetta che è di circa 46.300 lire è fortemente variabile all'interno del territorio nazionale, lo scarto massimo ammonta pressappoco a 5.500 lire; in Friuli-Venezia Giulia, per ricetta, si spendono mediamente 51.000 lire, mentre in Emilia-Romagna quasi di 39.000 lire.

Il 1998 ha fatto registrare un aumento del numero di ricette rispetto agli anni precedenti con un conseguente aumento del costo medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare gli operatori sanitari ed i cittadini ad un uso più razionale dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato.



Assistenza farmaceutica
(costo medio per ricetta - 1998)

da 48.500 a 51.000	3 regioni
da 47.300 a 48.500	5 regioni
da 45.300 a 47.300	3 regioni
da 44.000 a 45.300	4 regioni
da 39.900 a 44.000	6 regioni



Assistenza farmaceutica
(costo medio per ricetta - 1998)

da 5,8 a 6,28	4 regioni
da 5,48 a 5,8	4 regioni
da 5,33 a 5,48	4 regioni
da 4,98 a 5,33	4 regioni
da 3,93 a 4,98	5 regioni

Fonte SIS

3.4.3. Assistenza ospedaliera

Il contesto attuale

L'assistenza ospedaliera garantisce i ricoveri presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per il trattamento di condizioni patologiche che richiedono interventi di urgenza o emergenza e per la cura delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere trattate in ambulatorio o a domicilio.

Essa è erogata attraverso le seguenti modalità d'accesso: il ricovero di urgenza ed emergenza, il ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno (day-hospital), l'ospedalizzazione domiciliare ed infine il trattamento sanitario obbligatorio.

Tra i servizi offerti dal Ssn la rete ospedaliera rappresenta il settore che maggiormente incide sulla spesa sanitaria complessiva. La riorganizzazione della rete ospedaliera che promuova una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, ma che mantenga, nello stesso tempo, buoni livelli di qualità dei servizi offerti, costituisce un'azione prioritaria.

Molte Regioni hanno già avviato il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera che si esplica attraverso interventi di riconversione di strutture ospedaliere in strutture per la lungodegenza post-acuzie, la riabilitazione, l'assistenza ai malati terminali e in RSA, di trasformazione e/o disattivazione dei posti letto con tasso di occupazione inferiore al 75%.

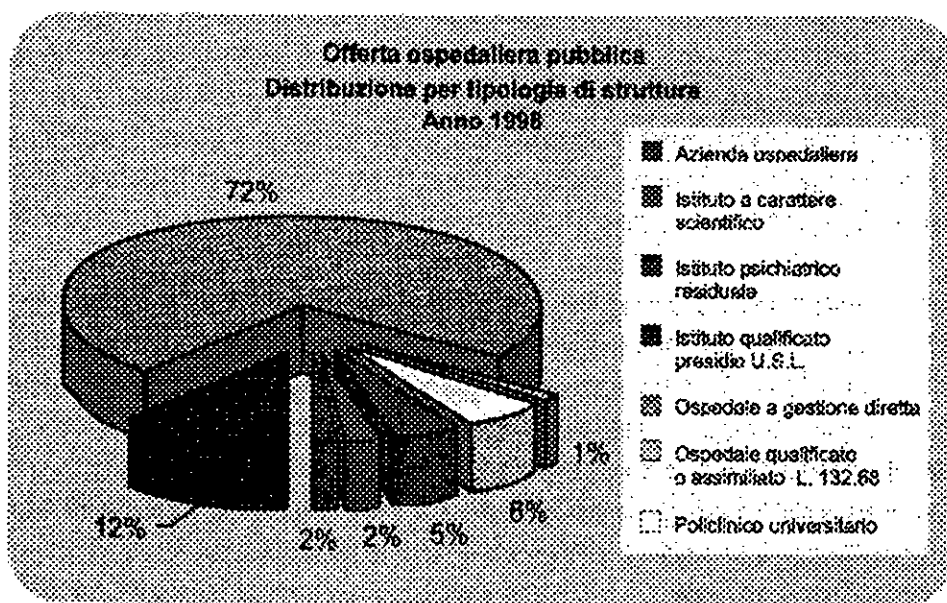
Altre iniziative riguardano l'organizzazione delle attività a ciclo diurno adeguando la dotazione dei posti letto per day-hospital allo standard nazionale del 10% dei posti letto per acuti, il potenziamento delle attività di ospedalizzazione domiciliare e l'organizzazione delle attività di ricovero in regime libero-professionale. Tra gli interventi di riconversione particolare importanza riveste il superamento degli ospedali psichiatrici previsto dalla Legge 662 del 1996: in tutte le regioni è stata completata l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), con un incremento dei Centri di Salute Mentale (CSM), di punti ambulatoriali, di strutture residenziali e semiresidenziali.

Il Ministero della Sanità ha istituito l'Osservatorio per la tutela della Salute Mentale per verificare il superamento degli istituti psichiatrici residuali e, più di recente, si è costituito un tavolo di coordinamento permanente con le Regioni. Nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle strutture ospedaliere finalizzate all'adeguamento agli standard di dotazione dei posti letto e di organizzazione delle attività, dettati dalla normativa nazionale e regionale, si evidenziano ancora degli squilibri: un'eccedenza di posti letto per acuti a fronte di una carenza di quelli per riabilitazione e lungodegenza, un non adeguato ricorso a modalità organizzative alternative al ricovero ordinario (attività a ciclo diurno, ospedalizzazione domiciliare ecc.).

**La riorganizzazione
della rete
ospedaliera**

Gli ospedali pubblici: strutture ed attività

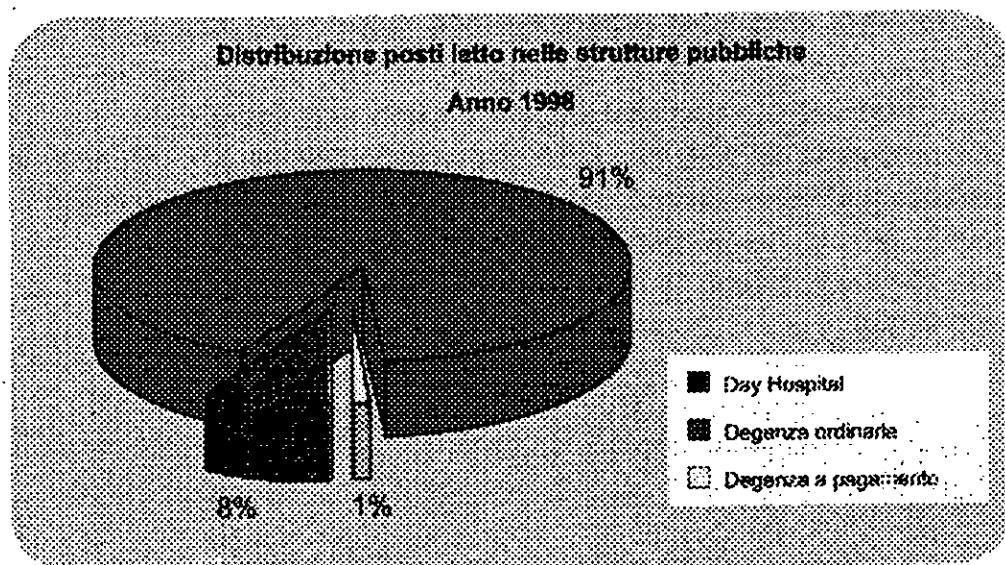
Per il 1998 l'offerta ospedaliera è risultata costituita da 1.381 strutture di cui il 61% pubbliche ed il restante 39% accreditate.



Fonte: S.I.S.

Nel triennio '96-'98 si è osservata a livello nazionale una sensibile diminuzione del numero complessivo di posti letto di degenza ordinaria in strutture pubbliche, circa 38.000 unità, con un aumento di circa 3.200 posti letto di day hospital.

In totale, nell'anno 1998, il numero dei posti letto è pari a circa 276.000: il 91% è costituito da posti letto a degenza ordinaria, l' 8% da posti letto di day-hospital ed il restante 1% da posti letto a pagamento.



Fonte SIS

Le Aziende Ospedaliere detengono il 36% dei posti letto totali, mentre gli ospedali a gestione diretta, che rappresentano quasi i 3/4 del totale degli istituti pubblici, circa il 50%.

Nel 1998 i posti letto accreditati di degenza ordinaria ammontano a circa 56.000 unità e la percentuale di posti letto dedicati all'attività di day-hospital è dell'1,5%.

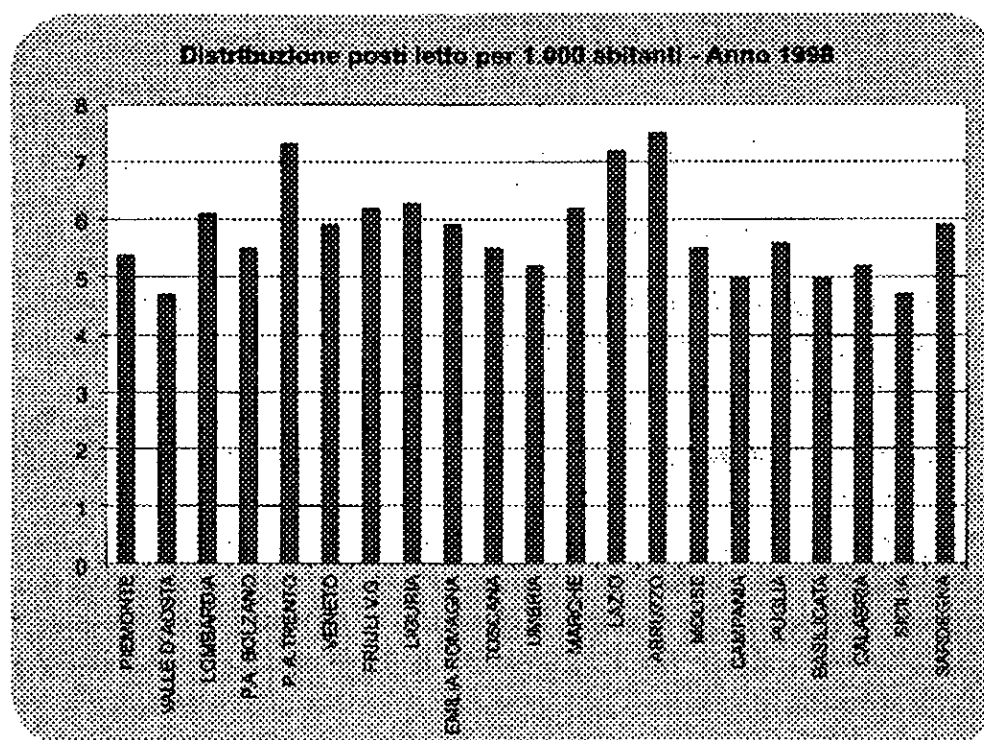
Per una corretta lettura dei dati relativi al settore privato accreditato è necessario ricordare che dal 1997 sono rilevate separatamente le informazioni relative alle strutture private accreditate ex art. 26 L. 833/78. Il nuovo modello di rilevazione denominato RIA oltre a censire le strutture di riabilitazione precedentemente rilevate assieme alle strutture ospedaliere private accreditate, fornisce una visione più ampia dell'attività riabilitativa sia essa erogata in regime residenziale e semiresidenziale che ambulatoriale e domiciliare. Risulta quindi difficile confrontare la dotazione di posti letto privati accreditati del 1998 con quella degli anni precedenti in quanto non comprensiva delle strutture di riabilitazione. D'altra parte con il modello RIA saranno disponibili quelle informazioni che, per la peculiarità del tipo di attività svolta, non sarebbe stato possibile desumere dai modelli di rilevazione dell'attività delle case di cura private. Nel 1998 sono stati censiti con il modello RIA 680 centri di riabilitazione con un ammontare di circa 16.245 posti letto per assistenza residenziale e 10.190 posti letto per assistenza semiresidenziale.

Analizzando l'offerta ospedaliera in relazione alla popolazione italiana si evince che il numero di posti letto totali per 1000 abitanti, nel 1998, è pari a 5,8, in particolare 5,2 sono quelli disponibili per l'assistenza ospedaliera per acuti, mentre 0,6 sono quelli riservati alla riabilitazione e lungodegenza post-acu-

**L'offerta
ospedaliera**

zie. Tali valori si discostano dagli standard fissati dal legislatore (D. Lgs. 502/92, L. 382/96, L. 662/96) che è di 5,5 posti letto per 1000 abitanti di cui l'1 per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

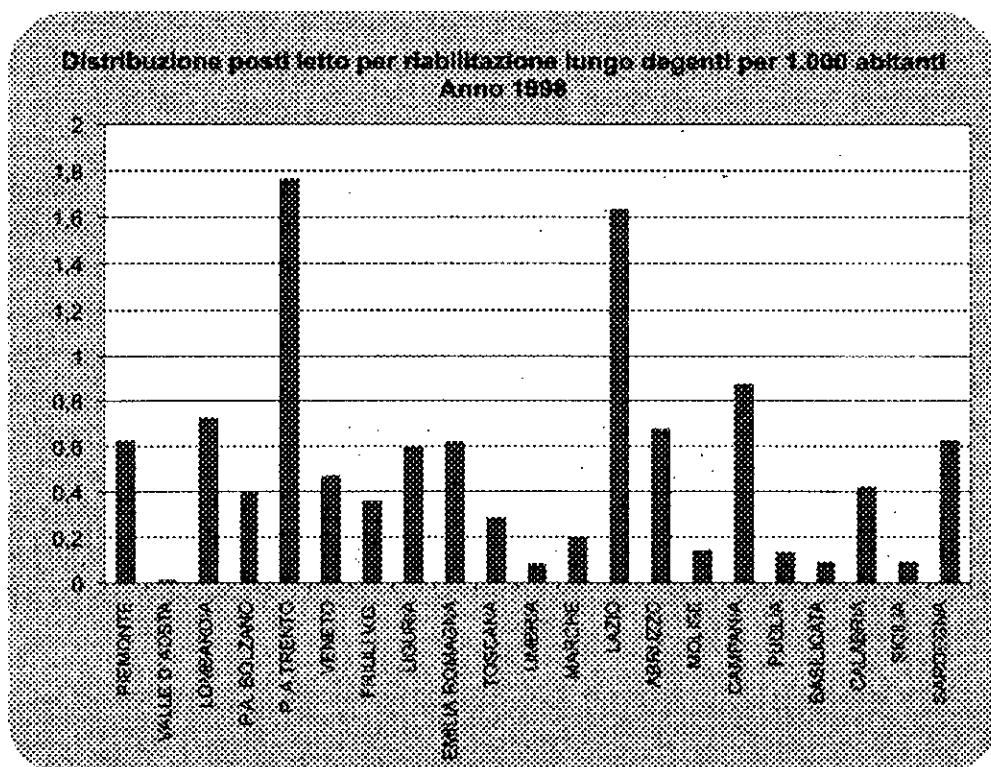
La distribuzione dei posti letto pubblici e privati accreditati per 1000 abitanti risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale; le regioni che nel complesso si avvicinano maggiormente agli standard sono il Piemonte (5,4) e la P.A. di Bolzano (5,5) al Nord, la Toscana (5,5) al Centro, il Molise (5,5) e la Puglia (5,6) al Sud.



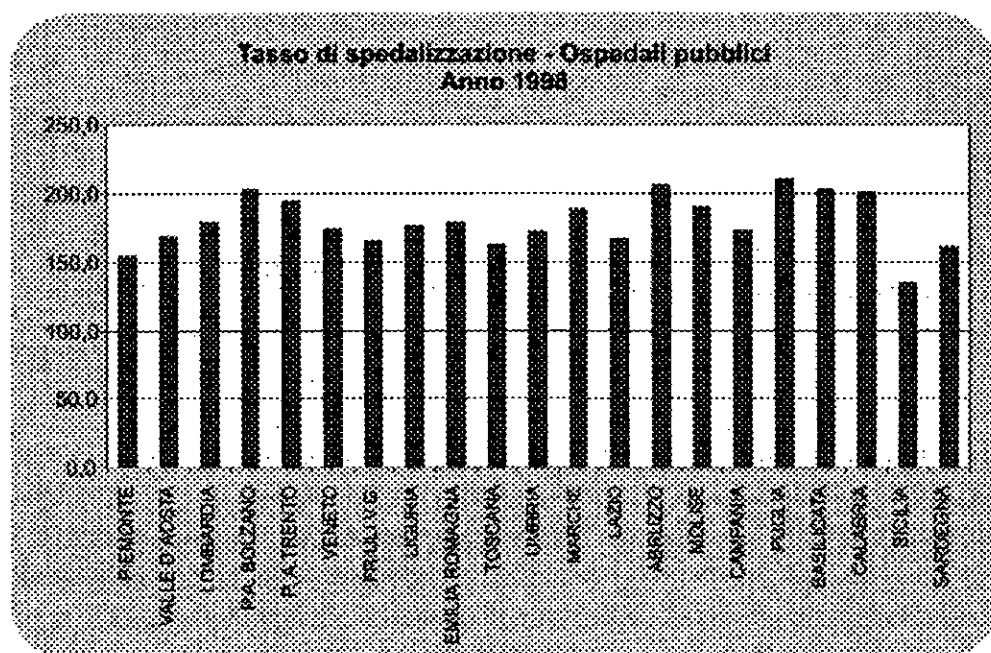
Fonte SIS

Nello stesso tempo, la quota di posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie non è soddisfatta dalla maggioranza delle regioni ad eccezione della P.A. di Trento (1,7) e della regione Lazio (1,6) in cui tale standard viene ampiamente superato.

Un indicatore molto diffuso per l'analisi della domanda ospedaliera è il tasso di spedalizzazione che è fissato in 160 ricoveri in degenza ordinaria per 1000 abitanti (residenti).



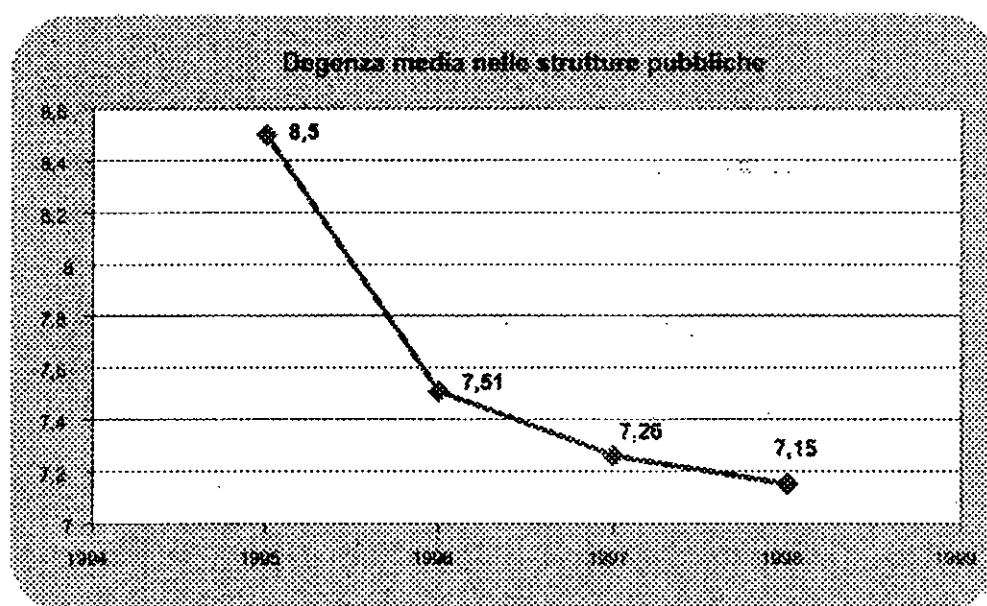
Il valore nazionale rilevato per l'anno 1998 è stato di 174 ricoveri per acuti per 1000 abitanti, valore in diminuzione rispetto al 1996, ma comunque al di sopra dello standard previsto.



**Attività
ospedaliera**

Anche in questo caso si evidenzia una forte variabilità regionale: il Piemonte (154,9), e la Sicilia (135,4) sono le regioni che presentano i valori più bassi nettamente al di sotto del livello considerato ottimale; mentre, per la Puglia e l'Abruzzo si registrano i valori più alti, rispettivamente 210,8 e 206.

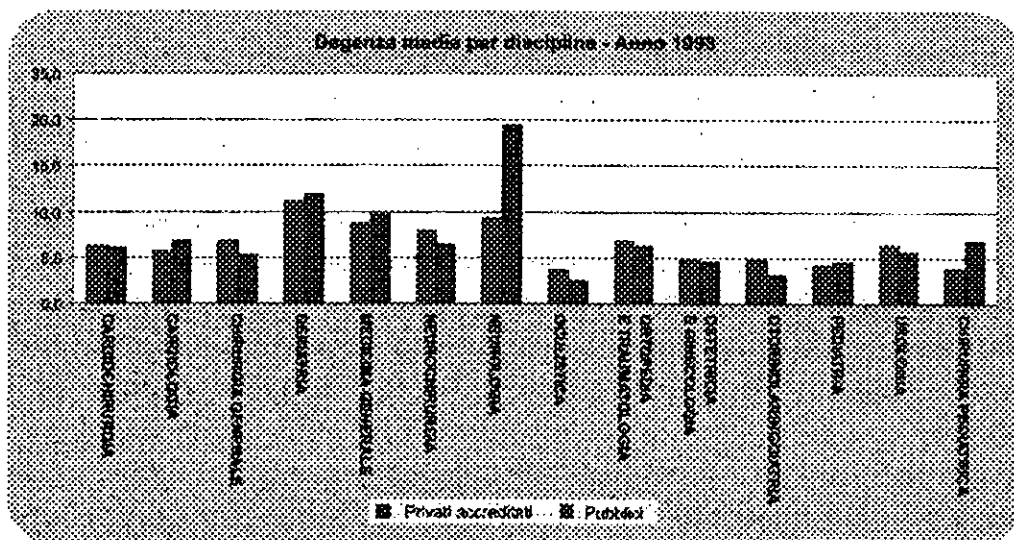
L'analisi dell'attività ospedaliera è stata effettuata considerando le principali discipline che coprono, nel caso degli ospedali pubblici il 75% dei posti letto e l'80% dei degenti, mentre nel caso delle strutture private accreditate il 59% dei posti letto e l'82% dei degenti. Tra queste, le discipline di base (Chirurgia generale, Medicina generale, Ostetricia e ginecologia e Pediatria) rappresentano circa il 47% delle degenze complessive per il settore pubblico e circa il 29% per quello privato accreditato. Nelle figure che seguono sono rappresentati alcuni indicatori quali la degenza media che esprime il tempo espresso in giorni che intercorre tra l'ingresso di un paziente in ospedale e la sua dimissione ed il tasso di utilizzo che esprime in percentuale l'effettiva occupazione nel periodo in esame (un anno) dei posti letto rispetto alla dotazione disponibile.



Fonte S.I.S.

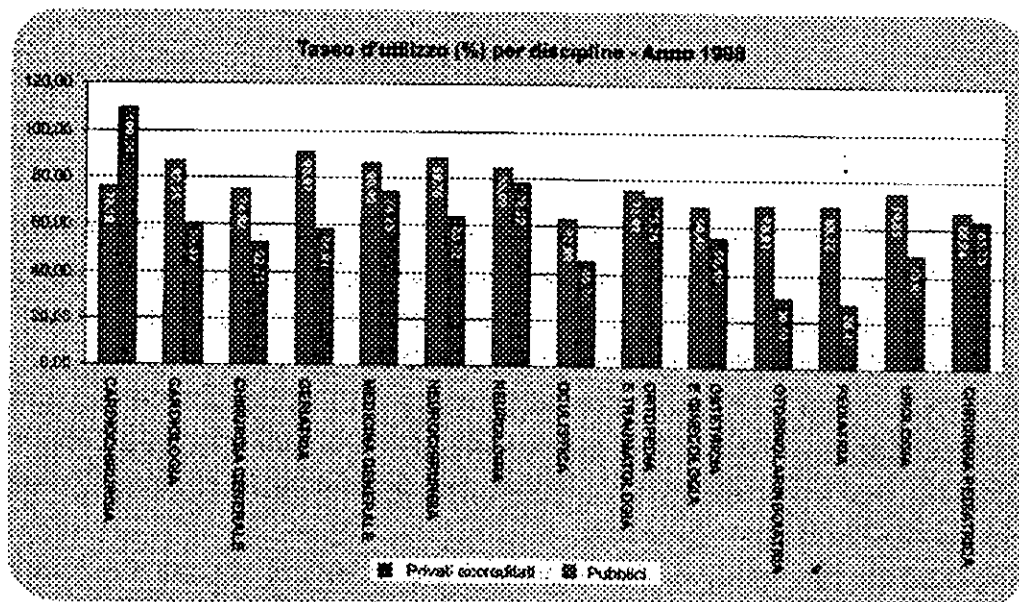
La degenza media è un indicatore che dipende notevolmente dalla disciplina ospedaliera considerata: i valori di degenza media più elevati si riscontrano, sia in ambito pubblico sia privato accreditato, nei reparti di geriatria e neurologia (in modo più accentuato nel privato accreditato), mentre sono, generalmente i reparti di chirurgia pediatrica e di oculistica quelli presso i quali si registrano i valori più bassi di degenza media. Sia nel settore pubblico sia in quello privato accreditato si riscontra, comunque, una lieve diminuzione in tutte le

discipline, eccetto che nei reparti di cardiocirurgia accreditati, della permanenza media in ospedale.



Fonte SIS

Il tasso di utilizzo risulta essere più elevato presso i reparti di geriatria (90,8) e di neurochirurgia degli ospedali pubblici (88,8%) e presso i reparti di cardiocirurgia delle case di cura private accreditate (oltre il 100%).



Fonte SIS

Le Aziende Ospedaliere

**Le Aziende
ospedaliere
hanno acquisito
piena autonomia**

Dal 1 gennaio del 1995 i maggiori ospedali italiani hanno assunto la nuova condizione giuridica di "Aziende Ospedaliere".

Le nuove Aziende hanno mutato il loro aspetto acquisendo piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, pur nell'ambito della programmazione regionale. Esse si pongono in termini attivi e di competizione nei confronti dei cittadini.

Al 30/01/99 le Aziende ospedaliere costituite risultano essere 98; le regioni Lombardia e Sicilia sono quelle che hanno costituito il maggior numero di Aziende (rispettivamente 27 e 17), mentre le regioni che non hanno ancora individuato, tra le strutture ospedaliere esistenti, Aziende ospedaliere sono la Valle d'Aosta, le Province autonome di Trento e Bolzano, l'Abruzzo ed il Molise.

Nell'anno 1998, il totale dei posti letto per degenze ordinarie delle Aziende ospedaliere ammonta a 87.500, mentre i posti letto di day-hospital sono quasi 7.250, con un incremento del 22,5% per i posti letto di degenza ordinaria e del 4,7% per i posti letto di day-hospital rispetto all'anno 1996.

Con riferimento all'attività svolta, è stato effettivamente utilizzato un numero di posti letto (85.000) di poco inferiore a quello dichiarato all'inizio dell'anno (posti letto di anagrafe), mentre le degenze complessivamente registrate sono in totale circa 3.340.000 e sono state effettuate oltre 24.000.000 di giornate di degenza. Il tasso di utilizzo totale è pari a circa l'80% ed il numero medio di giorni di ricovero è di 7,3 giorni.

La mobilità ospedaliera

I dati di mobilità ospedaliera che descrivono il flusso dei pazienti ricoverati in regioni diverse da quelle di residenza sono, dal 1997, ricavati dalla "scheda di dimissione ospedaliera" in quanto è stato eliminato l'apposito modello di rilevazione del movimento migratorio dai flussi informativi.

Per il triennio '96-'98 la mobilità ospedaliera non registra significative variazioni rispetto agli anni precedenti, ovvero si riconferma la tendenza delle popolazioni del Sud a migrare verso le regioni centrosettentrionali per accedere ai servizi sanitari di tipo ospedaliero.

Per il 1998 il numero di pazienti trattati in ospedali esterni alla regione di residenza è in media 6,6 ogni 1000 dimessi; a livello territoriale la variabilità è molto elevata: si passa dal valore di 3,7 ricoveri fuori regione per 1000 dimessi della regione Veneto al valore di 25,6 della Regione Basilicata.

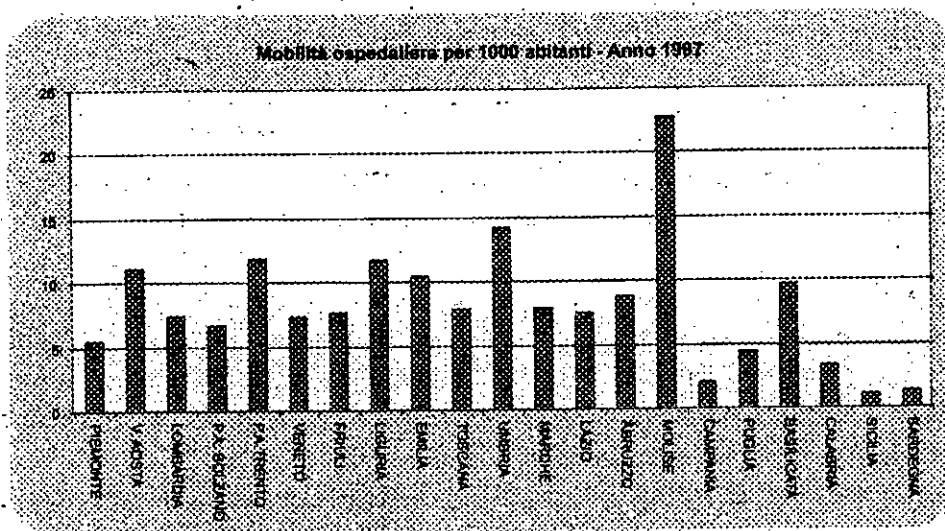
Analizzando l'indice di fuga dei ricoveri per la riabilitazione si osserva, a livel-

lo nazionale, un valore quasi doppio rispetto a quello dei ricoveri per acuti, con una variabilità territoriale molto più accentuata. Per quel che concerne l'indice di attrazione (n. di dimessi provenienti da fuori regione ogni 1000 dimessi) emerge che la Regione Molise importa un consistente numero di ricoveri da altre regioni (22,7 per 1000 dimessi), mentre la Regione Sicilia ricovera essenzialmente pazienti della propria regione (1.1 ricoveri provenienti da fuori regione ogni 1000 dimessi).

Concludendo, si osserva che tutte le Regioni dell'Italia meridionale ed insulare, ad eccezione del Molise, presentano un saldo totale tra le importazioni e le esportazioni negativo.

Al Nord le regioni che invece presentano un saldo totale negativo sono il Piemonte e la Valle D'Aosta: le esportazioni superano le importazioni.

Le Regioni dell'Italia centrale sono generalmente importatrici di ricoveri; in particolare, analizzando la tipologia di ricoveri emerge che le Regioni Umbria e Marche presentano un saldo negativo per l'elevata assistenza ospedaliera (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Unità Spinale etc.).



Fonte SIS

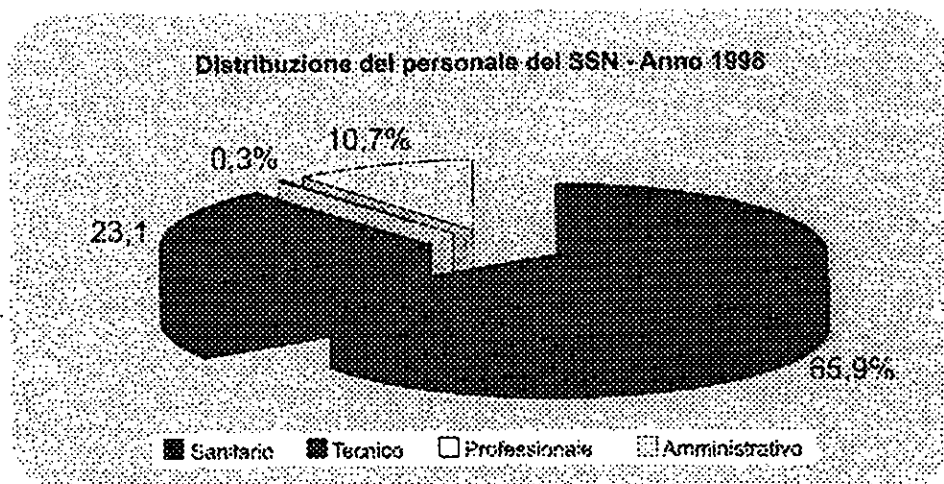
3.4.4. Il personale

Il personale del Servizio sanitario nazionale

Il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali (compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta e degli istituti psichiatrici residuali) e dal personale delle Aziende Ospedaliere. Nel 1998 tale personale è risultato costituito da circa

646.000 unità, circa 8.300 unità in meno rispetto all'anno 1996, confermando il trend decrescente degli ultimi anni.

Il personale del Ssn è così ripartito: il 65,9% è costituito dal ruolo sanitario, il 23,1% dal ruolo tecnico, il 10,7% dal ruolo amministrativo e il restante 0,3% dal ruolo professionale.



Fonte: SIS

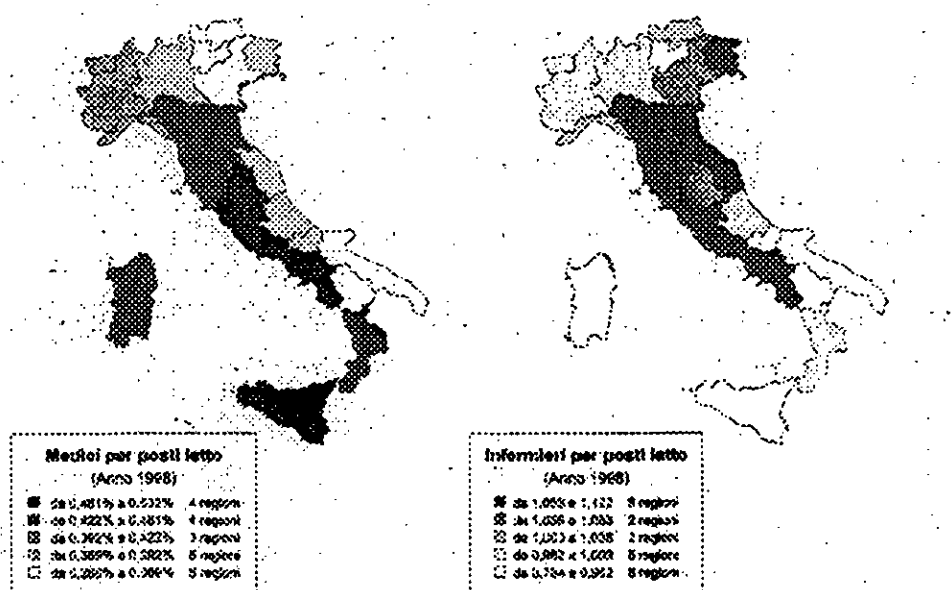
Il rapporto personale totale su popolazione residente, a livello nazionale, è di 11,2 unità per 1000 abitanti: la variabilità interregionale di tale indicatore risente della diversa dotazione di personale dipendente, dovuta a differenti tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari (pubbliche o private accreditate).

Nell'ambito del ruolo sanitario il personale medico risulta costituito da 96.500 unità e quello infermieristico da circa 253.000 unità; rispetto al biennio precedente il numero dei medici ha subito un leggero decremento, mentre quello degli infermieri è rimasto costante.

Il rapporto infermieri/medici risulta essere sostanzialmente stabile nel triennio considerato e si attesta, a livello nazionale al valore di 2,6 infermieri per ogni medico; tale rapporto decresce scendendo dal Nord al Sud del Paese. La Provincia autonoma di Bolzano si evidenzia per il valore più elevato 4,1 infermieri per medico, seguono la Provincia autonoma di Trento (3,2), il Friuli-Venezia Giulia (3,4) ed il Veneto con 3,5. Nelle Regioni meridionali, sono le Regioni Sicilia e Molise (2,0) a presentare il rapporto più basso.

Il personale ospedaliero

Nel 1998 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 557.000 unità di cui il 17,7% è rappresentato da personale medico, il 43,0% da personale infermieristico ed il restante 39,3% da personale amministrativo, tecnico, professionale e da altre figure appartenenti al ruolo sanitario. Dal confronto con l'anno precedente si rilevano significative variazioni.



Fonte SIS

A livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono, mediamente, di circa un medico ogni 2,4 posti letto e circa un infermiere ogni posto letto. L'analisi territoriale è stata effettuata prendendo in esame indicatori quali numero di medici per posto letto e numero di infermieri per posto letto. L'indicatore relativo al personale medico presenta una forte variabilità: la regione che dispone di più medici per posto letto risulta essere la Campania (0,56 medici per letto) seguita dalla Sicilia (0,50 medici per letto), mentre la Provincia autonoma di Trento (0,28) e la Calabria (0,27) presentano gli indici più bassi. Per quanto riguarda la disponibilità di personale infermieristico si osserva che la regione Marche presenta il valore più favorevole (1,11 infermieri per posto letto); la Basilicata, invece, con un valore di 0,78 infermieri per posto letto rappresenta la regione meno dotata rispetto a questa figura professionale.

Passando alla composizione del personale per tipo di struttura ospedaliera si rileva che le 217.000 unità di personale delle Aziende ospedaliere costituiscono-

no il 39,1% del personale ospedaliero totale mentre il personale operante negli ospedali a gestione diretta, 261.000 unità, ne costituisce il 46,8%; il restante 14,1% del personale ospedaliero opera in strutture come i Policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Il personale totale delle Aziende ospedaliere è costituito per il 17,3% da medici (in media, 0,39 medici per posto letto) e per il 41,3% da infermieri (circa 0,88 infermieri per posto letto) mentre negli ospedali a gestione diretta operano in media 17,7 medici e 45,7 infermieri ogni 100 unità di personale totale.

Per misurare il carico di lavoro del personale ospedaliero si utilizza un indicatore che mette in rapporto il numero di dimissioni con il totale personale. Mediamente sono circa 20 le dimissioni per ciascuna unità di personale. Tale valore varia da un minimo di 15,3 del Friuli-Venezia Giulia ad un massimo di 24,7 della Basilicata.

Il rapporto dimissioni/personale sanitario è a livello nazionale di 28,8. Anche in questo caso è la regione Friuli-Venezia Giulia a registrare il valore più basso 21,8, mentre la Basilicata, con un valore di 35,4, rappresenta la regione con il carico di lavoro più elevato in riferimento al personale del ruolo sanitario.

3.5. LA GESTIONE FINANZIARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE *

Il 1999 ha rappresentato per il Servizio sanitario nazionale (Ssn) un anno di svolta, nel corso del quale sono state avviate due riforme importanti, sia dal lato della sua organizzazione, con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 -"Riforma ter"-, sia dal lato del suo finanziamento, con il decreto legislativo contenente "Disposizioni in materia di federalismo fiscale".

Dal lato dell'organizzazione del Ssn, la "riforma ter" ha inteso completare ed integrare il processo di riordino avviato con i precedenti decreti legislativi 502/92 e 517/93 e le successive loro integrazioni contenute in varie leggi e decreti ministeriali attuativi, anche eliminando le ambiguità e le contraddizioni, con il fine di garantire maggiore tutela ai cittadini, migliorando la qualità e l'efficienza del sistema sanitario e rafforzandone i principi solidaristici. I principali contenuti qualificanti della riforma riguardano: la conferma del ruolo del Ssn; la valorizzazione ed il completamento della regionalizzazione e della aziendalizzazione del Ssn avviate con il decreto 502/92; il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione dell'assistenza sanitaria; la ridefinizione del significato e dei meccanismi di accreditamento; l'individuazione delle aziende ospedaliere e l'attivazione dei distretti socio-sanitari; la valorizzazione delle risorse umane e l'esclusività del rapporto di lavoro e l'introduzione dei fondi integrativi del Ssn.

Dal lato del finanziamento del Ssn è intervenuto, successivamente, il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (G.U. 15/3/2000) attuativo dell'articolo 10 della legge delega 13 maggio 1999 n. 133, raccordato alla riforma dell'organizzazione del Ssn dall'articolo 19 ter del citato decreto legislativo n. 229/99. L'impatto sul Ssn del federalismo fiscale si manifesterà gradualmente dal 2001, quando saranno aboliti tutti i trasferimenti erariali in favore delle regioni a statuto ordinario, incluso il Fondo sanitario nazionale (Fsn), di parte corrente e in conto capitale. Pertanto, ad eccezione di una limitata quota di finanziamento che rimarrà gestita direttamente dal livello centrale per finalità e programmi specifici, l'intero finanziamento dell'assistenza sanitaria nelle regioni a statuto ordinario sarà basato sulla finanza regionale. Parallelamente all'abolizione dei trasferimenti è previsto l'avvio di un meccanismo perequativo, basato su trasferimenti interregionali a valere sulle somme derivanti dalla compartecipazione al gettito dell'Iva, finalizzato a garantire, tra l'altro, il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza sulla base della quota capitaria definita dal

(*) Sezione aggiornata in fase di stampa

Piano sanitario nazionale (Psn), corretta per tenere conto delle differenze di fabbisogno sanitario a livello regionale. Al fine di garantire i livelli uniformi di assistenza nell'ambito del Ssn, inoltre, per almeno un triennio dall'avvio del nuovo sistema di finanziamento, le regioni saranno tenute al rispetto del vincolo di destinazione all'assistenza sanitaria delle somme corrispondenti alla suddetta quota capitaria. L'abbandono del vincolo di destinazione, dopo il primo triennio, è comunque vincolato all'avvio di un "sistema di garanzie" che consentirà al livello centrale di monitorare e verificare l'effettiva tutela dei livelli essenziali di assistenza nelle singole regioni.

Il 1999 ha rappresentato anche l'anno di avvio delle attività connesse al Patto di stabilità interno definite dall'articolo 28 della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (finanziaria 1999), che nell'ambito del Ssn ha previsto importanti risvolti. Innanzitutto, in attuazione del comma 9, è stata effettuata una ricognizione delle entrate e delle spese regionali a consuntivo per gli anni 1995, 1996 e 1997 secondo una metodologia concordata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e "corretta" nel corso di incontri tra livello centrale (Ministeri della sanità e del tesoro) e singole regioni.

Inoltre, sulla base dei dati rilevati, è stato calcolato l'ammontare dei disavanzi regionali, sia degli esercizi anteriori al 1995, sia del triennio 1995-1997, è stato previsto un apposito accantonamento e sono stati emanati i primi provvedimenti per il loro ripiano.

Infine, in attuazione del comma 10, è stato definito un sistema di indicatori e di parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa, finalizzati alla verifica dei livelli di assistenza assicurati in ciascuna regione e provincia autonoma, alla valutazione dei risultati economico-gestionali ed alla individuazione delle cause degli eventuali disavanzi. I 65 indicatori individuati dal Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro e con la Conferenza permanente sono articolati in sei gruppi, per tipologia del fenomeno analizzato: indicatori e parametri di carattere generale, economico-finanziari, di domanda, di risorse, di attività e utilizzo delle risorse e di risultato.

Infine, il 1999 ha anche visto l'avvio dei progetti regionali per il perseguimento degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale con la quota vincolata del 3% del Fsn, previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 662/96, integrato dall'articolo 33 della legge 449/97 e dal Piano sanitario nazionale 1998-2000. Sono stati individuati i primi quattro obiettivi prioritari: riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili; potenziamento dell'assistenza domiciliare (ADI); miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti affetti da malattie mentali.

La spesa corrente complessiva del Servizio sanitario nazionale nel 1999 stimata in base alle indicazioni fornite in via provvisoria dalle regioni, ammonta a 120.380,24 miliardi di lire e assorbe, pertanto, il 5,7 % del Pil.

Rispetto all'insieme dei paesi industrializzati, l'Italia si trova ancora allineata ai paesi che fanno riscontrare i valori più bassi della quota di risorse complessivamente destinate alla sanità. Rispetto al 1995, nel 1997 (ultimi dati Ocse disponibili), sono tuttavia aumentati i paesi che dedicano alla spesa sanitaria complessiva una quota di Pil inferiore o uguale al 7,6% dell'Italia. Irlanda, Regno Unito, Giappone e Spagna vi destinano, rispettivamente, il 6,3%, il 6,8%, il 7,2% e il 7,4% del PIL, il Canada il 7,6%. Mantengono quote superiori molti paesi europei, quali, ad esempio la Francia, con il 9,6%, e la Germania, con il 10,7%, ma anche la Grecia, con l'8,6%, e il Portogallo, con il 7,9%. L'insieme dei paesi europei appartenenti all'Ocse, in media, nel 1997 destina l'8,0% del PIL alla sanità (contro l'8,1% nel 1995), gli Stati Uniti il 13,9% (14,1%) ed il complesso dei paesi Ocse, in media, il 7,8% (come nel 1995).

Considerando soltanto la quota di risorse pubbliche destinate alla spesa sanitaria, nel 1997 solo Grecia, Irlanda e Portogallo fanno riscontrare valori inferiori al 5,6% dell'Italia, con valori pari a, rispettivamente, il 5,0%, il 4,9% ed il 4,7%. In Giappone si registra il 5,7%, nel Regno Unito il 5,8%, nell'insieme dei paesi dell'Ocse il 5,7% e in quelli europei il 6,1%, in Canada il 6,4%, negli Stati Uniti il 6,5%, in Francia il 7,1% e in Germania l'8,3%.

L'inversione di tendenza dell'andamento della spesa sanitaria (soprattutto pubblica) rispetto al Pil, che aveva caratterizzato l'esperienza italiana nella prima metà degli anni novanta, a seguito dell'insieme degli interventi di politica sanitaria che ne avevano frenato la precedente dinamica, appare confermata nella seconda metà del decennio e si riscontra anche nell'insieme dei paesi industrializzati. Tra il 1990 e il 1995, il peso medio della spesa sanitaria sul Pil, sia pubblica che totale, è passato, nel complesso dei paesi Ocse, rispettivamente, dal 5,5% al 5,8% e dal 7,2 al 7,8%, assestandosi sul 5,7% e il 7,8%, nel 1997. In Italia, il peso relativo della spesa sanitaria pubblica, dopo il netto decremento registrato tra il 1990 e il 1995 (dal 6,3% al 5,4% del Pil), si è stabilizzato (5,3% nel 1997), analogamente al peso della spesa sanitaria totale (passato dall'8,1% al 7,7% e al 7,6% del PIL). Emerge lo stabilizzarsi anche della componente privata della spesa sanitaria, che dopo la crescita continuativa fino a metà anni novanta è ormai attestata intorno al 30% (rispetto a circa il 25% medio dei paesi Ocse).

La spesa sanitaria pubblica totale procapite, pari a 2.018 mila lire a livello nazionale nel 1999, a 1.975 mila nel 1998 e a 1.625 mila nel 1995, continua a far riscontrare scostamenti significativi tra le singole regioni, nonostante nel corso degli ultimi anni si siano notevolmente ridotti. Nel 1995, la spesa procapite più bassa si registra in Basilicata, con 1.371 mila lire, e quella più elevata

nella P.A. di Bolzano, con 1.913 mila lire. Nel 1999, il valore più elevato si registra ancora nella P.A. di Bolzano, con 2.860 mila lire, quello più basso in Sicilia, con 1.808 mila lire.

I meccanismi principali indicati dalla manovra per il 1999 (legge 23 dicembre 1998, n. 448) sono diretti al controllo ed al contenimento della spesa sanitaria nel medio-lungo periodo: oltre al già citato articolo 28, relativo al Patto di stabilità interno viene regolamentata l'attività libero-professionale intra-moenia, con l'istituzione di un Fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario del Ssn che optano per l'esercizio della libera professione intramuraria; sono emanate disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria" che prevedono degli incentivi finanziari per l'attivazione da parte di regioni e aziende Usl di "idonei e sistematici strumenti di controllo del comportamento degli erogatori in ordine all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza" (948,5 miliardi di lire per il triennio 1999-2001); per quanto riguarda in particolare l'assistenza ospedaliera, si responsabilizzano le regioni e le province autonome indicando quale obiettivo delle attività di controllo la riduzione del volume di ricoveri in regime di degenza ordinaria (almeno l'1% annuo dei ricoveri e della spesa corrispondente). Per il contenimento della spesa 1999, la manovra interviene sulla spesa farmaceutica, prevedendo la realizzazione di un risparmio, rispetto al tetto di spesa già fissato dalla legge 449/97 (11.451 miliardi di lire, più un ulteriore incremento del 10%), pari al 60% dell'eccedenza di spesa registrata nel 1998. Vengono, inoltre, aggiornati i criteri per l'applicazione delle sanzioni per lo sfondamento del tetto di spesa e viene istituito, presso il Ministero della sanità, l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali con compiti di raccolta, monitoraggio e analisi dei dati sui consumi, le modalità di impiego e la spesa per la totalità dei farmaci, inclusi quelli non a carico del Ssn.

Nel 1999 il finanziamento complessivo del Ssn, pari a 112.958 miliardi (inclusi 4.950 miliardi di lire di integrazione, assegnati in sede di assestamento di Bilancio), pari a 1.960.656 lire pro-capite, è risultato così composto:

- 50.288 miliardi, stimati, di IRAP e addizionale IRPEF attribuiti direttamente alle regioni,
- 5.269 miliardi, stimati, di entrate proprie delle aziende sanitarie e delle regioni,
- 5.883 miliardi di partecipazioni delle regioni a statuto speciale e delle province autonome,
- 51.519 miliardi di integrazione statale (Fsn: di cui 50.611 alle regioni e 908 ad altri enti sanitari).

Con L. 382/96, L. 662/96 e L. 449/97 sono state introdotte, tra le altre, norme sanzionatorie nei confronti delle regioni, consistenti in riduzioni percentuali sulla quota spettante di FSN corrente da applicarsi in conseguenza di ina-

dempienze a previsioni legislative.

La ripartizione della quota indistinta del Fsn tra le regioni, sempre a norma della L. 662/96 Fsn, è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

- popolazione residente e frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso;
- tassi di mortalità della popolazione;
- indicatori epidemiologici territoriali;
- indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari della popolazione.

I valori così ottenuti sono stati quindi corretti per tenere conto della mobilità sanitaria interregionale.

Le L. 724/94 e L. 662/96 dispongono che le regioni Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano provvedano al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza alcun apporto a carico del Fsn, utilizzando prioritariamente le entrate derivanti dalle quote di IRAP e di addizionale IRPEF loro attribuite e, ad integrazione, le risorse dei propri bilanci.

La normativa vigente in tema di ripiano dei disavanzi del Ssn prevede che a partire dall'esercizio 1990 una quota dei disavanzi rimanga a carico delle regioni, le quali devono provvedere con proprie risorse agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi fissati dal Psn, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione della quota capitaria di finanziamento, nonché ai disavanzi di gestione delle aziende sanitarie non derivanti da maggiori spese conseguenti a provvedimenti di carattere nazionale; solo per la maggiore spesa imputabile a questi ultimi si prevede la possibilità di ripiano a carico dello Stato.

3.6. IL TEMA DELLA QUALITÀ NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La ricerca di efficienza e di efficacia nell'ambito dei servizi sanitari pubblici impone —accanto ad interventi di contenimento dei costi— un'attenzione particolare per la qualità dei servizi.

La qualità nei sistemi sanitari è una condizione complessa e multidimensionale, la complessità dei fattori che la influenzano e la molteplicità delle chiavi di lettura del fenomeno pongono non pochi problemi di ordine metodologico.

In estrema sintesi si possono, tuttavia, individuare tre principali aree di intervento:

- la qualità professionale, intesa come la risposta ai bisogni sanitari più adeguata dal punto di vista scientifico e professionale;
- la qualità valutata dall'utente : la risposta più efficace ad aspetti del servizio legati alle esigenze e alle attese del cittadino;
- la qualità gestionale : la risposta che combina al meglio le risorse necessarie e le utilizza nel modo più efficiente.

Nessuna delle tre descritte dimensioni esaurisce, da sola, i problemi di garanzia della qualità del servizio. Una politica globale della qualità, pertanto, deve tenere conto ed integrare tutte e tre le descritte componenti.

La ricerca della qualità impone la diffusione nel Sistema Sanitario delle tecniche e delle modalità di definizione, misurazione e monitoraggio delle principali componenti la qualità, sia quelle *tecniche ed oggettive*, in cui domina la valutazione degli operatori professionali e dei gestori del servizio, sia quelle *relazionali e soggettive*, nelle quali entra in campo la valutazione del cittadino che fruisce del servizio stesso.

3.6.1. La dimensione relazionale della qualità

In particolare la dimensione relazionale della qualità rappresenta un nuovo elemento che deve caratterizzare il rapporto fra il Servizio sanitario nazionale ed il cittadino e trova la sua affermazione nelle più recente produzione normativa.

Principi fortemente innovativi, introdotti nel più recente passato, riconoscono, infatti, accanto agli attori tradizionalmente erogatori delle prestazioni sanitarie un significativo ruolo di partecipazione ai cittadini/utenti in materia di verifica della qualità del servizio e in materia di reclamo per i disservizi e di tutela dei propri diritti.

All'interno di questo nuovo rapporto il cittadino perde il suo ruolo di destinatario

passivo del servizio e diventa soggetto attivo dello stesso, capace di esprimere esigenze e preferenze e di indirizzare l'offerta di prestazioni.

Il Servizio Sanitario, a sua volta, è chiamato ad "ascoltare la voce" dei propri utenti, a definire gli obiettivi e gli standard di qualità partendo dalle esigenze rilevate sul versante dell'utenza, ad impegnarsi per il raggiungimento degli stessi, a misurare i risultati e il livello di soddisfazione dei cittadini, a predisporre ulteriori azioni di miglioramento.

Il Servizio pubblico, in altri termini, si "apre" ad un nuovo rapporto non autoreferenziale con la propria utenza.

La dimensione qualitativa del servizio pubblico, quindi, si amplia, supera i confini della qualità scientifica e professionale e affronta dimensioni generali di qualità del servizio orientate agli elementi direttamente percepiti e valutati dal cittadino come la tempestività, la puntualità e la regolarità, la semplicità delle procedure di accesso e amministrative, la comprensibilità e la completezza delle informazioni, l'orientamento e l'accoglienza, il comfort e la pulizia, la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento sanitario.

Il processo avviato, tuttavia, va esteso, approfondito e sviluppato.

L'approfondimento riguarda aspetti che sebbene già affrontati dal sistema non hanno ancora trovato il loro completo sviluppo: es. gli standard di qualità, il coinvolgimento degli operatori per il miglioramento della qualità, gli strumenti attraverso i quali i cittadini o le loro associazioni possono comunicare con l'azienda per esprimere le proprie esigenze e verificare la qualità del servizio.

3.6.2. Il programma nazionale per la qualità

Il Ministero della Sanità ha da tempo avviato una serie di iniziative e di programmi per lo sviluppo ed il monitoraggio della qualità del Servizio sanitario nazionale.

Occorre, peraltro, ricordare che il Piano sanitario nazionale 1998-2000 pone fra i suoi obiettivi lo sviluppo di un Programma Nazionale per la Qualità che deve essere finalizzato a rendere sistematico l'orientamento del Ssn verso la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, coinvolgendo la dimensione professionale, quella organizzativo-aziendale e quella relazionale dell'assistenza.

Per quanto riguarda il livello centrale sono già attivi tavoli di confronto e di diffusione di esperienze e di politiche sull'argomento della qualità anche con riferimento alla dimensione delle relazioni tra il Servizio sanitario nazionale ed il cittadino utente: in particolare ci riferiamo all'applicazione del sistema degli indicatori previsto dall'articolo 14 del D.Lgs. 502/1992 e della Carta dei servizi.

3.6.3. Il processo di attuazione della Carta dei servizi e la qualità dei servizi al cittadino

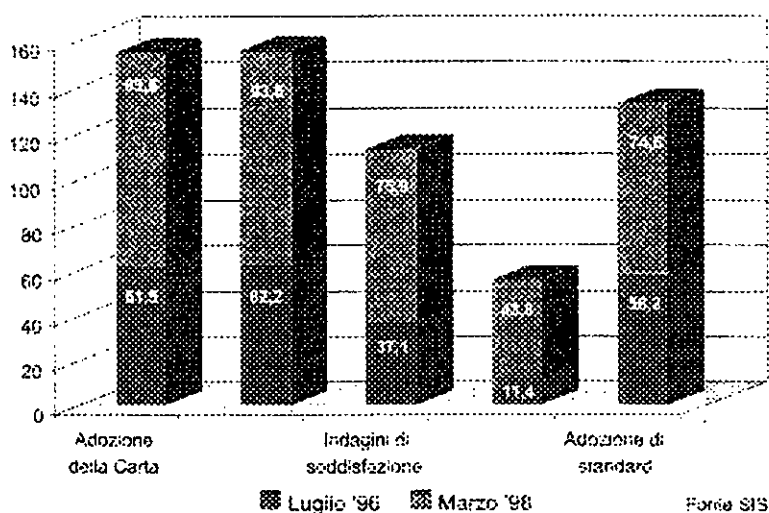
Una recente indagine (disponibile sul sito del Ministero della Sanità www.sanita.it) sul livello di attuazione della Carta dei servizi, attuata dal Ministero della Sanità in collaborazione con le Regioni e le aziende sanitarie, ha evidenziato che nel sistema sanitario è in atto una crescente e diffusa attenzione al miglioramento della qualità, sia dal punto di vista dei servizi erogati sia da quello dei rapporti con i cittadini.

L'attuazione della Carta dei servizi

Nel grafico seguente vengono rappresentati i risultati relativi alla attuazione della Carta dei servizi nel sistema sanitario e alla diffusione dei principali strumenti che la costituiscono.

Si osserva che è in atto un complessivo incremento della diffusione dell'intero sistema:

Lo sviluppo della Carta dei servizi sanitari e dell'applicazione di alcuni strumenti fondamentali alla sua attuazione



Confronto tra l'attuale Rapporto (marzo '98) e il precedente (luglio '96).

Il settore della Sanità risulta essere, nella pubblica amministrazione, quello nel quale è stato realizzato il più alto livello di attuazione della Carta dei servizi. In particolare, per le Aziende USL e Ospedaliere, il livello di attuazione supera il 90%.

**Il livello
di attuazione
e il raggiungimento
degli obiettivi**

*Percentuale di strutture che dichiara di aver adottato la Carta
suddivisa per area geografica*

NORD	CENTRO	SUD
87,6	84,9	90,2

L'attuazione risulta quindi distribuita in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Dalla rilevazione compiuta risulta inoltre che il miglioramento delle relazioni con gli utenti, l'introduzione di nuovi strumenti, e il miglioramento della qualità del servizio sono i principali obiettivi che le Strutture intendono conseguire attraverso la Carta dei servizi. L'adeguamento alla normativa (DPCM 19.5.1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari") e il miglioramento dell'immagine aziendale risultano essere, per l'insieme delle Strutture, obiettivi relativamente secondari.

Oltre l'86,3% delle Strutture coinvolte nell'attuale valutazione (sia le Strutture che hanno adottato la Carta dei servizi, sia quelle che intendono adottarla), dichiarano di aver messo in atto azioni per coinvolgere il personale sui temi della Carta dei servizi.

**Coinvolgimento
del personale**

Anche in questo caso si registra una tendenza positiva: il numero di Aziende USL ed Ospedaliere che dichiara di aver messo in atto azioni di coinvolgimento del personale sui temi della Carta dei servizi, è aumentato di circa 30 punti percentuali rispetto alla precedente valutazione.

Il 91,2% delle Strutture che ha partecipato alla valutazione possiede un sistema per la gestione dei reclami; la sua adozione è un fenomeno in continua crescita: rispetto alla precedente valutazione la percentuale di Aziende USL e Ospedaliere che ha adottato un sistema per la gestione dei reclami è aumentata di oltre 30 punti percentuali. L'analisi per area geografica non evidenzia significative differenze: al Nord 92,6%, al Centro 91,8%, al Sud 88,4%.

**I sistemi
di gestione
dei reclami**

Tuttavia solo due terzi delle Aziende USL ed Ospedaliere ha diffuso ai cittadini informazioni sulle modalità di accesso e di presentazione dei reclami.

Le indagini finalizzate a misurare il grado di soddisfazione degli utenti sono aumentate, rispetto alla precedente valutazione, in modo straordinario: non più del 25% di Aziende USL e ospedaliere aveva effettuato un'indagine di sod-

**La realizzazione
di indagini
di soddisfazione**

disfazione a luglio '96, a marzo 1998 il numero di Aziende che dichiara di averne effettuato almeno una sale a valori superiori al 70%.

*Percentuale di indagini di soddisfazione realizzate
suddivise per area geografica*

NORD	CENTRO	SUD
79,2	76,7	67,9

I destinatari delle indagini sono molto spesso gli utenti ricoverati, ma anche gli utenti di diagnostica e specialistica ambulatoriale e altre particolari fasce d'utenza. I temi maggiormente indagati dalle indagini di soddisfazione sono, nell'ordine, i seguenti: aspetti relazionali (72,1%), aspetti alberghieri e comfort (69,8%), informazione (67,4%) e umanizzazione (63,8%).

**Le Conferenze
dei servizi**

Si rileva un notevole incremento nel numero di Aziende USL e Ospedaliere che ha indetto una Conferenza dei servizi allo scopo di presentare ai cittadini gli obbiettivi dell'azienda, con un aumento di più di 37 punti percentuali dalla precedente rilevazione

**L'adozione
degli standard
di qualità
del servizio**

Tre quarti, circa, delle Aziende USL (73,2%) e di quelle Ospedaliere (78,5%) dichiarano di aver adottato standard di qualità ed anche per questo tema si registra un trend positivo rispetto ai dati della precedente valutazione con un aumento medio di 18 punti percentuali. Rispetto alla totalità delle Strutture sanitarie che sono state coinvolte, quasi i tre quarti (72,4%) hanno dichiarato di avere adottato degli standard di qualità e quasi i due terzi delle Strutture (60%) hanno dichiarato di aver adottato meccanismi e procedure per la loro verifica. I quattro temi per i quali sono stati adottati standard di qualità del servizio dal maggior numero di Strutture sono, in ordine di importanza, i seguenti: le informazioni, la tutela e l'ascolto, tempi di attesa e gli aspetti relazionali.

**La risposta
delle strutture
sanitarie
ai reclami**

E' risultato che a partire dalle segnalazioni ricevute le aziende hanno avviato azioni di miglioramento tese ad eliminare le cause di disservizio. Si osserva che le iniziative più frequenti sono l'assunzione di impegni con i cittadini su aspetti specifici del servizio (modifica degli standard), la ridefinizione e semplificazione delle procedure, e la attivazione di corsi di formazione per il personale.

*Percentuale delle iniziative di miglioramento avviate
in seguito all'analisi dei reclami*

Temi delle iniziative di miglioramento avviate in seguito all'analisi dei reclami	Percentuale di Iniziative
Modifica di standard	52
Ridefinizione di procedure	42
Interventi di formazione del personale	34
Interventi strutturali/allestimento di presidi	26
Istituzione di gruppi di lavoro su temi specifici	24
Istituzione/coinvolgimento del gruppo interno sulla qualità dei servizi	34
Coinvolgimento di associazioni	7
Coinvolgimento di associazioni sindacali e di categoria	5
Coinvolgimento di Ordini professionali e di Collegi	11
Coinvolgimento di medici di medicina generale e pediatri	4
Tempo di attesa	6,1
Aspetti alberghieri e comfort	8,0
Aspetti relazionali	5,3
Azioni di miglioramento generale del rapporto con i cittadini	4,9

Fonte SIS

Si nota come le strutture sanitarie hanno attivato iniziative di innovazione praticamente su tutti i fattori di qualità che determinano il livello di soddisfazione dell'utente con i servizi del Ssn. Alcuni temi, come l'informazione al pubblico e l'ascolto e la tutela dei cittadini appaiono fortemente "gettonati" dalle Strutture.

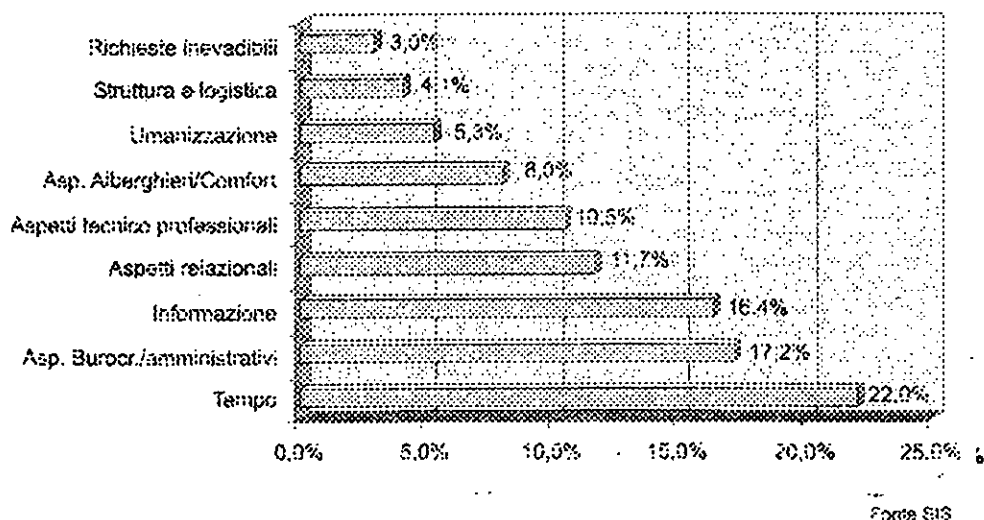
I motivi dell'insoddisfazione dei cittadini

Da quello che emerge dai dati a disposizione, le strutture sanitarie stanno mettendo in atto veri e propri "sistemi d'ascolto" dei cittadini. Sono in netta crescita non solo l'adozione di sistemi di gestione dei reclami, ma anche di altri strumenti di ascolto come le indagini di soddisfazione e le Conferenze dei servizi. In particolare per quanto riguarda i reclami, le strutture si sono impegnate in maniera notevole: il numero di reclami trattati nel periodo di riferimento (per l'esattezza nel secondo semestre 96 e nell'intero 97) è un numero davvero notevole: oltre 84.000. La provenienza dei reclami per quanto riguarda la tipologia

di Strutture è riportata nella tabella seguente. Si nota come ci sia una prevalenza dei reclami ricevuti dalle Aziende Usl e Ospedaliere sulle altre strutture coinvolte nell'indagine:

Dalle segnalazioni degli utenti, emergono i seguenti risultati:

- I tempi di attesa per le prestazioni, gli aspetti burocratici amministrativi e le informazioni sono gli elementi sui quali maggiormente si concentrano i reclami; tale dato tra l'altro è confrontabile con quello della precedente valutazione in cui i fattori più frequentemente oggetto di reclami sono stati identificati in: informazione non corretta, lunghi tempi d'attesa e procedure per il pagamento del ticket (parte degli aspetti burocratici amministrativi);
- l'umanizzazione delle cure e gli aspetti strutturali sono gli elementi sui quali vengono presentati un minor numero di reclami;
- a metà strada si pongono gli aspetti tecnico professionali e quelli relazionali.

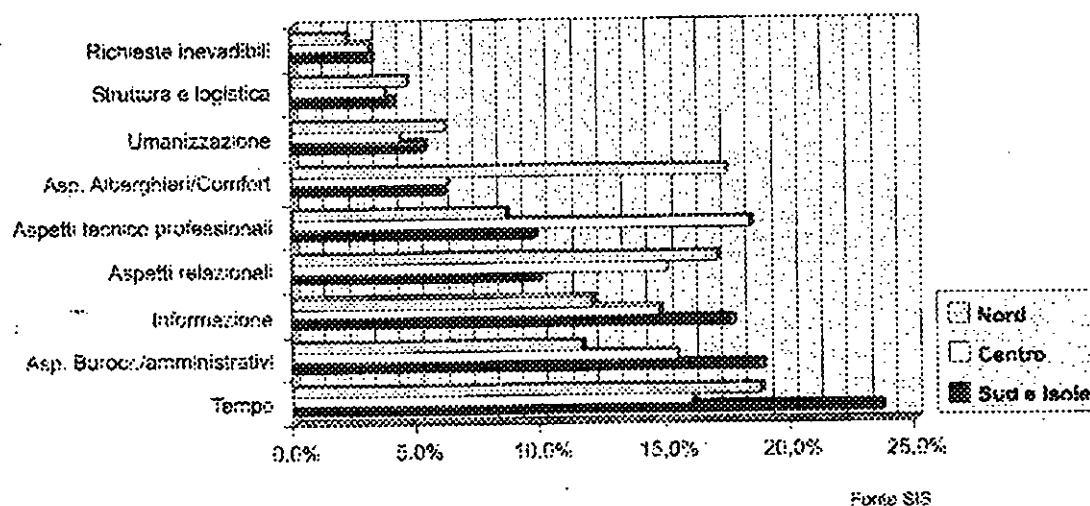


Per quanto riguarda le diverse aree geografiche, sono state considerate le differenze tra nord, centro e sud: la situazione delle tre zone è abbastanza differenziata suggerendo delle diversità rispetto ai motivi di reclamo da parte degli utenti; alcuni degli elementi che maggiormente spiccano sono:

- per il Centro il primo fattore per i reclami è quello relativo agli aspetti tecnico professionali;
- per il Sud il secondo fattore (molto prossimo al primo che rimane il tempo) è quello degli aspetti alberghieri e comfort;
- i primi tre fattori identificati a livello nazionale ovvero tempo, aspetti

burocratici e amministrativi e informazione sono molto più alti al Nord che non al Centro e al Sud;

- i reclami sugli aspetti relazionali tendono a crescere da Nord a Sud.



C'è da notare, comunque, che gli utenti non esprimono solo segnalazioni negative; in effetti, più della metà delle strutture interpellate (il 53,2%) dichiara di aver ricevuto anche elogi dai cittadini, a dimostrazione del fatto che non ci sono solo aspetti negativi nella percezione degli utenti dei servizi sanitari.

Le esperienze di miglioramento avviate dalle strutture del Servizio sanitario nazionale

Il primo passo per la valutazione del processo di attuazione della Carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale è quello di osservare ed analizzare la ricchezza e la varietà delle esperienze realizzate dalle Strutture per migliorare il rapporto con il cittadino utente. Le Strutture partecipanti alla valutazione hanno risposto in modo molto positivo alla richiesta di dati relativi a *casi esemplari*, presentando alle Regioni e al livello centrale una grande numero (quasi 800) di esperienze di miglioramento della qualità dei servizi al cittadino. Una lettura complessiva delle esperienze presentate dimostra come le Strutture Sanitarie possiedano la capacità progettuale, la vivacità organizzativa e la competenza gestionale necessarie a mettere in campo soluzioni, spesso articolate ed innovative, in grado di produrre risultati efficaci e concreti per migliorare la fruibilità dei servizi ed aumentare il livello di soddisfazione dell'utente.

Nell'ambito del processo di valutazione dell'attuazione della Carta dei servizi, ad ogni Struttura partecipante è stato richiesto di descrivere le esperienze più

I casi pervenuti

innovative e significative di miglioramento della qualità dei servizi all'utente, che avessero già prodotto risultati concreti. Per descrivere il caso, i responsabili delle esperienze si sono serviti di una scheda che ha permesso di standardizzare il formato di presentazione e facilitare così la classificazione e la lettura complessiva. La scheda di presentazione è stata strutturata su 4 punti fondamentali:

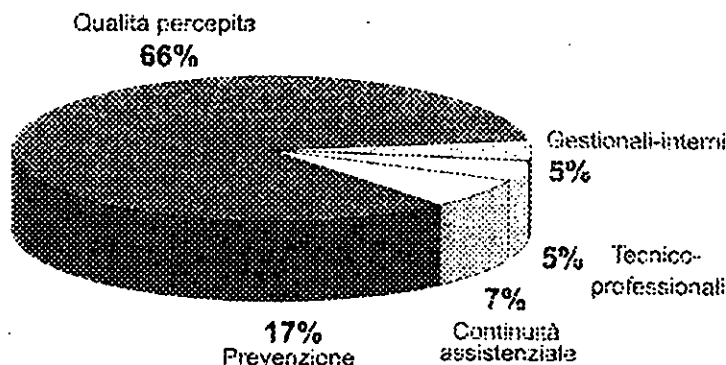
- le motivazioni che hanno portato all'ideazione dell'esperienza descritta
- le soluzioni messe in campo
- i risultati raggiunti
- i punti di forza ed i fattori critici

Questa iniziativa di ricognizione ha permesso raccogliere 768 schede relative ad altrettante esperienze, inviate da 208 Strutture su 387 che hanno aderito all'autovalutazione (pari a circa il 54%).

Classificazione dei casi

Dei 768 casi pervenuti, due terzi di essi (per l'esattezza 507, pari al 66%) ha riguardato interventi relativi ad aspetti della qualità valutabili direttamente dall'utente ("qualità percepita", "qualità dal lato dell'utente"). Una porzione significativa di casi (184, pari al 24%), relativi alla continuità assistenziale ed alla prevenzione e educazione sanitaria, benché non fossero temi specifici della Carta dei servizi, sono stati però ugualmente oggetto di analisi. Infatti l'elevata frequenza con la quale le Strutture li hanno portati all'attenzione delle Regioni e del Ministero, testimonia la priorità, la rilevanza e l'attualità di questi temi. Un'ulteriore pacchetto di casi, in numero minore (77, il 10%) hanno invece riguardato aspetti estranei ai contenuti della Carta dei servizi, come temi prettamente tecnico/professionali o di natura amministrativo/gestionale.

Distribuzione dei casi per tipologia.



Fonte SIS

3.6.4. Gli indicatori di qualità dal lato degli utenti

Gli indicatori macrostrutturali previsti dal D.M. 15 ottobre 1995, in attuazione dell'art.14 del D.Lgs. 502/92, costituiscono una prima fase del processo di individuazione di parametri utili per descrivere aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali. Questa prima individuazione sperimentale di indicatori di qualità contribuisce alla definizione degli indicatori e parametri previsti dall'articolo 28, comma 10 della legge finanziaria 23 dicembre 1998, n.448 ai fini della verifica dei livelli di assistenza sanitaria assicurati in ciascuna Regione e provincia autonoma, nell'ambito del patto di stabilità interna.

Il quadro normativo di riferimento

L'esistenza di un sistema di indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione, è stata prevista dal legislatore nell'art.14 del decreto legislativo 502/92 *"al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale"*.

Con decreto 15 ottobre 1996 il Ministro della sanità, in attuazione dell'articolo citato, ha individuato un set di 53 indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio.

Tali indicatori valutano gli aspetti strutturali e macrororganizzativi di quattro dimensioni della "qualità dell'assistenza sanitaria" percepita dai cittadini:

1. la personalizzazione e l'umanizzazione;
2. il diritto all'informazione;
3. il comfort delle prestazioni alberghiere;
4. gli aspetti della prevenzione.

Il Ministero della Sanità ha aderito alla proposta avanzata dai Referenti regionali della Carta dei servizi di avviare una fase di sperimentazione finalizzata alla definizione di specifiche tecniche necessarie per una rilevazione standardizzata dei dati e all'individuazione di un set di indicatori con i quali iniziare il flusso dei dati tra le Aziende e il Ministero.

Ambiti di riferimento della sperimentazione

Gli indicatori sono stati applicati a tutti i servizi e presidi pubblici di ciascuna azienda partecipante alla sperimentazione. La sperimentazione non ha inclu-

so le strutture private accreditate.

Le attività di sperimentazione si sono svolte nelle seguenti 17 Regioni che hanno aderito volontariamente all'iniziativa:

Abruzzo, Emilia-Romagna, Marche, Sardegna, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Molise, Sicilia, Provincia autonoma di Bolzano, Liguria, Piemonte, Toscana, Calabria, Lombardia, Puglia, Umbria, Campania.

Ciascuna Regione ha selezionato le aziende che hanno partecipato alla sperimentazione per un totale di 115 aziende, delle quali 35 ospedaliere e 80 Unità sanitarie locali.

Alcune Regioni hanno deciso di estendere la sperimentazione a gran parte o alla totalità delle aziende del loro ambito territoriale; altre hanno preferito limitare la sperimentazione ad un numero contenuto di aziende.

L'insieme delle aziende configura un gruppo molto eterogeneo ed esteso su gran parte del territorio nazionale.

Gli obiettivi della sperimentazione sono quelli di stabilire, per ciascun indicatore:

- se la formulazione è chiara e univoca;
- se è facilmente rilevabile;
- se risulta utile per i diversi utenti del sistema (Aziende, Regioni e Ministero);
- se risulta valido per confrontare le diverse realtà del Ssn e per misurare l'evoluzione temporale dei fenomeni osservati.

Va sottolineata la complessità dell'operazione, dovuta non soltanto all'elevato numero di indicatori (48), ma anche al fatto che due terzi di questi richiedevano una rilevazione in diverse sedi aziendali (ospedaliere, ambulatoriali e residenziali).

Gli indicatori confermati dalla sperimentazione

La sperimentazione ha confermato 23 dei 48 indicatori testati. La tabella che segue offre una visione di insieme degli indicatori confermati dalla sperimentazione.

Tipologia (DM 15.10.1996)	Totale indicatori sperimentati	Totale indicatori selezionati
Personalizzazione e umanizzazione	16	7
Diritto all'informazione	10	6
Comfort delle prestazioni alberghiere	19	9
Aspetti della prevenzione	3	1
Totali	48	23

Fonte SIS

I 23 indicatori configurano un set minimo di indicatori validati sperimentalmente, il cui inserimento, in una fase successiva, nei flussi informativi del Ministero della Sanità, consentirà di descrivere e confrontare alcune delle caratteristiche strutturali e macro organizzative del Ssn che concorrono a determinare la qualità dei servizi sanitari.

3.6.5. La valutazione del Servizio sanitario nazionale nell'opinione pubblica

Al fine di valutare la qualità percepita dall'utenza in relazione alla propria esperienza di contatto con il Servizio Sanitario e con riferimento alle principali tipologie di servizi offerti dal Ssn (medicina di base, prestazioni ospedaliere ecc.) è stato avviato nel dicembre 1997 un appalto-concorso per la realizzazione di una "Indagine conoscitiva sul grado di soddisfacimento dei cittadini nel rapporto con le strutture del Servizio sanitario nazionale". Nelle linee guida elaborate ad orientamento della indagine¹ venivano prefigurate le seguenti aspettative circa le sue finalità:

- riferimento ad un modello di ricerca validato;
- estensione nazionale della rilevazione;
- ampiezza del campione tale da consentire un'analisi ottimale della variabilità dei fenomeni dal punto di vista geografico, socio-demografico e socioculturale;
- articolazione della verifica della qualità percepita per le principali tipologie di servizi offerti dal Ssn (medicina di base, prestazioni ospedaliere...);
- analisi, per ciascuna tipologia di servizio, del profilo di prestazione percepita, sulla base di criteri di valutazione in linea con il sistema di indicatori delineato (cfr. DM 15 ottobre 1996).

Il giudizio che gli italiani generalmente riservano al Ssn appare a tutt'oggi piuttosto negativo. Negli ultimi anni, però, si osserva una significativa correzione di tendenza.

¹ L'indagine è stata svolta dalla società Eurisko sulla base di una metodologia messa a punto per lo studio della qualità percepita in ambito sanitario, opportunamente rifinizzata sulla base degli obiettivi indicati dal Ministero della Sanità: QPSS (Qualità Percepita dei Servizi Sanitari).

La rilevazione di QPSS è stata effettuata all'interno di un'indagine continuativa multi-purpose realizzata in due periodi (maggio e novembre). La rilevazione è stata basata:

- su interviste personali strutturate condotte da intervistatori in situazione domiciliare
- su un campione di 10.000 casi, estratto dalla popolazione italiana dai 14 anni in poi, rappresentativo della popolazione stessa per i principali parametri strutturali (area geografica, ampiezza di centro, età, sesso, istruzione).

Di fatto:

- circa due intervistati su tre (poco meno di 30 milioni della popolazione in stima assoluta) danno una valutazione critica sulla qualità del Ssn nella sua globalità;
- ad oggi, il Ssn si colloca fra i servizi pubblici peggio valutati dagli italiani;
- in termini di tendenza, però, si segnala un recupero di consensi verso il Ssn nel recente periodo:
 - le valutazioni sul Ssn si mostrano in costante progresso a partire dal '93;
 - ed il Ssn si configura come il servizio pubblico che più è migliorato nel giudizio degli italiani negli ultimi anni.

Come per ogni altro giudizio sociale, alla costruzione della valutazione sul Ssn concorre una pluralità di fattori. Fra questi, l'indagine consente di identificarne almeno due: le condizioni oggettive dell'offerta e le caratteristiche soggettive degli utenti:

- dal punto di vista *oggettivo*, sono più soddisfatti gli intervistati del Nord (in particolare del Nord Est) e quelli residenti nei piccoli centri;
- mentre risultano più insoddisfatti gli intervistati del Sud e i residenti nelle metropoli;
- in riferimento alle condizioni "soggettive", sono più soddisfatti gli anziani e i soggetti con istruzione bassa;
- e meno i giovani-adulti e i soggetti con istruzione elevata.

Il giudizio sul Ssn sembra, insomma, legato, sia alla realtà oggettiva dell'offerta rispecchiante la qualità e l'accessibilità dei servizi, sia alle caratteristiche personali dell'utenza espressive di diversi livelli di bisogni e aspettative nei confronti dei servizi sanitari.

I risultati: l'esperienza di fruizione dei servizi sanitari pubblici e la loro valutazione

La fruizione dei servizi

Il 70% degli intervistati (pari a 32.6 milioni di individui) ha utilizzato per sé nel recente periodo (ultimi 6 mesi) almeno un servizio sanitario pubblico. A questi si aggiunge un altro 10% circa di intervistati (quasi altri 4 milioni di italiani) che ha avuto esperienza dei servizi in qualità di accompagnatore.

L'impiego dei vari servizi risulta molto differenziato nell'ampiezza. Spicca fra tutti il ricorso al medico di base, incontrato negli ultimi 6 mesi da almeno 30 milioni di italiani.

A fronte della recente esperienza di fruizione, la valutazione espressa sui servizi appare varia ma, comunque, sempre più elevata del giudizio dato sul Ssn in generale. Si osserva, di fatto, una discrepanza fra i due ordini di valutazione: da un lato, il giudizio sul Ssn ampiamente critico; dall'altro, la valutazione sui singoli servizi sanitari utilizzati, ben più positiva.

Fra i servizi, in particolare, la medicina di base riscontra gli apprezzamenti più diffusi (76% dei fruitori). Anche buona parte degli altri servizi ottiene consensi dalla maggioranza o più degli intervistati. In due soli casi gli apprezzamenti scendono al di sotto della maggioranza dei rispondenti: il servizio di ufficio/sportello USL e il pronto soccorso.

Va, infine, sottolineato come — con riferimento al periodo '95/'97 — la percezione di qualità dei servizi sia generalmente aumentata presso il pubblico, fatta eccezione per il servizio di pronto soccorso.

**La valutazione
dei servizi**

Il rapporto fra giudizio sul Ssn e sui singoli servizi fruiti è probabilmente la risultante di una mediazione complessa influenzata da più fattori.

Fra questi, la ricerca ne identifica con certezza uno rappresentato dalla criticità dell'esperienza di fruizione di un servizio: tanto più l'esperienza di impiego di un servizio si rivela negativa per un individuo, tanto più questi è portato a dare un giudizio negativo sull'intero Ssn. Detto in altre parole, le esperienze negative sembrano assumere un valore paradigmatico ben superiore a quello proprio delle esperienze positive nell'orientare il giudizio complessivo sull'intero sistema-sanità.

**La relazione
fra giudizio
sul Ssn
e sui singoli
servizi fruiti**

I risultati: valutazione analitica della performance dei servizi sanitari

Nella sua parte finale lo studio presenta una ricognizione analitica sulla prestazione offerta da ciascun servizio sanitario e propone uno strumento per l'identificazione dei punti di forza e di debolezza prioritari dei servizi.

Le indicazioni offerte da questa analisi appaiono coerenti con i giudizi globali espressi sui servizi: i servizi complessivamente valutati meglio mostrano anche più punti di forza a loro favore, mentre a quelli complessivamente valutati meno bene sono attribuiti più punti di debolezza.

Al di là di questa verifica di coerenza, l'analisi dei punti di forza e di debolezza prioritari di ciascun servizio è riassunta dalla tavola seguente. Essa mostra come:

- la professionalità degli operatori (medici, in primo luogo) venga per lo più identificata come un punto di forza dei servizi sanitari;
- i temi dell'accesso e della disponibilità di un servizio si configurino più

spesso come punti di debolezza dell'offerta sanitaria;

- le attenzioni comunicativo-relazionali nei confronti dell'utente costituiscono alternativamente dei punti di forza per i servizi meglio valutati e dei punti di debolezza per quelli valutati meno bene.

Tutti i servizi, in ogni caso, mostrano ampi spazi di miglioramento con cui ci si potrà confrontare nell'ipotesi di ottimizzarne le prestazioni.

**LA QUALITÀ PERCEPITA DEI SERVIZI SANITARI PUBBLICI
UNA SINTESI DEI PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA PRIORITARI**

MEETRIA DI BASE	LABORATORI DI ANALISI	SERVIZI DOMICILIARI	OSPEDALE CURA	OSPEDALE DIAGNOSI	AMBULATORI USL	PRONTO SOCCORSO	UFFICI SPORTELLI USL
76%	69%	67%	63%	60%	53%	49%	42%
• serietà professionale • chiarezza info • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...) • discrezionalità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)	• serietà professionale • capacità di ascolto • gentilezza • disponibilità servizio (attesa...)

Valutazione globale
(molto buona/buona)

punti di forza prioritari

punti di debolezza prioritari

Considerazione sui risultati

Le indicazioni offerte da questa indagine non possono e non vogliono essere rappresentative o esaurienti sul tema della qualità del Ssn, tuttavia in base ad esse si rappresentano alcune considerazioni:

- A) Anche se tende a migliorare rispetto al più recente passato, il giudizio sul Ssn nella sua globalità rimane critico per due italiani su tre. Tale giudizio, peraltro, si modifica con l'effettiva esperienza di fruizione di prestazioni sanitarie, tendenzialmente valutate in modo migliore. Si osserva, insomma, una netta differenza fra l'immagine diffusa del Ssn che è negativa e la percezione della qualità delle prestazioni erogate dal Servizio pubblico che risulta, invece, positiva. In particolare, poi, esiste un effetto di 'trascinamento' ossia esperienze negative portano in maniera significativa e duratura ad una valutazione globale negativa del Servizio pubblico.

Tale diffuso pessimismo *di fondo* e questa notevole *sensibilità* sembrano riflettere adeguatamente la sostanziale importanza attribuita dagli individui al problema 'salute'. In una società, quale la nostra, che ha ormai le connotazioni sociali e culturali peculiari dei paesi a più elevato tenore di vita, l'etica del benessere rappresenta il parametro principale della valutazione della salute. In altri termini la tutela della salute quale stato di benessere fisico, psichico e sociale è considerato un diritto irrinunciabile e prioritario per il quale non sono ammessi errori o mancanze da parte dello Stato solidaristico.

- B) La qualità percepita dei servizi sanitari sperimentati mostra differenziazioni fra servizio e servizio:

- risulta massima per i servizi territoriali (la medicina di base, in primo luogo);
- intermedia per i servizi ospedalieri (con una contrazione particolare per il pronto soccorso);
- più contenuta per i servizi direttamente erogati dall'USL, specialmente quelli di sportello.

In base alle esperienze di fruizione dei servizi, i servizi domiciliari presentano significativi apprezzamenti (67% dei fruitori), a fronte di una ancora limitata diffusione del servizio. Questo dato costituisce un ulteriore elemento che conferma la necessità di un forte impulso allo sviluppo e ad alla maggiore diffusione di tale tipologia di prestazione, obiettivo, del resto, chiaramente indicato dal Piano sanitario nazionale.

Al di là delle specificità di ogni singolo servizio, l'analisi dei punti di forza e di debolezza prioritari consente una mappatura delle positività e delle carenze dell'intero sistema sanitario così schematizzabile negli elementi portanti:

- si configurano come punti di forza le risorse professionali dei servizi (i medici, in primo luogo);
- tendono a definirsi, per contro, come punti di debolezza le dimensioni temporali dell'offerta: la disponibilità del servizio al momento del bisogno (liste di attesa) e la velocità di accesso al servizio (code) al momento dell'uso;
- l'attenzione e la capacità comunicativo-relazionale nei confronti dell'utente, infine, tendono a configurarsi come aspetti qualificati della prestazione nel caso dei servizi meglio valutati (medicina di base, laboratori di analisi, servizi domiciliari, ospedale) e come aspetti carenti nel caso dei servizi valutati più criticamente (uffici/sportelli USL, ambulatori USL, pronto soccorso).

Un ulteriore punto che rappresenta diffusamente un elemento di debolezza del sistema e di fastidio per gli utenti è la dimensione temporale dell'offerta: la disponibilità del servizio al momento del bisogno (liste di attesa) e la velocità di accesso al servizio (code) al momento dell'uso.

Su tali aspetti, con il D.Lgs. 124/98, sono state dettate nuove regole ridurre il fenomeno dell'esagerata lunghezza di tempo necessario per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

C) Infine, la verifica sulla qualità percepita dei servizi sanitari rivela come questa sia collegata:

- da un lato, a dimensioni oggettive dell'offerta (stimate in questo studio dalla analisi geografica);
- da un altro lato, a dimensioni soggettive connesse ai bisogni di cura e alle aspettative nell'ambito della salute.

Dalla ricerca risulta che “con riferimento alle condizioni *soggettive*, sono più soddisfatti gli anziani e i soggetti con istruzione bassa”.

In queste due categorie si possono facilmente ritrovare soggetti che, per motivi economici o di limitata autonomia, si trovano in condizioni di bisogno, vivendo una situazione di svantaggio.

Sono le fasce socialmente *'forti'* che possono scegliere e originare il crescente *'individualismo'* — evidenziato da recenti ricerche — inteso come una aumentata esigenza di articolazione delle risposte ai

bisogni di salute, da cui deriva la tendenza ad una strategia combinatoria nell'utilizzo dei servizi e la ricerca di un mix pubblico privato con una disponibilità anche all'esborso di tasca propria.

La garanzia di uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari rappresenta l'obiettivo principale del Servizio sanitario nazionale e non deve essere subordinato alla verifica di criteri di eleggibilità "sociale" né di disponibilità finanziaria, ma soltanto alla valutazione della necessità dell'assistenza sanitaria.

Il fatto che categorie 'deboli' risultino tendenzialmente soddisfatte dal Servizio rappresenta, pertanto, un elemento particolarmente positivo.