

III PARTE

**ATTIVARE IL PIANO SANITARIO NAZIONALE
E VALUTARNE L'IMPATTO**

LE INDICAZIONI DELLA PROGRAMMAZIONE

PAGINA BIANCA

Attivare il Piano sanitario nazionale e valutarne l'impatto

L'adozione del Piano sanitario nazionale ha costituito un momento di grande novità all'interno del sistema di assistenza del Paese. E anche una sfida. Occorre infatti fare del PSN una opportunità operativa e strategica per tutti coloro che operano nel SSN. Uno strumento in grado di fornire all'operatore sanitario la misura di ciò che è stato fatto e gli obiettivi che devono essere raggiunti.

LO STATO DELLA SALUTE IN ITALIA A CONFRONTO CON GLI ALTRI STATI EUROPEI

Una società che invecchia. Uno dei segni più evidenti del successo delle politiche sanitarie in Italia è rappresentato dal notevole invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni e destinato ad aumentare ulteriormente in futuro. L'Italia è, infatti, divenuta il paese più vecchio d'Europa e del mondo, con una chiara tendenza all'aumento dell'invecchiamento da Sud a Nord (l'indice d'invecchiamento del Nord è circa a 2 volte quello del Sud). Il dato di riferimento è il cosiddetto indice di vecchiaia che si ottiene dividendo la popolazione di 65 anni o più per la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni (per 100). L'indice di vecchiaia è di 111 ed è di gran lunga il più alto in Europa.

L'attuale invecchiamento della popolazione italiana risulta dall'effetto combinato di due fattori principali: l'aumento della longevità, e la riduzione della natalità.

Occorre comunque segnalare che per motivi metodologici di confronto con gli altri paesi della Comunità i dati utilizzati per i vari confronti sono omogenei tra i vari paesi e si riferiscono agli ultimi dati disponibili per l'intera comunità, anche se per l'Italia sono specificamente presenti dati più aggiornati, per i quali si rimanda ai capitoli di trattazione specifica delle varie tematiche.

Allungamento della vita. Il notevole incremento dell'attesa di vita alla nascita che si è verificato in Italia in misura maggiore della media dell'Unione europea a partire dal 1970 è illustrato nella figura 1 per le donne e nella figura 2 per gli uomini. Dati OMS preliminari relativi al 1998 indicano un'attesa di vita di 75 anni per gli uomini e di 81 anni per le donne rispetto alle medie europee di 74 e 80 anni, rispettivamente. Analogamente, anche l'attesa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza a un progressivo rialzo dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli 11 anni fra il 1983 e il 1993, la speranza di vita a 65 anni è aumentata di 2,3 anni per le donne (+13,5 per cento) e di 2 anni per gli uomini (+14,5 per cento).

La maggiore longevità in Italia è soprattutto associata alla:

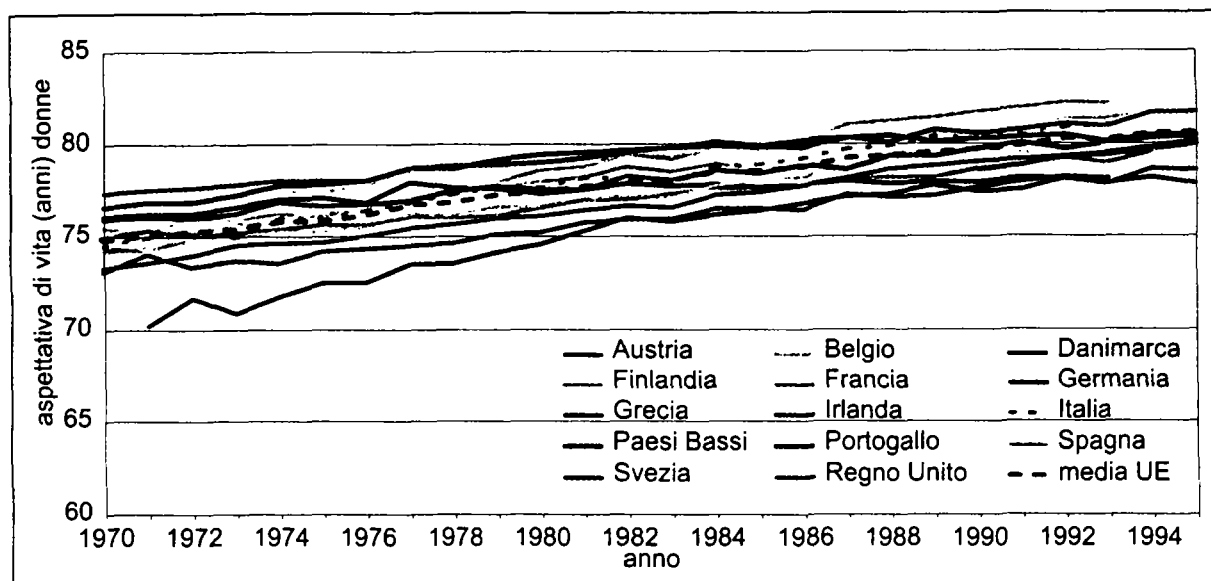


Figura 1. Aspettativa di vita dalla nascita in Europa (femmine)

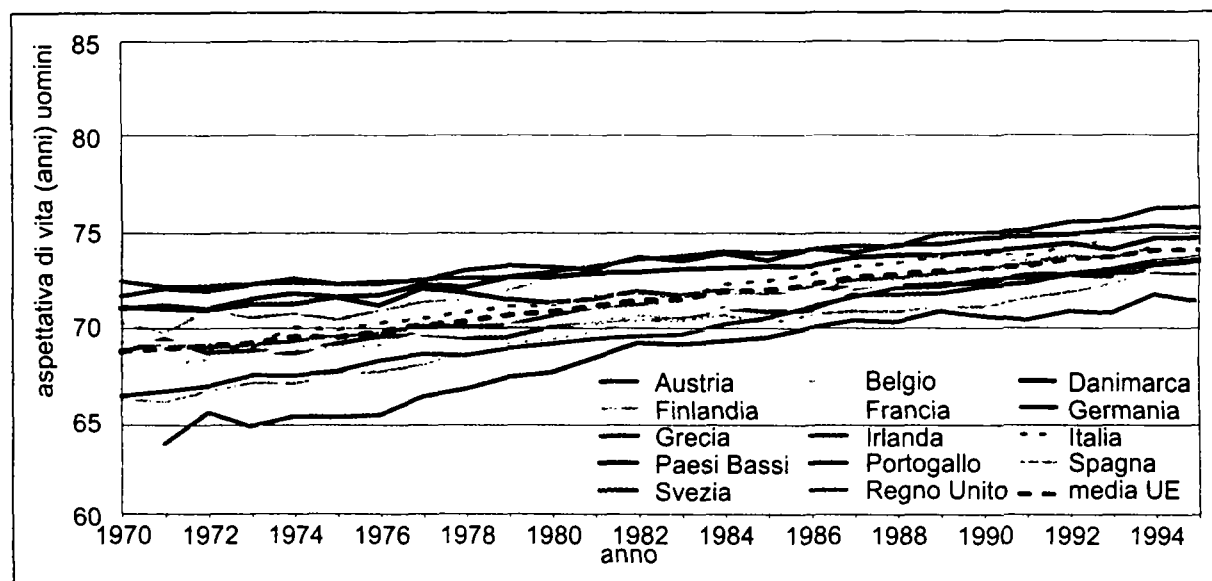


Figura 2. Aspettativa di vita dalla nascita in Europa (maschi)

- diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari a tutte le età, particolarmente nella fascia di età inferiore a 65 anni; e
- minore mortalità prematura per cancro nelle persone di età inferiore a 65 anni.

Pur rimanendo la principale causa di morte, le malattie cardiovascolari nella fascia di popolazione compresa tra 0 e 64 anni hanno mostrato una diminuzione dal 1970 in poi che, in Italia, è stata maggiore, soprattutto per le donne, rispetto alla media dell'Unione europea (figure 3 e 4). Più precisamente, i tassi di mortalità per malattie ischemiche cardiache sono più bassi in Italia rispetto agli altri Paesi dell'UE mentre la mortalità per malattie cerebrovascolari presenta tassi simili alla media.

Anche se i successi contro il cancro non sono in alcun modo comparabili a quelli contro le malattie cardiovascolari (figura 5, mortalità femminile e figura 6, mortalità maschile), il tasso

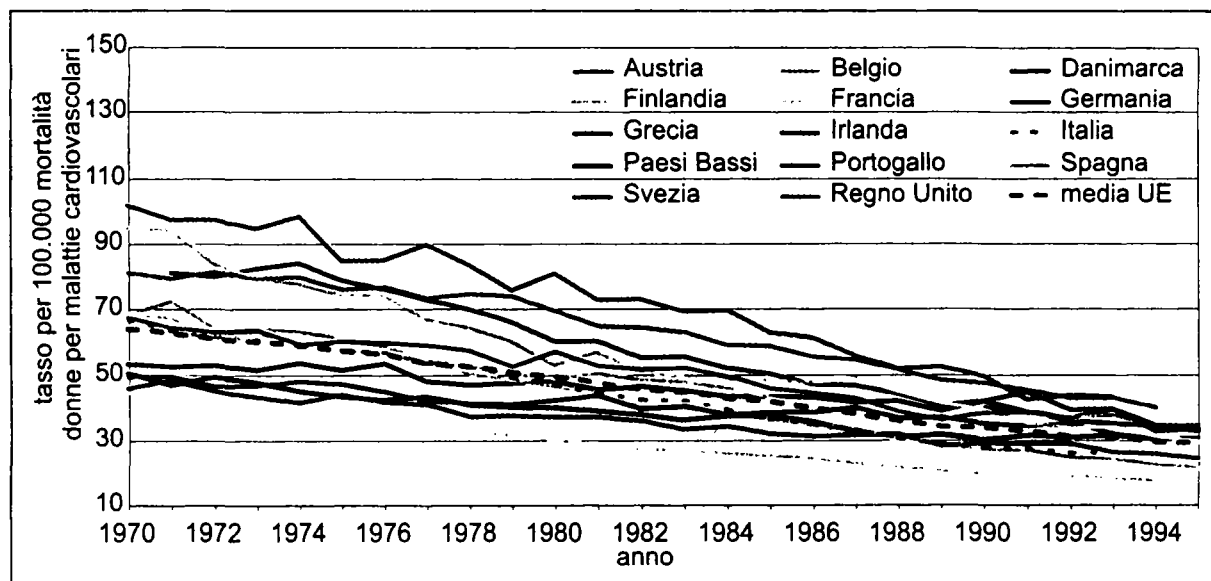


Figura 3. Mortalità per malattie cardiovascolari in Europa (femmine)

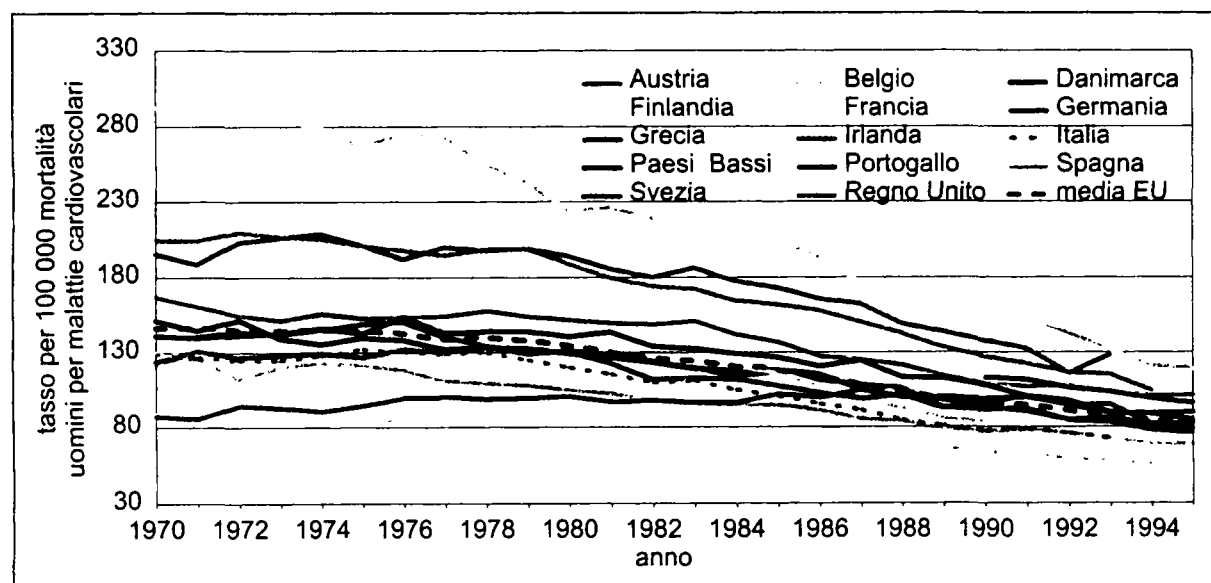


Figura 4. Mortalità per malattie cardiovascolari in Europa (maschi)

di mortalità maschile per tutti i tipi di cancro (età 0-64 anni) e quelli relativi al cancro al polmone sono in diminuzione; inoltre, il tasso di mortalità femminile (gruppo di età 0-64) è al di sotto della media della UE, sia per tutti i tipi di cancro sia per il cancro del polmone. Sia per il sesso maschile che per quello femminile, l'Italia ha mostrato una delle più consistenti diminuzioni dei tassi di mortalità per tutti i tipi di cancro e uno dei minori aumenti per il cancro del polmone nelle donne.

Per quanto riguarda le malattie respiratorie croniche negli ultimi 20 anni si è registrata una costante diminuzione della mortalità per le malattie del sistema respiratorio nei paesi dell'UE; l'Italia mostra bassi tassi di mortalità (circa il 6 per cento della mortalità totale), al di sotto della media europea.

Se le attuali tendenze positive continueranno, la percentuale della popolazione di età

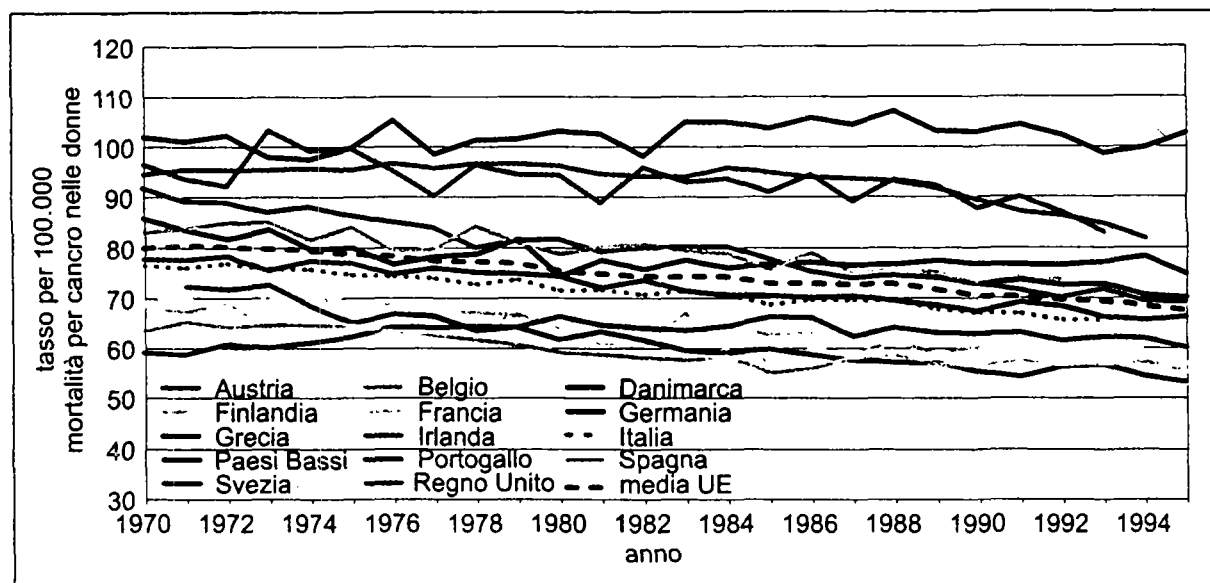


Figura 5. Mortalità per tumori in Europa (femmine)

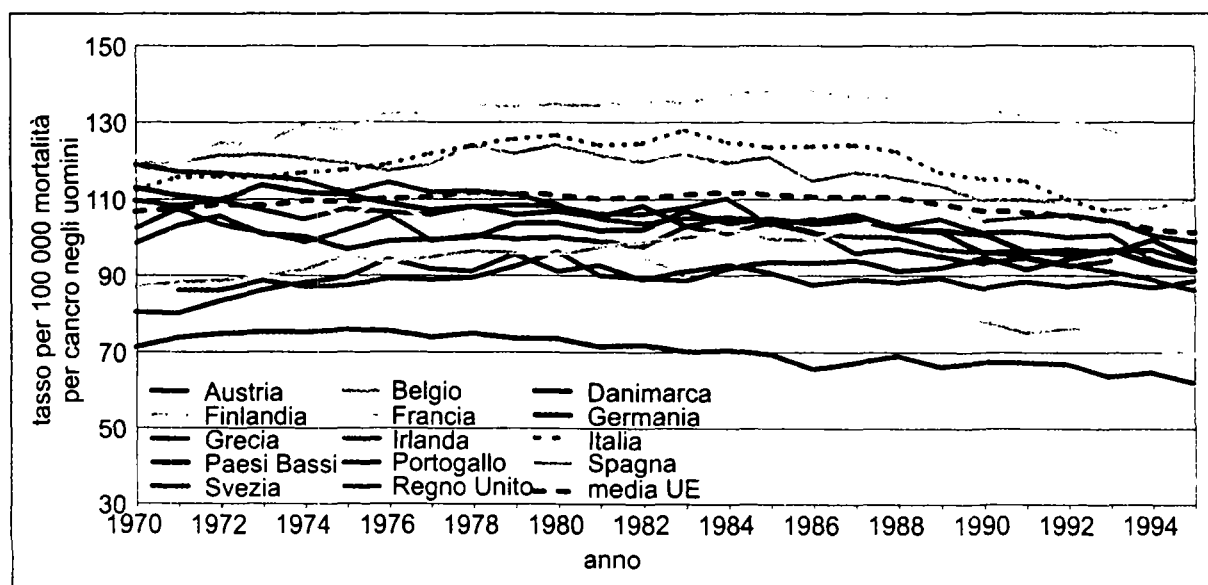


Figura 6. Mortalità per tumori in Europa (maschi)

maggiore di 64 anni è destinata a crescere ulteriormente in futuro in Italia fino a raggiungere una percentuale vicina al 30 per cento circa del totale rispetto al valore attuale pari a 16,8 per cento. Anche se, nel quadro generale dell'incremento citato, la longevità dei maschi tende a essere più bassa di quella delle donne, in effetti le differenze risultano inferiori (2 anni invece di 4) se si prende in esame la cosiddetta attesa di vita priva di disabilità, invece che la semplice attesa di vita. Per esempio all'età di 65 anni un italiano ha una aspettativa di vita esente da disabilità di 12 anni contro i 10 di un francese e gli otto di un britannico, mentre una italiana ne ha una di 14 contro i 12 di una francese e i 9 di una britannica.

È particolarmente notevole anche il fatto che in media circa il 76 per cento degli italiani percepisca la propria salute come buona. Anche per quanto riguarda la salute mentale, uno

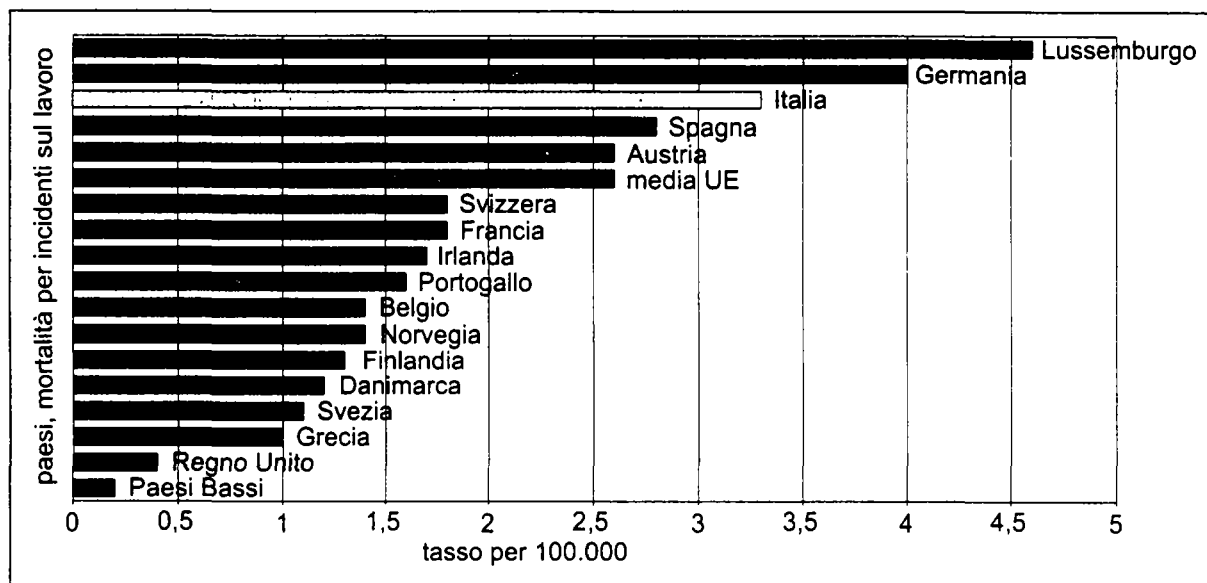


Figura 7. Mortalità per incidenti sul lavoro in Europa

studio nazionale, effettuato tra il 1987 e 1991, colloca la prevalenza dei problemi di salute mentale in Italia a un valore pari a 2,8 per cento intermedio tra i valori di 1 per cento e 6 per cento registrati in Europa.

Diminuzione della natalità e situazione perinatale. Il tasso di natalità in Italia è attualmente il più basso tra i Paesi europei e il più basso nel mondo. Il tasso di fertilità è diminuito drasticamente a partire dalla fine degli anni sessanta, raggiungendo il valore stabile di circa 1,2 bambini per ogni donna in età fertile durante gli ultimi anni, molto al di sotto del "livello di sostituzione" di 2,1 (vedere anche capitolo sulla struttura demografica della popolazione). Questa tendenza indica quanto grandi siano state le trasformazioni sociali e culturali intervenute negli ultimi decenni nella nostra società.

Come la maggior parte dei Paesi europei occidentali, l'Italia ha raggiunto, a livello nazionale, l'obiettivo della salute per tutti dell'OMS di un tasso di mortalità infantile inferiore a 10 per mille nati vivi. Nel 1994, il tasso italiano di mortalità infantile era di 6,4 per mille nati vivi, un valore di pochissimo superiore alla media dei Paesi europei di quell'anno che era di 6,18 per mille nati vivi, conseguito con una diminuzione di più del 50 per cento rispetto al valore del 1980 del tasso di mortalità infantile. Si tratta di uno dei più grandi miglioramenti registrati nell'Europa occidentale durante questo periodo, miglioramento che negli anni successivi è andato incrementandosi portando il tasso di mortalità infantile nel 1997 al 6 per cento per i maschi e al 5,2 per le femmine. Notevoli miglioramenti sono in ogni caso ancora possibili particolarmente in alcune Regioni meridionali dove la mortalità infantile è intorno all'8 per mille (Basilicata, Calabria, Sicilia) (vedi anche capitolo sulla speranza di vita e mortalità).

Anche per quanto riguarda bambini sottopeso alla nascita, i dati per l'Italia sono del tutto in linea con le medie dei paesi dell'Unione Europea. In Italia, la frequenza di bambini sottopeso (< 2.500 grammi) alla nascita era del 4,7 per cento nel 1995 (nell'Unione Europea questo tasso varia dal 4 per cento per Francia, Irlanda e Spagna al 7 per cento del Regno Unito).

La lotta contro alcuni agenti infettivi. Per quanto riguarda le malattie infettive, l'obiettivo dell'eradicazione è stato raggiunto in Italia per la poliomielite e il tetano neonatale, e per

Tabella 1. Aspettativa di vita per sesso, età, periodo e grado di istruzione (laurea universitaria come riferimento)

sesso	età	periodo	differenze in aspettativa di vita (anni) a 35 anni di età				
			intera popolazione	scuola superiore	scuola media inferiore	elementare	analfabeta
maschi	30-59	1971-75	-0,71	-0,33	-0,55	-0,86	-1,23
		1981-85	-0,54	-0,26	-0,47	-0,77	-1,63
		1991-95	-0,41	-0,11	-0,43	-1,11	-1,84
femmine	30-59	1971-75	-0,25	-0,06	-0,26	-0,23	-0,42
		1981-85	0,17	0,25	0,21	0,14	-0,48
		1991-95	-0,12	-0,04	-0,10	-0,26	-1,02
	età	periodo	differenze in aspettativa di vita (anni) a 65 anni di età				
maschi	60-74	1971-75		-0,33	-0,17	-0,39	-0,45
		1981-85		-0,69	-0,68	-0,75	-1,38
		1991-95		-0,43	-0,31	-0,64	-0,99
femmine	60-74	1971-75		-0,28	0,04	-0,30	-0,39
		1981-85		-0,33	-0,09	-0,34	-0,64
		1991-95		-0,34	-0,35	-0,35	-0,67

fonte: Costa et al., 1998

altre malattie, come la difterite, la rosolia congenita e la malaria endogena, solo rarissimi casi sono stati registrati negli ultimi 10 anni. Inoltre la tubercolosi registra in Italia un'incidenza tra le più basse in Europa. Le malattie infettive che necessitano un'intensificazione delle misure di controllo e di prevenzione includono il morbillo, la parotite, la pertosse, le meningiti da *Haemophilus influenzae* di tipo B nonché l'epatite A e l'epatite B.

Negli anni recenti, l'incidenza di AIDS nei Paesi dell'Europa occidentale si è stabilizzata prima e poi abbassata, ma con diversi gradi di diminuzione: nel 1997, per esempio, rispetto al 1996, la diminuzione è del 32,8 per cento in Italia, miglioramento che è andato incrementandosi portando la prevalenza della malattia che nel 1991 era del 30 per cento al valore del 15 per cento per il 1999 (vedere anche i capitoli sulle tossicodipendenze e sulle malattie infettive). Essa è dovuta oltre che alla prevenzione all'impatto dei medicinali anti-retrovirali altamente efficaci, divenuti disponibili a partire dal 1996.

Le epidemie di malattie respiratorie, in particolare l'influenza, rappresentano un'importante causa di malattia sia in età infantile che adulta e soprattutto negli anziani, con un conseguente forte impegno del sistema sanitario.

In Italia le malattie infettive trasmesse dagli alimenti possono ritenersi nella media dell'Unione Europea così come i casi di antibiotico-resistenza.

Il gravoso tributo a incidenti e infortuni. Ogni anno in Italia muoiono circa 8.500 persone a seguito di incidenti stradali, un numero dello stesso ordine di grandezza (7.800) per incidenti domestici e circa 1.200 persone per incidenti sul lavoro. I tassi di mortalità dovuti a incidenti stradali hanno mostrato anch'essi la tendenza a una lenta diminuzione in vari Paesi dell'Europa occidentale, ma in Italia si è assistito a una stabilizzazione e persino a un incremento degli incidenti e delle lesioni causate da incidenti stradali, dalla fine degli anni ottanta. Per quanto riguarda gli incidenti sul lavoro (figura 7), la situazione è molto preoccupante in Italia: mentre il tasso relativo alle lesioni è nella media europea, il tasso di mortalità è più elevato.

La ricerca di una maggiore equità. Negli ultimi anni, le disuguaglianze nello stato di salute in Europa non sono diminuite ma, al contrario, in alcuni casi sono addirittura aumentate, probabilmente come conseguenza di migliori condizioni di vita e minore esposizione ai fattori di rischio tra le persone benestanti. Come avviene per gli altri paesi europei, anche l'Italia è soggetta al proprio interno a disuguaglianze riguardo alle condizioni di salute: le persone meno abbienti e con più basso reddito hanno una minore attesa di vita e sono più soggette a malattie e disabilità (tabella 1).

La promozione dell'equità nella salute costituisce una priorità del Governo italiano, non solo a livello nazionale, ma anche a livello europeo e mondiale.

Gli sforzi dell'Italia per alleviare le sofferenze delle popolazioni povere e promuovere l'equità nella salute e lo sviluppo sociale ed economico sono condotti attraverso un'attiva collaborazione con le Nazioni Unite, con l'Unione europea, con il Consiglio d'Europa, con l'OCSE e altre organizzazioni internazionali. Va poi ricordato che l'Italia ha anche stabilito significativi livelli di cooperazione bilaterale per lo sviluppo sanitario e sociale con molti Paesi in via di sviluppo. Benché l'impegno finanziario dell'Italia per risolvere questi problemi sia considerevole, è evidente la necessità di intensificare gli sforzi in questo settore.

I PRINCIPALI PROVVEDIMENTI ADOTTATI PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DI PIANO

Come previsto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, il Ministero della sanità ha adottato progetti-obiettivo, linee-guida, nonché provvedimenti normativi volti al conseguimento degli obiettivi di piano.

Le linee-guida già adottate con provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano sono le seguenti:

- linee-guida per le attività di riabilitazione (7 maggio 1998);
- linee-guida per l'oncoematologia pediatrica (18 giugno 1999);
- linee-guida per il controllo del morbo di Hansen (18 giugno 1999);
- linee-guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario (5 agosto 1999).

Quelle, invece, per le quali l'iter non è stato ancora terminato sono rappresentate da:

- linee-guida per una sana alimentazione italiana;
- linee-guida per i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali.

Per quanto riguarda i progetti-obiettivo, quelli già definiti da un punto di vista normativo sono i seguenti:

- progetto-obiettivo per la tutela della salute mentale (DPR 10 novembre 1999);
- progetto-obiettivo AIDS (DPR 8 marzo 2000);
- progetto-obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (DM 21 aprile 2000);
- progetto-obiettivo materno-infantile (DM 24 aprile 2000).

Sarà posto in tempi brevi all'esame del Consiglio superiore di sanità il Progetto-obiettivo per l'alimentazione e la nutrizione, mentre i Progetti-obiettivo sulle tossicodipendenze e sulla salute degli immigrati sono ancora in fase di elaborazione. Il Progetto-obiettivo anziani è all'esame della Conferenza Stato-regioni.

Altri provvedimenti normativi nazionali sono stati emanati o sono in via di emanazione: sono stati definiti il Piano nazionale sangue e plasma 1999-2000 (DM 1 marzo 2000) e il Piano nazionale vaccini (18 giugno 1999), mentre è all'esame della Conferenza Stato-regioni il Piano oncologico nazionale.

Per raggiungere l'obiettivo II del Piano sanitario nazionale 1998-2000, "Contrastare le principali patologie", il Ministero della sanità ha promosso un progetto di educazione sanitaria volto principalmente alla diffusione di schede informative sulle principali malattie infettive e alla produzione di materiale educativo interattivo destinato ai bambini in età scolare e ha intrapreso uno studio sulla mortalità evitabile per le malattie infettive. Il Ministero della sanità ha inoltre emanato il DM 329 del 28 maggio 1999, "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti", ex DL 124/1998, mentre è stato approvato dalla Conferenza Stato-regioni il Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni.

Per il raggiungimento dell'obiettivo III, "Migliorare il contesto ambientale", sono stati emanati:

- il DM 27 marzo 1998, "Mobilità sostenibile nelle aree urbane";
- il DM 20 gennaio 1999, "Regolamento recante norme per l'installazione dei dispositivi di recupero dei vapori di benzina presso i distributori";
- il DM 21 aprile 1999, "Limiti alla circolazione stradale per problemi di inquinamento ambientale";
- il DM 19 maggio 2000, "Limiti massimi di residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari tollerati nei prodotti destinati all'alimentazione";
- il DL 26 maggio 2000, "Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche";
- il DL 26 maggio 2000, "Attuazione della direttiva 96/29/EURATOM in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti";
- il DM 26 giugno 2000, "Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'articolo 45 del DL 5 febbraio 1997".

Sono in fase di definizione i decreti ministeriali recanti i regolamenti per il recupero dei rifiuti non pericolosi (ex articoli 31 e 33 del DL 22/1997) e pericolosi, mentre per le radiazioni non ionizzanti è allo studio un decreto per la determinazione dei limiti di esposizione. Sono inoltre in fase istruttoria i Piani d'azione salute e ambiente (NEHAP) ed è in fase attuativa il Piano per la qualità dell'aria negli ambienti confinati (indoor).

Per l'obiettivo IV, "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli", sono stati emanati i seguenti provvedimenti:

- DM 28 settembre 1999, "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative";
- DPCM 20 gennaio 2000, "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Per l'obiettivo V, "Portare la sanità italiana in Europa", in particolare per quanto concerne la problematica dei trapianti, è stato istituito, con la legge dell'1 aprile 1999, il Centro nazionale trapianti ed è stata attivata la Consulta nazionale per i trapianti.

Per l'innovazione tecnologica, l'emanazione del DM 15 settembre 1999, "Grandi città", fissa i criteri per la predisposizione di progetti da realizzare a livello delle grandi aree urbane, nell'ambito degli obiettivi di carattere generale previsti dall'articolo 71 della legge 448/1998. La commissione appositamente costituita ha terminato i suoi lavori nel dicembre 2000.

Per migliorare il sistema informativo sanitario, il Ministero della sanità sta intraprendendo le seguenti azioni:

- sviluppare sistemi orientati al risultato finale del Servizio sanitario nazionale;
- potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete, nonché sviluppare azioni di cooperazione internazionale in materia di tutela sanitaria;
- integrare i diversi sistemi informativi sanitari fra loro e con i sistemi informativi della Pubblica amministrazione, nonché migliorare i protocolli di raccolta e di elaborazione dati.

È inoltre da ricordare il DM 380/2000, "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

Il Ministero della sanità ha emanato una circolare, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per l'attuazione degli articoli 34 e 34-bis della legge 662/1996, che disciplinano l'accesso ai fondi vincolati del Fondo sanitario nazionale per gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1998-2000.

Inoltre, sempre in attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha prodotto i seguenti documenti:

- programma nazionale per le linee-guida (novembre 1999);
- rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica (aprile 2000);
- indicazioni per l'uso appropriato della coronarografia e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica (ottobre 2000).

Un accenno, infine, va fatto a un progetto particolare di documentazione e di informazione sulla salute e per la salute. Si tratta di un metasistema che ha lo scopo di utilizzare tutte le potenzialità dei sistemi informativi già in essere, integrandole laddove non risultino sufficienti. Questa funzione è stata individuata nell'Osservatorio per la promozione della salute, in corso di realizzazione presso il Ministero della sanità, e dovrebbe essere orientata su quattro elementi di fondo:

- concentrare in un unico punto di osservazione, aggregandoli adeguatamente, tutti i dati e le informazioni provenienti dai diversi settori di intervento e comparti della società, in modo da garantire una visione globale del problema-salute e dei suoi determinanti, dei vantaggi e degli svantaggi che alla salute vengono arrecati dalla molteplicità di azioni intraprese, nel quadro dell'intersectorialità prima richiamata e nel rispetto delle autonomie gestionali e di governo di tutti gli interessati;
- promuovere progetti di formazione che consentano lo sviluppo e il completo dispiegamento di questo nuovo modo di gestire l'informazione sulla salute, i quali saranno poi realizzati dai diversi soggetti interessati e ai vari livelli del sistema, con contenuti e temi diversificati a seconda delle varie necessità;
- promuovere progetti di ricerca per completare il quadro delle conoscenze necessarie a costruire questo nuovo modo di fare documentazione e informazione e per consentire

una precisa valutazione degli effetti dei diversi tipi di intervento, in modo da completare e complementare i modelli già utilizzati dalla sanità, per certi versi non sufficienti;

- realizzare attività di confronto internazionale in modo unitario e non settoriale, come oggi avviene.

I piani sanitari regionali adottati in attuazione del PSN 1998-2000. Sono dieci i piani sanitari emanati in attuazione del PSN 1998-2000 dalle regioni Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Sicilia e dalle province autonome di Trento e Bolzano. Altre regioni hanno predisposto documenti programmatici che non hanno ancora concluso l'iter di approvazione.

Se non sono ancora molte le regioni dotate di uno strumento programmatico complessivo, è da rilevare che, in seguito all'emanazione del PSN 1998-2000, la programmazione regionale ha trovato un nuovo slancio. Temi che in precedenza erano trascurati o trattati in modo marginale sono oggi affrontati come prioritari, quali la promozione della salute, la soddisfazione dell'utente e l'accessibilità dei servizi, la qualità, il volontariato.

Sono, inoltre, seguiti modelli diversi di programmazione rispetto al passato, in particolare privilegiando il metodo della concertazione, della definizione di patti territoriali che coinvolgono i diversi soggetti che concorrono alla promozione della salute, nonché la definizione di piani sanitari regionali di tipo strategico che avviano un ampio percorso programmatico che si completa con i piani attuativi locali e con gli atti pianificatori distrettuali.

L'analisi dei piani sanitari regionali ha avuto l'obiettivo di verificare la loro conformità agli obiettivi e alle linee di indirizzo del PSN (come richiesto dalla stessa legislazione attuale e precisamente dall'articolo 1, comma 14, del DL 502/1992 e successive modificazioni) e ha reso confrontabili le priorità definite dalle regioni. Nella tabella 2 sono riportati i piani adottati e in corso di elaborazione dalle regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano.

Tutti i piani sanitari emanati in attuazione del PSN 1998-2000 indicano traguardi di salute da conseguire come indicatori di risultato di lungo periodo o tracciano un percorso di programmazione per definirli. Diverso risulta il grado di approfondimento degli stessi, sia in relazione alle difficoltà di conoscere lo stato di salute della popolazione residente sia per quanto concerne il ruolo e il contributo di ciascun piano in ordine a queste tematiche.

Provincia autonoma di Bolzano. Il Piano sanitario 2000-2002 della Provincia autonoma di Bolzano indica obiettivi di salute che in larga parte coincidono con quelli nazionali, con alcune differenze (per esempio, nell'ambito dell'obiettivo "Contrastare le principali patologie" si aggiunge la lotta contro i suicidi, mentre nell'obiettivo "Tutela dei soggetti deboli" non risulta presente la tutela dei soggetti immigrati); gli obiettivi sono accompagnati da un'ampia analisi descrittiva dello stato di salute della popolazione, che emerge soprattutto dalla relazione sanitaria dell'anno 1998. Per ogni obiettivo di salute sono individuate le linee strategiche e organizzative necessarie per conseguire tali risultati, affidando alle aziende sanitarie la definizione puntuale delle stesse.

Provincia autonoma di Trento. Il Piano sanitario 2000-2002 della Provincia autonoma di Trento riprende tutti gli obiettivi di salute previsti dal PSN 1998-2000 e ne aggiunge altri (rumore, nel macroobiettivo "Ambiente per la salute"; malattia di Alzheimer e altre demenze, nel macroobiettivo "Tutela dei soggetti deboli"; detenuti, nello stesso macroobiettivo sulla tutela dei soggetti deboli). Gli obiettivi sono sostenuti da un'ampia analisi epidemiologica descrittiva dello stato di salute della popolazione, con un diverso grado di approfondi-

Tabella 2. Piani sanitari regionali

regioni e province autonome	piani adottati nel 1997	piani adottati ex PSN 1998-2000	piani in corso di elaborazione già approvati	piani in fase di definizione
Piemonte	PSR 1997-1999			
Valle d'Aosta	PSSR 1997-1999			PSSR 2001-2003
Lombardia				PSR 1999-2001
Bolzano		PSP 2000-2002*		
Trento		PSP 2000-2002		
Veneto	PSSR 1996-1998 e PO			
Friuli Venezia Giulia		PSR 2000-2002*		
Liguria		PSR 1999-2001		
Emilia Romagna		PSR 1999-2001		
Toscana		PSR 1999-2001		
Umbria		PSR 1999-2001 e PO1e PO		
Marche		PSR 1998-2000		
Lazio				PSR 2000-2002
Abruzzo		PSR 1999-2001		
Molise	PSR 1997-1999			
Campania				PSR 1999-2001
Puglia			PSR 1998-2000	
Basilicata	PSR 1997-1999			
Calabria				PSR 2000-2002
Sicilia		PSR 2000-2002		
Sardegna				PSR 1999-2001

* piani approvati in via definitiva dalla Giunta (non prevista l'approvazione consiliare)

mento in relazione ai singoli obiettivi. Seguendo una metodologia di programmazione analoga a quella del PSN 1998-2000, il piano locale identifica, per ciascun obiettivo di salute, le azioni generali per l'attuazione. La pianificazione operativa è attribuita all'autonomia dell'unica azienda per i servizi sanitari della provincia.

Friuli-Venezia Giulia. Il Piano sanitario 2000-2002 della Regione Friuli-Venezia Giulia assume i principi-guida del PSN 1998-2000 e stabilisce gli obiettivi di salute per il triennio. L'attenzione è posta sulla diminuzione della mortalità e dell'incidenza delle disabilità per infortuni stradali e infortuni lavorativi, nonché su alcune patologie come i tumori, le broncopneumopatie croniche ostruttive, i disturbi psichici, il diabete, le fratture del femore. Sono indicati obiettivi di promozione di comportamenti e stili di vita per la salute, con riferimento a fumo di sigaretta, alcol, dieta e attività fisica, e obiettivi di promozione del contesto ambientale. Al sistema degli obiettivi sono collegate specifiche indicazioni per le aziende sanitarie, tra cui la previsione che il raggiungimento degli obiettivi prefissati costituisce elemento di valutazione delle attività dei direttori generali, che vengono poi sviluppate nelle "Linee di gestione del Servizio sanitario regionale".

Liguria. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Liguria riprende tutti gli obiettivi di

salute e i principi ispiratori del PSN 1998-2000. Si aggiunge l'obiettivo di "Garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria ai turisti". Per ogni obiettivo di salute sono indicate le azioni prioritarie da promuovere, mentre i valori di riferimento di tali obiettivi saranno indicati nella relazione sullo stato sanitario.

Si intende approfondire l'analisi epidemiologica che supporta la definizione degli obiettivi di salute con l'attivazione di un Osservatorio epidemiologico regionale. Nell'ambito degli obiettivi di salute il piano attribuisce un notevole rilievo agli aspetti della tutela dei soggetti deboli e in particolare al "progetto anziani", sia in relazione alla rilevanza del problema nella regione sia in relazione all'obiettivo generale di potenziare l'intera rete dei servizi territoriali e di prevenzione.

Emilia-Romagna. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Emilia-Romagna e i primi documenti di attuazione costituiscono uno sviluppo regionale delle linee di azione indicate nel PSN 1998-2000. Esso costruisce un processo programmatico ad ampia partecipazione di tutti i soggetti coinvolti dentro e fuori il sistema sanitario, per definire gli obiettivi specifici in sede locale, tramite i piani di salute, definiti anche patti locali di solidarietà per la salute.

I piani per la salute si traducono in progetti operativi nell'ambito delle aree di intervento sanitario considerate prioritarie, definite Zone di azione per la salute (ZAS). Queste sono identificate in relazione alla distribuzione di un problema di salute rilevante e della rete di relazioni istituite tra soggetti pubblici e privati, piuttosto che sulla base di demarcazione di confini amministrativi. Per il triennio 1999-2001 la regione intende avviare la costituzione di 8-10 ZAS individuate da gruppi intersettoriali nell'ambito delle seguenti tematiche: alimentazione, incidenti stradali, città anziane, città giovani, zone socialmente degradate.

Toscana. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Toscana assume come propri gli obiettivi di salute del PSN 1998-2000 e ha una connotazione specifica sul tema della qualità. Gli obiettivi di salute trovano esplicazione tramite azioni mirate, che si svolgono come programmi o progetti fattibili e concreti, spesso con specificazione delle risorse disponibili. In allegato al piano è contenuta la sintesi di un'indagine epidemiologica sullo stato di salute della popolazione, svolta con riferimento agli aspetti evidenziati dal PSN 1998-2000. Si tratta di un quadro epidemiologico ragionato dove si prevede di attivare i flussi informativi e il potenziale conoscitivo degli stessi. Sulla base di tale quadro la regione fornisce indicazioni di programmazione alle aziende sanitarie per lo svolgimento degli interventi finalizzati alla realizzazione degli obiettivi di salute.

Umbria. Il Piano sanitario della Regione Umbria fa propri gli obiettivi di salute indicati dal PSN e distingue, all'interno di essi, obiettivi di qualità scientifica, come l'allungamento della speranza di vita, la riduzione della mortalità evitabile, la riduzione della disabilità, e obiettivi definiti di qualità sociale, che si riferiscono alla promozione di una maggiore consapevolezza dei determinanti di salute, del buon uso delle risorse pubbliche e private, del conseguimento dell'universalità, dell'equità, della solidarietà di fronte alla salute e del conseguimento di comportamenti ispirati all'etica della responsabilità. Gli aspetti di definizione dei traguardi di salute sono poi ripresi nei progetti-obiettivo approvati successivamente al piano.

Marche. Il Piano sanitario 1998-2000 della Regione Marche persegue obiettivi di equità ed eticità delle prestazioni sanitarie, promovendo una politica di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di qualità tecnica, qualità dell'organizzazione e

qualità percepita. La definizione puntuale di tali obiettivi e dei valori di riferimento è affidata alla relazione sullo stato di salute della popolazione. Nel piano vengono trattati, in singoli progetti, la tutela dell'anziano e in generale dei soggetti deboli, come altri aspetti rientranti negli obiettivi di salute del PSN.

Abruzzo. Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Abruzzo riprende gli obiettivi di salute del PSN 1998-2000, con alcune indicazioni sulle condizioni di salute della popolazione e prevedendo l'approfondimento delle stesse in seguito alla completa attivazione di un Osservatorio epidemiologico. Gli obiettivi di salute trovano un primo sviluppo nell'ambito dei progetti-obiettivo e delle azioni prioritarie indicate nel piano.

Sicilia. Il Piano sanitario 2000-2002 della Regione Sicilia riprende i cinque macroobiettivi di salute previsti dal PSN 1998-2000, i settori ivi previsti e gli obiettivi specifici. Si aggiungono alcuni piani mirati all'interno dell'obiettivo "Tutela della salute dei lavoratori", come il "Progetto rumore" e quello della "Sicurezza in agricoltura". Si prevede l'approfondimento dell'analisi di contesto in seguito all'attivazione di un Osservatorio epidemiologico regionale.

Il patto di solidarietà per la salute. In generale, i piani sanitari regionali rilevano la necessità di un approccio intersettoriale alla salute, nella considerazione che i determinanti della salute si estendono ben oltre il tradizionale campo di intervento del settore sanitario. Si attribuisce pertanto rilevanza strategica alla definizione di intese e accordi di programma, con particolare riferimento al coinvolgimento degli enti locali per la realizzazione di interventi sociosanitari integrati, ma anche (come evidenziato più fortemente in alcune regioni) delle diverse forme di organizzazione della società civile, del volontariato, delle famiglie, nonché del mondo dell'imprenditoria.

Non tutti i piani sanitari regionali prevedono tuttavia la stipula di un patto di solidarietà per la salute nell'ampia accezione assunta dal PSN 1998-2000, la quale viene spesso intesa con riferimento principale, o talora esclusivo, alla necessità di potenziare gli aspetti di integrazione sociosanitaria. In altri casi si ricercano intese con la pluralità dei soggetti coinvolti nei diversi aspetti che riguardano la tutela della salute, con particolare riferimento alla promozione della salute.

Provincia autonoma di Bolzano. Il piano della Provincia autonoma di Bolzano rileva la necessità di potenziare l'integrazione sociosanitaria e definisce gli strumenti di concertazione, perseguendo, prioritariamente, lo sviluppo di una rete integrata di servizi territoriali.

Provincia autonoma di Trento. Il piano della Provincia autonoma di Trento ribadisce in più parti la necessità di un approccio intersettoriale alla salute, coinvolgente tutti i soggetti, anche esterni all'ambito sanitario, in grado di contribuire al raggiungimento degli obiettivi e indica, in ogni progetto di tutela della salute, i diversi settori interessati al problema.

Friuli-Venezia Giulia. Il piano sanitario della Regione Friuli-Venezia Giulia pone tra gli obiettivi strategici del triennio lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, in particolare nell'area distrettuale; attribuisce, inoltre, valenza strategica alla cooperazione tra pubblico e privato, anche attraverso la creazione di società miste tra aziende sanitarie, enti locali ed altri soggetti, in particolare al fine dello sviluppo del sistema dell'aziendalizzazione.

Liguria. Il Piano sanitario della Regione Liguria attribuisce all'integrazione sociosanitaria una rilevanza centrale. Si prevedono modalità di programmazione concertata (con coincidenza tra zona sociale e distretto sanitario), specifiche azioni per la formazione, con parti-

colare riferimento agli operatori di base delle aree ad alta integrazione, e, nell'ambito universitario, con previsione di tirocini in servizi che praticano l'integrazione; si prevedono l'istituzione dell'Unità operativa dei servizi sociali professionali e l'emanazione di ulteriori indirizzi regionali per promuovere l'integrazione all'interno dei progetti-obiettivo.

Emilia-Romagna. Il piano sanitario della Regione Emilia Romagna individua la priorità di programmazione di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute. Considerata la natura intrinsecamente intersettoriale degli interventi di promozione della salute, si impegna a riconoscere il ruolo essenziale della collaborazione con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni al sistema sanitario, come premessa indispensabile per l'avvio di una diversa sanità pubblica. La partecipazione degli enti locali, delle organizzazioni di volontariato, dei privati e degli altri attori interessati è prevista sia nella definizione degli obiettivi specifici, tramite il piano di salute, sia nella pianificazione operativa, a livello regionale, aziendale e distrettuale.

Toscana. Il piano sanitario della Regione Toscana prevede, per ogni progetto, il coinvolgimento di una pluralità di soggetti, istituzionali, professionali e sociali. Rileva la centralità dell'integrazione sociosanitaria e conferma il ruolo della zona, che nella regione ha una connotazione specifica: si tratta di un'articolazione dell'azienda sanitaria di livello sovra-distrettuale, ove vengono assunte le decisioni programmatiche organizzative e operative per la gestione dei servizi sanitari territoriali, nonché per assicurare che i servizi sanitari territoriali operino e si sviluppino in modo strettamente integrato con i servizi di assistenza sociale. Il distretto diviene, in questo modello, un'articolazione della zona, con la funzione di attivare il percorso assistenziale e realizzare operativamente l'integrazione sociosanitaria.

Umbria. Il piano della Regione Umbria propone l'attivazione di tavoli di consultazione intraregionali con gli enti locali e la scuola, per verificare la possibilità di negoziare politiche che presentino benefici reciproci a partire dagli obiettivi di salute del piano. A titolo esemplificativo, il piano indica alcuni temi, tra cui la programmazione urbanistica ed ambientale regionale e comunale, con riferimento al progetto "Città sane" dell'OMS; la programmazione regionale e comunale per il sociale (integrazione sociosanitaria); settori di raccordo con il Piano regionale di sviluppo (con previsione di azioni congiunte in diversi campi, tra cui il sistema sanitario e quello educativo; le politiche fiscali che incentivino la salute, scoraggiando l'uso di prodotti dannosi e stimolando l'uso di alimenti sani e l'adozione di stili di vita salubri; l'uso di fonti di energia pulita).

Marche. Nel piano sanitario della Regione Marche si rileva che la rete dei servizi territoriali deve assumere il ruolo di luogo in cui avvenga la massima integrazione tra tutti i fattori che concorrono alla promozione e alla tutela della salute. Assume rilievo centrale l'integrazione sociosanitaria, che il piano sviluppa con particolare riferimento ai distretti. Sono previsti servizi integrati territoriali (SIT), dedicati alle patologie di rilevanza sociale che interessano le seguenti aree di problemi: patologie croniche; tutela materno-infantile; tutela dell'handicap; tutela della salute delle attività sportive.

Abruzzo. Il piano sanitario della Regione Abruzzo prevede, in attuazione del PSN 1998-2000, la stipula di un patto di solidarietà per la salute concernente i diversi soggetti interessati dentro e fuori il sistema sanitario (cittadini, operatori, altri settori di intervento, comunità locali, volontariato, erogatori, mondo della comunicazione).

Il piano sviluppa principalmente gli aspetti dell'integrazione sociosanitaria, con indicazioni

generali per l'attuazione (accordi di programma di cui alla legge 142/1990; piano di zona dei servizi sociali elaborato con il concorso delle aziende USL; realizzazione di specifiche azioni per l'integrazione sulla base delle norme regionali).

Sicilia. Il piano sanitario della Regione Sicilia indica l'integrazione sociosanitaria come priorità e stabilisce le linee direttrici generali perché essa si realizzi nell'ambito del distretto. L'intersectorialità degli interventi non appare, tuttavia, la linea direttrice per la costruzione del patto di solidarietà per la salute previsto dal PSN. Sono peraltro presenti ambiti di intervento non unicamente sanitari, come quelli connessi all'ambiente. È prevista l'istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria regionale.

Il quadro legislativo di riferimento. I recenti cambiamenti del Servizio sanitario nazionale si stanno muovendo lungo alcune linee d'azione, tracciate, in particolare, dal PSN 1998-2000 (il patto di solidarietà per la salute), dall'attuazione del federalismo fiscale (DL 56/2000), dal patto di stabilità, dal DL 229/1999 di riforma sanitaria, dall'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, dalla riforma dei servizi sociali (legge 328/2000, di recente approvazione).

La delega al governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale ha garantito sostanziale continuità al processo di riforma avviato nel 1978 con la legge 833 e i successivi DL 502/1992 e 517/1993. Essa ha fatto propria la logica di un processo di trasformazione graduale, fortemente radicato sui principi e i valori della dignità della persona, della solidarietà, dell'uguaglianza dei cittadini, della promozione dei diritti dei soggetti deboli, della partecipazione alle scelte e della valutazione dei risultati di salute.

Questi valori dovranno essere interpretati e valorizzati dal nuovo PSN 2001-2003, in un quadro di maggiore responsabilizzazione delle regioni e degli enti locali e con un forte impegno di solidarietà istituzionale e sociale.

Il passaggio da politiche sanitarie a politiche per la salute è la chiave interpretativa per comprendere i cambiamenti in atto che valorizzano i diversi centri di responsabilità, collegando le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione in una logica di continuità assistenziale, qualificando i rapporti tra i diversi soggetti pubblici e privati, promuovendo le diverse responsabilità pubbliche e private nelle comunità locali.

Con l'approvazione del DL 229/1999 si è aperta una nuova stagione per il Servizio sanitario nazionale, fortemente impegnato nella ricerca della qualità, di una maggiore trasparenza nei percorsi e di un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse.

Già il PSN 1998-2000 aveva definito in modo nuovo le priorità, gli obiettivi di salute, la caratterizzazione dei livelli essenziali di assistenza e le questioni strategiche rappresentate dai traguardi europei, dall'innovazione tecnologica, dalla sicurezza, dallo sviluppo delle risorse umane, dall'integrazione sociosanitaria, dallo sviluppo dell'assistenza distrettuale e dall'appropriatezza della ricerca.

Con il PSN 2001-2003 si potranno perseguire ulteriori traguardi, grazie alle potenzialità messe a disposizione dalla legislazione recente. In particolare, il principale fattore di continuità e di innovazione è la valorizzazione e lo sviluppo dei sistemi sanitari regionali, in un quadro di trasformazione solidale e federalista dello stato sociale.

Per questo gli sforzi vanno concentrati nella ricerca di soluzioni efficaci per integrare le responsabilità regionali con quelle degli enti locali, dando ulteriore impulso ai processi di aziendalizzazione, potenziando l'integrazione sociosanitaria e qualificando l'offerta, cioè dando maggiori garanzie alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.

Il quadro generale di riferimento. Quanto detto sopra testimonia lo sforzo fatto dall'Italia per dotarsi di strumenti atti a perseguire, a livello nazionale e regionale, gli obiettivi posti al livello europeo e mondiale. Alle iniziative legislative hanno corrisposto almeno in parte azioni sul versante dell'educazione alla salute e della formazione per la salute, al fine di migliorare le competenze del pubblico e dei professionisti in materia di promozione della salute e di sensibilizzare i settori extrasanitari sull'importanza delle questioni sanitarie. A questo proposito occorre ricordare che già la legge 833 individuava culturalmente la strategia della promozione della salute come fondamento delle politiche sanitarie del Paese. Le successive riforme non hanno cambiato la filosofia di fondo dell'approccio alla salute e alla malattia, individuando nell'interesettorialità e nell'assunzione di responsabilità verso la salute da parte dei settori della vita pubblica gli elementi portanti. Nell'ultimo PSN il concetto di promozione della salute si ritrova in modo costante; soprattutto è indicato come indispensabile per 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, individuando quattro aree prioritarie d'intervento: alimentazione, fumo, alcol ed attività fisica. Da un punto di vista generale, si può affermare che nel corso degli anni la popolazione italiana è progredita per numero di anni aggiunti alla vita, in accordo con quanto è avvenuto nella maggior parte dei Paesi occidentali a economia postindustriale. Dal punto di vista statistico (dati dell'OMS) la speranza di vita alle nascite in Italia nel 1998 era per i maschi di 75 anni e per le donne di 81 anni, mentre nel 1978 era rispettivamente di 70 e 75 anni. Si può però affermare che, contestualmente, è stata aggiunta vita agli anni? Il quadro italiano è caratterizzato da luci e ombre, come si può desumere dalla serie di dati presentati nei capitoli precedenti.

Rispetto agli altri Paesi, il bilancio si può dire positivo; mediamente in Italia si vive più a lungo, si mangia meglio, la spesa sanitaria pro capite è contenuta e l'ombrello dell'assistenza pubblica copre praticamente tutta la popolazione, con prestazioni professionali di alto livello qualitativo. Certo, c'è molto spazio per migliorare, soprattutto nella comunicazione con il pubblico, ma in confronto agli altri Paesi progrediti si sta procedendo abbastanza bene. Lo sviluppo economico è il fattore trainante per il miglioramento della salute della popolazione, ma è da questo stesso sviluppo che stanno emergendo problemi nuovi.

A tutto ciò si devono aggiungere i dati sulla percezione dello stato di salute, che ha grande influenza nel determinare le scelte che le persone compiono nel campo della salute. Questo aspetto, insieme con l'ancora non completato processo di omogeneizzazione territoriale nella dotazione dei servizi, il permanere di vecchie barriere all'accesso ai servizi, l'emergere di nuove barriere legate al cambiamento di composizione della popolazione e l'ancora insufficiente assunzione di responsabilità verso la salute da parte di settori non sanitari della vita sociale, pone un forte problema di equità nella salute, che si aggiunge al permanere di tradizionali aree di rischio, nel lavoro in modo particolare, e all'emergere di nuovi rischi legati all'exasperazione dei processi di globalizzazione dei mercati e dell'economia.

L'azione di promozione della salute trova peraltro forti spinte nel sempre più forte processo di integrazione europea, con la reciproca responsabilizzazione degli stati, nel crescere del livello culturale medio degli italiani, che si accompagna a una diffusa presa di coscienza del valore della salute come responsabilità personale e come diritto/dovere, nell'indubbia capacità crescente di risposta tecnica dei servizi deputati alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.