

Valutazione dell'impatto delle azioni intraprese. Il processo di valutazione parte dall'analisi degli obiettivi, per poi verificare l'impatto delle azioni intraprese, giudicando le realizzazioni sulla base di indicatori usati come parametri condivisi di riferimento. Il PSN assume il concetto di salute nel suo significato più ampio, come benessere complessivo della persona e bene fondamentale della comunità, e quindi come diritto di cittadinanza da riconoscere e sostenere. Chiaramente il PSN, adottando questa prospettiva allargata di salute, che estende il proprio confine ben oltre i confini tradizionali della sanità, indica al SSN la necessità di dotarsi di nuovi strumenti di implementazione e verifica delle proprie politiche. La difficoltà fondamentale è questa: come si possono trovare indicatori oggettivi di verifica dell'attuazione di un piano che si pone obiettivi intangibili, come quelli della crescita della consapevolezza, del senso di solidarietà o della coscienza della sussidiarietà? Infatti se si riconsidera il PSN e, come è opportuno fare in ogni processo di valutazione, si rileggono gli obiettivi primari, si osserva che esistono principi fondamentali che lo animano che non si riferiscono a eventi su cui è possibile una analisi statistica, i quali devono comunque divenire parametro di riferimento per la verifica dell'impatto delle azioni intraprese. Al fine di avviare un percorso di evoluzione da un sistema basato sul concetto di sanità a un sistema fondato sul concetto di salute, da un concetto di centralità dell'ospedale e del medico a un concetto di centralità del paziente (come si legge nell'introduzione del ministro della sanità alla RSSP del 1999), occorre trovare nuovi strumenti di valutazione e nuovi indicatori, in modo coerente con i nuovi principi di cultura della salute e i nuovi obiettivi di corresponsabilità nella costruzione della salute.

Per una valutazione accurata del raggiungimento degli obiettivi di piano occorrerebbe confrontare i dati sulla salute della popolazione rilevati prima e dopo lo sviluppo delle programmazioni. Man mano che il Servizio sanitario nazionale si viene dotando di processi più strutturati di valutazione, si configurano nuove esigenze di analisi degli indicatori di salute (a questo proposito si rimanda alle pagine successive).

LA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA INFORMATIVO ORIENTATO ALLA COMPARAZIONE E ALLA VALUTAZIONE DI OBIETTIVI, PROCESSI ED ESITI

Per poter affermare che gli obiettivi di piano 98/2000 sono stati (o meno) raggiunti occorre aver ben presente una triplice condizione:

- i risultati attesi coincidono, numerose volte, con modificazioni della realtà non facilmente riscontrabili all'interno dei sistemi informativi esistenti. È a tutti noto infatti, come il PSN proponga un "patto di solidarietà per la salute, che impegni le istituzioni proposte alla tutela della salute e una pluralità di soggetti: le istituzioni, il volontariato, i produttori profit e non profit di beni e servizi di carattere sanitario; gli organi e gli strumenti di comunicazione, la comunità europea e internazionale" allo scopo di raggiungere "cinque obiettivi di salute": promuovere comportamenti e stili di vita per la salute; contrastare le principali patologie; migliorare il contesto ambientale; rafforzare la tutela dei soggetti deboli e portare la sanità italiana in Europa." Per fare ciò il PSN "assume il concetto di salute nel suo significato più ampio, come benessere complessivo della persona e bene fondamentale della comunità" il cui perseguimento postula il realizzarsi di dimensioni, individuali e col-

lettive, di difficile inquadramento, quali "la crescita della consapevolezza"; il "senso di solidarietà" o la "coscienza della sussidiarietà".

- l'efficacia degli interventi che dovrebbero essere orientati al raggiungimento delle mete prefisse deriva, in larga misura, dalla loro diffusività all'interno dei vari livelli di programmazione e di gestione che caratterizzano il SSN (Regione; aziende USL; enti locali);
- Il successo o insuccesso delle attività prodotte sia dal Sistema sanitario attraverso la propria capacità di offerta assistenziale, sia dal più vasto coacervo di soggetti istituzionali e non istituzionali chiamati a concorrere alla realizzazione di politiche per la salute, deve essere - in qualche misura - verificato alla luce dei mutamenti riscontrabili nello stato di salute e nella qualità di vita dei cittadini fruitori degli interventi erogati.

Se la RSSP ha come compito precipuo quello di "esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano" e se il suo compiuto svolgimento richiede una accettabile risposta alle tre condizioni sopra richiamate, appare assolutamente necessario comprendere:

- quale sia, al momento, il grado di completezza di un sistema informativo orientato a cogliere gli aspetti che connotano tali condizioni;
- quale sia, di conseguenza, il tipo di sviluppo che si reputa indispensabile per ottenere, nel prossimo futuro, una copertura conoscitiva più essenziale e sistematica.

Le serie statistiche, variamente fruibili su base internazionale, nazionale e regionale, consentono di descrivere: il variare dei comportamenti e degli stili di vita in rapporto ad alcuni indicatori assunti come riferimento standard di tale propensione (uso di tabacco e di alcool; igiene alimentare eccetera); lo sviluppo del sistema di offerta in relazione al mutare di indici epidemiologicamente rilevanti applicati a grandi famiglie di patologie (malattie cardiovascolari; neoplasie; malattie infettive; ecc.); il miglioramento del contesto ambientale con riferimento alla salubrità dell'acqua e dell'aria; alla sicurezza alimentare; alle soglie di rischio determinate dalle radiazioni, dal rumore eccetera; il variare della speranza di vita e della qualità della sopravvivenza; il dimensionarsi della offerta assistenziale a favore dei soggetti deboli (stranieri; tossicodipendenti; malati di mente; anziani eccetera).

Il livello di descrizione e di valutazione dei fenomeni analizzati è certamente in grado di fornire un grande affresco della sanità italiana ma non riesce, al momento:

- a esplicitare i rapporti causa effetto fra la trasformazione del Sistema sanitario e l'ottenimento di risultati positivi in termini di comportamenti e di stili di vita;
- a individuare quali altri soggetti - oltre alle istituzioni del SSN - contribuiscono a costruire risposte più ampie e integrate al bisogno di salute della popolazione italiana;
- a porre in evidenza quali siano gli strumenti più comunemente e frequentemente usati per sviluppare processi di promozione della salute.

Allo stato attuale delle informazioni acquisibili manca inoltre ogni riferimento strutturato al dispiegarsi, per "i rami" del SSN del processo di programmazione che deve - partendo dagli obiettivi di PSN - via, via specificarne i contenuti in termini sempre più dettagliati e operativi. È ben noto come uno sforzo, anche poderoso, di programmazione nazionale difficilmente sortisce gli effetti voluti se non è in grado di innescare (o di essere coerentemente seguito da) una serie di altre progettualità concorrenti i cui i risultati vengono registrati e valutati.

E se tale assunto è già assolutamente vero in riferimento agli obiettivi orientati a modificare le condizioni organizzative, gestionali e operative di un sistema, lo è decisamen-

te ancora più quando si tratti di perseguire risultati di salute, giacchè, in rapporto a essi, è proprio la programmazione successiva e concorrente che deve predisporre, sia le azioni puntualmente destinate a raggiungerli, sia gli indicatori capaci di rilevarne l'effettivo grado di conseguimento.

È, infine, pressoché del tutto assente (su base ampia, nazionale e regionale) nell'area dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali (fatte salve alcune, puntiformi sperimentazioni) la elaborazione di serie originali di indicatori di esito.

Ciò presuppone la preliminare identificazione di macro e di microprocessi assistenziali a cui correlare risultati di efficacia valutabili attraverso il riscontro del verificarsi di mutamenti positivi nello stato di salute (e/o di benessere) previsionalmente atteso.

Una tale costruzione latita; per esempio: nei manuali e nelle linee guida per l'accreditamento oggi predisposti, in bozza, da varie Regioni, appare del tutto predominante l'attenzione data ai requisiti di struttura e, in seconda battuta, a quelli di processo, essendo pressoché assente ogni indicazione relativa ai requisiti di esito.

Una simile criticità è, comprensibilmente, ancora più difficile da superare allorquando gli esiti siano riferiti non già al superamento di condizioni patologiche o alla riduzione dei fattori che producono la non auto-sufficienza, quanto piuttosto al miglioramento - latamente inteso - dello stato di salute di un individuo o di una collettività.

Nella prospettiva della RSSP per l'anno 2001 e seguenti c'è, dunque, da affrontare un consistente sforzo elaborativo qualora si vogliano ridurre almeno in parte, i gap informativi che sono, al momento, rilevabili.

- Le porzioni di sistema informativo da predisporre sono complessivamente destinate a cogliere gli aspetti che promuovono, realizzano e sanciscono il successo della azioni volte, sia a diffondere l'esercizio della funzione programmatica, sia a produrre maggiore salute, sia, infine, a valutare l'efficacia (esito) degli interventi erogati.
- Si tratta, innanzitutto, di verificare lo stato dell'arte per quanto concerne la diffusione della cultura della programmazione.

Ciò può avvenire strutturando un sistema ricognitivo che verifichi, per esempio:

- quali Regioni abbiano predisposte un proprio PSR che accolga, adegui (ed eventualmente modifichi) i principi e gli obiettivi del PSN trasferibili su scala regionale;
- quale sia, in questa prospettiva, il livello di esplicitazione e il numero degli obiettivi proposti; al riguardo, rileva il loro grado di concretezza e la presenza di indicatori specificamente collegati a ciascuno di essi;
- se alla legge di Piano le Regioni abbiano fatto seguire ulteriori normative destinate a meglio dettagliare i risultati attesi e/o a illustrare le modalità (progetti, azioni, aspetti organizzativi e operativi eccetera) tramite cui perseguirli;
- se la Regione indichi un processo, discendente, di programmazione diffusa che ne stabilisca i livelli in rapporto ai soggetti chiamati a predisporre proprie, ulteriori elaborazioni programmatiche;
- se, fra tali livelli, si ponga al vertice del processo di programmazione locale il Piano per la salute, ovverosia quella elaborazione progettuale che prende in considerazione varie determinanti (ambientali, culturali, economiche, dei trasporti eccetera) capaci di incidere sullo stato di salute del cittadino e di cui il sistema sanitario e sociosanitario è una sola, singola componente. Al riguardo, appare essere di assoluto interesse rilevare quali siano i soggetti istituzionali (Aziende USL, Comuni, IPAB ecc.) e non istituzionali (associazioni-

smo; privato non profit; privato profit; ecc.) che concorrono a definire i contenuti del Piano per la salute;

- quale appaia essere, in concreto, la articolazione della programmazione locale, in riferimento sia alle indicazioni già contenute nelle normative nazionali di riferimento (per esempio: i "Piani della attività territoriali" previsti all'art. 3 del DL 229/99), sia alle ulteriori indicazioni regionali, sia alle eventuali, autonome decisioni delle Conferenze dei sindaci e delle Aziende USL;
- quale sia lo spazio concesso, in queste programmazioni, alla definizione di obiettivi specifici, misurabili e accettabili, e alla corrispondente predisposizione di indicatori di verifica e di valutazione;
- quali siano gli strumenti, regionali e locali, previsti e attuati per diffondere e far condividere gli obiettivi a tutti coloro che devono concorrere alla loro realizzazione;
- quali siano gli eventuali interventi formativi destinati agli operatori affinché si diffondano le ragioni essenziali del programmare e del valutare;

Il campo di applicazione del sistema ricognitivo illustrato può coincidere con la totalità delle Regioni italiane e con un campione significativo delle Aziende USL presenti in ciascuna di esse.

Si tratta, inoltre, di predisporre un secondo sistema ricognitivo destinato a porre in evidenza il processo di diffusione della cultura della salute. Occorre in particolare:

- conoscere quale sia il livello di consapevolezza che la popolazione dimostra di avere in relazione alle determinanti in grado di incidere sul proprio stato di salute;
- rilevare le eventuali azioni informative (o le altre attività promozionali) rivolte al cittadino affinché comprenda quale sia il suo ruolo nel proporre e nel contribuire a realizzare una cultura sempre più orientata alla salute;
- censire le attività di educazione alla salute, indicate dalla programmazione regionale e/o locale, o comunque realizzate dall'Azienda USL.

La percezione dei cittadini in merito alla rilevazione dei determinanti della salute può essere conosciuta solo attraverso indagini ad hoc che coinvolgano un campione specificatamente selezionato. Le azioni informative e le attività di educazione alla salute sono, a loro volta, individuabili attraverso la preliminare identificazione di un gruppo di Regioni (dalla cui normativa trarre gli eventuali indirizzi in merito) e di un gruppo di Aziende USL. a esse appartenenti.

Si tratta, infine di elaborare un pool di indicatori di esito specificamente orientati a valutare il successo dell'impatto delle azioni promosse dal sistema sanitario sullo stato di salute dei cittadini.

Le sezioni che potrebbero comporre questa parte di sistema informativo sono varie e riguardano:

- la valutazione dei risultati di efficacia ottenuti a seguito della erogazione di attività/prestazioni da parte dei servizi sanitari e sociosanitari (soprattutto territoriali);
- la valutazioni degli effetti (già rilevabili mediante l'utilizzo dei dati epidemiologici esistenti) che influiscono sullo stato di salute dei cittadini e che attengono ai loro comportamenti e stili di vita, in rapporto alle azioni prodotte in tal senso dal SSN;
- una corrispondente, parallela valutazione di tali effetti in rapporto, però, ad altre variabili e fattori di contesto che agiscono su determinanti della salute diversi dal sistema sanitario.

La eventuale predisposizione di nuovi macroindicatori atti a rilevare ulteriori variazioni positive dello stato di salute collettivo;

La esplicitazione da parte degli utenti, dell'esito percepito in rapporto ai vari interventi curativi e di promozione della salute di cui sono stati fruitori.

La costruzione di uno strumentario informativo qualè quello ipotizzato ai punti precedenti richiede plausibilmente la identificazione di un soggettotecnico dedicato allo scopo.

In tal senso pare essere perfettamente idonea l'iniziativa, già avviata dal Servizio studi e documentazione del Ministero della sanità in collaborazione con istituzioni ed enti diversi (Regione e Università), per costituire un Osservatorio nazionale sulla promozione della salute.

Così operando è possibile ipotizzare, già al termine del corrente anno 2001, la produzione di una reportistica riferita, quanto meno, all'analisi e valutazione comparata dei processi di programmazione e di formazione della cultura della salute.

In tal modo inizia a disvelarsi quel percorso di evoluzione da un sistema basato sul concetto di sanità a quello di salute; da un concetto di centralità dell'ospedale e del medico a quello di centralità del paziente, che già nell'introduzione al RSSP-1999 il ministro della sanità Umberto Veronesi esaltava come viraggio epocale dell'attuale welfare state italiano.

Le indicazioni della programmazione

Le urgenze sociali e politiche del sistema sanitario italiano di fronte alle esigenze di un Paese modernamente organizzato dal punto di vista della assistenza sono due: la prima è il superamento delle disuguaglianze di salute che ancora caratterizzano le condizioni dei cittadini nei confronti delle risorse della medicina. La seconda è la realizzazione di una rete di funzioni che integri i doveri di indicazione programmatica del Governo centrale con le necessità di autonomia dei servizi sanitari locali.

I MODELLI EMERGENTI DI PROGRAMMAZIONE

La pluralità degli schemi di valori e di organizzazione. Il decreto 229/1999 ha ridefinito l'equilibrio tra compiti regolativi e compiti promozionali del piano sanitario secondo una più limitata logica conformativa, valorizzando l'autonomia e la capacità decisionale dei singoli soggetti che compongono il sistema sanitario, e ha spostato sensibilmente l'asse della regolazione del sistema sanitario a favore di un sistema di programmazione che percorra organicamente il complesso delle articolazioni del settore, invertendo le tendenze risultate prevalenti negli anni precedenti.

Il nuovo quadro normativo delinea l'esigenza di documenti di piano formulati 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 consentano, pur regolandole 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 cura e di aiuto create autonomamente dalla società civile.

Il complesso di queste indicazioni delinea il passaggio, per il settore sanitario, da un welfare fondato prevalentemente su relazioni competitive tra i soggetti, assimilabili alle dinamiche di mercato, delineato dal decreto legislativo 502/1992, a un compiuto welfare nel quale all'impegno pubblico, profondamente ristrutturato nei suoi obiettivi e nei suoi strumenti di regolazione e di promozione, si affianca una pluralità di soggetti che sono costantemente sollecitati ad assumere comportamenti di collaborazione, la cui azione si ritiene possa contribuire alla tutela dell'interesse generale. Nel sistema sanitario si osserva la compresenza di una pluralità di soggetti che operano per il miglioramento e il recupero della salute, di differenti schemi organizzativi, di modalità di allocazione e di finanziamento delle risorse, affi-

date a dinamiche di carattere privatistico, con il richiamo costante a principi gestionali di carattere aziendale e allo stesso tempo a criteri e priorità, a sistemi di valori di carattere equo e solidale e alla valorizzazione del volontariato e della capacità decisionale del singolo in quanto cittadino che responsabilmente può svolgere un ruolo attivo.

L'emergere di modelli distinti. La pluralità degli schemi di valori e organizzazione si ripropone ai vari livelli istituzionali e nelle varie regioni, favorendo una differenziazione marcata nell'impostazione delle politiche regionali e nell'operare delle aziende, con risorse pubbliche e private, tra profit e non profit, molto differenti:

- alcune regioni accentuano la concorrenzialità tra le strutture e il ruolo attribuito alle strutture private, ampliando la possibilità di scelta del cittadino tra differenti opzioni diagnostiche;
- in altre regioni i piani sanitari costituiscono gli strumenti elettivi di coordinamento e di distribuzione delle risorse;
- emergono differenze in rapporto al ruolo attribuito ai soggetti non profit nella produzione della salute, all'associazionismo nella promozione e nella cura della salute, alla soddisfazione e alla qualità dei servizi così come è percepita dall'utente, all'estensione dei momenti partecipativi;
- la differenziazione avviene consolidando ed estendendo soluzioni di contatto diretto per il rafforzamento dell'autonomia decisionale dell'utente, con la gestione organica dei reclami, mediante 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 e la definizione pubblica dei tempi di attesa oppure attribuendo valenza strategica alle soluzioni che offrono al cittadino l'opportunità di scegliere un altro servizio se insoddisfatto della prestazione ricevuta.

Malgrado questa differenziazione delle politiche regionali, emergono sostanziali omogeneità nelle tipologie di piano privilegiate: 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 standard quantitativi e su rapporti ritenuti ottimali tra servizi e popolazione, assumendo un'ottica prevalentemente conformativa e attribuendo ai livelli decentrati del sistema compiti meramente attuativi di disposizioni definite a livello centrale.

Sono dieci le regioni che hanno predisposto un 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. La logica della programmazione strategica si esprime compiutamente in quasi tutti i documenti regionali, che nel piano sanitario definiscono gli obiettivi strategici, affidando a successivi atti programmatici la precisazione delle linee di indirizzo e degli obiettivi specifici in un costante confronto con gli altri livelli gestionali e operativi del sistema sanitario regionale.

I piani sanitari regionali attribuiscono rilevanza strategica ai processi cooperativi tra soggetti pubblici e privati e promuovono l'adozione di strumenti di programmazione negoziata, quali intese istituzionali, accordi e contratti di programma. È 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 e di azioni avviate per dare concretezza ai principi enunciati;
- in termini di soggetti da coinvolgere (solo privati profit oppure il complesso dei soggetti previsti nel patto di solidarietà).

In tutti i documenti trovano adeguato spazio le indicazioni relative ai nove punti qualificanti del piano sanitario, con accentuazioni in alcuni verso una strategia di cambiamento fondata prevalentemente su una razionalizzazione, sostanzialmente interna, dell'organizzazione dei servizi, attraverso la responsabilizzazione delle varie unità, la flessibilità e la centralità del distretto, e in altri verso una politica di intersettorialità e di coordinamento tra il settore sanitario e il settore sociale, puntando l'attenzione al complesso dei determinanti la salute.

È recepita, in generale, 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 già definiti in precedenti documenti regionali, risultando comunque maggiormente valorizzate le azioni di prevenzione primaria e secondaria.

Il Distretto è considerato l'ambito elettivo per l'integrazione sociosanitaria nell'ambito di una condivisa riorganizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali volta a valorizzare i livelli primari d'intervento e i servizi territoriali, facilitando l'accessibilità da parte dei cittadini al complesso delle prestazioni e conducendo a 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, la cui qualità è intesa generalmente nelle tre dimensioni fondamentali, cioè in termini professionali, organizzativo-aziendali e relazionali, ovvero come qualità percepita dall'utente.

I piani regionali nel loro complesso risultano orientati a favorire lo sviluppo della progettualità a livello aziendale. Anche a questo livello si ripropongono le differenziazioni nei valori e nei modelli organizzativi:

- con l'accentuazione della dimensione interna aziendale e lo sviluppo di strumenti che rendono più coesa e integrata l'organizzazione e complementari e sinergiche le attività delle sue articolazioni;
- intendendo l'Azienda come sistema aperto che ricerca collaborazioni con il complesso dei soggetti, delle istituzioni pubbliche e private e delle risorse di terzo settore.

La programmazione aziendale appare ancora non sufficientemente consolidata e cresce il numero di aziende che adottano strumenti di programmazione pluriennale e annuale, ma spesso il piano risulta scollegato dal budget aziendale, non rappresentando la sede nella quale si assumono e si perseguono coerentemente le decisioni strategiche.

L'osservazione organica dei risultati conseguiti. Il sistema di programmazione avviato dal decreto legislativo 229/1999 e definito nelle sue priorità, negli obiettivi e nelle azioni dal Piano sanitario nazionale presenta alcune specificità:

- privilegia obiettivi di risultato - come ridurre la prevalenza di fumatori, di consumatori di bevande alcoliche che eccedono i 40 g die di alcol, la mortalità derivante da malattie cerebrovascolari eccetera - mentre le azioni strumentali - quali la revisione e l'aggiornamento dei sistemi tariffari e il ridimensionamento della diagnostica strumentale - sono considerate obiettivi di mezzo, non rappresentando un fine in sé ma strumenti per il raggiungimento degli obiettivi di risultato individuati. La stessa struttura degli obiettivi è rilevabile nei piani sanitari regionali approvati;

- sollecita il dinamismo complessivo del sistema orientandolo a relazioni sinergiche e valorizzando un approccio promozionale più che una logica rigidamente attuativa.

Il Piano sanitario propone, pertanto, un profondo mutamento dei fabbisogni informativi e delle condizioni di osservazione organica dei risultati conseguiti:

- sviluppando complessi criteri di valutazione, in termini promozionali, collaborativi, intersettoriali e di mobilitazione di una pluralità di soggetti più che di conformità, i quali, pertanto, sono molto differenti rispetto a quelli assunti nel precedente Piano sanitario nazionale;

- necessitando, per una puntuale attività di monitoraggio e di valutazione, di una maggiore finalizzazione degli attuali flussi informativi che compongono il sistema informativo sanitario e di 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;

- conducendo a una valutazione fortemente integrata delle azioni avviate, ponendo l'esigenza che ogni singola azione sia osservata tenendo presente una pluralità di dimensioni;

- richiedendo, 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;

- implicando processi valutativi di ordine qualitativo che coinvolgono nel giudizio sull'efficienza e sull'efficacia del piano sanitario i soggetti del patto di solidarietà per la salute.

Tale configurazione del piano sanitario fa emergere l'esigenza di costruire uno specifico sistema di indicatori che consenta di osservare l'evoluzione del sistema sanitario nella prospettiva di collaborazione delineata e l'individuazione di indicatori empirici che consentano l'osservazione dei mutamenti intervenuti nei comportamenti sanitari rispetto al complesso degli obiettivi e delle azioni avviati, i quali 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 all'indagine 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 subregionale anche per comportamenti sanitari e patologie a bassa prevalenza, consente una maggiore osservazione di alcuni fenomeni, promuovendo modalità di monitoraggio e di valutazione del Piano sanitario nazionale e dei piani sanitari regionali più puntuali.

In aggiunta è necessario promuovere rilevazioni e costruire sistemi di indicatori, riferiti a più annualità, su fenomeni e trasformazioni più generali - di mercato, normative, dell'opinione pubblica - che, pur non essendo 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.

DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE

Nuovi dati per valutare le differenze sociali nella salute. Tra i principi fondamentali dei sistemi sanitari di tipo universalistico si trova l'uguaglianza nell'accessibilità a un ampio spettro di servizi uniformemente distribuiti (come indicato nel Piano sanitario nazionale). L'uguaglianza in questo senso viene considerata soprattutto come l'eliminazione delle barriere geografiche ed economiche all'utilizzazione dei servizi. Sono principi rilevanti di cui sarebbe importante valutare l'attuazione concreta. In questo sede tuttavia si vuole porre l'accento su un altro tipo di uguaglianza, che non riguarda i formali diritti di accesso ai servizi, ma le prospettive di un godimento sostanziale del bene rappresentato dalla salute. In particolare ci si chiede quanto un programma teso a proteggere la salute dei cittadini debba includere azioni di contrasto ai fattori di arretratezza economica e culturale che rendono certe categorie di popolazione relativamente più esposte a patologie e morte. Ci si chiede quindi in che misura la sorveglianza epidemiologica debba includere anche l'osservanza sui fattori di discriminazione sociale che portano a condizioni tali da facilitare l'insorgenza di epidemie di vario tipo.

Uno dei motivi per cui non si è prestata in Italia un'attenzione speciale ai fattori sociali nelle indagini epidemiologiche può derivare dal fatto che in certi contesti la salute è geograficamente distribuita in modo contrario a quanto sarebbe possibile intuire rispetto agli indicatori di ricchezza e di dotazione di servizi. Per esempio nelle regioni del Meridione, che sono più povere di risorse e di servizi, si moriva e si muore di meno. Tuttavia, come si vedrà oltre, altri dati invertono questa relazione: infatti, non appena si è cominciato a misurare in modo più accurato le differenze su base individuale o geografica sono emerse differenze di direzione e di dimensione comparabili a quelle misurate in altri paesi dell'Europa occidentale (1).

Tre sono gli elementi da mettere in risalto che possono meglio chiarire il quadro socio-epidemiologico. Il primo deriva dagli studi sulla distribuzione geografica dei differenziali di mortalità negli anni novanta in Italia. Secondo i dati ISTAT sulla mortalità differenziale negli anni 1991-1992 le disuguaglianze sociali più intense riguardo alla mortalità si concentravano tra gli uomini adulti del Nord e tra le donne adulte e anziane del Sud, confermando un quadro che era già emerso all'inizio degli anni ottanta, nonché da studi sulla mortalità di popolazioni migranti in Italia, che avevano documentato disuguaglianze sociali più intense e persistenti tra le donne anziane emigrate dal Sud (2). Un secondo dato importante per la valutazione del rapporto tra disuguaglianze sociali e disuguaglianze nella salute è la constatazione di una correlazione esistente tra l'affidabilità delle relazioni familiari e il tasso medio di mortalità (3). Tra gli anni settanta e gli anni novanta è aumentata l'intensità del rischio di mortalità nelle tipologie familiari meno protette (quelle cioè diverse dallo standard di famiglia con coppia convivente e figli), come è aumentata la percentuale di popolazione che vive in questo tipo di famiglie. Questi dati configurano un nuovo tipo di vulnerabilità che sarebbe opportuno considerare nelle politiche di prevenzione e di assistenza.

Infine, sulla scorta dei risultati dei primi studi sulle disuguaglianze nell'accesso e nei risultati dell'assistenza sanitaria, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale si è ritenuto importante avviare nuovi studi e sviluppare adeguati sistemi di sorveglianza che gettino luce su eventuali discriminazioni sociali nel sistema sanitario. I risultati di queste analisi sono importanti. Nel Lazio, per esempio, è stata documentata la presenza di disuguaglianze nell'acces-

so alle terapie ed è stato rilevato che per le persone appartenenti agli strati sociali più umili vi è una maggiore tendenza all'uso di terapie meno innovative e meno appropriate (4, 5). A questo riguardo, un recente studio condotto a Roma ha evidenziato che le persone di estrazione sociale inferiore, nonostante abbiano un tasso più alto di ospedalizzazione per cardiopatia ischemica, ricevono mediamente dalle strutture sanitarie una minore offerta di interventi di bypass aortocoronarico; inoltre la sopravvivenza media a 30 giorni dall'intervento dei soggetti appartenenti a questa categoria è inferiore a quella segnalata per le classi sociali più avvantaggiate (6). Un altro studio recente ha rilevato un eccesso di ospedalizzazione rispetto alla gravità delle patologie asmatiche nei figli di persone appartenenti alle classi sociali più basse; questo dato rileva una carenza relativa, per questo settore di popolazione, di un'adeguata assistenza di base (7, 8). Questo dato è confermato anche da un altro studio, condotto sempre a Roma, che mostra l'esistenza di un gradiente di eccesso di ospedalizzazione complessiva e di degenza ospedaliera di lunga durata tra gli individui che vivono in aree più povere (9).

Quali sono i compiti del sistema sanitario 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 fornisce indicazioni di principio sui criteri da adottare affinché la pratica sanitaria si misuri con il problema delle disuguaglianze nel godimento del diritto alla salute.

Per poter correttamente porre in atto tali indicazioni occorrerebbe approntare un sistema atto a valutare l'andamento del livello di disuguaglianza in base all'implementazione dei programmi. Purtroppo, il monitoraggio in questo settore non ha carattere sufficientemente sistematico e occorrerebbero maggiori sforzi perché siano garantiti di fatto dalle strutture i diritti dichiarati come universali nelle politiche del Paese. Affinché il sistema sanitario sappia svolgere questo ruolo, verso il quale non ha sufficiente consuetudine e competenza scientifica, è utile iniziare una riflessione su quali strumenti possano essere adeguati allo scopo e quali azioni siano di sua responsabilità. In particolare occorre chiarire come sul tema della lotta alle disuguaglianze il sistema sanitario necessiti di strumenti di ricerca, informazione e promozione atti a prevenire e ridurre gli effetti degli ostacoli sociali di accesso al sistema nazionale di salvaguardia e cura della salute.

Che cosa è stato fatto nelle politiche di ricerca, informazione e patrocinio.

L'epidemiologia delle disuguaglianze nella salute è un campo di ricerca abbastanza recente in Italia, che ha incominciato ad avere un vero carattere sistematico solo a partire dal 1990, quando il Ministero della sanità approvò un programma nazionale di ricerca proposto dalla regione Piemonte, con l'obiettivo di sperimentare procedure di monitoraggio delle disuguaglianze sociali nel godimento della salute, sviluppabili attraverso tecniche di record-linkage. Il programma ottenne tre risultati principali (10). Uno di questi fu la redazione di un rapporto sulle disuguaglianze sociali in Italia, successivo alla realizzazione del primo convegno nazionale sul tema (11). Quattro tipi di raccomandazioni concludevano il rapporto. Esse hanno promosso ulteriori importanti azioni e in particolare l'avvio di due nuovi programmi finanziati dal Ministero della sanità nell'ambito della ricerca applicata per realizzare gli obiettivi del Piano sanitario nazionale (12). Il primo programma di ricerca ha riguardato la redazione di un secondo rapporto, aggiornato a tutti gli anni novanta, sulle disuguaglianze nella salute e lo sviluppo di nuovi modelli di studio per monitorare e analizzare queste disuguaglianze sia su base trasversale e geografica sia su base longitudinale e individuale. Il

secondo programma ha riguardato la valutazione dell'eventuale responsabilità dell'organizzazione dei servizi sanitari nel fornire assistenza e cura alla popolazione con una qualità diversa in base al livello sociale, economico e culturale. L'investimento ha coinvolto sei unità di ricerca del Servizio sanitario nazionale e quattro a livello universitario, per un ammontare complessivo di circa 1.100.000 euro.

Dal punto di vista delle fonti informative e statistiche le raccomandazioni del primo rapporto hanno ottenuto i seguenti risultati:

- sono stati sviluppati indici di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base sub-comunale a livello locale (13) e su base comunale nazionale (14); sono stati costruiti inoltre due indici di reddito medio pro capite e di distribuzione del reddito su base provinciale a livello nazionale (15); però la raccomandazione di acquisire la sezione di censimento sui sistemi informativi sanitari per superare il bias ecologico inevitabile nelle analisi su base comunale non è ancora stata accolta dal sistema statistico nazionale;
- nell'ambito del Piano statistico nazionale sono stati sviluppati studi longitudinali con record-linkage, tra cui la replica dell'indagine trasversale sulla mortalità differenziale dopo il censimento del 1991, l'aggiornamento dello studio longitudinale torinese e la creazione dello studio longitudinale toscano (Firenze e Livorno), ed è stata migliorata la capacità delle indagini campionarie sulla salute (1994 e 1999-2000) di misurare le caratteristiche sociali delle persone e delle famiglie per studiare le disuguaglianze nella salute percepita.

Inoltre, alcuni importanti studi epidemiologici potranno essere valorizzati per lo studio delle disuguaglianze (per esempio, EPIC e SIDRIA) e l'edizione 2000 del congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia è stata dedicata ai temi delle disuguaglianze nella salute. Per dotare il SSN di un sistema di monitoraggio e verifica dell'impatto delle azioni intraprese sulle disuguaglianze, occorrerebbe che queste raccomandazioni fossero acquisite dai responsabili della programmazione e avessero più ampia eco tra gli amministratori e la comunità scientifica; sarebbe necessario quindi che la ricerca sulle disuguaglianze non restasse relegata al campo della ricerca demografica (16) e alle sezioni specialistiche di ricercatori che già avevano partecipato alla stesura del primo rapporto (17, 18).

Come il sistema sanitario ha concorso alle politiche di promozione della salute e di riduzione dei danni delle disuguaglianze. In Italia, prima dell'inizio degli anni novanta, non c'era stata nessuna politica esplicitamente orientata al contrasto delle disuguaglianze nella salute. Solo la riforma sanitaria del 1978, che riorganizzava l'assistenza sanitaria da un modello mutualistico a un modello di sistema sanitario nazionale, giustificava le sue scelte con la necessità di promuovere l'equità nella distribuzione della salute e delle cure, anche se in questo caso si intendeva prevalentemente un'equità geografica di distribuzione dell'offerta sanitaria.

Negli anni novanta si è assistito ad alcune iniziative politiche sia in campo sanitario sia nelle politiche di settore. Nella sanità gli interventi più significativi per contrastare le disuguaglianze nella salute sono stati il Piano sanitario nazionale (PSN) e i programmi per le aree metropolitane. Con il PSN 1998-2000 (12) il governo e il parlamento italiani per la prima volta hanno stabilito una strategia nazionale per la salute e per la sanità fondata su un patto tra i diversi attori interessati agli obiettivi di salute. La riduzione delle disuguaglianze nella salute è uno dei nove punti qualificanti della strategia. Il PSN intende promuovere azioni che abbiano lo scopo di potenziare le capacità delle persone e delle comunità nell'adozione di comportamenti sani, migliorare l'accesso ai servizi e incoraggiare i cambiamenti culturali ed

economici necessari per promuovere la salute. Naturalmente, per poter sviluppare questi principi, occorre che le regioni si dotino di piani sanitari regionali e programmi attuativi locali e di settore che incorporino questo obiettivo. Occorre inoltre che il Ministero della sanità tenga traccia di quanto avviene in questo settore a livello regionale, in modo da monitorare la realizzazione degli obiettivi di piano.

I due programmi di ricerca nazionali sopra citati si sono preoccupati di fornire a ogni livello di programmazione regionale e locale le informazioni che potessero essere considerati utili per perseguire questa strategia, valorizzando le esperienze eccellenti e fornendo raccomandazioni documentate nell'Acheson Report e nelle pubblicazioni dell'OMS (19, 20). Tra queste azioni la più importante di cui può essere documentato un effetto sulle disuguaglianze nella salute in Italia è stata lo sviluppo di programmi di popolazione per lo screening dei tumori femminili (21), in contrasto con una distribuzione fortemente diseguale dell'uso spontaneo dei test di diagnosi precoce per i tumori della mammella e del collo dell'utero a favore delle donne più istruite (22).

Questo orientamento prioritario del piano verso l'equità nella salute ha condizionato il programma speciale sulle aree metropolitane, che ha stanziato, per il 1999-2001, 750 milioni di euro per la riqualificazione dell'offerta sanitaria nelle grandi città. Si sa che in queste aree si concentrano con particolare intensità sia problemi di salute nuovi (per esempio, gruppi più deboli, come gli stranieri immigrati, gli anziani soli, i genitori soli con figli dipendenti, il disagio giovanile), sia problemi di equità di accesso all'assistenza dovuti alla suddivisione del servizio sanitario in più aziende sanitarie nella stessa città, sia problemi di adeguatezza delle strutture sanitarie e della logistica di organizzazione dell'assistenza. Tra le priorità su cui verranno valutati i programmi viene considerata la necessità di contrastare le cause delle disuguaglianze nella salute.

Una politica che sta a cavallo tra il settore sanitario e quello sociale è la politica sugli stranieri immigrati. Nel 1998 è stata approvata una strategia nazionale per le politiche sull'immigrazione, fondata su principi di equità nell'accesso ai servizi, di protezione e valorizzazione delle differenze, di inclusione di questi gruppi nelle politiche per i poveri, dall'educazione alla formazione professionale, alla casa, all'assistenza sanitaria (DL 25 luglio 1998 286). Sulla base di questi principi il regolamento nazionale sugli stranieri immigrati del 1999 (DPR 31 agosto 1999 n. 394) per la parte relativa all'assistenza sanitaria ha disciplinato procedure di registrazione nel Servizio sanitario nazionale per gli stranieri regolari e, per la prima volta in un paese europeo, ha introdotto per gli stranieri irregolari meccanismi di accesso all'assistenza sanitaria urgente ed essenziale per malattie, incidenti e maternità (con possibilità di continuità delle cure) e alla medicina preventiva, gratuita per i poveri (su reddito autocertificato) e senza notificazione dell'identità alla polizia. Uno specifico progetto obiettivo del governo sta elaborando raccomandazioni specifiche per particolari problemi di salute di queste popolazioni, come le madri, i bambini e i lavoratori a maggior rischio, e per i problemi di qualità dell'assistenza in un contesto multiculturale.

In campo non sanitario non si può documentare nessuna politica che sia stata esplicitamente giustificata anche da obiettivi di riduzione delle disuguaglianze nella salute. Politiche generali come quelle occupazionali (lavori socialmente utili) o quelle di sostegno del reddito (reddito minimo di inserzione) potrebbero avere benefici sulla salute, ma la loro applicazione o sperimentazione non ha previsto di valutarne l'impatto sulla salute. Anche le politiche di settore, come quelle sulla casa, sulla scuola o sulla rigenerazione di aree urbane, pos-

sono avere ricadute per la salute, ma non vengono valutate per questo scopo. È impossibile documentare in modo empirico quanto queste iniziative politiche siano state influenzate dai risultati della ricerca sulle disuguaglianze nella salute. Nel caso delle politiche in campo sanitario la storia di questi anni ha voluto che a interpretare gli sviluppi di una pianificazione basata sull'evidenza fossero chiamati professionisti dal mondo sanitario e della ricerca medica, sociale ed economica che avevano partecipato all'elaborazione del primo rapporto sulle disuguaglianze nella salute in Italia. Queste iniziative fanno pensare che si stia procedendo verso la penetrazione di questi obiettivi di eguaglianza nell'ambito sanitario, almeno a livello di programmazione nelle politiche sanitarie.

Indicazioni generali di programmazione per l'assunzione di nuove responsabilità dell'assistenza sanitaria nel generare disuguaglianze nella salute. Occorre esercitare un controllo affinché le iniziative di trasformazione dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria (soprattutto la definizione dei livelli essenziali di assistenza, LEA, in un contesto di federalismo sanitario e di competizione con le forme integrative di assistenza) non aumentino le disuguaglianze nella salute. Un primo effetto di rischio riguarda le differenze nel grado di incertezza percepita dalle persone circa la disponibilità di assistenza sanitaria. Poiché l'incertezza genera insicurezza, la quale a sua volta è uno dei fattori psicosociali dell'insorgenza di patologie, se i LEA vengono percepiti da parte dei meno avvantaggiati come una loro penalizzazione, la loro definizione finirà per rappresentare un possibile fattore propulsivo delle disuguaglianze nella salute.

Un altro possibile fattore riguarda lo stigma che risulta dal condizionamento dei livelli di assistenza nelle proprie libertà di scelta a causa del proprio status; anche questo può rappresentare un fattore di rischio psicosociale che si aggiunge a quelli già presenti in coloro che sono svantaggiati nel profilo di salute. Per contrastare questi processi si potrebbe contrapporre un marketing sociale molto aggressivo, che nella presentazione dei LEA tenda a promuovere l'argomento dell'efficacia contro quello del razionamento. Su un piano più diretto, la definizione dei livelli di assistenza non dovrebbe, in linea di principio, minacciare l'equità negli esiti di salute, purché non si verifichi un aumento degli ostacoli burocratici all'assistenza che già oggi fungono da barriera a una presentazione tempestiva dei propri problemi di salute da parte delle classi meno istruite e più svantaggiate. Anche in questo settore occorre che la programmazione sappia dotarsi di sistemi di comunicazione e di valutazione d'impatto, in modo da esercitare un controllo sugli effetti delle disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Un argomento positivo potrebbe essere quello che introduce la sovrarequisita tra le variabili operative che definiscono i livelli di assistenza. In questo caso la discriminazione potrebbe essere giustificata da considerazioni di efficienza, dato che un intervento è più efficiente se agisce su fasce di popolazione dove massima è la potenzialità di risultato. Ci sono buone ragioni per affermare ciò. Anche nelle politiche sociali è sempre più condiviso il principio secondo il quale le politiche di welfare universalistiche non sarebbero idonee a limitare l'impatto delle ingiustizie e invertirne il corso, dato che queste politiche distribuiscono reti di garanzie in modo uniforme a tutte le persone, quando invece la necessità non è distribuita in modo uniforme, bensì tende a cumularsi in circuiti di svantaggio da cui le persone non saprebbero uscire da sole.

Occorrerebbero invece politiche di lancio, che sappiano fare uscire i più bisognosi da quei circuiti di svantaggio. Anche nell'assistenza sanitaria sarebbe necessario studiare e speri-

mentare procedure operative di discriminazione positiva, da includere nella definizione dei livelli di assistenza, che funzionino da molla per superare la trappola del ritardo di presentazione e di ricerca della soluzione appropriata di un problema di salute.

Questo tema è ancora più di attualità in tutti quei casi in cui l'inclusione di un intervento nei livelli di assistenza dovesse caratterizzarsi come restrizione all'accesso a una cura sulla base di criteri di gravità (si pensi per esempio al modello neozelandese); in queste situazioni i problemi di salute in fase meno grave sarebbero dirottati all'assistenza integrativa e i più poveri non avrebbero nessuna motivazione né facilitazione per riconoscere i propri problemi di salute in fase precoce e, quindi, a uscire dalla trappola delle cure tardive per problemi non risolvibili.

Un caso particolare è l'introduzione di una nuova tecnologia efficace molto costosa. Nel primo periodo del suo impiego è probabile che si sviluppino disuguaglianze nella salute a sfavore dei più poveri e meno istruiti, dato che in presenza di un'offerta ancora scarsa (per diffusione strumentale e di competenze professionali) sono i più ricchi di risorse culturali, materiali e relazionali a saper negoziare un accesso facilitato alla tecnologia.

L'impatto sulle disuguaglianze nella salute è particolarmente intenso in tutti i casi in cui la riserva di salute aggredibile dalla nuova tecnologia sia rilevante per tutti (per esempio, un trapianto o un bypass per la sopravvivenza o una protesi d'anca per la qualità della vita), mentre è trascurabile o addirittura in controtendenza nei casi in cui il beneficio ricavabile dai più ricchi sia modesto (per esempio, la neonatologia intensiva rispetto alla mortalità perinatale, dove i figli dei ricchi hanno già raggiunto il traguardo di bassa mortalità che è biologicamente raggiungibile, e tutto il beneficio residuo sarebbe a vantaggio dei più poveri, che attraverso la neonatologia colmerebbero così lo svantaggio di partenza). Questo caso insegna che si devono esaminare i meccanismi di discussione che si possono ingenerare in occasione dell'introduzione di ogni nuova tecnologia per prevederne l'impatto in termini di disuguaglianze e preparare utili contromosse.

Un ulteriore caso importante per le disuguaglianze nella salute riguarda tutte le situazioni in cui nella definizione dei livelli di assistenza venga incluso un criterio di merito che discrimina l'accesso sulla base della possibilità per il soggetto di trarre vantaggio dalla cura. Spesso questi criteri riguardano scelte personali (il fumo, per esempio) sulle quali gli individui di bassa posizione sociale hanno un livello di controllo molto limitato, proprio a causa delle loro storie di vita e dei fattori psicosociali di stress a cui sono esposti. È ovvio che questi criteri sono da escludere, perché discriminerebbero fortemente l'accesso ai livelli di assistenza sulla base delle condizioni sociali delle persone e della loro traiettoria di vita.

Solo un sistema e un'organizzazione sanitaria sensibili e vigili, in fase di progettazione e di attuazione, sono in grado di identificare e monitorare i tanti modi con cui si possono realizzare discriminazioni all'accesso e all'uso di cure efficaci e tempestive. L'equità dovrebbe quindi diventare un criterio essenziale sia nelle valutazioni d'impatto che si fanno a priori nella progettazione di interventi e nell'introduzione di nuove tecnologie (health impact assessment, technology assessment) sia in sede di gestione dell'assistenza sanitaria a livello aziendale e professionale (equity audit). Le trasformazioni dell'organizzazione sanitaria non sono buone o cattive per l'equità in linea di principio; esistono piuttosto organizzazioni capaci o non capaci di darsi come mandato prioritario quello di riconoscere e di contrastare le disuguaglianze nelle maglie di tutte le attività e dei processi che caratterizzano la vita.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mackenbach JP et al and the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-9.
- 2) Costa G et al. Torino, storie di salute in una grande città. Torino: Ufficio di statistica, Osservatorio socio-economico torinese. 1998.
- 3) Cardano M et al. Famiglia e salute. Differenze e disuguaglianze di mortalità a Torino negli anni novanta.
- 4) Rapiti E et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 153-60.
- 5) Materia E et al. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 197-206.
- 6) Ancona C et al. Disuguaglianze nell'accesso all'unità di terapia intensiva coronarica per i pazienti ricoverati con infarto acuto del miocardio a Roma. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 7) Farchi S et al. Differenze sociali nei tassi di ospedalizzazione tra bambini e adolescenti: uno studio longitudinale a Roma. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 8) Davoli M et al. Stato socioeconomico e asma bronchiale nei bambini a Roma: l'uso di indicatori individuali e di area. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 9) Cacciani L et al. Income, Income distribution and Hospitalisation: an Ecologic Study in Rome, Italy. In: *Health Policy and Economics: Strategic Issues in Health care management*. Ashgate Publishing Ltd, 2001 (in corso di stampa).
- 10) Costa G et al. Mortalità per professioni in Italia negli anni '80. Roma: ISPESL (Collana quaderni ISPELS 2), 1995.
- 11) Costa G et al (a cura di). L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Fondazione SmithKline. Milano: Franco Angeli, 1994.
- 12) Ministero della sanità. Piano sanitario nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute. Roma: Ministero della sanità, 1998.
- 13) Michelozzi P et al. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-95. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 687-93.
- 14) Cadum E et al. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica. *Epidemiol Prev* 1999; 23: 175-87.
- 15) Materia E et al. Disuguaglianza nella distribuzione del reddito e mortalità in Italia: studio ecologico. Atti della XXIV Riunione annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia, Roma 18-21 ottobre 2000.
- 16) Costa G et al. Indagini e basi informative per lo studio di dati biografici. In: *Società Italiana di Statistica. Atti della XXXIX Riunione Scientifica* (vol. 1), Sorrento 14-17 aprile 1998.
- 17) Cardano M et al. Classi sociali e salute. Le disuguaglianze di mortalità a Torino. In: *Mutamenti della struttura di classe in Italia. Quaderni di Sociologia* 1998; vol. XLII: 17.
- 18) Dirindin N et al. Assessing public action in Europe: health policies. In: *Workshop on "Regional differences, Inequality and social exclusion in the design of public policies"*. Roma: Banca d'Italia, 2000.
- 19) Acheson D et al. Independent inquiry into inequalities in health. Report. Londra: The Stationery Office, 1998.
- 20) Ministero della sanità. I determinanti sociali della salute. I fatti concreti (tradotto da Wilkinson R et al. *Social determinants of health. The solid facts*) Roma: WHO Europe, 1998.
- 21) Segnan N. Socioeconomic status and cancer screening. *IARC Sci Publ* 1997; 138: 369-76.
- 22) Segnan N et al. Practice of early diagnosis of breast and uterine cervix cancer in a Northern Italian town. *Tumori* 1990; 76: 227-33.