



ATLANTE DELLA SANITÀ ITALIANA - 2001

Prometeo



Indagine sulle realtà territoriali delle Aziende Usl:
stato di salute della popolazione, servizi sanitari,
contesto demografico ed economico

Ilesis

Ricerca e Formazione
per i Sistemi Sanitari



Nebo
Ricerche PA



Prometeo 2001 è realizzato con il contributo di:

UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA

CATEDRA DI IGIENE

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

DIREZIONE CENTRALE PER LE INDAGINI SULLE ISTITUZIONI SOCIALI

ILESIS

RICERCA E FORMAZIONE PER I SISTEMI SANITARI

NEBO RICERCHE PA

FARMINDUSTRIA

Comitato Promotore

GIUSEPPE CANANZI¹, IVAN CAVICCHI², VIVIANA EGIDI³, CESARE FASSARI⁴, AUGUSTO PANÀ⁵

Gruppo di lavoro

Modello ed elaborazione degli indicatori di epidemiologia dei servizi sanitari, materiali e metodi, classifica sullo stato di salute della popolazione e schede di dimissione ospedaliera

GIUSEPPE CANANZI, coordinamento generale

NATALIA BUZZI⁶, coordinamento tecnico

VITTORIA BURATTA⁷ e ARMANDO MUZZI⁸, supervisione scientifica

LUISA FROVA⁹, SILVIA BRUZZONE⁹, ALESSANDRA BURGIO⁹, RAFFAELLA IACOUCCI¹⁰,

NEBO RICERCHE PA, servizi di elaborazione dati

MICO, realizzazione informatica

Analisi degli indicatori a livello regionale e di Asl, il ruolo del farmaco nella società italiana, integrazione pubblico e privato, confronti internazionali

CESARE FASSARI, coordinamento generale

FEDERICO SPANDONARO¹¹, coordinamento scientifico

ANNARITA BARRELLA¹², CRISTINA GIORDANI¹², LAURA FIORAVANTI¹², LAURA FRANCIA¹²,

AURORA POLACSEK¹², EMANUELA PIERONI¹³

ANDREA MORETTI¹⁴ e LORENZO TERRANOVA¹⁵, consulenza scientifica

ITALPROMO ESIS PUBLISHING, coordinamento editoriale e Cd

¹ Dirigente Ufficio Studi ARAN, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

² Direttore Generale Farminindustria, Docente di Sociologia sanitaria, Università La Sapienza di Roma

³ Direttore Dipartimento Statistiche Sociali Istituto Nazionale di Statistica

⁴ Presidente Ilesis

⁵ Direttore Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁶ Coordinatore Gruppo di Ricerca Nebo Ricerche PA, Componente Osservatorio sui servizi sanitari, Cattedra di Igiene, Università di Roma Tor Vergata

⁷ Direttore Centrale Istituto Nazionale di Statistica

⁸ Coordinatore Master in Epidemiologia dei servizi sanitari, Università di Roma Tor Vergata

⁹ Ricercatore Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sanità Assistenza

¹⁰ Collaboratore Cifaps, Università di Roma Tor Vergata

¹¹ Coordinatore Master in Economia e Gestione Sanitaria, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹² Collaboratore LARES Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata

¹³ Ricercatrice Ilesis

¹⁴ Vice Direttore Generale Farminindustria

¹⁵ Responsabile Ufficio Economia Sanitaria Farminindustria

I dati di base della ricerca sono stati cortesemente messi a disposizione dalle seguenti istituzioni:

ISTAT	contesto demografico, dati di mortalità, dati di attività istituti di cura, occupazione e disoccupazione
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, RGS-Igop	assetti retributivi ed occupazionali del personale Ssn
MINISTERO DELLA SALUTE	schede di dimissione ospedaliera, medicina di base, malattie infettive
INAIL	infortuni sui luoghi di lavoro e rendite
ISTITUTO TAGLIACARNE	valore aggiunto e consumi
ANCITEL	depositi bancari e consumi elettrici

Hanno partecipato alla discussione degli indicatori ()*

Gigliola Forzato, Alessandro Salvati	INAIL - Consulenza statistico-attuariale
Giuseppe Lucibello, Stefano Tomasini	RGS - Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale, Servizio contrattazione, divisione VI

(*) Il lavoro si è concretizzato grazie alla disponibilità dimostrata dalle Istituzioni e dalle persone citate sia nel fornire i dati di base che nel discutere le proposte di indicatori via via presentate. Il gruppo di lavoro di Prometeo si assume ogni responsabilità per i contenuti e le scelte di studio effettuate e per ogni errore eventualmente commesso nella realizzazione della ricerca. Un ampio ringraziamento va alle persone citate per i preziosi suggerimenti formulati, poiché si è trattato di un lavoro complesso e frutto di approfondimenti vasti e diversificati che pertanto non impegnano le Istituzioni che vi hanno collaborato.

Considerazioni generali

Un anno fa avevamo aperto queste considerazioni introduttive a “Prometeo” con un’immagine paradigmatica a descrizione della fase congiunturale in cui veniva a trovarsi la sanità italiana alle soglie degli anni 2000.

L’immagine era quella di un vulcano a rischio d’eruzione, ai cui bordi sedevano i presidenti delle nuove Regioni e i ministri del Governo centrale.

L’eruzione imminente voleva rappresentare l’attesa-temuta “devoluzione” della sanità con tutte le aspettative e le incognite di un cambiamento epocale negli equilibri tra Regioni e Stato nazionale in tema di assistenza sanitaria.

A distanza di un anno da quella suggestione, dobbiamo ribadire che il tema della devoluzione dei poteri alle Regioni in materia sanitaria resta al primo posto nell’agenda della nuova maggioranza politica emersa dalle elezioni di maggio, come resta confermata l’atmosfera di incertezza che accompagna tuttora questo delicato passaggio istituzionale.

Rispetto ad allora, tuttavia, vanno registrate alcune importanti novità legislative e politiche che sembrano in ogni caso indirizzare il processo di devoluzione verso quello scenario di “federalismo solidale” da noi indicato nella precedente edizione di “Prometeo” tra le ipotesi di sbocco del processo di trasformazione federalista della nostra Repubblica.

La prima rilevante novità è costituita dalla legge di riforma costituzionale (n.3, del 18 ottobre 2001), approvata dal Parlamento a stretta maggioranza alla vigilia delle elezioni politiche e confermata dal voto referendario del 7 ottobre scorso.

Con questa legge sono state infatti poste le basi per una definitiva evoluzione del nostro ordinamento costituzionale verso una dinamica federale, a partire dalla stessa definizione della Repubblica che non è più “ripartita” in Regioni, Province e Comuni, secondo quanto contemplato nella Costituzione del 1948, ma “costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato”.

Ognuno di questi livelli assume quindi una pari dignità costituzionale che non resta solo nominale ma, soprattutto per le Regioni, assume forte valenza in termini di potere legislativo esclusivo o concorrente in determinate materie.

Per quanto concerne in particolare la sanità, essa è inserita, insieme ad altre importanti materie – quali la politica delle professioni, la ricerca scientifica, l’alimentazione, la sicurezza del lavoro – nell’ambito della legislazione concorrente con l’indicazione esplicita che la funzione legislativa in tali ambiti spetta in primo luogo alle Regioni, “salvo che per la determinazione dei principi fondamentali” riservata allo Stato.

Tra questi principi rientra, essendo tra l’altro espressamente contemplata, “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”.

Si evidenzia, così, una prima sostanziale conferma di quella logica di “federalismo solidale”, che si sostanzia nella delega legislativa alle Regioni e nella contestuale

previsione di un riferimento nazionale per quanto riguarda le prestazioni erogate e garantite.

Armonica a questo disegno appare anche la seconda novità da registrare nel campo del processo federalista rappresentata dall'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, che, al di là di aspetti specifici e legati all'emergenza della spesa sanitaria, afferma la devoluzione alle Regioni in tema di organizzazione dei servizi e di contrattualistica per il personale, mantenendo il riferimento ai livelli essenziali di assistenza quale strumento di governo del federalismo sanitario.

I presupposti per l'avvio di una nuova stagione della sanità italiana sono quindi ben determinati. Resta però – come dicevamo – quel clima di incertezza e in alcuni casi di dichiarata diffidenza verso la rotta federalista. Il motivo principale di tale atteggiamento sembra però più legato a controversie politiche, tra maggioranza e opposizione parlamentare, sulla natura pubblica o privata della nuova sanità regionale, che a reali divergenze sull'ineludibilità del passaggio alle Regioni dell'intera partita sanitaria.

Prova di ciò è la sostanziale unità di vedute sul principio della devoluzione, riscontrabile tra le diverse Regioni, indipendentemente dalla coalizione di governo locale. In questo scenario "Prometeo" vuole rappresentare uno strumento innovativo e costante di monitoraggio del processo di trasformazione in atto, garantendo una "sede" di confronto tra le diverse realtà emergenti al fine di verificare *performance* e obiettivi della "nuova sanità" regionale.

Nelle prossime edizioni, infatti, cercheremo di affiancare alle nostre abituali analisi di carattere prevalentemente epidemiologico (vedi la classifica della mortalità evitabile e l'analisi, introdotta da quest'anno, delle patologie trattate in ospedale), elaborati connessi all'utilizzazione delle risorse finanziarie rispetto al raggiungimento di determinati obiettivi di salute e di efficienza delle strutture.

In una sanità che cambia, con lo spettro – forse troppo enfatizzato – di "21 modelli" differenti, riteniamo infatti importante mantenere una capacità di analisi e confronto a livello nazionale in grado di fungere da camera di compensazione della diaspora regionalista fornendo quegli elementi di conoscenza indispensabili per trasformare la "diversità" di esperienze in un'opportunità di crescita per il Paese.

In questo senso si intravede un possibile e innovativo ruolo dello stesso ministero della Salute affiancato dall'Agenzia dei servizi sanitari regionali, quali sedi istituzionali di verifica e confronto "aperto" delle scelte regionali.

Indispensabile, in questa prospettiva, appare il mantenimento e l'adeguamento di un sistema informativo condiviso tra centro e periferia ove ciascuno dei soggetti coinvolti ravvisi finalmente un "servizio" e non un "obbligo" informativo, come spesso è accaduto in questi vent'anni di sistema informativo del Servizio sanitario nazionale.

Ugualmente indispensabile è la consapevolezza dei nuovi soggetti regionali della necessità di garantire risorse ed energie allo sviluppo in sede locale di nuovi strumenti di analisi del sistema sanitario federale che consentano di verificarne con continuità la valenza delle scelte e la rispondenza dei risultati agli obiettivi prefissati dalla nuova programmazione.

Ciò assume particolare importanza nel momento in cui, tra l'altro, si affaccia l'ipotesi di nuovi soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie con forte presenza di capitali privati e di forme integrative a carattere mutualistico o assicurativo per la copertura di determinate esigenze assistenziali.

Tali nuove realtà, infatti, sono a tutt'oggi assolutamente estranee a logiche di *benchmarking* istituzionalizzato e finalizzato alla verifica dei risultati in termini di "vantaggio" per gli assistiti e di rispetto di quelle garanzie di accesso e di trattamento qualitativo, che riteniamo debbano restare principio guida nella *mission* imprenditoriale di qualsiasi soggetto erogatore di prestazioni sanitarie inserito in una programmazione di sanità pubblica, sia esso emanazione diretta del servizio sanitario pubblico sia esso a prevalenza di capitali privati.

I livelli essenziali di assistenza possono rappresentare in questo senso quella sorta di

cerniera nazionale di salvaguardia del diritto alla salute valida in tutte le realtà italiane. L'attuale definizione dei livelli rappresenta un indubbio passo avanti in questa direzione, soprattutto per quanto concerne l'obiettivo di giungere ad una più precisa e analitica determinazione del "cosa e quanto" garantire ai cittadini in termini di prestazioni e servizi.

Un obiettivo ambizioso che per essere raggiunto necessita di un maggior coinvolgimento della comunità scientifica rispetto a quanto fatto finora.

Solo con la condivisione della "medicina" in senso lato, infatti, sarà possibile nel prossimo futuro, gestire con efficacia protocolli terapeutici e diagnostici di riferimento per le singole patologie e per i diversi processi assistenziali in considerazione soprattutto di due fattori: il rapido e continuo sviluppo delle conoscenze scientifiche e l'altrettanto rapida e mutevole evoluzione dei "bisogni" di sanità rivendicati o comunque percepiti dalla popolazione.

Anche per questo il federalismo sanitario deve evitare di riprodurre in chiave ridotta quella visione centralistica e forzatamente livellata del bisogno di salute, che ha caratterizzato la nascita del Servizio sanitario nazionale.

Alle regioni spetta il compito di riuscire effettivamente a cogliere l'esigenza del singolo ponendola in un quadro di opportunità assistenziali il più possibile "vicina" al sentire dell'individuo.

Una via è quella di un "federalismo multiplo" che ponga la Regione come cabina di regia di una molteplicità di soggetti istituzionali e in grado di rispondere con immediatezza, selettività e flessibilità ai bisogni della "comunità".

Un federalismo capace, in altri termini, di riportare realmente il cittadino al centro del sistema di tutela sanitaria e assistenziale, sfruttando al meglio le potenzialità della società civile, del privato, dell'associazionismo e dello stesso mondo delle professioni sanitarie fino ad oggi mai coinvolto realmente nei processi decisionali e gestionali.

Riteniamo sia in fondo questa la lettura corretta di un altro dei grandi principi innovatori inserito nella citata riforma costituzionale da poco in vigore. Ci riferiamo al principio di sussidiarietà che permea l'intero disegno di riequilibrio di funzioni e compiti in tema di amministrazione della cosa pubblica desumibile dal nuovo articolo 118 della Costituzione.

Con tale principio si pongono infatti le basi per un'ulteriore e radicale trasformazione della vita pubblica italiana dove la posta in gioco è sostanzialmente la possibilità o meno della riappropriazione da parte del cittadino di quel diritto di cittadinanza mai negato sulla carta, ma spesso vanificato da deleghe obbligate verso l'apparato burocratico dello Stato.

In sanità la sussidiarietà trova ovviamente un terreno già arato di esperienze testimoniate dalla delega al Comune, quale istituzione di riferimento per le politiche della salute prevista nella legge istitutiva del Ssn del 1978 e poi alla Regione con la prima grande "riforma della riforma" del '92/'93. Si trattava però di una sussidiarietà a senso unico, molto istituzionale e dimostratasi nel tempo incapace di assolvere all'obiettivo di rispondere ai nuovi bisogni con equità ed efficienza e priva di elementi di controllo e verifica delle performance.

Ora le Regioni si trovano in una condizione molto simile a quella dello Stato legislatore della 833. Hanno in mano lo scettro del potere legislativo, possono decidere "come e dove" indirizzare le proprie scelte di politica sanitaria.

Un potere che dovrebbe diventare addirittura "assoluto", secondo quanto previsto dal nuovo disegno di legge di riforma costituzionale approvato il 13 dicembre 2001 dal Consiglio dei Ministri, con il quale la materia sanitaria diventa di potestà "esclusiva" delle Regioni.

L'auspicio è che la scelta di abbandonare definitivamente il centralismo sanitario non si traduca nel tempo nella nascita di un nuovo centralismo, questa volta regionale, a scapito di quell'obiettivo di riavvicinamento al cittadino e ai suoi bisogni che ha ispirato tutto il processo di devoluzione di funzioni pubbliche alle Regioni, dai primi anni '70 fino ai nostri giorni.

LA CLASSIFICA SULLO STATO DI SALUTE

La classifica di Prometeo, segnalando fundamentalmente lo stato di salute dei residenti, si presenta come uno strumento al servizio delle Usl e non una analisi per criticare l'operato di alcune di esse: la profonda polarizzazione geografica della mortalità evitabile solo in una visione semplicistica e parziale potrebbe farne derivare un operato negativo delle relative strutture sanitarie ma all'opposto evidenzia con grande chiarezza differenti gradi di bisogno sanitario e quindi la necessità di interventi di intensità diverse nelle differenti aree del Paese diretti a contrastare questo fenomeno.

Dal confronto con le edizioni precedenti le analisi sulla mortalità evitabile e la nuova classifica appaiono più mature, tanto da consentire di avvicinarsi al loro vero obiettivo, che è quello di monitorare il cambiamento nel tempo piuttosto che una immobile fotografia, per quanto interessante: non a caso le sezioni di analisi di livello regionale, provinciale e di Usl sono per la prima volta corredate da puntuali osservazioni sulle modifiche intercorse.

Nel 1998 il numero di morti per cause evitabili è diminuito in Italia di circa 1.700 unità rispetto al 1997 confermando una tendenza alla diminuzione che in soli quattro anni si traduce in una riduzione complessiva di quasi 13.000 morti (-7%).

A livello nazionale Prometeo registra: una diminuzione di circa 1.000 morti evitabili in meno ogni anno per tumore; un evidente e preoccupante "raffreddamento" della riduzione delle morti per cause circolatorie, che passano dal -4,3% del 1996 al -1,5% del 1998, cioè da -1.250 a -400 morti; l'assenza di sostanziali segnali di riduzione delle morti per traumatismi e avvelenamenti (principalmente incidenti sulla strada e sui luoghi di lavoro).

L'immagine dell'Italia che emerge dal quadro territoriale vede il Centro stabilmente assestato nella situazione migliore, le Isole e soprattutto il Mezzogiorno che perdono alcune posizioni ed il Nord-Est ed il Nord-Ovest che iniziano una lenta ma difficile marcia di recupero:

- un primo dato confortante è che la media nazionale della classifica 2001 dello stato di salute migliora rispetto a quella dello scorso anno, attestandosi su 73,6 anni persi per centomila potenziali rispetto al dato di 73,9 anni dell'edizione 2000 (0,3 anni in meno tra le due edizioni);
- la diminuzione più vistosa nelle zone settentrionali del Paese, non molto lontana da un anno guadagnato ogni centomila potenziali, nell'Italia del Nord-Ovest (-0,9 anni nella media di Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria) e nell'Italia del Nord-Est (-0,8 anni nella media di Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna);
- il Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio) e le due Isole dimostrano una dinamica non significativamente diversa dalla media nazionale (miglioramento rispettivamente di -0,2 e -0,3 anni ogni centomila potenziali);
- questi positivi risultati sono purtroppo in parte vanificati dal dato negativo del Sud Italia dove le Regioni Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria registrano in media un incremento di 0,4 anni di vita persi per mortalità evitabile ogni centomila potenziali (il dato passa da 71,2 dell'edizione 2000 a 71,6 dell'edizione 2001).

LE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

L'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) condotta sulla base dati messa a disposizione di Prometeo dal Ministero della Salute, permette di cogliere, sia pure attraverso alcune scelte espositive volutamente generali, un'Italia eterogenea e a volte caratterizzata da una evidente polarizzazione nord-sud.

Dalla ricerca emerge che 100 italiani adulti trascorrono in ospedale mediamente 51,3 giornate l'anno, la maggior parte delle quali per tumore (10,0 giorni in media), malattie dell'apparato digerente (9,2 giorni) e patologie del sistema circolatorio e traumatismi e avvelenamenti (8,8 giorni per entrambi i gruppi).

Lo studio consente, con le dovute cautele interpretative e tenuto conto che l'analisi

è stata svolta per una selezione di cause di ricovero, di evidenziare che gli adulti residenti nelle regioni settentrionali trascorrono in media meno tempo in ospedale rispetto agli abitanti del meridione:

- Toscana, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Piemonte sono, nell'ordine, le regioni con il minor numero di giornate di ospedalizzazione di pazienti adulti ogni cento residenti di età 15-64 anni, con valori compresi fra i 42 giorni della Toscana ed i 46 giorni del Piemonte;
- Basilicata, Puglia, Lazio, Abruzzo, Calabria, Molise sono, al contrario, le regioni per le quali si registrano i valori più elevati (dai 57 giorni della Basilicata fino ai 61 giorni del Molise);
- le restanti nove regioni si attestano su valori non lontani da quello medio nazionale.

Esclusa la provincia di Bolzano, tutte le regioni settentrionali sono caratterizzate da un numero di giornate di ospedalizzazione per tumori superiore alla media nazionale, fino ad assumere il massimo in Valle d'Aosta. Al contrario dei tumori, le giornate di ospedalizzazione per malattie del sistema circolatorio risultano oltre la media nazionale in tutta l'area meridionale escluse le Isole ma fino a comprendere il Lazio e le Marche. Altrettanto nettamente si disegna la tendenza per le malattie dell'apparato digerente con valori significativamente maggiori al Sud rispetto al Nord del Paese, ad eccezione della Valle d'Aosta. Infine, per il gruppo relativo a traumatismi ed avvelenamenti non sono evidenziabili precise tendenze di carattere geografico.

Un secondo indicatore elaborato è quello relativo al numero di dimessi per mille abitanti (per tutte le cause e tutte le età). La lettura dell'indicatore generale, che si attesta, a livello nazionale, a 187,2 per i maschi e 191,6 per le femmine, non mostra, in questo caso, tendenze geografiche riconoscibili, rintracciabili invece nell'analisi per alcune specifiche cause:

- *tumori* – ad eccezione della Sardegna, per la quale si registra il massimo valore regionale per questo gruppo di cause, tutte le regioni centro-meridionali presentano valori inferiori alla media nazionale;
- *apparato digerente* – tutte le regioni meridionali sono caratterizzate da un numero di ricoveri per mille abitanti superiore alla media nazionale; nel centro-nord la maggior parte dei valori regionali si colloca su valori inferiori, ad eccezione di Valle d'Aosta ed Umbria e, per le sole femmine, della provincia di Trento e della Liguria;
- *traumatismi ed avvelenamenti* – nel caso dei maschi è evidenziabile la tendenza quasi ovunque nel meridione ad un numero di dimissioni per mille abitanti superiore alla media nazionale (fanno eccezione Molise e Sardegna) e ad un centro-nord caratterizzato da un indice mediamente inferiore, ad eccezione delle due province di Bolzano e Trento e della Liguria; per le femmine la polarizzazione territoriale non risulta altrettanto definita ma si nota che l'indicatore medio è di dieci punti inferiore a quello registrato per i maschi.

I dati ricavati dalle SDO potrebbero supportare una più specifica conoscenza delle diverse aree del Paese. Tuttavia, la loro scarsa qualità impone una eccessiva prudenza nell'utilizzo di tale patrimonio che compromette l'elaborazione di indicatori più affidabili e più sensibili ai confronti territoriali. Accuratezza nella compilazione e controllo di qualità dei dati, anche alla luce dei risultati dello studio pilota condotto per l'edizione 2001 di Prometeo, possono concretamente assicurare una produzione statistica pienamente fruibile ai diversi livelli decisionali (Aziende Usl e Ospedaliere, Regioni e livello centrale), rendendo la SDO uno strumento del quale oltre l'area amministrativo-gestionale possa avvalersi anche l'epidemiologia dei servizi sanitari.

UNA MAPPA TERRITORIALE DELLA SANITÀ ITALIANA: CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E SOCIO-ECONOMICHE

Nei capitoli 3 e 4 Prometeo propone l'analisi di una serie di indicatori demografici,

economici e di struttura che consente di delineare il quadro di riferimento socio-economico della sanità italiana, anche se in questa edizione non è stata possibile un'analisi relativa alla spesa del Ssn. La carenza di dati disaggregati sulla spesa sanitaria è attribuibile a vari fattori e gestionali e istituzionali: in primo luogo il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale, e quindi il progressivo decentramento delle fonti statistiche derivante dal federalismo in sanità.

I diversi indicatori demografici, elaborati sia a livello di regioni che delle singole Asl, confermano l'invecchiamento della popolazione italiana: la popolazione giovanile, ovvero i cittadini nella fascia d'età 0-14 anni, rappresenta ormai solo il 14,6 per cento del totale mentre per le restanti fasce d'età le quote sono rispettivamente pari a 67,9 per cento per la popolazione adulta (15-64 anni) e 17,6 per gli anziani (dai 64 anni in poi). Questo trend non è però uniforme: rispetto ai fenomeni demografici generali permangono infatti importanti differenze tra Nord, Centro e Sud. Tali differenze, tuttavia, sembrano attenuarsi: è noto, per esempio, che le regioni del Sud hanno da sempre una maggiore natalità e un numero maggiore di figli per donna feconda rispetto al Nord. Ma nell'anno preso in considerazione, il 1998, pur confermando il loro primato a livello nazionale, hanno fatto registrare nella natalità e nel numero dei figli valori inferiori rispetto all'anno precedente.

Si conferma la situazione anomala della p.a. di Bolzano, la cui struttura per età della popolazione e i valori degli indici di natalità e mortalità sono in linea con quelli delle regioni del Sud.

Anche per quanto riguarda i principali indicatori socio-economici si confermano nella loro generalità le linee di tendenza già conosciute. Le macro aree del Nord-Ovest e Nord-Est emergono ancora una volta come quelle che maggiormente contribuiscono alla ricchezza del Paese; l'analisi del valore aggiunto pro-capite mostra, infatti, come in queste regioni i dati siano di gran lunga superiori a quello medio nazionale. Il divario socio-economico tra Nord e Sud risalta in misura ancora maggiore quando si analizzano gli indicatori relativi ai posti di lavoro. Va inoltre notato come resti particolarmente difficile la situazione lavorativa delle donne, il cui tasso di disoccupazione risulta ancora troppo elevato rispetto a quello degli uomini.

Per quanto concerne i posti letto del Ssn, si delinea un'ulteriore diminuzione dell'offerta a livello nazionale rispetto al 1997, mentre si riconferma lo scostamento dalla media regionale di Lazio, Abruzzo e della p.a. di Trento, che risultano avere una disponibilità maggiore di posti letto per mille abitanti. Nell'analisi della dotazione di posti letto per specialità, permane per riabilitazione e lungodegenza una difformità in termini di numero di posti letto rispetto al parametro di uno per mille abitanti previsto dalla legge. Ciò potrebbe anche essere spiegato con la scelta avviata in alcune regioni di dirottare verso l'assistenza domiciliare le prestazioni relative alla cronicità. Continua invece a migliorare la *performance* dei servizi ospedalieri, misurata attraverso il tasso di utilizzazione, sia a livello nazionale che regionale, il più delle volte con valori superiori agli standard imposti dalla legge.

Infine per quel che riguarda i dipendenti del Ssn, il numero totale dei dipendenti rispetto alla popolazione ha subito dal 1997 al 1998 solo un lieve incremento mentre più evidenti sono le differenze che riguardano il numero di medici e di infermieri rispetto agli abitanti.

Continuano, infatti, ad aumentare su tutto il territorio italiano il numero dei medici, e la situazione appare tendenzialmente diversificata se si prendono in considerazione le regioni del Nord, del Centro e del Sud. Anche il personale infermieristico risulta, rispetto ai dati 1997, in aumento sia in relazione alla popolazione sia in rapporto ai medici e presenta una distribuzione disomogenea tra le regioni.

IL RUOLO DEL FARMACO

La terza edizione di Prometeo e dell'analisi econometrica sul farmaco conferma l'ipotesi, ormai sufficientemente validata, che vede il bene farmaco acquistato fuori dal Ssn comportarsi da bene "normale" (quindi consumato proporzionalmente al reddito), mentre il consumo di farmaci a carico del Ssn si lega inversamente alle

disponibilità economiche: quest'ultimo effetto è attribuibile al meccanismo delle esenzioni, il quale comporta un maggiore onere sul settore pubblico ove minore è il reddito medio della popolazione.

Più ovvia appare la relazione fra consumo farmaceutico ed età, che recepisce i differenziali di fabbisogno terapeutico delle varie fasce della popolazione.

L'effetto del reddito sul consumo, pur rimanendo trascurabile in senso assoluto, appare crescere negli anni.

Appare degno di nota che la quota di compartecipazione venga percepita dai cittadini, a quanto sembra, alla stregua delle altre spese operate direttamente *out of pocket*: l'ipotesi che si può avanzare, è che dell'aspetto "economico" della prescrizione si faccia "carico" il medico, comportandosi da agente perfetto del paziente.

Sul versante età, emerge qualche evidenza del fatto che il consumo della popolazione anziana si attesterebbe a poco meno di due volte quello della popolazione giovane.

Appare degna di nota anche la constatazione che non tutto il fattore età viene assorbito dalle politiche del Ssn.

L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

I numerosi fallimenti del mercato in Sanità, e la conseguente convinzione che l'intervento pubblico, attraverso l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, avrebbe garantito un'offerta di servizi sanitari più adeguata alle necessità dell'intera collettività, garantendo in particolare l'accesso ai servizi sanitari anche ai soggetti che non dispongono dei mezzi finanziari necessari per acquistarli in un mercato completamente regolato dal meccanismo del prezzo, si confronta dall'inizio degli anni '90 con i sempre più stringenti vincoli di bilancio.

Nel dibattito in corso le modalità di organizzazione dei servizi sanitari sono al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri poter oggettivamente prevalere su un altro: anzi si assiste ad una progressiva convergenza dei modelli.

In Italia le riforme sembrano per un verso enfatizzare la ricerca di una maggiore efficienza ed appropriatezza, attraverso l'introduzione di strumenti e principi di gestione manageriale e governo clinico dei servizi sanitari, per un altro di razionalizzare il contributo degli erogatori pubblici e privati (accreditati), senza dimenticare l'allargamento delle tipologie di offerta di copertura assistenziale, ottenibile incentivando lo sviluppo di fondi integrativi.

I dati principali di analisi e discussione li possiamo sintetizzare come segue.

Sul lato della domanda (capacità del Ssn di soddisfarla, e bisogno della popolazione) emerge che (vedi § 6.2.):

- la maggior parte dei cittadini europei appare soddisfatto del servizio sanitario del proprio Paese. Di contro l'insoddisfazione prevale decisamente in Portogallo, Grecia e Italia;
- se colleghiamo il dato sopraesposto con i livelli di spesa sanitaria nei Paesi europei, sembra emergere una correlazione inversa fra risorse destinate al settore e soddisfazione dei cittadini, seppure con molte eccezioni;
- peraltro, in Italia ad un livello piuttosto elevato di insoddisfazione si accompagna una percentuale di spesa privata *out of pocket* piuttosto alta;
- l'interpretazione di questo dato generale è ulteriormente complicata dalla forte discrasia che si evidenzia con i dati di soddisfazione riferiti agli utenti dei servizi sanitari: oltre l'80% dei ricoverati si dichiara "abbastanza o molto soddisfatta" dell'assistenza medica;
- se si mette a confronto il gradimento relativo a strutture pubbliche, accreditate e private, ci si accorge che le case di cura private risultano essere più apprezzate per tutti gli aspetti presi in considerazione;
- sul versante dei bisogni il 5,6% degli uomini e l'8,5% delle donne ha dichiarato di stare "male" o "molto male" nel 1999;
- oltre il 47,0% della popolazione italiana (con una quota maggiore di donne rispetto agli uomini), ha però dichiarato di soffrire di almeno una malattia cronica.

Sul lato della offerta, emerge che (vedi § 6.3.):

- la componente privatistica (accreditata) del Ssn si è andata accentuando negli anni, seppure si evidenzia una linea di tendenza alla complessiva riduzione del numero di strutture di ricovero, determinata dai processi di razionalizzazione, selezione e conversione;
- il numero totale di posti letto ordinari diminuisce e contemporaneamente i posti letto di *day hospital* e *day surgery* aumentano;
- passando all'analisi degli organici, il Ssn diventa più "snello" anche se un grave problema è rappresentato dall'offerta di infermieri, che non riesce a soddisfare la domanda da parte delle strutture di ricovero.

Sul lato della spesa, emerge che (vedi § 6.4.):

- a fronte del "raffreddamento" delle dinamiche della spesa pubblica, aumenta la quota di spesa privata, che rimane quasi tutta *out of pocket*;
- la spesa sanitaria in conto capitale perde progressivamente di significato;
- permangono grandi disparità di spesa a livello regionale.

CONFRONTI INTERNAZIONALI

Seppure la globalizzazione sia un fatto evidente in quasi tutte le aree della vita odierna, sul versante sanitario permangono forti disparità e l'OMS denuncia una carenza di diffusione di risposte valide ai bisogni sanitari delle popolazioni povere.

Sul versante della domanda (vedi § 7.1.) evidenziamo che:

- l'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta, in particolare, come insufficiente il budget destinato in maniera specifica alla prevenzione e promozione della salute, che è il principale strumento di contrasto alle malattie in una larga maggioranza dei Paesi;
- se almeno nei Paesi "ricchi" molte patologie sono in regresso, e comunque si dispone di maggiori capacità terapeutiche, si deve però riportare che negli ultimi anni le disuguaglianze nello stato di salute, persino all'interno della stessa Europa, non solo non sono diminuite ma, in alcuni casi, sono addirittura aumentate;
- sono sempre più gli stili di vita quelli che determina lo stato di benessere complessivo della popolazione.

Sul versante della offerta (vedi § 7.2.) evidenziamo che:

- la riduzione dei posti letto sembra essere un fenomeno globale, che investe tanto il settore pubblico che quello privato, ma con intensità diverse che dipendono dai modelli di servizio prescelti;
- possiamo altresì constatare che a fronte della riduzione del numero dei posti letto nella maggior parte degli Stati, parallelamente, si assiste in modo generalizzato, per un verso all'aumento del tasso di ospedalizzazione e per un altro alla contrazione della durata della degenza;
- per alcune prestazioni (ad esempio parti cesarei) è possibile effettuare confronti internazionali da cui emergono elevate disparità, spiegabili solo in termini di diverse culture cliniche, ma anche di diversi gradi di inappropriatazza delle risposte terapeutiche;
- sul versante dell'occupazione, la tendenza è quella di una continua crescita: dal 1960 al 1990 il numero complessivo di medici e di infermieri professionali per mille abitanti, risulta quasi ovunque raddoppiato; nel corso degli anni '90 il tasso di variazione risulta minore, ma ha comunque segno positivo;
- l'Italia si conferma il Paese con il più elevato numero di medici per abitante, ma anche fra quelli con minore numero di infermieri.

Sul versante del finanziamento (vedi § 7.3.) evidenziamo che:

- ogni Paese sviluppa un suo modello peculiare, sia in termini di basi imponibili, sia in termini di entrate derivanti da *co-payment*;
- di conseguenza si può affermare che la principale fonte di diversificazione dei Servizi Sanitari risiede nei meccanismi di finanziamento, e quindi di redistribuzione, piuttosto che nelle forme di erogazione.

Sul versante della spesa (vedi § 7.4.) evidenziamo che:

- a fronte di un generale rallentamento delle dinamiche di spesa negli anni '90, permangono forti differenze; ad esempio il distacco esistente tra i dati dei Paesi con più bassa incidenza di spesa pubblica verso quelli a più alta incidenza è quasi di 10 punti percentuali;
- analogamente si verifica che nel corso degli anni '90, la tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, pur generale, non è assoluta;
- si può osservare come nella quasi totalità dei Paesi europei sia il settore ospedaliero ad assorbire la quota più ampia di risorse pubbliche;
- sul versante della spesa farmaceutica pubblica, a fronte di un generale trend crescente, in Italia si assiste ad un trend tendenzialmente inverso.

Sul versante del contributo della Sanità allo sviluppo (vedi § 7.5.) evidenziamo che:

- gli occupati in Sanità sono una quota importante della occupazione in tutti gli Stati, con punte del 10% (oltre 4% in Italia);
- i livelli retributivi appaiono fortemente difformi;
- per quanto concerne le principali industrie legate alla sanità, a quella farmaceutica è legata una importante quota di occupazione e di investimenti in ricerca e sviluppo; l'import/export è una quota rilevante delle transazioni internazionali, e per molti Paesi riveste una importanza cruciale.

Sul versante della produzione di elettromedicali, si assiste ad una espansione del mercato, ma a livello italiano si registra una bilancia commerciale ancora negativa.