

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2011

Il Rapporto Osservasalute analizza, come ogni anno dal 2003, lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Sanitari Regionali.

Se, nella scorsa edizione, l'attenzione si è incentrata sui 10 anni di devoluzione in sanità, quest'anno l'interesse del Rapporto Osservasalute ha riguardato l'impatto della crisi in corso sulla salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza.

A questa domanda non si riesce, tuttavia, a rispondere in una maniera completamente soddisfacente, stante il ritardo con cui le statistiche correnti diventano disponibili. Mentre i dati finanziari sono pressoché disponibili in tempo reale, quelli relativi a morbosità e mortalità hanno un periodo di latenza che può variare dai 2 ai 5 anni. Analisi già realizzate in altri Paesi possono essere utili: in Irlanda ed in Spagna si è osservata in questi ultimi 2 anni, una riduzione drastica del numero di organi donati; in Grecia fra il 2007 ed il 2009 vi è stato: un incremento del 15% delle persone che non si sono fatte visitare da un medico anche se ne avevano bisogno; fra il 2009 ed il 2010 un incremento del 24% dei ricoveri ospedalieri ed una diminuzione del 25% dei ricoveri in ospedali privati; un incremento del 40% dei suicidi nel 2011. In Spagna, si registra un incremento del 20% e del 12% di depressione maggiore e distimia, rispettivamente, fra il 2006 ed il 2010 (Stuckler, 2011; Kentikelenis, 2011).

In Italia, i dati sono ancora non del tutto disponibili. Pur, tuttavia, si possono fare alcune considerazioni.

Nel Rapporto Osservasalute 2009 si riportava l'aumento della percentuale di pagamenti "out of pocket" nell'assistenza odontoiatrica e l'aumento dell'incidenza dell'edentulismo nel 2009 rispetto al 2008 (Ricciardi, 2010). Ciò è evidente anche nel ricorso ridotto - a causa della crisi - ad altre abitudini salutari come assunzione di frutta e verdura con i pasti (dato confermato anche quest'anno) e l'esercizio fisico, anche se l'analisi di tali dati richiede valutazioni longitudinali e più prolungate. Si può, comunque, ritenere che la crisi economica stia avendo un certo impatto nei comportamenti preventivi e nei risultati di salute.

Il nostro Rapporto registra, infatti, un aumento del numero di suicidi tra il 2006 ed il 2008, un aumento del consumo di farmaci antidepressivi ed una riduzione della spesa privata per farmaci tra il 2009 ed il 2008.

Certamente l'argomento è complesso e la risposta non è né semplice né immediata. Questo deriva dal fatto che, anche a livello del dibattito politico ed economico su come considerare i tagli in risposta alla crisi economica, vi è ancora molta incertezza sui pro ed i contro.

Un'analisi condotta nel Regno Unito da Stuckler et al (2010) mette in chiara evidenza la necessità di contrastare, prima di effettuare tagli di una certa entità nella spesa pubblica, la mancanza di evidenza degli effetti a breve termine di tali tagli, che possono avere ripercussioni sulla salute della popolazione e sul *welfare*.

Secondo quanto riportato da McKee (2011) l'impatto sulla salute di una crisi economico-finanziaria, quale quella che stiamo vivendo a livello globale, potrebbe portare ad un incremento dei suicidi e delle morti correlate all'uso/abuso di bevande alcoliche, mentre l'impatto sulle malattie infettive è praticamente impossibile da prevedere.

D'altronde, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 2011) mette in evidenza che gli effetti sulla salute mentale della crisi economica possono essere affrontati con strumenti di *welfare* sociale ed altre misure di politica, quali programmi di mercato del lavoro, che aiutino le persone a mantenere la propria occupazione o a riguadagnarla; programmi di supporto alle famiglie che contrastino gli effetti sulla salute mentale della crisi economica; politiche che portino ad un aumento dei prezzi delle bevande alcoliche ed ad una restrizione della disponibilità di tali bevande.

Lo stesso Fondo Monetario Internazionale, nel 2010, si mostrava d'accordo con l'*Organisation for Economic Cooperation and Development* nel condannare i tagli di *budget* pianificati a livello mondiale, come anche nel mettere in guardia relativamente all'impatto di tali tagli sulla sicurezza e la dignità delle persone (Inman 2010).

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

Nel biennio 2009-2010, la popolazione residente continua ad aumentare, anche rispetto al biennio 2008-2009, per effetto della componente migratoria. Solo 2 regioni; Basilicata (-2,6 per 1.000) e Molise (-1,6 per 1.000) presentano un saldo negativo. Questo dato nazionale nasconde diversità territoriali e le differenze regionali sono, in alcuni casi, piuttosto spiccate.

Il saldo naturale medio del biennio 2009-2010 si è mantenuto costante rispetto al periodo precedente, mentre il saldo migratorio è positivo grazie, soprattutto, alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord. Si continua

a registrare un movimento migratorio interno al Paese, già evidenziato negli anni precedenti, specie in uscita dalle regioni meridionali (ad esclusione dell'Abruzzo, soprattutto in Basilicata e Calabria), verso quelle centro-settentrionali (specie Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, Toscana ed Umbria). Il saldo migratorio con l'estero, anche se in diminuzione rispetto al biennio precedente, è positivo e si attesta su un valore nazionale pari al 6,2 (per 1.000), confermando che le regioni del Nord e del Centro sono quelle maggiormente interessate dal fenomeno.

Vi è una generale tendenza all'invecchiamento: la quota degli anziani continua a crescere, rispetto all'anno precedente, sia degli ultra 65enni (quasi uno ogni cinque) che degli ultra 75enni (poco oltre uno ogni dieci residenti).

È aumentata, rispetto al precedente anno, la quota di over 65 anni che vive in un nucleo monocomponente (si stima che il 28,3% degli anziani nel 2009 visse in questa condizione) con una definita prevalenza femminile, specie se si considerano gli over 75 anni.

Si è arrestata nel 2009 la ripresa del Tasso di fecondità totale.

Sopravvivenza e mortalità per causa

Al 2010, stando ai dati provvisori, la speranza di vita alla nascita è pari a 84,4 anni per le donne ed a 79,2 anni per gli uomini. È nelle Marche che gli uomini vivono, mediamente, più a lungo con 80,1 anni, mentre per le donne è la PA di Bolzano con 85,5 anni quella che presenta una sopravvivenza media più elevata. La Campania è, invece, la regione dove la speranza di vita alla nascita è più bassa, sia per gli uomini che per le donne. I dati dell'ultimo anno indicano, per entrambi i generi, una ripresa della speranza di vita, facendo registrare un aumento più rapido negli uomini (seppure il divario tra generi rimanga ancora consistente).

L'analisi della mortalità per causa è stata effettuata in riferimento a quattro fasce di età: 0-18, 19-64, 65-74 e 75 anni ed oltre e per ognuna di esse sono stati considerati i gruppi di causa che maggiormente contribuiscono alla mortalità di quella fascia di popolazione.

I dati definitivi del 2008 mostrano negli uomini un calo generalizzato della mortalità complessiva rispetto al 2007, mentre per le donne il tasso risulta costante. L'analisi per fasce di età evidenzia, oltre ad una diversificazione del ruolo giocato dalle principali cause di morte, anche un andamento diverso nei rischi, sia complessivo che per causa: per le fasce di età più giovani vi è una sensibile diminuzione della mortalità dovuta al calo di tutte le principali cause di morte; nella fascia di popolazione più anziana, invece, si evidenzia un leggero aumento dei rischi di morte, pur in presenza di un'ulteriore contrazione della mortalità per malattie del sistema circolatorio e, solo per quel che riguarda gli uomini, dei tumori e delle malattie dell'apparato respiratorio.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo

Nelle regioni centrali il fumo di sigaretta è leggermente più diffuso rispetto al resto dell'Italia. Nel 2010, la quota di fumatori con età >14 anni è del 22,8%. Rispetto ai dati del 2009, si evidenzia un aumento dei fumatori soprattutto in Campania (che passano dal 22,8% al 26,1%) e nel Lazio (dal 24,6% al 26,7%) ed una diminuzione in Emilia-Romagna (dal 24,6% al 22,3%) ed in Veneto (dal 22,3% al 22,0%). La prevalenza di ex-fumatori è passata dal 20,2% nel 2001 al 23,4% nel 2010.

Alcol

L'analisi conferma, ormai da anni, la consolidata tendenza di una significativa quota della popolazione ad indulgere su un'assunzione non moderata di alcol; in particolare, ciò riguarda la popolazione maschile con picchi tra gli ultra 65enni e, tra i giovanissimi, soprattutto tra le ragazze. I consumatori a rischio coprono il 25% della popolazione maschile ed il 7,3% di quella femminile. La prevalenza dei consumatori a rischio, invece, tra i soggetti con età 11-18 anni è il 17,7% per il genere maschile e l'11,5% per quello femminile. Per quanto riguarda i non consumatori, la prevalenza nel 2009, pari al 28,7%, si mantiene stabile rispetto all'anno precedente.

Nutrizione

Nel 2009, la percentuale di coloro che hanno consumato almeno 5 o più porzioni al giorno di "Verdura, Ortaggi e Frutta" è uguale al 4,8%, con un -0,9% rispetto al 2008, mostrando, per la prima volta dal 2005, un calo, sia pur limitato (dal 5,7% al 4,8%). Un aspetto positivo è che il livello dell'indicatore è correlato positivamente al consumo di verdure ed ortaggi (fonti di fibre) più che al consumo di frutta (fonte di vitamine, ma anche di zuccheri semplici). L'evoluzione dei consumi alimentari, nel contesto e nella dinamica economica attuali, ha confermato la mensa come luogo più associato al consumo di verdura, ortaggi e frutta.

Sovrappeso ed obesità

In Italia, nel periodo 2001-2010, aumenta la percentuale sia di coloro che sono in sovrappeso che quella degli obesi. Ogni anno, nel nostro Paese, circa 50.000 decessi vengono attribuiti all'obesità, i cui tassi si mostrano

in preoccupante aumento soprattutto tra bambini ed adolescenti. In Italia, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre circa una persona su dieci è obesa (10,3%); in totale, il 45,9% della popolazione oltre i 18 anni è in eccesso ponderale. Le differenze rilevate sul territorio sono considerevoli: le regioni meridionali presentano la prevalenza più alta di persone in sovrappeso ed obese rispetto a quelle settentrionali. Sovrappeso ed obesità sono più diffuse tra gli uomini rispetto alle donne.

Sport

La pratica sportiva interessa ancora solo meno di un terzo della popolazione, mentre quattro italiani su dieci hanno dichiarato abitudini sedentarie. In Italia, nel 2010, il 22,8% della popolazione con età ≥ 3 anni dichiara di praticare con continuità, nel tempo libero, uno o più sport, mentre il 10,2% lo pratica saltuariamente. Il fenomeno è, tuttavia, in linea con i dati epidemiologici dei Paesi sviluppati, mentre l'analisi territoriale conferma come la sedentarietà aumenti man mano che si scende da Nord verso Sud, specialmente in Sicilia (58,2%) ed in Campania (56,5%). La popolazione giovane-adulta femminile è decisamente meno "attiva" nello sport rispetto a quella maschile. Confrontando i dati del 2010 con il 2001, in entrambi i generi, si osserva che la quota di persone che praticano sport in modo continuativo risulta in crescita (passando da 19,1% a 22,8%). Allo stesso tempo, la percentuale dei sedentari è diminuita (passando da 40,3% a 38,3%).

Screening

Il Rapporto Osservasalute conferma le disomogeneità territoriali nella capacità di diffusione ed invito e nella partecipazione della popolazione allo screening. Le regioni meridionali fanno registrare, tuttavia, alcuni miglioramenti per gli indicatori analizzati. In Italia, l'estensione teorica, cioè la proporzione della popolazione *target* che vive in un'area in cui è attivo un programma di screening è: per il tumore mammario circa il 93%; per il cervicocarcinoma circa il 77%; per il tumore del colonretto circa il 59%. L'estensione effettiva, ovvero la proporzione di persone effettivamente invitate dal programma di screening è: per lo screening mammografico del 70,7%; per lo screening del cervicocarcinoma del 66%; per lo screening del tumore del colon-retto del 40%.

Ambiente

I rifiuti solidi urbani continuano a rappresentare uno dei fenomeni di maggiore pressione, non solo in termini ambientali, ma anche sociali e sanitari. La produzione di rifiuti solidi urbani, nel 2009, ha raggiunto i 32,1 milioni di tonnellate, valore leggermente inferiore rispetto al 2008.

Le macroaree geografiche, rispetto al 2008, registrano un calo di produzione: -1,6% nel Centro, -1,4% nel Nord e -0,4% nel Mezzogiorno. Lo stesso accade per la produzione pro capite annua.

Sebbene la percentuale dei rifiuti solidi urbani smaltiti in discarica sia passata dal 66,7% del 2001 al 40,6% del 2009, questa rimane ancora una delle principali modalità di gestione. Le regioni del Sud conferiscono in discarica quantitativi più elevati di rifiuti rispetto al Centro ed al Nord.

La capacità media nazionale di termodistruzione ha superato 4,6 milioni di tonnellate di rifiuti trattati e raggiunto il 14,3% del totale dei rifiuti solidi urbani, molto al di sotto della media dei principali Paesi europei (20%). La quota di rifiuti solidi urbani smaltiti con la raccolta differenziata, nel 2009, ha raggiunto, a livello nazionale, una percentuale pari al 33,6% della produzione totale dei rifiuti solidi urbani, valore che incrementa di 3 punti il dato rilevato nel 2008 (30,6%). I dati regionali di raccolta differenziata pro capite evidenziano valori superiori rispetto al dato nazionale (178,6 kg/ab) in tutte le regioni del Nord (ad eccezione per la Liguria) e per le regioni centrali (ad eccezione per le Marche ed il Lazio). Le maggiori percentuali di raccolta differenziata si rilevano, nel 2009, nella PA di Trento, nella PA di Bolzano ed in Veneto. Al Nord la regione che mostra il progresso più importante è il Friuli Venezia Giulia. Per quel che riguarda il Centro, invece, la regione che mostra una percentuale più alta è la Toscana. Questi dati evidenziano come solo le PA di Trento e Bolzano ed il Veneto abbiano raggiunto l'obiettivo del 50% di raccolta differenziata fissato dalla normativa per il 2009.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Esse costituiscono ancora oggi uno dei più importanti problemi di salute pubblica in Italia.

Per le malattie ischemiche del cuore si rileva che, in quasi tutte le regioni e per entrambi i generi, i tassi di ospedalizzazione si siano ridotti e che gli uomini continuino ad essere ricoverati più del doppio delle donne.

Nel 2009, i tassi più elevati di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore si registrano, sia per gli uomini che per le donne, in Campania (1.368,4 per 100.000 e 498,3 per 100.000, rispettivamente) ed a seguire in altre regioni del Sud.

Anche per le malattie cerebrovascolari il tasso di ospedalizzazione negli uomini risulta quasi del 38% superiore a quello delle donne. Nel 2009, i tassi più elevati di ospedalizzazione per malattie cerebrovascolari si registrano, sia per gli uomini che per le donne, nella PA di Bolzano (876,6 per 100.000 e 691,0 per 100.000).

Nel nostro Paese, nel 2008, la mortalità per le malattie ischemiche del cuore continua a colpire quasi il doppio degli uomini rispetto alle donne (14,75 decessi per 10.000 fra gli uomini e 8,22 decessi per 10.000 fra le donne).

È difficile interpretare le differenze geografiche riscontrate per le malattie cardio e cerebrovascolari, anche se rilevante è l'influenza degli stili di vita (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo) e delle disegualianze economiche, sociali e geografiche che determinano accessibilità ed esiti differenti rispetto alle attività di prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione.

Malattie metaboliche

Il diabete mellito e le sue complicanze sono tra i principali problemi sanitari nei Paesi economicamente evoluti. Come per il passato, i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica del 2009 confermano che le regioni del Centro-Nord, rispetto a quelle del Sud, presentano tassi di dimissione più bassi per entrambe le tipologie di ricovero, ovvero sia per l'ospedalizzazione in Regime Ordinario e per il Day Hospital. I tassi per gli uomini sono maggiori rispetto alle donne, con un rapporto nazionale pari a 1,5.

La malattia diabetica costituisce uno dei maggiori fattori di rischio per le amputazioni dell'arto inferiore (è il 60% di tutti gli interventi di amputazione), ed un elevato impatto in termini di ricoveri ospedalieri e di costi.

In Italia, dal 2001 al 2008, il tasso di dimissione per amputazione è aumentato dal 12,0 al 14,6 (per 100.000). Si presenta un'elevata variabilità regionale, che indica una diversa qualità dell'assistenza nelle varie regioni.

Malattie infettive

Sulla base dei dati disponibili, le stime effettuate indicano che in Italia, nel 2009, sono presenti circa 140 mila persone HIV positive, dato in aumento rispetto al 2001 (130 mila) e che il nostro Paese si colloca tra quelli dell'Europa occidentale con un'incidenza di infezione da HIV medio-alta. L'incidenza di HIV è maggiore al Centro-Nord rispetto al Sud.

Confrontando l'anno 2009 con il 2000, tra le infezioni a trasmissione sessuale, la sifilide risulta essere la più frequente e con una tendenza all'aumento nelle classi di età 15-24 e 25-64 anni.

In Italia, nel 2009, il tasso di incidenza standardizzato per età dell'HBV è pari a 1,30 casi (per 100.000) residenti (di poco superiore rispetto alla media europea registrata nel 2008). L'Epatite B è più diffusa negli uomini rispetto alle donne e nelle regioni centrali del Paese e nel Nord.

In base ai dati dell'anno 2009, tra le infezioni a trasmissione respiratoria, le più diffuse risultano la varicella (23,64 casi per 100.000) e la scarlattina (179,5 per 100.000). La prima soprattutto nella fascia di età tra i 15-24 anni, l'altra in quella 0-14 anni. Entrambe mostrano un gradiente di incidenza Nord-Sud decrescente. Il morbillo presenta una riduzione dell'incidenza, ma non un completo debellamento.

Tumori

Incidenza

Considerando la classe di età 0-64 anni, il tumore del colon-retto al Centro-Nord, per gli uomini, ed il tumore della mammella in tutte le macroaree, per le donne, risultano essere quelli a più elevata incidenza. Per la classe di età 65-74 anni, il tumore al polmone, per gli uomini, è il più frequente al Sud, mentre nel Centro-Nord è più frequente il tumore della prostata; per le donne il tumore della mammella risulta essere il più frequente soprattutto al Centro-Nord rispetto al Sud. Nella classe di età più avanzata (75-84 anni), il tumore della prostata è il più frequente per gli uomini in tutte le macroaree mentre, per le donne, il più frequente è sempre il tumore della mammella seguito da quello del colon-retto.

Mortalità

In Italia, circa il 28% dei decessi è dovuto a patologie oncologiche. Considerando la classe di età 0-64 anni il tumore con tasso di mortalità più alto è il tumore del polmone negli uomini ed il tumore della mammella nelle donne. Lo stesso vale nella classe 65-74 anni: infatti, il tumore del polmone è quello con tasso di mortalità più alto per gli uomini ed il tumore della mammella per le donne in tutte le macroaree. Nella classe di età 75-84 anni negli uomini si registra una elevata mortalità per tumore del polmone in tutte le macroaree, invece, nelle donne si registra una mortalità più elevata per il tumore del colon-retto.

Prevalenza

Nella classe di età, 0-44 anni il tumore del colon-retto è il più frequente tra gli uomini ed il tumore della mammella tra le donne. La stessa situazione si può rilevare nella classe di età 45-59 anni con il tumore della prostata che avvicina i livelli del tumore del colon-retto nel Nord, tra i maschi.

Per le classi di età 60-74 e 75 anni ed oltre, il tumore della prostata negli uomini ed il tumore della mammella nelle donne sono i più prevalenti, entrambi seguiti dal tumore del colon-retto in tutte le macroaree considerate.

Salute e disabilità

Le nuove stime sul numero delle persone che presentano disabilità e sulla speranza di vita libera da disabilità ci mostrano un aumento della prevalenza di disabilità che passa da circa 2 milioni 600 mila a 2 milioni 900 mila persone, fenomeno legato all'invecchiamento della popolazione. I confronti dei tassi standardizzati confermano un gradiente crescente Nord-Sud.

Tra il 2003 ed il 2008, si nota una diminuzione del 4,4% dei beneficiari delle prestazioni di disabilità (assegni di invalidità, indennità di accompagnamento e di altri benefici pensionistici di natura indennitaria). La distribuzione territoriale dei beneficiari di pensioni di disabilità mostra, tra il 2006 ed il 2008, un calo in quasi tutte le regioni (ad eccezione di Puglia, Lazio, Lombardia e Campania). Invece, le regioni nelle quali si ha un decremento sono PA di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Basilicata. L'analisi per regione della variazione percentuale dell'importo medio dell'assegno per disabilità mostra incrementi inferiori al dato nazionale al Nord ed incrementi superiori nel Centro-Sud.

Tuttavia, gli importi medi percepiti tra il 2003-2008 sono cresciuti del 20,5%. Questo ha contribuito a determinare una crescita della spesa del 15,2%, per un importo complessivo che nel 2008 è stato di 58,3 miliardi di euro, pari a 4 milioni 664 mila beneficiari.

Salute mentale e dipendenze

Ospedalizzazione per Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer

Nel 2007, in alcune regioni del Nord (PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Lombardia e Liguria) e del Centro-Sud (Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Sardegna) il tasso di pazienti dimessi risulta maggiore rispetto al dato nazionale (11,67 per 10.000). Il tasso di dimissioni è più elevato per gli uomini che per le donne.

Ospedalizzazione per patologie alcol correlate

Nell'arco temporale 2007-2009, vi è una tendenza al miglioramento di ricoveri: a livello nazionale, il tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per patologie alcol correlate passa da 8,49 ricoveri (per 10.000), del 2007, a 7,48 (per 10.000) del 2009.

Consumo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi

Si è assistito nel 2010, a livello nazionale, ad un decremento per quel che riguarda l'utilizzo dei farmaci antipsicotici utilizzati soprattutto nella terapia della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici, rispetto all'anno precedente (2009), passando da 3,01 a 2,80 (DDD/1.000 ad die), con un gradiente Nord-Sud.

L'utilizzo dei farmaci antidepressivi sta, invece, continuando ad aumentare in tutte le regioni, a causa dell'aumento dell'incidenza/trattamento delle forme depressive, cui contribuiscono anche altri fattori. Anche per l'utilizzo di tali farmaci è presente uno squilibrio tra le regioni del Centro-Nord, che risultano avere consumi maggiori, rispetto a quelle del Sud.

Suicidi

Il suicidio è un fenomeno connesso alla salute mentale della popolazione ed i tassi di suicidio risultano essere più elevati tra i celibi e le nubili rispetto ai/alle coniugati/e.

L'Italia si colloca tra i Paesi europei a più basso rischio di suicidio. Il trend storico dell'indicatore in esame, a livello nazionale, mostra una riduzione del tasso a partire dagli anni Ottanta, anche se nell'ultimo anno sembra esserci una ripresa (3.799 suicidi nel 2008, contro i 3.607 nel 2006).

Nel biennio 2007-2008, il tasso grezzo medio annuo di mortalità per suicidio è pari a 7,26 (per 100.000) residenti di 15 anni ed oltre. Nel 77% dei casi, il suicida è un uomo. Il tasso standardizzato di mortalità è pari a 11,27 (per 100.000) per gli uomini ed a 3,15 (per 100.000) per le donne, con un rapporto uomini/donne pari a 3,6. Vi è una variabilità geografica marcata, con tassi maggiori nelle regioni del Nord.

Salute materno-infantile

Il Rapporto Osservasalute registra una quota non trascurabile di nascite (7,9%, in diminuzione rispetto all'anno precedente) in strutture che realizzano meno di 500 parti l'anno, standard minimo per cure perinatali qualitativamente accettabili e con ampia variabilità territoriale. L'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo (39,01%) colloca, inoltre, l'Italia ancora lontano dagli standard qualitativi internazionali, sebbene si sia osservata una stabilizzazione dell'indicatore già da qualche anno. Anche in questo caso si rilevano notevoli differenze tra le regioni, con i valori più elevati al Sud. Anche nel Rapporto di quest'anno è stato analizzato un indicatore sulla sicurezza e la qualità dell'assistenza: le Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale (UOTIN) sono presenti in 129 dei 548 punti nascita monitorati, ma solo 102 UOTIN sono collocate in punti nascita dove hanno luogo almeno 1.000 parti annui. La mortalità infantile e quella neonatale si riducono ancora (raggiungendo livelli al di sotto del 4%),

sebbene permanga il divario tra Nord-Centro e Sud, dove gli indicatori registrano valori superiori.

I dati dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza confermano una stabilizzazione generale (118.579 nel 2009 e 115.372 nel 2010). Il nostro Paese registra, per questo indicatore, nel confronto internazionale, uno tra i valori più bassi, anche se continua ad essere elevato, specie in alcune regioni, il ricorso a tale pratica tra le donne straniere.

Salute degli immigrati

A tutto il 2009, gli stranieri residenti in Italia superano i 4 milioni di unità e rappresentano il 7% della popolazione residente. In particolare, la quota di cittadini stranieri risulta elevata in molte regioni del Centro-Nord (in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto supera il 10%). La presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno, specie in Puglia, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna, dove meno di tre residenti su cento hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Dai dati emerge un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con uno che con entrambi i genitori stranieri. Nello specifico, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera: nel 2009, poco più di 17 nascite ogni 100 avvenute in Italia.

La mortalità tra gli stranieri nel periodo di osservazione 1992-2008 fa registrare un aumento annuo medio del 6,4%, che diventa il 10,8% tra gli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp). Passando ai tassi standardizzati di mortalità, si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti al Nord, strettamente legato all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri.

Riguardo alla mortalità infantile si evidenzia come, nel quinquennio 2004-2008, l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita presenti un rapporto di oltre diciotto bambini stranieri ogni cento italiani. La mortalità infantile riguarda quasi esclusivamente i provenienti dai Pfp e sono concentrati circa nel 67% dei casi nel primo mese di vita.

Quest'anno il Rapporto Osservasalute ha analizzato anche il ricorso ai servizi sanitari tra gli immigrati, valutando i fenomeni di ospedalizzazione ed abortività volontaria.

Nel 2008, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati quasi 550 mila (pari al 4,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati per il 74,0% in regime di Ricovero Ordinario.

Se in Italia, tra il 2003 ed il 2008, si è osservata una progressiva riduzione dei ricoveri in regime ordinario, da un totale di quasi 8,8 milioni a circa 8,1 milioni, per contro, nello stesso periodo le degenze ordinarie a carico di cittadini stranieri hanno fatto registrare un incremento costante: da 278 mila a 404 mila (+45,0%), specie nei cittadini provenienti dai Pfp.

Per quanto riguarda l'abortività volontaria, essa ha interessato per il 33,8% cittadine straniere.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario

L'analisi dedicata all'assetto economico-finanziario presenta i tradizionali indicatori di spesa e disavanzo (disavanzo pro capite, spesa pubblica pro capite, spesa pubblica/Prodotto Interno Lordo-PIL ed il cosiddetto grado di specializzazione delle Aziende Sanitarie, cioè la capacità di focalizzarsi su specifici insiemi di prestazioni, anziché offrire l'intera gamma).

I dati a disposizione paiono confermare una certa efficacia delle iniziative di contenimento della spesa. Infatti, il 2010 si è caratterizzato per una crescita molto contenuta della spesa pubblica pro capite (+0,66%), mentre la spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, a livello nazionale, denuncia una crescita dal 2002 al 2008 passando dal 6,07% al 6,87%, con un tasso medio composto annuo del 2,08%, allineato alla media dei Paesi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e che, a livello macro, cresce in maniera più che proporzionale di quella del PIL.

I disavanzi permangono, ma sono ormai ridotti a livelli molto circoscritti, almeno in termini di valori nazionali (nel 2010, circa 39€ pro capite, pari a 2% del finanziamento e lo 0,15% del PIL).

Sotto il profilo degli equilibri economici di breve periodo, elemento di forte preoccupazione è la differenziazione interregionale, con 3 regioni (Lazio, Campania e Sicilia) che da sole hanno prodotto il 69% sia del disavanzo 2010, sia del disavanzo cumulato 2001-2010.

L'identità tra il dato puntuale 2010 e quello cumulato del decennio, tra l'altro, riflette in modo molto efficace la natura strutturale delle criticità istituzionali, organizzative e gestionali di queste 3 regioni, sebbene il dato puntuale 2010 del loro disavanzo complessivo (1,6 miliardi di €) sia ben al di sotto del massimo storico di 4 miliardi raggiunto nel 2005 e sebbene la spesa sanitaria pubblica pro capite di Lazio e Campania si sia ridotta, nel 2010, dell'1,75%.

Alcune criticità significative si riscontrano anche sotto il profilo finanziario, come testimoniano i lunghi tempi di pagamento ai fornitori. Sui flussi di cassa esistono, peraltro, alcune opacità, che il recente D. Lgs. n.118/2011 cerca in parte di sanare con l'obbligo di accensione, a livello regionale, di specifici "conti di tesoreria intestati alla sanità", diversi da quelli che accolgono le risorse destinate a finanziare le altre funzioni regionali, al fine di poter tracciare in modo più preciso i flussi di cassa dallo Stato alle Regioni e dalle Regioni alle aziende.

La questione più critica, però, concerne gli impatti sull'equità. L'equità costituisce principio fondante del Servizio Sanitario Nazionale, ma già in tempi relativamente floridi era passata in secondo piano rispetto al binomio "efficacia-efficienza" ed ora, a maggior ragione, è messa a rischio dalla necessità di "tagliare la spesa".

Assetto istituzionale-organizzativo

Personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Le risorse umane svolgono un ruolo cruciale all'interno del SSN. Il personale dipendente del SSN, a livello nazionale, nel 2009, è composto da persone, di età prevalentemente compresa tra i 40 ed i 59 anni. I dati mostrano come la quota di personale di età ≥ 60 anni sia superiore a quella di età < 30 . A livello regionale, si registra un marcato divario tra il Nord ed il Sud. Analizzando la demografia del personale dipendente del SSN, con particolare riferimento alla distinzione per genere, le donne rappresentano il 63% del personale dipendente.

Il tasso di compensazione del *turnover*, a livello nazionale, mentre nel 2007 risultava < 100 indicando una contrazione dell'organico, nel biennio 2008-2009 è stato superiore al valore di riferimento, con un forte divario tra Nord e Sud, anche se il tasso del 2009 è inferiore a quello del 2008.

A livello nazionale, nel triennio 2007-2009, non sono presenti grandi variazioni percentuali di personale a tempo indeterminato (circa il 94% dell'intero personale del SSN) e di personale con lavoro flessibile. A livello regionale, invece, il personale con lavoro flessibile nel 2009 varia da regione a regione, mentre per quel che riguarda il personale a tempo indeterminato, tra il 2007-2009, si è registrato un aumento in 6 regioni.

Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA)

Nel 2010, i DEA (I e II livello) erano 332, 30 in meno rispetto al dato del 2005, 20 in meno rispetto al 2003, con una certa variabilità tra le regioni. Nel 2005, i DEA di I livello in Italia erano 258, mentre quelli di II livello 104. Tra il 2003 ed il 2005, i DEA di I livello sono aumentati (+33 strutture), mentre quelli di II livello si sono ridotti (-24 strutture).

Sul territorio nazionale sono state, inoltre, attivate 103 centrali operative del 118, come previsto dalle Regioni e Province Autonome.

Assistenza territoriale

Il carico di malattia attribuito alle condizioni croniche gestite prevalentemente a livello territoriale è in continuo aumento; infatti, ad oggi, sono da imputare a questa causa l'86,0% dei decessi totali in Europa, con una perdita di anni di vita in buona salute del 77,0%, con un pari aumento della spesa sanitaria.

Per quanto riguarda il paziente non autosufficiente e/o fragile il Rapporto Osservasalute di quest'anno conferma l'analisi rivolta a: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); Posti letto residenziali per *long-term care*; Ospiti nei presidi residenziali per *long-term care*.

Per quanto riguarda il paziente cronico: Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per Complicanze a Lungo Termine del Diabete mellito, della BroncoPneumopatia Cronico-Ostruttiva (BPCO) e dell'Insufficienza cardiaca senza procedure cardiache.

Completano il Capitolo tre analisi: la prima sulla valutazione della qualità dell'assistenza pediatrica territoriale; la seconda sulla mortalità riconducibile ai servizi sanitari, presentando l'esperienza della Svizzera ed il confronto con l'Emilia-Romagna e la terza su uno strumento di governo clinico nell'ambito dell'assistenza primaria adottato dalla Regione Lombardia: i *Chronic Related Groups*.

Il numero di pazienti trattati in ADI è in continua crescita, attestandosi ad un valore pari a 886 casi (per 100.000 abitanti): a livello nazionale, nel corso del 2009, sono stati assistiti al proprio domicilio 533.461 pazienti. Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole variabilità dell'indicatore legata alla disomogeneità regionale: si va, infatti, da un tasso minimo di 129,7 ADI (per 100.000) nella PA di Bolzano, ad un valore massimo di 2.063,8 ADI (per 100.000) nell'Emilia-Romagna.

L'ADI è erogata prevalentemente a soggetti anziani (84,1% del totale). Nelle regioni dove si rileva la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero, si registra un corrispettivo aumento del numero di pazienti assistibili in ADI.

L'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari permette di indagare sulla disponibilità di servizi residenziali che rispondono ad una domanda di assistenza legata alla non autosufficienza ed alla disabilità. Quest'anno la rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari è stata rinnovata,

grazie al perfezionamento dei flussi informativi, che permettono di indagare più approfonditamente sulle diverse tipologie di servizio erogate da uno stesso presidio. Il tasso di posti letto per 100.000 abitanti relativo alle tipologie di utenza anziani e disabili, in Italia, è stato nel 2009 pari a 553,1. La maggior parte dei posti letto rilevati sono specificatamente dedicati agli anziani, mentre solo quote residuali sono destinate ad utenti di età <65 anni con disabilità (rispettivamente, 478,4 e 74,7 per 100.000). L'offerta è assai variabile: più elevata al Nord, con punte di 973,7 (per 100.000) nella PA di Trento, mentre nelle regioni del Sud la dotazione più bassa si registra in Campania (60,9 per 100.000).

Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito e per BPCO per l'anno 2009 continua a registrare gradienti geografici tra le regioni. Nel 2009, il tasso relativo alle complicanze del diabete ha registrato una variazione geografica ampia, con la Puglia che presenta un valore più di cinque volte maggiore rispetto alle Marche: rispettivamente, 0,79 e 0,15 (per 1.000), con una saturazione della capacità delle regioni più virtuose (al Centro-Nord) di migliorarsi ulteriormente, mentre prosegue il trend positivo delle altre regioni.

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per BPCO ha registrato, nel 2009, un'ampia variabilità geografica, con il valore più alto registrato in Puglia (9,97 per 1.000), pari a quasi cinque volte il valore più basso registrato in Toscana (2,19 per 1.000). L'indicatore presenta, pertanto, un *pattern* Nord-Sud abbastanza chiaro.

Assistenza farmaceutica territoriale

Il Rapporto Osservasalute analizza alcuni indicatori relativi ai consumi ed alla spesa farmaceutica e propone, come nelle passate edizioni, una serie di indicazioni e raccomandazioni per il monitoraggio puntuale e l'uso più appropriato, sia in ambito territoriale che ospedaliero. Poiché il sistema farmaceutico pubblico presenta crescenti problemi di sostenibilità legati alla continua introduzione di farmaci nuovi, spesso più costosi, ed alla crescente domanda legata all'invecchiamento della popolazione, nel nostro Paese nel 2009 il tetto di spesa complessivo per l'assistenza farmaceutica è stato calibrato al 16% (di cui il 13,3% per quella territoriale). Nel 2010, tuttavia, la spesa farmaceutica ha rappresentato circa il 17% della spesa sanitaria totale.

Nel 2010, la spesa farmaceutica territoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale, è diminuita dello 0,1% rispetto al 2009 ed aumentata del 2,5% rispetto al 2001.

In Italia, dal 2002 al 2009, la percentuale di consumo di farmaci a brevetto scaduto è più che triplicata (passando dal 14% al 51,5%), anche se nell'ultimo anno tale crescita si è rallentata (parallelamente, la quota di spesa per i farmaci a brevetto scaduto è passata dal 7% al 30,4% della spesa farmaceutica). È presentata anche un'analisi del consumo di antibiotici, aspetto che assume sempre maggiore rilevanza in quanto, nel 2009, l'Italia detiene, subito dopo Grecia, Cipro e Francia, il primato europeo nel consumo (22,5 DDD/1000 abitanti).

L'Italia è, inoltre, anche uno dei Paesi europei con il più elevato livello di antibiotico-resistenze, con ricadute non solo economiche legate all'inappropriato uso, e di costi elevati per il sistema, ma anche per la salute attuale e futura.

Assistenza ospedaliera

Negli ospedali italiani i ricoveri continuano a diminuire e parallelamente si riducono le giornate di degenza, ma con risultati molto difforni nelle diverse realtà geografiche: progressivo e diffuso miglioramento nelle regioni del Centro-Nord, mentre quasi tutte le regioni meridionali ed insulari sembrano, tuttora, ancorate a modelli clinico-assistenziali poco efficienti e che privilegiano ancora il *setting* ospedaliero anche per attività di bassa complessità e basso rischio.

Gli obiettivi di riferimento sono quelli sanciti nel Patto della Salute 2010-2012: finanziamento tendenziale pari al 44,0% del finanziamento complessivo del Servizio Sanitario Nazionale, riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale a 4 posti letto (per 1.000 abitanti), comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, tasso di ospedalizzazione (TD) confermato a 180 ricoveri (per 1.000 abitanti), di cui il 20,0% in regime diurno (equivalente ad un TD di 36 ricoveri diurni per 1.000 abitanti).

Quest'anno il Rapporto Osservasalute orienta la sua analisi proprio sugli indicatori previsti dal sistema di monitoraggio del Patto per la Salute 2010-2012:

- Domanda soddisfatta dalla rete ospedaliera: TD complessivo (179,4, leggermente inferiore allo standard di 180 ricoveri per 1.000 fissato dalla programmazione, con ormai solo 8 regioni che presentano tassi superiori a tale soglia) e distinto per età (la distribuzione per età dei dimessi mostra che i TD più alti si rilevano nelle fasce di età "estreme", <1 anno e >75 anni), tipologia di attività erogata (il TD in regime diurno - 53% a livello nazionale - in tutte le regioni risulta superiore alla quota del 20,0% del totale dei ricoveri indicata come riferimento) e per DRG medici e chirurgici, in regime ordinario e diurno (continua a crescere la quota di pazienti con DRG chirurgico - 41,7 % del totale dei dimessi e, rispettivamente, 39,9% e 45,8% dei dimessi in regime ordinario e diurno -

malgrado un consistente passaggio di attività chirurgiche poco complesse in regime ambulatoriale, con una rilevante e spesso ingiustificata variabilità regionale, sia per i Ricoveri Ordinari (RO) che per la componente diurna);

- Efficienza produttiva delle strutture di ricovero e cura: Degenza media sostanzialmente stabile da diversi anni, nel 2009 mostra un lieve decremento rispetto all'anno precedente, da 6,8 a 6,7 giorni. Una sensibile tendenza verso la riduzione si registra anche per la degenza media preoperatoria: il valore nazionale del 2009 si attesta a 1,88 giorni contro gli 1,97 giorni dell'anno precedente. Anche per questo indicatore persistono significative e spesso ingiustificate differenze regionali con un evidente gradiente tra le regioni centro-settentrionali e meridionali;
- Appropriatelyzza clinica ed organizzativa (utilizzo dei diversi *setting* assistenziali): dimissioni con DRG medico da reparti chirurgici (il valore nazionale è pari a 34,1%. Malgrado i miglioramenti anche per questo indicatore persiste una spiccata variabilità regionale ed un evidente gradiente geografico in quanto tutte le regioni del Sud e le Isole presentano, senza eccezioni, valori al di sopra del dato nazionale), utilizzo del Day Hospital (DH) per i DRG medici a rischio di inappropriatelyzza (a livello nazionale l'utilizzo del DH per i "nuovi" DRG medici a rischio di inappropriatelyzza se erogati in RO è pari al 47,0%. Come per le precedenti rilevazioni risulta evidente una elevata variabilità regionale, peraltro non più riconducibile ad un trend geografico, ma con tutta probabilità a differenti modalità organizzative nell'utilizzo del *setting* ambulatoriale), ricoveri ed accessi in DH, Day Surgery ed One Day Surgery (circa il 52,0% dell'attività chirurgica, grazie alla diffusione delle moderne tecniche mininvasive e di efficaci e sicure pratiche anestesilogiche, è ormai gestita senza ricorrere al tradizionale RO), percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore (pari a 33,6%, è molto più basso rispetto alle *performance* registrate in altri Paesi occidentali ed alle raccomandazioni presenti in letteratura, anche in considerazione del fatto che nel periodo 2001-2009 l'indicatore ha fatto registrare incrementi di lievissima entità, dal 31,2 al 33,6%).

Siti web e liste d'attesa

Il fenomeno delle liste di attesa rappresenta uno dei punti più critici dei sistemi sanitari moderni perché interessa l'accessibilità e la disponibilità delle prestazioni e dell'assistenza erogata nei confronti del cittadino pregiudicandone, a volte, le condizioni di salute e l'efficacia dell'intervento stesso.

L'analisi dei dati sui siti *online* delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) che riguardano i tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie (valore medio pari al 57%, aumentato del 32% rispetto al 2005), evidenzia una maggiore disponibilità di informazioni sui siti web delle ASL situate nel Nord-Ovest e Nord-Est.

Anche per quanto riguarda l'analisi dei dati sui sistemi *online* delle Aziende Ospedaliere (AO) riguardanti i tempi di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie (valore medio pari al 44%, aumentato del 26% rispetto al 2005), si registra una maggiore disponibilità di tali informazioni sui siti web delle AO delle macroaree del Nord-Ovest e del Nord-Est.

Alcune priorità secondo Osservasalute

Le evidenze registrate suggeriscono l'urgenza di alcuni interventi, di seguito esposti.

1. **Crisi economica e salute:** le ultime manovre economiche realizzate in Italia in risposta alla tempesta finanziaria ed agli imperativi stringenti della Commissione Europea e della Banca Centrale Europea hanno portato a: ridimensionamento degli attuali livelli di finanziamento dell'assistenza sanitaria già dal 2012; introduzione di ulteriori ticket; tagli drastici nei trasferimenti alle Regioni ed alle municipalità dei fondi sulla disabilità, l'infanzia, gli immigrati e su altri aspetti sociali delle politiche di "welfare", che sono anche tra i principali determinanti sociali di salute.

Le misure sovra elencate non toccano concretamente dimensioni come la riduzione dell'inappropriatezza, l'implementazione della "clinical governance" (attraverso cure più sicure, l'*evidence based medicine*, il rafforzamento dei sistemi informativi), né altre importanti dimensioni "core" o rilevanti dell'assistenza sanitaria (liste di attesa, continuità della cura, integrazione socio-sanitaria, centralità del paziente).

L'approccio finora adottato, pur comprendendone il carattere emergenziale, sembra contraddire le evidenze epidemiologiche che dimostrano, invece, come sia necessario rafforzare (o, almeno non decurtare) le politiche a sostegno dei sopracitati determinanti sociali di salute, per garantire la sostenibilità a medio e lungo termine nell'interesse globale del Paese.

Considerando che le politiche specifiche rivolte alle Regioni più indebitate aumenteranno ancora di più le disuguaglianze già in atto tra le Regioni e che gli strumenti di *spending review* e di *deregulation* non hanno ancora avuto in sanità un'applicazione incisiva, in tal modo si rischia di incrementare la spesa socio-sanitaria a carico delle famiglie, con il rischio di aumentare la quota di circa il 7,6% delle famiglie a rischio di povertà, a fronte di una quota di oltre il 15,5% di povertà accertata cosiddetta assoluta/relativa (Istat, 2011).

2. In questo quadro è fondamentale che la **programmazione sanitaria regionale**, debba affiancare ed integrare gli attuali criteri di destinazione delle risorse, ancora fortemente improntati sui risultati economico/gestionali, con indicatori di salute e valutazione degli esiti delle prestazioni.

3. Tale attività dovrà essere supportata, a livello centrale, dalla **previsione di scenari**, attraverso l'acquisizione di dati statistico-epidemiologici e dalla consultazione sistematica di esperti attraverso meccanismi rigorosi e validati, e costituisce un approccio indispensabile per una programmazione rivolta al futuro, *towards the future*, che a fronte dei trend previsti sviluppi delle soluzioni fattibili.

4. La realizzazione di un sistema partecipato, responsabile e decentrato richiede, in materia di sanità, la necessità di introdurre e governare i **nuovi livelli essenziali di assistenza sanitari**, al fine di garantire l'equità tra le regioni e la sostenibilità nell'erogazione delle prestazioni, a fronte dell'evoluzione dei bisogni e dello sviluppo di modalità e pratiche assistenziali più efficaci, sicure e sostenibili.

5. Occorre, parallelamente, combinare il sistema di garanzie dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la remunerazione per prestazioni o pacchetti di prestazioni (alla base, oltre che dei LEA, anche dei DRG in ambito ospedaliero), con il miglioramento della qualità delle stesse, attraverso meccanismi compatibili con il sistema dell'accreditamento, ma che prevedano l'introduzione progressiva di meccanismi di **promozione dell'eccellenza**. Il sistema dovrà fondarsi su una rendicontazione dell'eccellenza:

a. all'interno della struttura: le organizzazioni che monitorano sistematicamente e rendono disponibili all'interno ed all'esterno i dati sulla qualità dell'assistenza la migliorano più di chi non lo fa (Fung, 2008);

b. in Italia ed in Europa: complessivamente, nei confronti degli *stakeholder*, monitorare in maniera rigorosa, misurarsi rispetto a standard di eccellenza e garantire una diffusa e consapevole partecipazione alle decisioni riguardanti la salute è l'unica chiave per garantire una solida sostenibilità del nostro sistema sanitario. Ciò anche in previsione dell'impatto che nel nostro Paese avrà la Direttiva 24/2011 sul diritto di cure transfrontaliere per tutti i cittadini europei.

Questo, a condizione che ai meccanismi di valutazione seguano meccanismi di incentivazione e di valorizzazione anche monetaria condivisi e trasparenti.

6. La **qualità** del sistema sanitario a livello regionale dovrà essere centrata su elementi di vigilanza su sprechi, opportunità ed illegalità, di controllo delle prestazioni erogate e della relativa appropriatezza e definizione delle Linee Guida e dei percorsi di assistenza definiti per le diverse patologie. In tale contesto, il rafforzamento della qualità del sistema potrà essere garantito dall'adozione diffusa degli strumenti necessari ad una efficiente

overnante clinica delle strutture sanitarie, attraverso il perseguimento in una prospettiva unificante degli aspetti clinici e di quelli economico-gestionali delle prestazioni sanitarie finalizzato ad una gestione attiva degli elementi che determinano la qualità del servizio erogato.

7. A tutto ciò deve affiancarsi un vero processo di **accountability** di un sistema sempre più regionalizzato, nei confronti del suo primo vero riferimento e finanziatore, ovvero il cittadino, seppur mediato attraverso il Ministro della Salute ed il Governatore regionale eletto. Si tratta di strumenti (rendicontazione socio-sanitaria, relazioni sugli *outcome* di salute e sulla qualità conseguita etc.), ancora poco diffusi nel nostro Paese e, comunque, a macchia di leopardo sull'intero territorio. Si deve, invece, dotare il cittadino di strumenti semplici e comparabili di lettura delle *performance* sanitarie regionali perché non si può immaginare, e non sarebbe neanche auspicabile, infatti, un totale distacco tra politica e sanità, ma la piena responsabilità di entrambi al cittadino deve essere assolutamente garantita. La diffusione di tale processo avrebbe, inoltre, un forte impatto sulla capacità delle Aziende e delle Regioni di coinvolgere i differenti *stakeholder* - *in primis* il cittadino - sui temi dell'appropriatezza, della sostenibilità del sistema e sulla responsabilizzazione del singolo sulle scelte di salute.

8. Per quanto attiene il finanziamento del sistema, posto, come Osservasalute attesta, che la spesa sanitaria italiana non è di certo più alta di altri sistemi sanitari internazionalmente riconosciuti come virtuosi e che il trend finanziario è di ridotta disponibilità di finanziamenti pubblici, l'affiancamento nella logica del "multi pilastro" di **fonti finanziarie integrative/sostitutive** volte ad ampliare le disponibilità del sistema senza ulteriori aggravii per i cittadini (quali, ad esempio, le fonti provenienti da fondi integrativi), può sicuramente migliorare la situazione complessiva.

Riferimenti bibliografici

- (1) Fung C, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008; 148: 111-123.
- (2) Istat, anno 2010. La povertà in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it.
- (3) Ricciardi W (a cura di). Sanità è partecipazione. 2010. Disponibile sul sito: <http://www.italiafutura.it/dettaglio/110491/presentazione>.
- (4) Ricciardi W, de Belvis AG, La Torre G. La sanità italiana e la manovra finanziaria. La sfida del Sistema Sanitario Nazionale: garantire servizi sanitari ottimali, innovazione e sostenibilità del sistema in un'epoca di ridotte risorse. *Italian Health Policy Brief*, 2011. Disponibile sul sito: http://hospert.com/wp-content/uploads/2011/11/Depliant-Policy-Brief_def.pdf.
- (5) de Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. Answers to the financial crisis in Italy. *Health Policy*, in press.
- (6) Stuckler D, Basu S, McKee M, Suhrcke M. Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals. *J Public Health (Oxf)*. 2010 Sep; 32 (3): 298-306.
- (7) McKee M. The consequences of economic crises and the responses to them for population health. *Eur J Public Health* 2011; 21 (suppl.1): 7.
- (8) Phillip Inman. IMF warns of the "human cost" of public spending cuts. guardian.co.uk, Monday 13 September 2010 18.08 BST.
- (9) Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *The Lancet* 2011; 378: 124-5.
- (10) World Health Organisation. Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe 2011.
- (11) Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 2011; 378: 1.457-8.

Dott. Antonio Giulio de Belvis
Segretario Scientifico e Coordinatore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

Prof. Walter Ricciardi
Direttore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane