



Ministero della Salute
Direzione Generale del Sistema Informativo



Sintesi della Relazione

Gennaio 2008

INDICE

Premessa	Pag.	1
Lo stato sanitario del paese: una lettura di insieme	“	5
1. I fattori di rischio	“	6
2. Le patologie più rilevanti	“	11
3. I gruppi fragili	“	18
4. I passi avanti nell’offerta sanitaria	“	24
5. Potenziare i fattori di sviluppo della sanità: la pratica del governo clinico e degli outcome	“	39
6. Gli operatori sanitari e la formazione continua	“	41
7. La ricerca	“	43
8. Indirizzi per il futuro e conclusioni	“	44

PREMESSA

La Relazione sullo stato sanitario del Paese (RSSP) è prevista dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 e risponde all'esigenza di fornire un'informazione annuale al Parlamento, e conseguentemente al Paese, sullo stato di salute degli italiani e sulle politiche sanitarie.

In particolare, in base al suddetto Decreto, la Relazione è tenuta a:

- illustrare le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- esporre i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- riferire sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei Piani sanitari regionali;
- fornire indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Questa edizione della Relazione, che riguarda il biennio 2005-2006, è stata predisposta con il coordinamento di un Comitato Editoriale e di un Comitato di Redazione, appositamente costituiti, che riunivano rappresentanti dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali del Ministero della Salute più strettamente coinvolti nell'argomento.

L'impostazione che si è voluta dare alla Relazione, con l'intento di renderla più efficace, può essere riassunta nei seguenti punti:

- aggiornare in forma sintetica i dati già esposti nella precedente RSSP 2003-2004, assicurando la copertura di tutte le patologie più rilevanti sul piano clinico-assistenziale e dei servizi e delle prestazioni incluse nei LEA;

- collegare più strettamente i risultati della RSSP 2005-2006 con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (PSN);
- coinvolgere fin dall'inizio non soltanto le strutture del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e di altre Istituzioni responsabili della raccolta statistica dei dati, ma anche le principali Società Medico-Scientifiche.

Obbiettivo principale perseguito nella trattazione è stato soprattutto quello di rendere vitali, fruibili e comprensibili i dati contenuti nella Relazione, sicuramente rilevanti sul piano clinico ed epidemiologico e che costituiscono un insieme di informazioni fondamentali per il controllo degli effetti degli interventi compiuti e per la programmazione delle iniziative messe in atto.

In questo modo, la RSSP rappresenta uno strumento di comunicazione decisivo per il Ministero della Salute, non solo nei confronti dei decisori della parte politico-amministrativa (Parlamento e Regioni), ma anche degli esponenti del mondo scientifico (medici specialisti e di medicina generale), del mondo dell'assistenza e del volontariato e, più in generale, del cittadino e dei *mass media*. Inoltre, questo metodo di condivisione ha l'effetto di rendere partecipi tutti gli attori del "sistema salute", e di indurre la necessaria sinergia tra istituzione ed operatori.

In particolare, il Comitato di Redazione ha deciso di dare alla Relazione 2005-2006 un impianto concreto così concepito:

- esaminare gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;
- raccogliere i risultati statistici ed epidemiologici sullo stato di salute del Paese;
- ottenere i commenti degli esperti su alcune tematiche particolarmente significative;
- esporre le azioni intraprese dal Ministero della Salute per illustrare le risposte del SSN alle esigenze della popolazione e le iniziative da intraprendere;
- indicare gli obiettivi futuri.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 fornisce peraltro alcune indicazioni per la redazione della Relazione. Una particolare attenzione va posta sul fatto che il PSN ha uno sviluppo triennale, mentre la Relazione deve essere prodotta con cadenza annuale e che nella individuazione degli indicatori occorre specificamente individuare quelli in grado di cogliere lo sviluppo attuativo degli interventi e delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Ne consegue che la redazione della Relazione costituisce una condizione dinamica e continua sotto il profilo sia della struttura che dei contenuti; sarebbe, quindi, utile considerare la Relazione annuale come costituita da un sistema di reporting più articolato, un vero e proprio “Sistema della Relazione” rappresentato dalla produzione di:

- una Relazione (congiunturale) prodotta annualmente e in grado di soddisfare l'adempimento normativo, costituita da documenti di sintesi, di prevalente taglio politico istituzionale, e documenti di analisi tecnico economica;
- una Relazione triennale, prodotta in concomitanza della scadenza del Piano Sanitario, in grado di evidenziare il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano riportando i dati, per quanto possibile, dalle varie Regioni e tentando di costruire profili regionali da porre a confronto e di far emergere comportamenti tipici di gruppi di Regioni da commentare ed utilizzare per futuri approfondimenti;
- documenti monotematici su tematiche individuate anno per anno, che rappresentino approfondimenti monografici per la valorizzazione di esperienze territoriali e per focalizzare i problemi emergenti, a cui aggiungere almeno uno o più documenti di analisi, prevalentemente focalizzati su problematiche di rilievo e impostati con un taglio politico sociologico.

Potendo disporre in genere dei dati relativi al 2004-2005, il Comitato Editoriale, su proposta del Comitato di Redazione, ha stabilito che la RSSP 2005-2006 dovesse essere di tipo annuale congiunturale.

Per quanto riguarda la stesura dei testi, al fine di garantire la massima obiettività, indipendenza e trasparenza, gli autori chiamati a contribuire alla stesura della RSSP 2005-2006 sono stati individuati primariamente tra gli esperti appartenenti al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di

Sanità, al Consiglio Superiore di Sanità e, nel caso di argomenti specifici, tra i Presidenti pro tempore delle Società Medico-Scientifiche interessate, anche in collaborazione con la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM).

**LO STATO SANITARIO DEL PAESE:
UNA LETTURA DI INSIEME**

1. I FATTORI DI RISCHIO

La Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006 permette anzitutto di confermare il *livello complessivamente soddisfacente dello stato di salute generale*. In particolare i dati strutturali evidenziano una *aspettativa di vita alla nascita* di 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 per le donne. Il fenomeno configura una domanda di salute più complessa da governare (sempre più legata alle patologie croniche e dell'età anziana), ma rappresenta comunque un indicatore generale positivo. I fattori che contribuiscono a questo risultato, che pone l'Italia ai primi posti in Europa, sono evidentemente molteplici. Tuttavia assumono una rilevanza particolare, soprattutto in termini di politica sanitaria, quelli che riguardano il controllo dei fattori di rischio.

Il legame tra i fattori di rischio, intesi sia come qualità dell'ambiente di vita e di lavoro collettivo che come stile di vita individuale, e la qualità dello stato di salute della popolazione, risulta assolutamente strategico in Italia, e più in generale in tutti i paesi industrializzati, e rappresenta una leva sulla quale le scelte di politica sanitaria hanno un impatto importante.

Anche in considerazione del processo, sempre più evidente, di invecchiamento della popolazione e di diffusione delle patologie croniche, le politiche di prevenzione in particolare rappresentano nello scenario sanitario attuale una priorità decisiva. In questo senso il crescente impegno da parte delle istituzioni sanitarie si riflette in una presenza sempre più articolata di programmi di *screening* e, soprattutto, di campagne finalizzate a controllare, specie nell'ambito della popolazione giovanile, la diffusione, spesso crescente, di comportamenti a rischio (in particolare di quelli legati al fumo e al consumo di alcool) quali fattori associati alla diffusione di importanti degenerazioni del quadro nosologico.

Non è un caso che proprio riguardo al *fumo*, che rappresenta la seconda causa di mortalità a livello mondiale, in Italia sia stata finalmente approvata, nel 2003, la legge che ha introdotto il divieto di fumo all'interno dei locali pubblici. Un passo importante, accolto favorevolmente dalla società, che da una parte ha rappresentato un avanzamento concreto nella tutela della salute individuale nei confronti del fumo passivo, e dall'altra ha offerto un contributo visibile alla diffusione di comportamenti finalizzati alla riduzione/eliminazione del consumo di tabacco da parte dei fumatori

(tab. 1), oltre ad aver fatto registrare una diminuzione (pari al 7,2%) dei ricoveri nei primi due mesi del 2005 a fronte di un andamento incrementale registrato negli anni precedenti.

Tabella 1. Consumo di tabacco nelle diverse regioni anni 2004-2005 (pacchetti di sigarette)

REGIONI	pacchetti procapite		Variazione %
	2005	2004	
Piemonte	88,9	93,0	-4,4%
Valle d'Aosta	89,2	95,5	-6,6%
Lombardia	78,0	86,2	-9,6%
Trentino Alto Adige	82,2	90,8	-9,5%
Veneto	68,1	71,4	-4,6%
Friuli-Venezia Giulia	60,7	73,6	-17,5%
Liguria	105,4	114,8	-8,2%
Emilia-Romagna	89,4	95,6	-6,5%
Toscana	91,1	97,1	-6,2%
Umbria	94,0	95,3	-1,4%
Marche	85,4	83,4	2,3%
Lazio	106,7	110,9	-3,8%
Abruzzo	76,4	92,4	-17,3%
Molise	130,0	107,7	20,7%
Campania	110,6	116,8	-5,3%
Puglia	83,4	88,1	-5,3%
Basilicata	79,9	80,5	-0,7%
Calabria	86,2	87,4	-1,3%
Sicilia	102,9	105,8	-2,7%
Sardegna	95,1	100,0	-4,9%
ITALIA	89,7	95,1	-5,6%

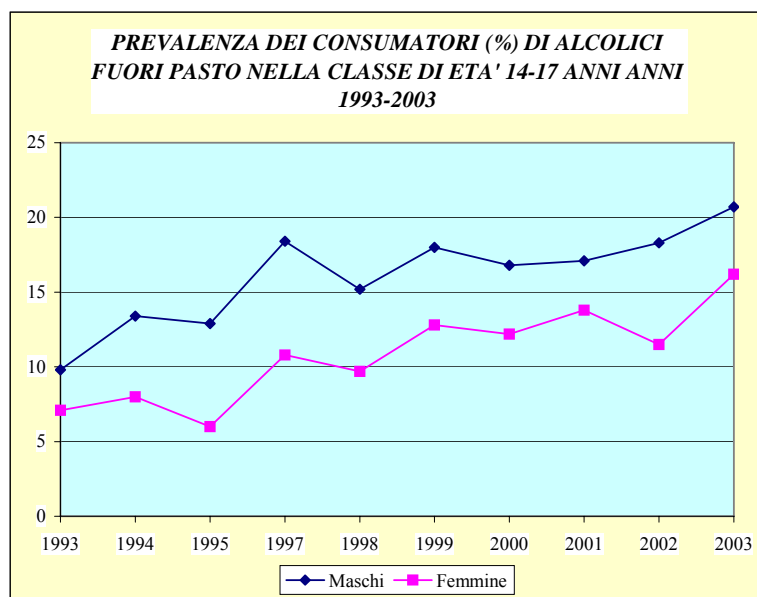
Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati AAMS

La situazione del *consumo di alcool*, invece, presenta ancora diversi aspetti critici, legati alla crescita dei consumi eccedentari, che evidenziano la necessità di mettere in campo strumenti e politiche preventive quanto più possibile efficaci, soprattutto riguardo alle fasce di età giovanili. Infatti, anche se diminuisce il consumo globale di bevande alcoliche, va registrato il forte aumento dei consumi tra i giovani - soprattutto per la birra e gli aperitivi - ed una diminuzione dell'età di iniziazione al bere, rispetto al resto d'Europa, attorno ai 12 anni (fig. 1). Aumentano per altro quanti dichiarano di ubriacarsi, anche ripetutamente, e questo nonostante sia ampiamente diffusa la consapevolezza che si tratta di un comportamento a rischio.

**FIG. - 1 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO
NELLA CLASSE DI ETA' 14-17 ANNI - ANNI 1993-2003 (a)**

	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Maschi	9,8	13,4	12,9	18,4	15,2	18,0	16,8	17,1	18,3	20,7
Femmine	7,1	8,0	6,0	10,8	9,7	12,8	12,2	13,8	11,5	16,2

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate



Fonte: Osservatorio Nazionale Fumo-Alcol-Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità

Nonostante, anche in questo ambito, vada sottolineato l'impegno a livello pubblico, in termini di campagne di dissuasione dal consumo di alcolici, i dati disponibili sembrano indicare il persistere di un clima caratterizzato da una sempre minore disapprovazione sociale e culturale nei confronti dei consumi eccedentari di alcool, elemento che rischia di contribuire ad aumentare i rischi di una assunzione precoce e frequente di bevande alcoliche.

Anche l'*obesità* è ormai ampiamente riconosciuta come un fattore di rischio per molte importanti patologie croniche (malattie cardiovascolari, ictus, diabete tipo 2, alcuni tipi di tumore, malattie della colecisti, osteoartriti), ed inoltre l'*obesità* e il *sovrappeso* sono anche associati a problemi di salute

come ipertensione, ipercolesterolemia, ecc., o a disturbi di tipo psicologico (depressione, ecc.) e a difficoltà dovute alla stigmatizzazione sociale.

I dati dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) (*Global Info Base*) evidenziano peraltro come si tratti di un'emergenza mondiale: le stime relative all'anno 2005 indicano che più di un miliardo di persone nel mondo risultano essere sovrappeso, di cui 805 milioni donne, con almeno 300 milioni in condizioni di obesità, e viene inoltre stimato che siano circa 22 milioni i ragazzi di età inferiore a 15 anni obesi, con un *trend* in costante aumento.

Le informazioni relative all'eccesso ponderale in Italia pongono il nostro Paese tra i primi in Europa per la presenza di soggetti in sovrappeso e obesi: in particolare il fenomeno dell'obesità in età pediatrica, fino a qualche decennio fa poco diffuso, evidenzia dati allarmanti.

In base alla definizione di obesità infantile adottata dallo IOTF (*International Obesity Task Force*), negli anni 1999-2000 la quota di soggetti tra i 6 e i 17 anni in eccesso ponderale (in sovrappeso e obesi) era pari al 24,1% (in sovrappeso circa il 20% e obesi circa il 4%), e si stima che il fenomeno coinvolga un milione e 700 mila ragazzi tra 6 e 17 anni.

Secondo l'ISTAT, per altro, la quota di popolazione maggiorenne in condizione di obesità era pari in Italia, nel 2003, al 9,0%, cui si aggiungeva il 33,6% di popolazione sovrappeso (tab. 2).

In tale quadro epidemiologico, l'OMS ha elaborato una Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute, con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le parti in causa, nella quale si raccomanda un approccio multisettoriale per interventi che modifichino i comportamenti non salutari, suggerendo interventi di tipo comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni atte a cambiare i comportamenti individuali).

Nell'Unione Europea, la nutrizione, l'attività fisica e l'obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel Programma di azioni 2003-2008.

In Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", ribadisce che le conoscenze scientifiche attuali

dimostrano come l'incidenza di molte patologie sia legata agli stili di vita e sottolinea il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute.

L'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 ha poi varato l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l'obesità e, in particolare quella infantile, tra i problemi di salute prioritari, affidando al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) il compito di individuare le linee operative e coordinare i piani di azione delle Regioni e Province autonome.

Tabella 2. Percentuale della popolazione italiana di età uguale/superiore a 18 anni in sovrappeso e obesa per regione - Anno 2003

REGIONI	Sovrappeso	Obesi
Piemonte	29,4	7,6
Valle d'Aosta	32,7	9,0
Lombardia	31,1	8,0
Trentino-Alto Adige	30,9	7,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,8</i>	<i>8,2</i>
<i>Trento</i>	<i>31,0</i>	<i>6,5</i>
Veneto	33,2	9,0
Friuli-Venezia Giulia	34,5	9,3
Liguria	31,2	7,8
Emilia-Romagna	33,5	10,3
Toscana	31,0	9,4
Umbria	35,0	9,6
Marche	35,3	9,0
Lazio	33,1	8,2
Abruzzo	37,1	9,7
Molise	36,3	13,2
Campania	37,1	9,8
Puglia	34,8	10,0
Basilicata	41,6	10,2
Calabria	37,3	9,7
Sicilia	38,8	9,6
Sardegna	29,6	7,8
Italia	33,6	9,0

Fonte: ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" – Anno 2003

2. LE PATOLOGIE PIÙ RILEVANTI

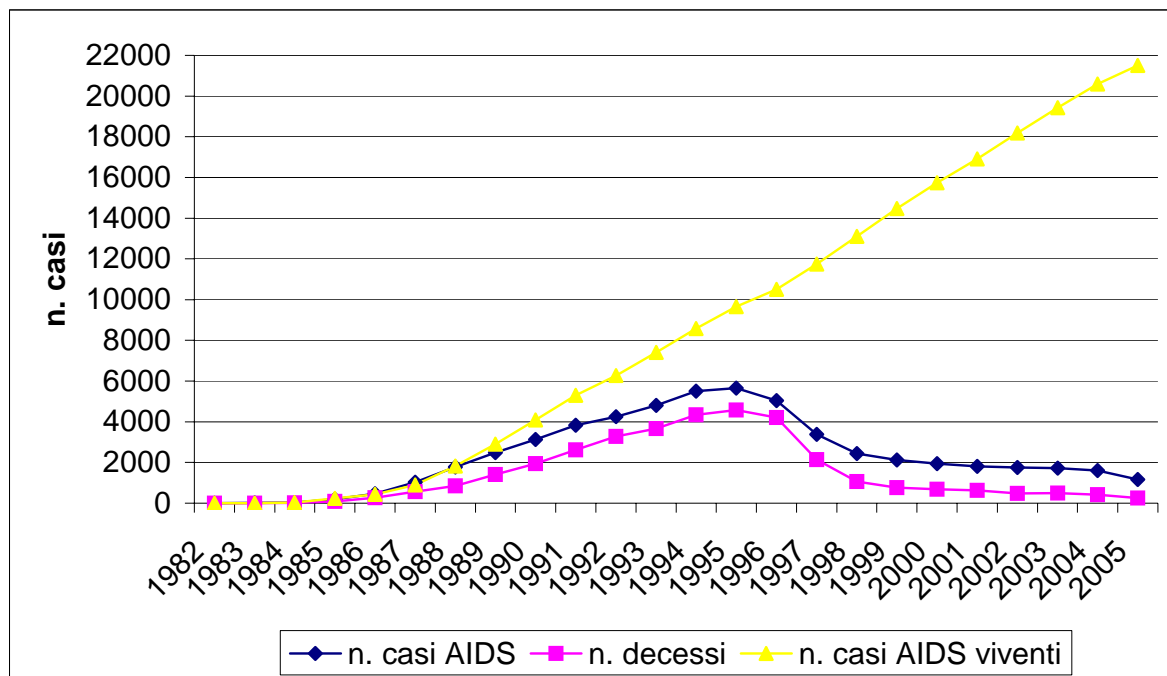
La elevata qualità dello stato di salute generale – comune a tutti i paesi industrializzati ma particolarmente alta in Italia – discende, in buona parte dal miglioramento delle condizioni socio-economiche, che sono altamente correlate con la qualità dello stile di vita, e dei consumi (sanitari ma non solo) in modo particolare.

Ma, soprattutto nel breve-medio termine, un ruolo importante è certamente rivestito anche dal continuo impegno profuso dalle istituzioni sul versante delle *terapie e della profilassi vaccinale nei confronti delle malattie infettive*, che continuano a minacciare pesantemente il resto del pianeta. Secondo l’OMS, infatti, entro il 2015 saranno disponibili altri 36 nuovi vaccini, che potranno essere utilmente impiegati nella lotta alle patologie infettive. Ciò che impegnerà in modo particolare i governi saranno le difficoltà legate alla scarsità di risorse destinate ai sistemi sanitari, fenomeno comune a tutte le aree più sviluppate, ma che finisce per incidere più pesantemente su quei paesi, come l’Italia medesima, con maggiori difficoltà di bilancio.

Più in generale, la situazione del nostro Paese sotto il profilo della *diffusione delle patologie* appare piuttosto articolata.

La diffusione dell’*AIDS*, nell’ambito delle patologie infettive, appare ridursi gradualmente. Secondo i dati del Centro Operativo AIDS (COA), dal 1996, grazie alla prevenzione e alla efficacia delle terapie antivirali, sono gradualmente diminuiti i decessi, mentre aumenta il numero degli individui con HIV ancora in vita (fig. 2). Si mantiene, in ogni caso, attiva la sorveglianza nei confronti dell’infezione: è sempre più numeroso, infatti, il numero di Regioni che ha attivato il programma di “Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia”.

Figura 2. Casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi - anni 1982-2005



Fonte COA/ISS

Tra le diverse patologie, emerge la rilevanza di quelle *cardiovascolari*, che essendo una delle cause principali di morbilità e mortalità in Italia, rappresentano uno dei problemi più importanti nella salute pubblica.

Nel 2001 le malattie del sistema circolatorio sono state la causa del 42,6% del totale dei decessi, e se evidentemente pesa su questo dato la struttura demografica della popolazione italiana, caratterizzata da un forte invecchiamento, va registrato anche il dato del progressivo ridursi, negli ultimi 15 anni, delle differenze di mortalità tra Nord, Centro e Sud, che evidenzia come anche le regioni del Centro e del Mezzogiorno si stiano allineando a quelle settentrionali in termini di invecchiamento.

Nel contempo è aumentata la differenza della mortalità tra le fasce più istruite e con reddito più alto e quelle più disagiate, a sfavore di queste ultime, dato che sottolinea una volta di più quanto sull'insorgenza di queste patologie possano pesare i comportamenti individuali, il controllo dei fattori di rischio e la prevenzione.

A questo proposito va sottolineato un sensibile aumento dell'impegno del Ministero della Salute sul versante della prevenzione: con la legge n. 138/2004 ("Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica"), è stato istituito infatti il già citato *Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie* (CCM), cui è affidato il compito di predisporre una *rete di sorveglianza e di intervento rapido* nei confronti di potenziali pericoli per la salute.

All'interno del Centro sono stati istituiti vari Comitati Scientifici, e alla luce degli andamenti emersi assume particolare rilievo proprio quello relativo alla prevenzione del rischio cardiovascolare (*Progetto Cuore*) nell'ambito della popolazione sana.

La prevenzione finalizzata alla diagnosi precoce, oltre che per quel che riguarda le malattie cardiovascolari, soprattutto con riferimento alla popolazione anziana, si sta diffondendo anche per la *broncopatia cronico-ostruttiva (BPCO)*, patologia ormai responsabile del 50% dei decessi per cause respiratorie, nonché del 6% della spesa sanitaria italiana. Particolarmente in età geriatrica, le sue manifestazioni si associano frequentemente ad altre patologie, costituendo un quadro di comorbidità, che può facilmente degenerare nella perdita di autosufficienza e in sostanza in una crescente fragilità dell'individuo anziano. Non stupisce pertanto che, secondo le stime dell'OMS, la BPCO si avvii a diventare, nei prossimi 20 anni, una delle prime cause di morte nella popolazione.

I fattori di rischio che determinano il quadro epidemiologico sono ovviamente sia di natura sociale che individuale: per quel che riguarda quelli attinenti alla sanità collettiva occorre sottolineare l'importanza della qualità dell'ambiente di vita – dunque quello dell'aria, in modo particolare, e dell'ambiente di lavoro – e dei fattori associati allo stile di vita individuale – come il tabagismo – e allo status socioeconomico.

Inoltre va evidenziato come, in età pediatrica, sia particolarmente avvertita la crescente incidenza dell'*asma*. Anche se nel nostro Paese la prevalenza di questa malattia appare ancora più bassa, rispetto ad altri paesi industrializzati, essa costituisce comunque, insieme all'obesità, la patologia cronica più diffusa nella popolazione infantile e una causa importante di ospedalizzazione e di mortalità.

I risultati dello Studio SIDRIA (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) realizzato tra il 1994 ed il 1995 nell'ambito del

protocollo internazionale ISAAC (*International Study of Allergy and Asthma in Children*), hanno evidenziato, tra gli studenti delle scuole elementari e medie inferiori, una prevalenza di asma dell'8,9%, della rinocongiuntivite allergica del 13,6% e della dermatite atopica del 5,5%. Un secondo studio (SIDRIA), condotto nel 2002, ha prodotto informazioni più aggiornate sulla prevalenza dell'asma e delle allergie in età pediatrica in Italia. In questa seconda indagine la prevalenza di asma si è attestata sul 9,5% nei bambini e sul 10,4% negli adolescenti.

Anche questo dato appare il prodotto di cause individuali ed ambientali, come altre patologie dell'apparato respiratorio, e pertanto a livello generale, a fronte dei successi nella lotta al fumo, rimangono prioritari gli interventi a livello preventivo e terapeutico.

Il riferimento è, da una parte, ad una sempre più rigorosa applicazione del divieto di fumo negli ambienti di lavoro e, più in generale, ad una più ampia e approfondita sensibilizzazione sul tema dei fattori di rischio e sulla necessità di adeguare la risposta assistenziale a queste patologie, in particolare per quello che riguarda la capacità di diagnosi, stadiazione e *follow-up* della malattia da parte dei medici.

Un accenno particolare va poi dedicato alle *patologie dell'apparato digerente*, anche considerando che negli ultimi anni si è assistito ad importanti progressi nelle metodiche diagnostiche e terapeutiche.

Nell'anno 2003 le malattie gastroenteriche ed epatobiliopancreatiche (Categorie diagnostiche principali 6/7) hanno rappresentato la prima causa di ricovero in Italia; sono stati, infatti, 1.557.136 i ricoveri in regime ordinario e day hospital, pari al 12,16% dei ricoveri nazionali.

Per il medesimo anno i ricoveri ordinari sono stati pari a 1.222.167 (circa il 78%), mentre quelli in day hospital a 334.969 (pari a circa il 22%)

Il *trend* dei ricoveri delle malattie in oggetto, tra gli anni 2002-2003, ha visto una diminuzione globale dei ricoveri di circa il 3%, mentre i ricoveri in regime di day hospital sono aumentati del 12,2% circa (tab. 3).

Tabella 3.

	2002		2003		variazione '03 - '02	
	numero	%	numero	%	numero	%
Ricoveri totali MDC 6/7	1.604.055	100	1.557.136	100	-46.919	-2,93
Ricoveri ordinari MDC 6/7	1.305.434	81,4	1.222.167	78,5	-83.267	-6,38
Ricoveri d.h. MDC 6/7	298.621	18,6	334.969	21,5	36.348	12,17

Fonte: Ministero della Salute

Pur godendo di una diffusione non omogenea sul territorio nazionale, l'affermarsi delle tecniche endoscopiche ed ecografiche ha permesso ad un numero crescente di pazienti di ricevere trattamenti chirurgici sempre meno invasivi, dunque di ridurre l'ospedalizzazione degli ammalati. Da un lato, quindi, si assiste ad una graduale diminuzione dei costi per la sanità pubblica, e dall'altro si riduce, oltre ai costi economici per le famiglie, anche lo stress psicologico legato alla degenza del familiare ammalato.

Inoltre, le Unità Operative di Gastroenterologia ed i servizi di Endoscopia digestiva sono fortemente coinvolti negli *screening* sulle malattie neoplastiche, e rappresentano dunque una risorsa strategica nella lotta ai tumori *tout court*, dal momento che il cancro al colon-retto, dal 1990, rappresenta il secondo tumore per incidenza sia fra gli uomini che fra le donne.

Un'altra patologia la cui diffusione emerge come fenomeno da tenere sotto attenta osservazione e controllo, è il *diabete*, patologia che colpisce in modo particolare i soggetti in situazione di svantaggio socioeconomico e culturale. In Italia, nel 2005, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 4,2% (4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini). In base a questi dati si può stimare che in Italia ci siano circa 2,5 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (4,1%) e al Sud Italia (4,6%). La prevalenza della malattia aumenta con l'età (si passa dal 2,5% nella classe d'età 45-54 anni al 16,3% nelle persone con età superiore

a 75 anni) contribuendo così ad aggravare il quadro nosologico degli anziani e ad incrementare sensibilmente il consumo dei farmaci.

E' evidente, poi, che le *patologie tumorali* in genere non possono che essere al centro dell'attenzione del decisore pubblico: i tumori rappresentano infatti la prima causa di morte nella popolazione tra i 35 ed i 64 anni.

Si stima che ogni anno vengano diagnosticati tra i residenti in Italia oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno (età 0-84 anni) mentre oltre 160.000 decessi riconoscono un tumore come causa.

Un uomo ogni 3 e una donna ogni 4 hanno la probabilità di sviluppare un tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni), mentre la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo riguarda 1 uomo ogni 6 e una donna ogni 11. Inoltre, ogni anno in Italia vi sono oltre 940.000 ricoveri oncologici.

Sviluppare strumenti di controllo in questo campo costituisce evidentemente una priorità, e anche grazie alla rete per il monitoraggio delle nuove diagnosi tumorali nella popolazione residente (costituita dai Registri Tumori che appartengono all'Associazione Italiana Registri Tumore AIRTum), è possibile monitorare circa il 26% del territorio nazionale, in un'area dove vivono complessivamente quasi 15.000.000 di cittadini.

Grazie ai dati dell'AI RTum è possibile osservare che il quadro delle patologie tumorali appare da una parte caratterizzato da un aumento del numero delle diagnosi in entrambi i sessi, ma dall'altra anche da una graduale diminuzione del livello della mortalità, soprattutto tenendo sotto controllo il peso della variabile età.

Anche per queste patologie, come rilevato per quelle cardiovascolari, si osserva per altro una riduzione significativa delle differenze tradizionalmente presenti tra le macroaree, e se anche in questo caso si tratta di un fenomeno riconducibile in gran parte all'invecchiamento del Mezzogiorno, va sottolineato il peso che possono ricoprire in questo senso le condizioni ambientali e più in generale gli stili di vita, che vanno sempre più omogeneizzandosi tra Nord, Centro e Sud.

In tal senso appaiono quindi estremamente importanti i *programmi di screening* finalizzati alla prevenzione di alcune tra le più diffuse patologie tumorali, quali il carcinoma mammario, il cervicocarcinoma e quello del colon-retto. Tali programmi, fondati sulla individuazione preliminare della

popolazione a rischio, cui fanno seguito gli inviti periodici a sottoporsi ad accertamenti e controlli periodici successivi, hanno riscontrato un crescente livello di coinvolgimento delle popolazioni-target anche nel Sud dell'Italia a confermare anche la diffusione di una cultura favorevolmente orientata verso la prevenzione, soprattutto in ambito femminile (tab. 4).

Tabella 4 . Partecipazione all'invito per tipo di screening e per macro area geografica

	Screening Mammografico	Screening Cervicale	Screening Colon rettale
Nord	66,3%	46,7%	47,3%
Centro	59,8%	35,6%	52,8%
Sud e Isole	38,5%	27,2%	27,4%
Italia	60,9%	36,7%	46,7%

Fonte: Osservatorio nazionale screening. Quinto rapporto. 2006

3. I GRUPPI FRAGILI

In uno scenario nel quale la tutela della salute pubblica passa sempre di più per la prevenzione e la cura della cronicità, assumono importanza strategica le attività di monitoraggio e assistenza dedicate ai *gruppi più fragili*.

Per quanto riguarda la *salute delle donne*, ad esempio, la dinamica di lungo periodo evidenzia chiaramente da una parte la riduzione del numero medio di figli per donna, e dall'altra un contestuale innalzamento dell'età media al primo parto. Di conseguenza si dedica una maggiore attenzione alla gravidanza ed al parto, in particolare ai fattori di rischio per la salute della madre, del feto e del neonato. In particolare, l'ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale: nel 2003 sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto e nel 73% circa delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute.

Un elemento di criticità che persiste, invece, nonostante i ripetuti richiami e le raccomandazioni espresse da più parti, riguarda l'aumento della frequenza dei tagli cesarei, con valori nettamente superiori a quanto rilevato in altri Paesi sviluppati. Si tratta dunque di un indicatore oggetto di continua attenzione da parte del Ministero della Salute, che è stato introdotto anche tra quelli che costituiscono il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", di cui al D.M. 12 dicembre 2001.

Secondo i dati rilevati dal certificato di assistenza al parto del 2004 (CeDAP) si è osservato un peso inferiore ai 2500 grammi nel 7% circa dei casi, e la valutazione del punteggio Apgar (criterio utilizzato per misurare la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo) nel 99,3% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio da 7 a 10 e solo lo 0,7% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso (tab. 5).

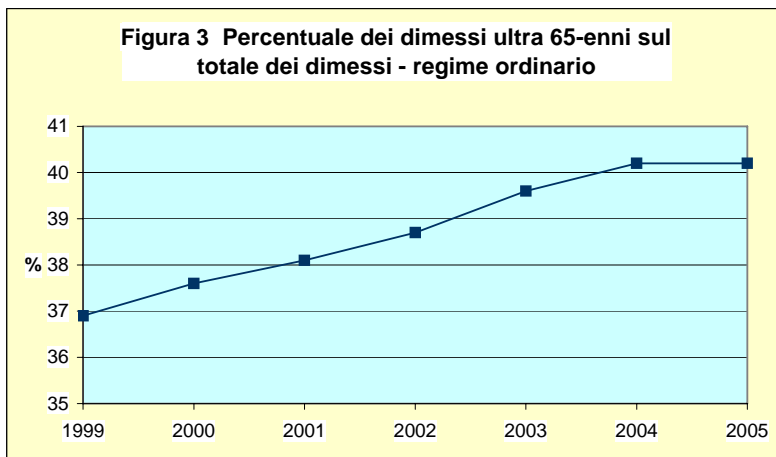
Tabella 5.**Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita ed il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita**

Peso alla nascita	Punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita			Totale nati
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	
< 1500	6,3	18,2	75,5	100,0
1500 - 2499	0,4	1,7	97,9	100,0
2500 - 3299	0,1	0,3	99,6	100,0
3300 - 3999	0,1	0,2	99,7	100,0
> 4000	0,2	0,3	99,5	100,0
Totale Anno 2004	0,2	0,5	99,3	100,0
Totale Anno 2003	0,2	0,5	99,3	100,0
Totale Anno 2002	0,3	0,6	99,1	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Alla luce delle caratteristiche demografiche e sanitarie della popolazione italiana, le modalità dell'assistenza prestata nel nostro Paese al gruppo fragile per eccellenza, agli *anziani*, rappresentano uno degli snodi centrali dell'intero sistema sanitario.

Si tratta evidentemente di una categoria che esprime una domanda di salute diversa, e soprattutto quantitativamente assai superiore, rispetto al resto della popolazione. In questo senso sono estremamente eloquenti i dati relativi ai ricoveri ospedalieri, secondo i quali tra il 1999 ed il 2005 la quota di ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoverati è costantemente aumentata, passando dal 36,9% al 40,2% (fig. 3).



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Particolarmente indicativo è il dato relativo al numero medio di giornate di degenza, pari rispettivamente a 9,2 e 10,6 giorni per le due classi di età 65-74 e 75+ anni, contro la media complessiva di 7,4 giorni.

I dati sembrano dunque suggerire che accada ancora con frequenza che le strutture ospedaliere forniscano, almeno in parte, agli anziani quell'assistenza continuativa che rappresenta invece uno degli obiettivi primari dell'integrazione socio-sanitaria.

In effetti, tra il 1999 ed il 2003 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare (AD) è passata dall'1,8% al 2,4%, e nel triennio 2001-2003 si rileva un incremento di trattamenti domiciliari in quasi tutte le regioni, in particolare in Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Molise e Basilicata. Tuttavia, specie nelle regioni del Sud (con l'eccezione del Molise), l'offerta di questo tipo di assistenza, assolutamente strategica sia per una corretta gestione dell'offerta sanitaria complessiva (ed in particolare ospedaliera), che soprattutto nella prospettiva della migliore tutela salute degli anziani, rimane ancora su livelli troppo bassi (tab. 6).

Tabella 6.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - anno 2005

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato		
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori
PIEMONTE	21.890	506	79,7	18,1	2	14	7
VALLE D'AOSTA	40	33	92,5	1,5	6	36	290
LOMBARDIA	68.186	726	86,2	32,7	4	12	4
PROV. AUTON. BOLZANO	275	58	86,9	3,1		8	
PROV. AUTON. TRENTO	1.491	300	52,2	8,5		21	
VENETO	59.031	1.256	76,1	50,6	1	8	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	26.499	2.200	81,0	80,3	2	8	1
LIGURIA	13.807	867	97,1	31,7	4	20	4
EMILIA ROMAGNA	57.107	1.376	89,1	54,1	0	21	3
TOSCANA	21.298	592	81,1	20,8	1	13	6
UMBRIA	10.174	1.184	81,7	41,6	0	12	2
MARCHE	13.609	896	84,2	33,7	6	23	3
LAZIO	37.017	702	89,7	33,5	6	12	3
ABRUZZO	5.598	431	86,2	17,6	14	26	0
MOLISE	4.798	1.490	89,1	61,0	5	11	1
CAMPANIA	13.416	232	90,3	13,9	9	30	3
PUGLIA	16.401	403	86,0	20,5	23	23	2
BASILICATA	5.529	927	83,0	39,2	19	25	3
CALABRIA	6.900	343	86,1	16,4	9	16	1
SICILIA	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1
SARDEGNA	4.319	262	72,3	11,0	15	66	1
ITALIA	396.757,	679,	84,2	29,4	4,	16,	3,

Fonte: Ministero della Salute

Nello stesso tempo, i dati relativi all'assistenza residenziale, la cui offerta ha vissuto un periodo di forte espansione nel corso degli anni '90, evidenziano negli ultimi anni una fase di assestamento, per cui sono aumentati i ricoveri dei pazienti ultrasessantacinquenni e non autosufficienti, mentre sono diminuiti quelli di pazienti più giovani e autosufficienti, la cui domanda è stata, almeno in parte, con ogni probabilità assorbita dallo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): nel complesso, tra il 2001 ed il 2003, si è assistito ad una leggera flessione dei ricoveri nelle strutture assistenziali residenziali.

Dai dati pubblicati nella Relazione emergono per altro tratti di fragilità e vulnerabilità anche a proposito dei *giovani*. Nell'ambito delle malattie mentali, infatti, la classe di età 25-44 è quella più rappresentata sul totale dei ricoveri riconducibili a questo genere di patologie (33,8%), e la mancanza di un'informazione sistematica sull'efficacia e la diffusione dei servizi per la

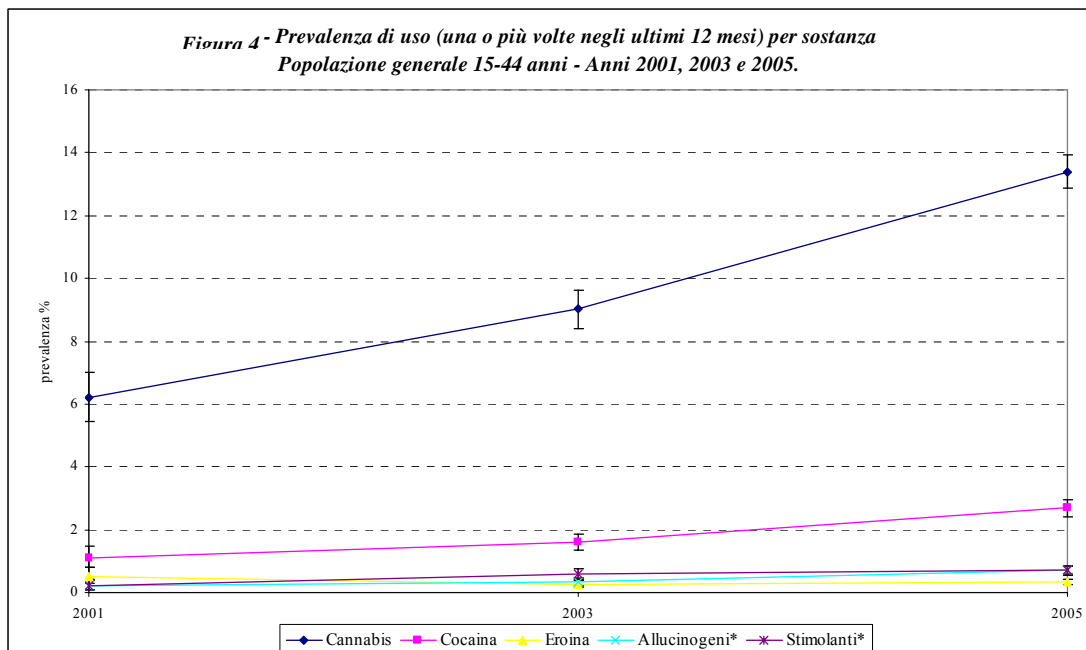
salute mentale rende ancora più complessa la gestione di un fenomeno e di una serie di patologie il cui peso rischia di ricadere interamente sulla famiglia.

Secondo lo studio PRISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti), che ha indagato la prevalenza dei disturbi psichici tra i preadolescenti, il 3,7% dei preadolescenti presenta comportamenti significativamente a rischio per depressione, il 4,9% dei maschi ed il 2,5% delle femmine, mentre il 10,6% presenta comportamenti significativi per disturbi della serie ansiosa, con una prevalenza più che doppia nel sesso maschile (14,4% versus 6,3% nelle femmine).

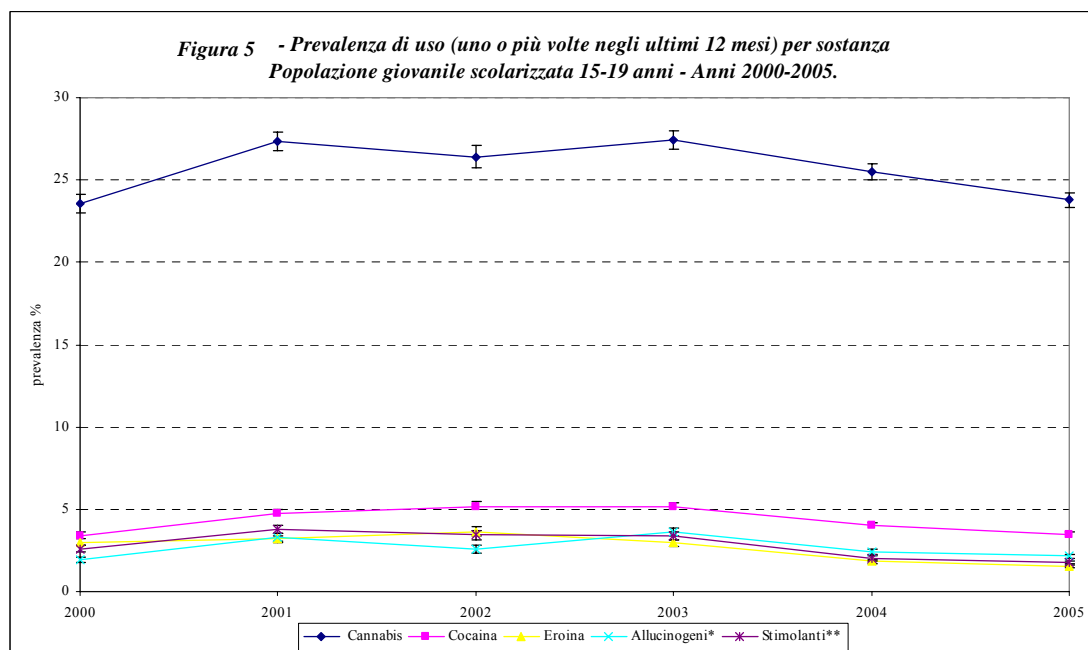
Come per altro già emerso a proposito del consumo di alcool, le fasce d'età più giovani sono quelle più a rischio per i comportamenti trasgressivi, e per le *tossicodipendenze*.

Sotto il profilo dell'assistenza sono ancora i consumatori di eroina a costituire la tipologia di consumatori di sostanze più rappresentata (il 72,3% del totale) tra i soggetti in carico ai SERT (servizi pubblici per le tossicodipendenze), per un'età media complessiva di 33 anni circa.

Tuttavia non vanno sottovalutati i *trend* che emergono a proposito dei consumi, che vedono un aumento complessivo della quota di utilizzatori di tutte le sostanze considerate nel periodo 2001-2005, e se nella fascia d'età 15-19 anni la tendenza all'aumento appare meno evidente, va comunque considerato il fatto che le quote di consumatori risultano sensibilmente più alte tra i più giovani (la cannabis, usata dal 13% circa dei 15-44enni nel 2005, raggiunge tra i 15-19enni il 24% circa, mentre l'uso di cocaina rimane di poco al di sotto del 5% tra i più giovani, contro il 3% circa dei 15-44enni) (figg. 4 e 5).



Fonte: Indagine IPSAD®Italia, Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it)



Fonte: Indagine ESPAD®Italia, Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it)

4. I PASSI AVANTI NELL'OFFERTA SANITARIA

Parallelamente allo sviluppo di iniziative in ambito preventivo, l'attività degli organi di governo del Servizio sanitario si è indirizzata verso politiche di razionalizzazione dell'offerta.

E' in questo ambito che vanno lette le iniziative sviluppatasi a seguito della introduzione dei *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*, definiti dal 2001 come il complesso delle prestazioni e dei servizi da erogare nei confronti dei cittadini coerentemente con le risorse definite in sede di programmazione.

Fondamentale per il corretto funzionamento dei LEA è l'individuazione ed il monitoraggio di *indicatori di funzionamento del "sistema-salute"*, riferiti alla qualità, alla appropriatezza ed al costo dell'assistenza erogata. Relativamente a quest'ultimo ambito, sono stati individuati e sviluppati indicatori di costo relativi al livello di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, al livello di assistenza distrettuale ed al livello dell'assistenza ospedaliera.

La legge n. 311 del 30 dicembre 2004, al fine di garantire che l'obiettivo della tutela della salute sia conseguito nel rispetto del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle Regioni, ha previsto infatti che siano fissati *"gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza"*.

A questo fine è stato istituito, nell'ambito della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, un sottogruppo che si è occupato, a partire dal febbraio del 2003, di tale tema.

L'obiettivo che si è posto il sottogruppo è stato quello di analizzare ed approfondire la variabilità della domanda di prestazioni sul territorio al fine di aiutare i soggetti del sistema (Ministero della Salute/Regioni) a fissare *target* programmatori condivisi e concertati, che corrispondano alle evidenze della situazione analizzata e permettano di realizzare le condizioni di compatibilità economica del sistema.

Le evidenze relative alla articolazione della spesa sanitaria segnalano inoltre come solo una quota molto bassa al suo interno venga impegnata

nell'assistenza in ambiente di vita e di lavoro, mentre l'assistenza ospedaliera ne assorbe la parte più rilevante.

Di fatto il quadro dell'offerta sanitaria appare in un progressiva trasformazione ed una serie di passi importanti sono stati fatti per potenziare i livelli di assistenza distrettuale e in ambiente di vita e di lavoro e per ridimensionare e riqualificare quello dell'assistenza ospedaliera.

4.1. Alcuni esempi di intervento sui diversi Livelli essenziali di assistenza

4.1.1. La riqualificazione dell'offerta ospedaliera

I profondi cambiamenti demografici intervenuti negli ultimi venti anni nel nostro Paese e il notevole progresso e sviluppo delle tecnologie sanitarie hanno contribuito in modo sostanziale a modificare lo stato di salute della popolazione italiana. Ciò ha determinato un cambiamento nella domanda di servizi assistenziali e il conseguente continuo adeguamento della rete di offerta di servizi sanitari.

Si assiste, da un lato, ad una progressiva trasformazione del modello assistenziale centrato sull'ospedale e su una prospettiva di ricovero e cura in regime ordinario, a un modello di *rete* caratterizzato dalla forte integrazione fra ospedale e territorio, attraverso il trasferimento sul territorio di alcuni servizi e competenze, in particolare la presa in carico dei soggetti affetti da patologie cronic-degenerative, che necessitano anche di prestazioni assistenziali di tipo domiciliare, riabilitativo o palliativo, per esempio nelle fasi terminali della vita.

Contemporaneamente, si rileva la tendenza a concentrare negli ospedali, e nelle discipline per acuti, la casistica più complessa, anche a seguito della notevole spinta all'aziendalizzazione e al processo di accreditamento fornita dal decreto legislativo n. 229/99 integrativo della seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre, come già ricordato, un significativo impulso alla maggiore definizione del ruolo dell'ospedale è scaturito dalle politiche sanitarie in materia di appropriatezza, clinica e organizzativa, delle prestazioni erogate, conseguente alla definizione dei

livelli di assistenza da erogare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale a garanzia e tutela della salute della popolazione (DPCM del 29/11/2001).

Sulla base di questo scenario nei recenti Piani sanitari nazionali risulta, tra gli obiettivi la necessità di realizzare una ristrutturazione, riorganizzazione e riqualificazione, della rete ospedaliera, e di sviluppare, nell'ambito di questa rete di offerta, centri di eccellenza clinica, sede delle *best practice*, basate sulle evidenze scientifiche disponibili.

Nel piano sanitario 2003-2005 è stata programmata ad esempio la rimodulazione della rete ospedaliera, con la creazione, da un lato, di centri di eccellenza, e dall'altro la trasformazione dei piccoli ospedali in centri distrettuali, da raggiungere attraverso una graduale riduzione, che conduca allo standard di 4 posti letto per pazienti acuti ogni mille abitanti e di 1 posto letto ogni mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza.

Naturalmente i centri di eccellenza dovrebbero essere integrati tra loro in modo da realizzare un proficuo scambio di conoscenze e di professionalità atte a garantire la continuità e la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche nei casi in cui siano coinvolti più livelli di assistenza. In questo senso, sia l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 24/07/2003, che l'Accordo di Cernobbio dell'aprile 2004, hanno sancito la necessità, fra le azioni prioritarie, di sviluppare una rete di centri di eccellenza e di promuovere il governo clinico quale strumento di sostegno delle politiche di miglioramento della qualità.

Di seguito si riportano alcuni dati essenziali relativi alle caratteristiche dell'offerta ospedaliera italiana (tab. 7).

Tabella 7. Distribuzione regionale degli istituti di ricovero pubblici per classi di posti letto e dimensione media delle strutture – Anno 2004

Regione	Numero istituti pubblici per classi di posti letto			Dimensione media (posti letto)
	≤ 120	121-400	> 400	
Piemonte	8	12	22	341
Valle d'Aosta		0	1	448
Lombardia	4	18	33	580
P.A. Bolzano	2	3	2	275
P.A. Trento	8	4	1	145
Veneto	7	10	21	443
Friuli V.G.	4	11	3	246
Liguria	5	4	9	341
Emilia R.	2	10	16	515
Toscana	15	16	13	277
Umbria	2	6	3	260
Marche	20	12	2	158
Lazio	28	36	13	236
Abruzzo	6	12	4	220
Molise	1	6	1	181
Campania	24	37	8	191
Puglia	2	24	10	355
Basilicata	3	4	2	253
Calabria	23	10	4	140
Sicilia	27	31	14	204
Sardegna	15	14	4	180
Italia	206	280	186	285

Fonte: Ministero della Salute – Sistema informativo sanitario

La rete ospedaliera italiana appare quindi essere ancora costituita in maggioranza da istituti medio-piccoli. A fronte di una dimensione media di 285 posti letto per ospedale, esistono ancora più di 200 strutture pubbliche (circa 1/3 del totale) con meno di 120 posti letto, concentrate nelle regioni del centro-sud del Paese.

L'analisi della distribuzione regionale delle risorse "posti letto" (pl) evidenzia una discreta disomogeneità territoriale nella dotazione, che varia complessivamente da oltre 5,5 pl per 1.000 ab. nel Lazio e in Molise a meno di 4,5 pl per 1.000 ab. in Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e in molte regioni meridionali (Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia).

Per quanto riguarda, in particolare, la disponibilità di posti letto di riabilitazione e lungodegenza, si rileva diffusamente una notevole carenza dell'offerta sanitaria territoriale, eccetto che in Piemonte, Lazio e Provincia di Trento (tab. 8).

Tabella 8. Distribuzione regionale dell'indicatore "posti letto per 1.000 abitanti" distinto per le discipline per acuti e per la riabilitazione e lungodegenza – Anno 2005

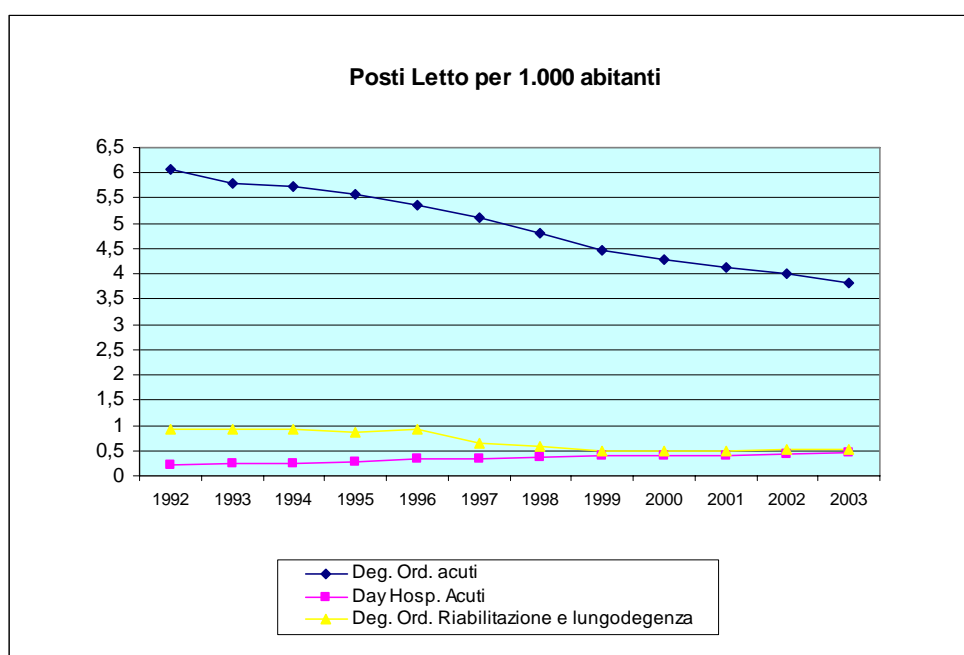
POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2005

Regione	Posti Letto per 1.000 abitanti		
	per Acuti	per Riabilitazione e Lungodegenza	Totale
PIEMONTE	3,5	0,9	4,4
VALLE D'AOSTA	3,8	0,0	3,8
LOMBARDIA	4,0	0,7	4,7
PROV. AUTON. BOLZANO	4,2	0,6	4,8
PROV. AUTON. TRENTO	3,8	1,4	5,2
VENETO	3,7	0,6	4,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,4	0,2	4,6
LIGURIA	4,5	0,3	4,8
EMILIA ROMAGNA	4,0	0,9	4,9
TOSCANA	4,0	0,3	4,3
UMBRIA	3,8	0,2	4,0
MARCHE	3,8	0,5	4,3
LAZIO	4,6	1,2	5,8
ABRUZZO	4,6	0,6	5,2
MOLISE	4,9	0,7	5,6
CAMPANIA	3,3	0,3	3,6
PUGLIA	3,5	0,4	3,9
BASILICATA	4,0	0,2	4,2
CALABRIA	4,0	0,5	4,5
SICILIA	4,0	0,2	4,2
SARDEGNA	4,8	0,1	4,9
ITALIA	4,0	0,6	4,6

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera e lo sviluppo dell'attività diurna, insieme alla promozione dell'appropriatezza, hanno inciso nel tempo sulla diminuzione dei posti letto ordinari, in buona parte riconvertiti nella modalità di degenza diurna. Numerose disposizioni legislative, finalizzate al contenimento della spesa sanitaria anche attraverso politiche di decentramento sul territorio dell'offerta sanitaria, hanno determinato, nell'ultimo decennio, una rilevante diminuzione della dotazione di posti letto, da oltre il 7 per 1.000 abitanti del 1992 al 4,6 per 1.000 registrato nell'anno 2005, comprensivo dei posti letto per acuzie e riabilitazione e lungodegenza (fig. 6).

Figura 6.



Fonte: Ministero della Salute

In relazione, infine, alla dotazione dei *Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA)* relativamente all'anno 2005, presso i 673 presidi ospedalieri pubblici risultano 329 DEA, pari al 49,2% del totale degli

ospedali, 362 Centri di Rianimazione, pari al 54,1% del totale delle strutture, e 540 Pronto Soccorsi, pari all'80,7% (tab. 9).

Tabella 9.

SERVIZI PER LE EMERGENZE - ANNO 2005

Regione	STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE					
	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
PIEMONTE	28	71,8	30	76,9	27	69,2
VALLE D'AOSTA	1	100,0	1	100,0	1	100,0
LOMBARDIA	37	63,8	41	70,7	39	67,2
PROV. AUTON. BOLZANO	4	57,1	6	85,7	5	71,4
PROV. AUTON. TRENTO		0,0	7	58,3	2	16,7
VENETO	24	60,0	32	80,0	25	62,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	72,2	15	83,3	12	66,7
LIGURIA	10	55,6	15	83,3	11	61,1
EMILIA ROMAGNA	19	65,5	27	93,1	21	72,4
TOSCANA	30	69,8	35	81,4	27	62,8
UMBRIA	6	54,5	9	81,8	6	54,5
MARCHE	15	45,5	28	84,8	13	39,4
LAZIO	25	32,1	45	57,7	26	33,3
ABRUZZO	15	68,2	21	95,5	13	59,1
MOLISE	5	62,5	6	75,0	5	62,5
CAMPANIA	31	46,3	60	89,6	43	64,2
PUGLIA	22	61,1	33	91,7	21	58,3
BASILICATA	4	44,4	8	88,9	6	66,7
CALABRIA	12	32,4	31	83,8	11	29,7
SICILIA	24	34,3	65	92,9	32	45,7
SARDEGNA	4	12,1	25	75,8	16	48,5
ITALIA	329	49,2	540	80,7	362	54,1

Fonte: Ministero della Salute

Presso le 543 Case di Cura accreditate risultano presenti 22 DEA, pari al 4,0% del totale, 42 Centri di Rianimazione, pari al 7,6% delle Case di cura accreditate e 47 Pronto Soccorsi pari all' 8,5% (tab. 10).

Tabella 10.

SERVIZI PER LE EMERGENZE - ANNO 2005

Regione	CASE DI CURA ACCREDITATE					
	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
PIEMONTE	0	0,0	0	0,0	3	7,0
VALLE D'AOSTA						
LOMBARDIA	8	11,4	17	24,3	14	20,0
PROV. AUTON. BOLZANO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
PROV. AUTON. TRENTO	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VENETO	1	6,7	0	0,0	0	0,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0,0	1	20,0	1	20,0
LIGURIA	0	0,0	0	0,0	1	33,3
EMILIA ROMAGNA	0	0,0	1	2,2	3	6,5
TOSCANA	1	3,7	1	3,7	1	3,7
UMBRIA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
MARCHE	0	0,0	1	7,7	1	7,7
LAZIO	2	2,4	4	4,8	2	2,4
ABRUZZO	0	0,0	0	0,0	3	23,1
MOLISE	1	33,3	0	0,0	1	33,3
CAMPANIA	7	9,9	18	25,4	8	11,3
PUGLIA	1	3,1	1	3,1	1	3,1
BASILICATA	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CALABRIA	0	0,0	2	5,3	0	0,0
SICILIA	1	1,6	1	1,6	2	3,3
SARDEGNA	0	0,0	0	0,0	1	7,7
ITALIA	22	4,0	47	8,5	42	7,6

Fonte: Ministero della Salute

4.1.2. La promozione del territorio

Il PSN 2006-2008 considera importante ambito di rinnovamento del SSN la riorganizzazione delle Cure Primarie, attraverso un “*processo di riassetto organizzativo e funzionale, che comporti un maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio*”.

Le Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio sanitario nazionale. Nell'ambito delle Cure Primarie, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo centrale: infatti, attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio (MCA, Specialisti ambulatoriali), determinano lo sviluppo di forme di assistenza primaria in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore

quotidiane e 7 giorni alla settimana. Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato, nell'attuale contesto sanitario, dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, vede l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali, basati su un approccio multidisciplinare al paziente, volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali, al fine di garantire l'efficacia della continuità delle cure.

A tal fine, con le intese Stato-Regioni del 29 Luglio 2004 e del 9 febbraio 2006, si stabilisce la necessità di costituire una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associativa prevedendo, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di Assistenza Primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone e di perseguire il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

A livello nazionale, nell'anno 2004, la medicina di base è stata garantita da 47.111 MMG e da 7.358 PLS con una media del numero di assistiti per medico pari a 1.107, che a livello regionale vede attenuarsi la differenza, rispetto all'anno 2003, evidenziata tra il numero minimo di assistiti per medico nel Lazio (che è passato da 994 a 1.015) ed un numero massimo nella Provincia autonoma di Bolzano (da 1.708 a 1.686).

Relativamente alla Pediatria, ad ogni PLS sono state iscritti in media 805 assistiti con una differenza che va, a livello regionale, da un minimo di 735 (733 nel 2003) della Sardegna ad un massimo di 942 assistiti (887 nel 2003) della Provincia autonoma di Bolzano (che, comunque, ha nell'Accordo di convenzione un massimale di 1000 scelte/PLS).

La continuità assistenziale, infine, nell'anno 2004 è stata garantita da 13.876 medici titolari, con una media di 23 per 100.000 abitanti (media che oscilla da un minimo di 6/100.000 ab. della Provincia autonoma di Bolzano ad un massimo di 73/100.000 ab. della Regione Basilicata).

Rispetto all'assistenza domiciliare l'analisi effettuata evidenzia:

- che il 91,7 % delle Aziende sanitarie locali ha organizzato l'ADI nei confronti di pazienti che necessitano di intervento integrato di servizi Sanitari e Sociali;

- nell'86,7 % delle Aziende sanitarie locali il MMG è presente nell'Unità di Valutazione multidimensionale che valuta il bisogno del paziente e seleziona la risposta appropriata;
- l'assistenza Domiciliare Programmata (ADP) è stata organizzata nella quasi totalità delle ASL per pazienti con impossibilità permanente a raggiungere lo studio dei MMG;
- per l'Assistenza domiciliare residenziale (ADR), nel Sud si riscontra il numero inferiore delle ASL (12,8%) che hanno organizzato l'ADR nei confronti degli ospiti in residenze protette, Nord (66,3%), Centro (83,8%), Isole (35,7%).

4.1.3. Il farmaco

L'assistenza farmaceutica rappresenta una componente essenziale dell'offerta del SSN. Per analizzare e quantificare le varie voci e gli andamenti della spesa farmaceutica, l'AIFA si avvale dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed). I dati qui sintetizzati si riferiscono all'uso territoriale dei farmaci prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e all'acquisto privato da parte dei cittadini nell'anno 2005.

L'analisi condotta dall'OsMed evidenzia che la spesa farmaceutica territoriale totale, pubblica e privata, ha raggiunto nel 2005 i 19.459 milioni di euro, con un aumento dell'1,4% rispetto al 2004; la quota di spesa privata è aumentata del 6,3% mentre si riscontra una leggera flessione della spesa pubblica (-0,6%) (tab. 11).

Tabella 11. Spesa farmaceutica territoriale e volume dei consumi: confronto 2004-2005

	2004 (milioni)	2005 (milioni)	(% 05/04)
1 Spesa lorda *	13.491	13.408	-0,6
Acquisto privato di farmaci			
2 a carico SSN **	619	837	35,2
1+2 Totale	14.110	14.245	1,0
Quota a carico SSN (%)	96	94	
3 Classe C con ricetta	3.035	3.102	2,2
Automedicazione			
4 (SOP e OTC)	2.040	2.113	3,5
2+3+4 Totale spesa privata	5.694	6.051	6,3
1+2+3+4 Totale spesa farmaceutica	19.185	19.459	1,4

* Negli anni 2001 – 2002 in questa voce sono stati ricompresi i farmaci di classe A e B

** Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed)
Nella seconda metà del 2005 è entrato in vigore il DL per il contenimento del prezzo dei farmaci di fascia C

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)

Le dosi di farmaco prescritte a carico del SSN sono state 807 ogni 1.000 abitanti, con un aumento del 39% rispetto al 2000. Nel complesso, ogni abitante ha ricevuto in media 28 confezioni di farmaci di cui 15 a carico del SSN e 13 acquistate privatamente.

Dall'approfondimento della prescrizione nella popolazione, effettuato sulla base dei dati provenienti da sistemi di monitoraggio relativi a un campione di oltre 26 milioni di assistibili, si rileva che sette persone su dieci hanno ricevuto nel corso del 2005 almeno una prescrizione. La spesa ed il consumo aumentano con l'età: la popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 55% della spesa ed il 58% delle dosi.

In relazione ai consumi per classe terapeutica, i farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano da soli circa la metà delle dosi prescritte, con un aumento di circa il 5% rispetto al 2004. I farmaci del sistema gastrointestinale sono al secondo posto in termini di consumi e rappresentano oltre l'11% delle dosi. Rispetto al 2004 sono in crescita i consumi dei farmaci del sistema nervoso centrale e di quelli ematologici. Tra le categorie terapeutiche, gli antagonisti dell'angiotensina II, da soli o in associazione con i diuretici, fanno registrare importanti aumenti sia in

termini di spesa che di dosi; aumenti importanti si osservano anche per i bifosfonati utilizzati per la prevenzione dell'osteoporosi e per gli analgesici oppiacei.

A livello territoriale, il consumo di farmaci è maggiore nel Centro-Sud rispetto al Nord, e mostra una consistente variabilità tra le Regioni, con un range compreso tra le 638 *Defined Daily Dose* (Dose giornaliera di farmaco - DDD) di Bolzano e le 979 del Lazio (tab. 12).

Tabella 12. Consumi farmaceutici territoriali a carico SSN (popolazione pesata)

	Spesa lorda pro capite	Confezioni pro capite	DDD/1000 ab die
Piemonte	195,9	12,9	705,5
Val d'Aosta	188,6	13,8	757,9
Lombardia	207,3	13,2	722,7
Bolzano	183,4	11,2	637,8
Trento	171,2	12,4	674,8
Veneto	194,5	13,6	749,9
Friuli VG	191,6	13,7	754,7
Liguria	225	14,9	791,4
E. Romagna	192,2	14,5	791,1
Toscana	186,2	14,6	768
Umbria	195,5	15,3	810,2
Marche	203,4	14,9	776,2
Lazio	306,6	19	979,4
Abruzzo	225	15,6	785,9
Molise	217,9	13,9	699,3
Campania	258,1	18,8	889
Puglia	274,7	16,7	826,1
Basilicata	209,7	15,5	777,9
Calabria	277,1	17,8	875,8
Sicilia	299,5	18,6	913,1
Sardegna	254,7	16,1	849,6
Italia	231,6	15,5	806,9
Nord	200,1	13,5	739,7
Centro	243,2	16,6	867,1
Sud e Isole	268,7	17,6	864,5

Fonte: Osmed

Gli stessi estremi regionali si osservano per la spesa pro capite. Consistente è anche la variabilità regionale in termini di costo medio delle dosi prescritte. Calabria e Puglia sono le Regioni con il maggior incremento di spesa netta pro capite (rispettivamente +5,7% e +3,7%).

Nel campo dell'assistenza farmaceutica, inoltre, è attivo un accurato sistema di *farmacovigilanza* ed un importante progetto di "Tracciabilità del farmaco" che ha previsto l'istituzione di una banca dati centrale per la raccolta e la registrazione dei movimenti di ogni prodotto farmaceutico commercializzato in Italia.

4.1.4. Sicurezza alimentare: più tutela per ciò che portiamo in tavola.

L'evoluzione dell'interesse dei consumatori verso la salubrità degli alimenti ha indotto la Commissione Europea e, sul piano nazionale, il Ministero della Salute, a considerare come priorità strategica il raggiungimento degli standard più elevati possibili di sicurezza alimentare.

La strada da percorrere a tale scopo si snoda attraverso varie tappe:

1. l'applicazione del nuovo quadro giuridico del settore alimentare, che riflette la politica "Dai campi alla tavola", andando a coprire l'intera catena alimentare;
2. l'attribuzione al mondo della produzione della responsabilità primaria di una produzione alimentare sicura;
3. l'esecuzione di appropriati controlli ufficiali;
4. la capacità di attuare rapide ed efficaci misure di salvaguardia di fronte ad emergenze sanitarie che si manifestino in qualsiasi punto della catena alimentare;
5. l'attenzione verso nuove problematiche emergenti.

Altrettanto strategico, così come previsto dal Regolamento europeo sulla sicurezza alimentare, è il dovere di comunicazione ai consumatori, i quali devono essere tenuti adeguatamente informati sull'attività degli organismi istituzionalmente preposti ad assicurare la salubrità degli alimenti, sulle nuove preoccupazioni in materia di sicurezza alimentare, sui rischi che certi

alimenti possono presentare per determinati gruppi di persone, sulle ripercussioni a livello sanitario di un regime alimentare inappropriato.

Per quest'ultimo sono state elaborate Linee guida in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, relative alla Rintracciabilità dei prodotti alimentari da applicarsi nel corso del 2005.

Nel corso del 2005 sono stati affrontati diversi aspetti applicativi dei Regolamenti d'Igiene (n. 852-853-854 e 882 e successive modifiche ed integrazioni) in collaborazione con le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, che vengono di seguito riportati e che sono approfonditi nel testo della Relazione:

- controllo ufficiale sui residui dei prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale;
- attività relative al Piano Nazionale Residui;
- notifiche comunitarie attivate dal sistema di allerta;
- attività svolte nell'ambito della promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione di patologie correlate a carenze nutrizionali (come ad es. difetti del tubo neurale, celiachia, ecc).

4.1.5. La sanità veterinaria

La sanità animale riveste un ruolo di primo piano all'interno del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria. La salute degli animali domestici è ritenuta infatti un requisito essenziale all'interno della politica comunitaria in materia di sicurezza alimentare, basata sul controllo "completo e integrato" della produzione degli alimenti nelle diverse fasi produttive che vanno "dal campo alla tavola".

La sanità degli animali domestici non è rilevante solo nel contribuire alla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo, ma assume oggi un significato molto più esteso, che include anche le malattie infettive degli animali non trasmissibili alla specie umana.

Negli ultimi decenni, infatti, l'insorgenza di epidemie in diversi stati membri della Unione europea ha avuto impatti significativi sull'economia di

intere filiere produttive con danni quantificabili in centinaia di milioni di euro.

Ciò è da ricondursi a fattori quali la mortalità o il calo delle produzioni degli animali colpiti, ma in particolare all'applicazione di misure restrittive previste dalle norme comunitarie e internazionali dirette al contenimento della malattia e al crollo di fiducia da parte dei consumatori con forte riduzione dei consumi di prodotti di origine animale.

In alcuni casi i fenomeni epidemici hanno avuto effetto negativo anche su attività non direttamente correlate all'industria zootecnica quali ad esempio il turismo.

Da qui risulta evidente come la prevenzione e la gestione delle emergenze epidemiche assuma oggi un ruolo prioritario nell'ambito dell'attività del Dipartimento di sanità pubblica veterinaria.

Oltre al controllo delle malattie epidemiche vi è da tenere in considerazione l'attività che riguarda il controllo delle malattie già esistenti sul territorio nazionale, per le quali sono attivi dei piani di sorveglianza o eradicazione.

In generale in Italia lo stato sanitario generale degli animali è migliorato, tuttavia rimangono attive in alcuni territori problematiche che impediscono la completa eradicazione di malattie per le quali sono attivi piani finanziati dal Ministero della Salute con la compartecipazione Unione europea.

5. POTENZIARE I FATTORI DI SVILUPPO DELLA SANITÀ: LA PRATICA DEL GOVERNO CLINICO E DEGLI *OUTCOME*

Visto che tutti i paesi sviluppati continuano a registrare una crescita della domanda di prestazioni sanitarie, le politiche e le iniziative tese a razionalizzare le strategie di offerta si mostrano insufficienti nel lungo periodo se non vengono affiancate da una corretta politica di governo della domanda, che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate.

La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di politiche di *governo clinico*, che vedano tutti i protagonisti della salute direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Dal concetto di governo clinico dovrebbero discendere livelli più elevati di qualità, in primo luogo, e poi di efficienza, configurando un processo in cui i diversi attori del sistema – pazienti, professionisti ed organizzazioni – diventano parti integranti ed inscindibili di un unico sistema finalizzato allo sviluppo della salute. Aspetto - chiave per il corretto funzionamento di un simile sistema diventa l'informazione sia sulla dimensione terapeutica, che sugli attori e sui processi clinici.

Il Ministero ha inteso, nel corso dell'anno 2005, dare impulso all'attuazione delle politiche di governo clinico individuando cinque linee prioritarie:

- lo sviluppo della *organizzazione dipartimentale*, in quanto formula organizzativa capace di fornire cure integrate e di evitare sovrapposizioni e, pertanto, sprechi di risorse. In questo ambito, il Ministero ha avviato una indagine specifica sullo stato di avanzamento del processo di dipartimentalizzazione, da cui è emersa una situazione complessivamente soddisfacente, anche se ancora non mancano le resistenze – soprattutto nell'ambito della gestione delle risorse umane sul territorio – e le difficoltà legate ad una insufficiente dotazione nei sistemi informativi a livello locale;
- la *sicurezza dei pazienti*, soprattutto rispetto alla comparsa e diffusione di “eventi avversi” ovvero di disagi e/o di veri e propri danni alla salute, in

qualche modo correlati a terapie erogate in modo inappropriato. Per evitare l'esposizione degli utenti a tali eventualità, il Ministero si è proposto, da un lato, di monitorare ed analizzare tali eventi, e, dall'altro, di assicurare, anche attraverso una formazione adeguata degli operatori, che la probabilità che tali eventi si manifestino sia ridotta al minimo;

- la *implementazione di linee-guida per la erogazione dell'assistenza* che, fissando standard condivisi di processo e di esito, assicurino l'erogazione di cure adeguate alla domanda;
- il *coinvolgimento dei pazienti nei percorsi terapeutici*, affinché diventino sempre più consapevoli delle procedure di cura in cui sono coinvolti e siano in grado sia di assicurare un buon livello di "*compliance*", oltre che di esercitare capacità di controllo sulla correttezza delle cure medesime;
- la *misurazione degli "outcome"* e, quindi, della *performance* del servizio a tutti i suoi livelli.

Sulla base di tali intenti, è parso indispensabile lavorare allo sviluppo e alla ottimizzazione di un *rinnovato Sistema Informativo Sanitario* in grado di produrre informazioni che rispondessero ai criteri di affidabilità e di confrontabilità ai diversi livelli di sistema.

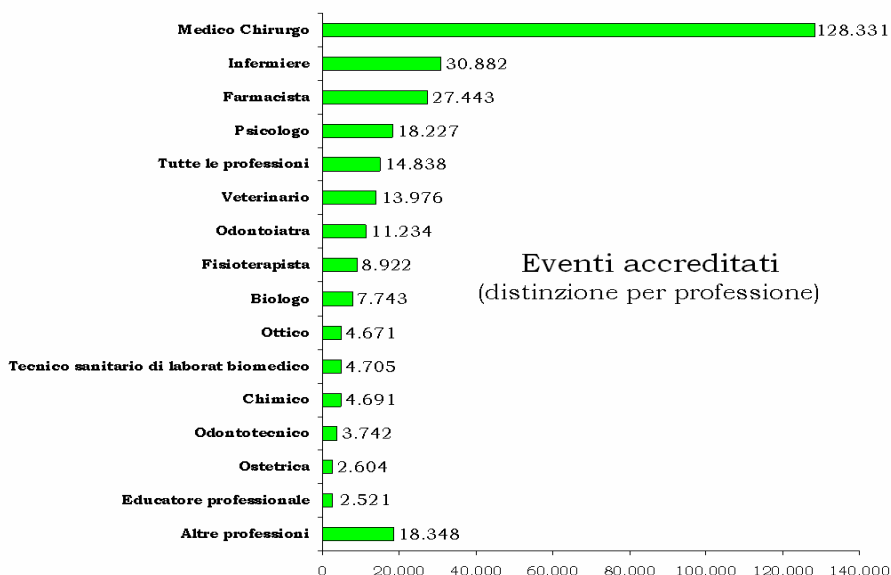
Soprattutto si è avvertita la necessità di creare un "linguaggio comune" tra le diverse realtà regionali e di arrivare, in tal modo, ad una buona comparabilità dei dati raccolti sul territorio. E' in questo ambito che, in sede di Conferenza Stato-Regioni, nel 2003 è stato raggiunto un accordo significativo con l'approvazione del *Programma "Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale"*, volto all'obiettivo esplicito di raccogliere dati omogenei e, pertanto, confrontabili.

6. GLI OPERATORI SANITARI E LA FORMAZIONE CONTINUA

Parallelamente allo sviluppo del Sistema Informativo, si è attribuito uno spazio significativo alla formazione delle *risorse umane* del Servizio Sanitario.

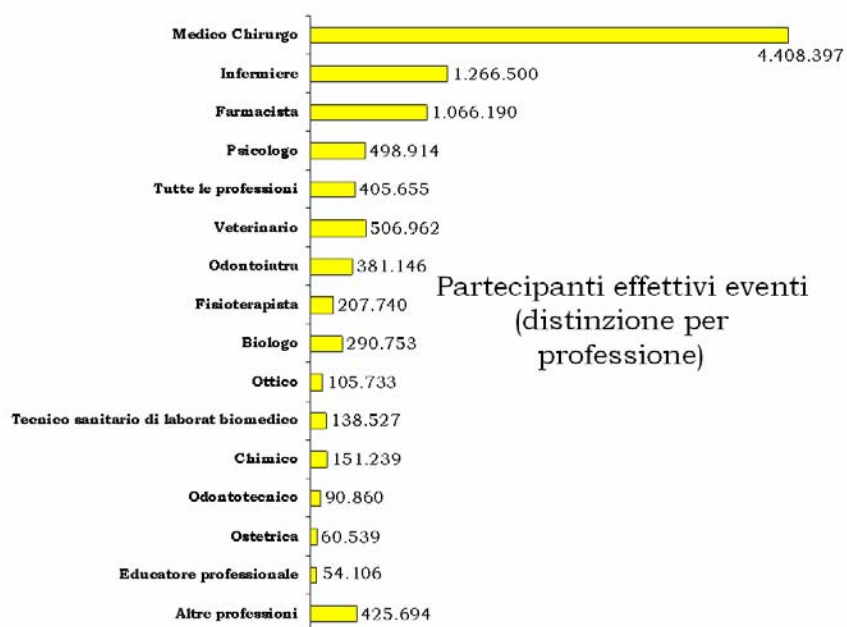
A partire dal 2002 è stato avviato in via sperimentale, da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, il programma nazionale di Educazione Continua in Medicina (ECM), all'interno del quale sono state definite le linee portanti per la partecipazione del personale alle attività formative. La Commissione ha varato il Piano nazionale per l'aggiornamento professionale per il triennio 2006-2008, identificando i criteri necessari e i requisiti minimi da soddisfare affinché un Istituto possa erogare formazione per il SSN. Attualmente il sistema informativo ECM registra un numero di soggetti formatori, tra pubblici e privati, che supera il numero delle 8000 unità. Il numero di singole attività formative, ovvero progetti formativi aziendali e eventi formativi residenziali, comprensivo delle edizioni, supera il milione di unità (oltre 300.000 tra eventi e progetti formativi e relative edizioni) (figg. 7 e 8).

Figura 7 – Eventi ECM accreditati (per professione)



Fonte: Ministero della Salute

Figura 8 – Partecipanti effettivi eventi (per professione)



Fonte: Ministero della Salute

7. LA RICERCA

La strategia del Ministero della Salute per quanto riguarda la ricerca ha avuto quale obiettivo primario quello di *sviluppare reti di eccellenza* nell'ambito del SSN, finalizzate alla promozione di collaborazioni pubbliche e private.

In particolare per quanto concerne gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), il Ministero ha favorito l'aggregazione degli IRCCS, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'ISPELS, con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca, anche al fine di facilitare l'accesso ai fondi europei del VI e VII Programma Quadro, ai fondi del PNR 2006-2008 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex L. 297/99.

Tra gli esempi dello sviluppo della collaborazione in rete tra gli Istituti e gli Enti di ricerca biomedici italiani figura peraltro la costituzione del *servizio Bibliosan*, che sfruttando le opportunità offerte dalle reti informatiche costituisce un efficace ed efficiente servizio di *database scientifico online*.

Infine, con l'ottica del miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino, il Ministero della Salute ha finanziato progetti per la sperimentazione di modelli assistenziali, coinvolgendo le organizzazioni del volontariato, in relazione:

- alle malattie rare;
- alle malattie ad alto impatto sociale (patologie oncologiche, cardiologia, diabetologica, terapia del dolore);
- ai soggetti fragili come gli anziani.

8. INDIRIZZI PER IL FUTURO E CONCLUSIONI

Lo stato sanitario dell'Italia, illustrato in questa Relazione, presenta molti aspetti soddisfacenti.

In particolare, se si considera la risposta del Paese ad iniziative di tipo preventivo, che cominciano a dare i loro frutti, si può ben sperare per l'andamento epidemiologico di alcune patologie. Ad esempio, si osserva una diminuzione costante del fumo di tabacco (noto fattore di rischio per molte patologie di tipo respiratorio, cardiovascolare e oncologico), una riduzione progressiva della mortalità per tumore (merito delle campagne di *screening* e delle diagnosi fatte più precocemente, che permettono interventi terapeutici più efficaci), una diminuzione dei casi notificati di AIDS e dei relativi decessi.

Tuttavia, vi sono ancora aree che possono essere migliorate: le malattie respiratorie croniche sono tuttora un problema diffuso, il consumo di alcool rimane piuttosto elevato, soprattutto nelle fasce di età più giovani, il diabete e l'obesità hanno una diffusione preoccupante, specialmente per le possibili complicazioni future.

Inoltre, vi sono fenomeni epidemiologici ai quali prestare grande attenzione, come la crescente presenza di anziani, che da un lato dimostra la qualità sostanzialmente buona del nostro sistema sanitario, ma che dall'altro desta preoccupazione per le patologie correlate all'età avanzata e per i relativi problemi di assistenza socio-sanitaria. Contemporaneamente, si osservano elementi di criticità per quanto riguarda i dati sull'immigrazione da Paesi extra-europei.

Un quadro complesso e articolato, dunque, che presenta molti motivi di ottimismo ma che indica anche la necessità di nuovi interventi di programmazione sanitaria.

In questa cornice, ben si inquadrano molte iniziative che il Ministero della Salute ha in parte già intrapreso ed altre che intende promuovere in futuro, tra cui le linee strategiche denominate *New Deal*.

Il *New Deal* per la sanità italiana è un piano d'azione interministeriale che si articola secondo nove "temi chiave":

1. *La fiducia*: ricreare il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il sistema sanitario.
2. *La qualità*: promuovere la qualità come principio trasversale ispiratore di ogni atto sanitario, ma anche di ogni procedura gestionale ed amministrativa.
3. *L'umanizzazione*: rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore.
4. *L'unitarietà del sistema*: promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze.
5. *La responsabilità*: diffondere la responsabilità che deve riguardare tutti gli attori, a partire dal medico e dal soggetto pubblico e deve coinvolgere anche il cittadino affinché la malattia sia evitata (“il dovere di non ammalarsi”).
6. *La legalità*: garantire la legalità che deve tornare ad essere un principio guida universale di tutto il sistema.
7. *La cultura dei risultati*: introdurre strumenti di valutazione e misurazione di ciò che si garantisce ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute.
8. *La politica delle alleanze*: coinvolgere, con le Istituzioni pubbliche, le professioni mediche e sanitarie, le associazioni ed il volontariato, i cittadini, gli attori economici e sociali.
9. *L'Europa e il mondo*: costruire una politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell'Italia nelle sedi europee e nelle organizzazioni di cooperazione internazionale.

Il *New Deal* considera anche le grandi criticità, quali i tempi di attesa, l'autosufficienza del Mezzogiorno, le carenze e le disuguaglianze nell'oncologia, ma indica anche molte possibili soluzioni.

Il documento, infine, ribadisce con decisione la necessità di “*quattro sicurezze*” che devono essere garantite ai cittadini:

- la sicurezza delle cure;
- la sicurezza nei luoghi di lavoro e nell'ambiente domestico;
- la sicurezza ambientale;
- la sicurezza alimentare.

In settembre 2006 è stato definito tra Governo e Regioni anche un nuovo *Patto per la Salute*, che si compone di un accordo non solo normativo e programmatico ma anche finanziario, e che ha quale obiettivo quello di offrire più risorse, più servizi, più efficienza e di combattere gli sprechi.

Le iniziative che si intendono sviluppare comprendono:

- l'implementazione di maggiori servizi per la salute della donna e del bambino;
- la destinazione di maggiori fondi per sviluppare una rete di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti e i malati cronici;
- l'incremento degli *screening* per le malattie più importanti, a partire dal cancro (soprattutto al Sud, dove la prevenzione è ancora un'eccezione);
- la destinazione di finanziamenti più consistenti per la ricerca, con l'obiettivo di creare una "rete di cervelli italiani" e di rafforzare lo studio di soluzioni assistenziali per le malattie rare;
- l'erogazione di investimenti nelle regioni meridionali, con l'obiettivo specifico dell'apertura di nuove radioterapie oncologiche pubbliche;
- la lotta decisa contro la malasana e chi danneggia il sistema sanitario e, di conseguenza, il cittadino;
- la promozione delle cure prestate dai medici di famiglia e dai pediatri, anche attraverso l'iniziativa della Casa della Salute;
- la responsabilizzazione individuale del cittadino e la sua compartecipazione alla spesa sanitaria, per migliorare l'efficienza dei servizi e per garantire il diritto alle cure per tutti.

Per quanto riguarda, poi, il *Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007*, la crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, e la necessità di armonizzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e di educazione e promozione della salute, che vengono effettuati in Italia con modalità diverse da regione a regione, hanno fatto nascere l'esigenza di definire un Piano Nazionale della Prevenzione, tenendo conto anche del peso finanziario di queste patologie a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione, affidato al Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), vede tra i compiti istitutivi, quello di coordinare i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva con le regioni. Gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione, che avrà durata triennale per permettere la messa a regime degli interventi, sono in sintesi:

- la prevenzione della patologia cardiovascolare, a sua volta suddivisa in:
 - * diffusione della carta del rischio,
 - * prevenzione dell'obesità,
 - * prevenzione delle complicanze del diabete,
 - * prevenzione delle recidive;
- lo *screening* dei tumori;
- la prevenzione degli incidenti;
- il piano delle vaccinazioni.

Per ciò che attiene al *Progetto nazionale per le cure sicure*, il numero di infezioni ospedaliere in Italia appare da anni in linea con i dati registrati negli altri Paesi europei con un'incidenza media tra il 4,5 e il 7% dei ricoveri (pari a circa 450.000/700.000 casi, con una mortalità dell'1%) a fronte del 3,6% della Germania e del 13% della Svizzera.

Il 30% delle infezioni ospedaliere è facilmente evitabile con l'adozione di semplici regole igieniche che vanno dal lavaggio delle mani al rispetto di norme per la cura delle ferite e la pulizia del paziente durante l'assistenza.

Il restante 70% delle infezioni è legato alle condizioni cliniche del paziente e alla sempre maggiore incidenza di batteri resistenti agli antibiotici, fattore per cui sono stati messi a punto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) appositi strumenti di controllo dell'antibiotico-resistenza, presente soprattutto in alcuni ceppi di batteri quali lo *Pseudomonas aeruginosa*, lo *Stafilococco aureus*, l'*Enterobacter*, lo *Stenotrophomonas maltophilia* e l'*Acinetobacter*.

Al fine di ottimizzare gli interventi per contrastare in modo particolare le infezioni ospedaliere prevenibili, il "Progetto nazionale per le cure sicure", varato in ottobre 2006 dal CCM, in accordo con le Regioni dal Ministero della Salute e attivo attualmente in 14 Regioni in attesa di estenderlo in tutta Italia, prevede:

- di sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie;
- di sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria residenziale e domiciliare e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale;
- di definire requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- di promuovere l'adesione di pratiche assistenziali basate su valide e convalidate conoscenze scientifiche ("*evidence-based*") attraverso:
 - a) la diffusione di Linee Guida,
 - b) la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- di realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare.

Il progetto rientra nel programma dell'Organizzazione mondiale della sanità "Sfida alla salute globale del paziente" (GPSC - "*Global Patient Safety*")

Challenge”), che riguarda l’impegno a garantire la salute del paziente attraverso il controllo delle infezioni ospedaliere.

Come viene illustrato nella Relazione, le parole chiave principali della sanità italiana riguardano dunque oggi soprattutto la gestione del “sistema-salute”, ed in modo particolare la qualità e la umanizzazione dei servizi nel rapporto con gli utenti, di modo da puntare a recuperare presso questi ultimi alti livelli di fiducia negli operatori e nei servizi. Ciò implica che, sul versante dell’offerta, vi sia il recupero e il rispetto della cultura della legalità, del risultato, dell’uguaglianza dei cittadini nella fruizione delle cure e, quindi, del senso di responsabilità che deve caratterizzare l’operato di tutti gli attori del sistema. Ma implica anche uno sguardo di più ampio respiro a livello gestionale del sistema-salute, che faccia riferimento alla collaborazione con tutti quanti operano al servizio della salute collettiva all’interno del Paese e, parimenti, faccia riferimento ad una presenza assidua e competente dell’Italia negli organismi di cooperazione internazionale.