



## Presentazione

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese anni 2007-2008, rappresenta uno straordinario strumento di analisi sulla situazione epidemiologica, i determinanti di salute, le risposte in termini di prevenzione, assistenza, riabilitazione, la qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

Il prezioso lavoro ha interessato, in uno sforzo di rappresentazione della realtà e prospettazione di scenari futuri, qualificati dirigenti del settore salute ed autorevoli esperti del mondo scientifico e della ricerca nazionale, che ringrazio per la competenza e la capacità di lettura di una realtà complessa ed in continuo divenire come quella sanitaria.

La ponderosa relazione potrà sicuramente aggiungere elementi conoscitivi e nuove prospettive in un momento come l'attuale, caratterizzato da impegnativi processi innovativi del sistema istituzionale Paese, *in primis* la riforma federalista dello Stato e la necessità irrinunciabile di mantenere e qualificare l'intero Servizio Sanitario Nazionale nel contesto internazionale, in particolare europeo.

L'epoca in cui viviamo è interessata da profonde trasformazioni economiche, tecnologiche, del tessuto sociale, che condizionano pesantemente l'assetto demografico della popolazione, il quadro epidemiologico, i bisogni di salute, una nuova percezione dei diritti del cittadino e pertanto richiedono una nuova concezione ed organizzazione del modello terapeutico ed assistenziale.

Il recente Libro Bianco "sul futuro del modello sociale" individua i limiti e le potenzialità del modello erogativo dei servizi, quindi le sfide future, definisce i valori fondanti del nuovo *welfare*, nonché una *vision* basata su opportunità e responsabilità. Viene posto inoltre l'attualissimo problema della sostenibilità del sistema, dell'equità all'accesso dei servizi e della garanzia dei livelli di assistenza.

La volontà di porre il cittadino al "centro" rappresenta non solo una indiscutibile dichiarazione di principio, ma apre una sfida all'intera comunità, per il ripensamento delle modalità assistenziali, della centralità delle reti, nella fase preventiva, acuta, riabilitativa, che possano prendere in carico il cittadino nella dimensione di salute, umana, familiare.

Sostenibilità del sistema, qualità e sicurezza delle prestazioni, accessibilità ai servizi nelle grandi aree del Paese con il superamento delle disuguaglianze territoriali rappresentano i grandi obiettivi su cui sistemi sanitari nazionali e regionali sono più fortemente impegnati.

L'ormai imminente applicazione del federalismo fiscale, anche in sanità, imporrà la revisione della *governance* complessiva del sistema statale, regionale, degli erogatori pubblici e privati.

Principi di responsabilità e *accountability*, efficienza ed efficacia, dovranno diventare patrimonio comune, per rimuovere rendite di posizione e autoreferenzialità organizzative e professionali, ormai superate dai tempi e dai principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche.

Siamo certi comunque che le possibilità di affermazione del nuovo modello di *welfare* e salute, anche nella prossima Intesa Stato-Regioni sarà strettamente conseguente alla capacità di creare nel Paese una nuova cultura politica, amministrativa, e professionale che consenta di superare le differenze territoriali e di porre l'Italia al passo con i Paesi più evoluti, mantenendo e valorizzando i valori universalistici, pluralistici di solidarietà e sussidiarietà del nostro Servizio Sanitario.

Sen. MAURIZIO SACCONI  
*Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali*



## Prefazione

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese è una pubblicazione importante perché il Ministero dà conto delle scelte attuate nella sanità pubblica italiana.

La Relazione è la sintesi di un processo di cambiamento radicale operato nel nostro Paese che va nel senso di considerare la persona al centro del sistema salute, promuovendo la presa in carico e la continuità assistenziale. Proprio partendo dai territori si vogliono migliorare e favorire i servizi offerti e razionalizzare la rete ospedaliera e la rete di sanità pubblica collettiva.

Il primo elemento di contesto tenuto presente nella programmazione sanitaria nazionale e che emerge nella Relazione, è la forte accelerazione delle iniziative in materia di prevenzione. Infatti, oggi, si ritiene essenziale puntare sulla modifica degli *stili di vita*, lotta al *tabagismo* e all'*alcolismo*. In particolare l'Italia, come altri paesi Europei, adotta strategie per migliorare la relazione tra *ambiente e salute*, perseguendo obiettivi di miglior tutela della salute fisica e mentale, particolarmente per gli adolescenti ed i giovani. Sempre per perseguire tali scopi si sono improntate politiche di miglioramento della nutrizione e della sicurezza alimentare delle popolazioni, con particolare riferimento all'infanzia, potenziando la formazione e l'adeguamento delle risorse umane per realizzare validi "programmi di salute".

Nell'ambito della prevenzione, si è voluto qualificare ulteriormente la materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti, coerentemente con gli obiettivi definiti a livello internazionale, nel contrasto alla diffusione di *malattie infettive*.

Si aggiunga che la lettura dei dati e delle valutazioni contenute in questa Relazione va rapportata a un'analisi del contesto in cui si trovano oggi ad operare il Servizio Sanitario Nazionale e quello Regionale.

Nuovo elemento caratterizzante che si evince dalla Relazione è la sempre maggiore attenzione dovuta al federalismo, al finanziamento e spesa dell'intervento pubblico in sanità legata alla responsabilità di produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

Tale attenzione vuole creare un rapporto alto di equilibrio in modo che il sacrificio dei cittadini, dovuto al prelievo contributivo che va a garantire l'offerta del sistema sanitario nazionale e regionale, sia compensato da un'assistenza sanitaria qualitativamente appropriata.

Sul piano degli assetti istituzionali, il nuovo impianto Costituzionale trova oggi nella Legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di *federalismo fiscale*, l'applicazione piena dei principi di federalismo, con ampi spazi alle amministrazioni locali di autodeterminarsi, per rispondere nella maniera più appropriata alla domanda della loro popolazione di riferimento.

Governo e Regioni hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e compatibile con le

risorse finanziarie pubbliche rese disponibili, nel rispetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica.

Ciò comporta un'adeguata definizione dei costi standard e presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali.

In tale contesto, fondato su un pluralismo istituzionale e sociale di corresponsabilità, sono consolidate le misure che sostengono l'equità del sistema e l'affiancamento delle Regioni caratterizzate da cospicui disavanzi e cattiva qualità dell'assistenza, attraverso un monitoraggio dell'assistenza resa, dei livelli di spesa nel rispetto di una corretta erogazione dei livelli di assistenza, anche ottimizzando l'apporto del privato che si inserisce nel sistema pubblico con l'accreditamento.

Il monitoraggio e la verifica dei livelli di assistenza da parte dello Stato è inoltre finalizzato a ridurre anche i divari assistenziali tra le diverse Regioni.

È cresciuto altresì l'impegno rivolto allo sviluppo di *indicatori* per la valutazione del funzionamento e la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, in modo da fornire ai responsabili politici e agli amministratori, elementi che portano al miglioramento dei sistemi sanitari.

Da parte governativa, ciò che emerge da questa Relazione, contiamo possa favorire un'azione nei confronti dei vari sistemi regionali tesa ad incoraggiare le buone pratiche e scoraggiare le cattive pratiche su tutto il territorio nazionale sulle tre questioni fondamentali: il mantenimento dei LEA in condizioni di appropriatezza, uniformità e continuità, l'uso efficiente dei fattori di produzione dei servizi sanitari, nonché l'efficacia e la qualità nella realizzazione dei percorsi di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

Riguardo infine i temi della riabilitazione e del contrasto alla non autosufficienza, cresce l'attenzione e l'impegno nel valutare i bisogni riferiti alle singole patologie considerate anche rispetto all'appropriatezza e continuità della prestazione riabilitativa, tenendo conto della congruenza della spesa sanitaria rispetto ai servizi offerti tra ospedale e territorio.

On. FRANCESCA MARTINI  
*Sottosegretario di Stato al Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali*

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese è un'importante fotografia della salute degli italiani e descrive un mutamento già avviato: le nuove tecnologie stanno modificando sensibilmente il panorama sanitario, a cominciare dall'idea stessa di cura e terapia, per riflettersi sulle politiche socio-sanitarie e sull'articolazione dei servizi nel territorio.

Nascono nuove problematiche che incidono sulle relazioni sociali: basti pensare al conflitto fra la tutela della privacy dei singoli cittadini e la necessità di trasparenza nelle informazioni e di circolazione di dati e risultati clinici. Si tratta anche di disegnare la rete di servizi socio-assistenziali adeguando alle nuove situazioni i concetti di solidarietà e sussidiarietà, per evitare che il corpo e la salute siano considerati beni come gli altri, a cui è possibile applicare logiche di consumo e di mercato senza la necessaria cautela. Pensiamo per esempio al sistema di raccolta del sangue e a quello dei trapianti, e a come sia importante, per il bene comune, rafforzare l'idea di donazione gratuita e solidaristica.

Una delle prime iniziative in questa direzione è stata sostenere e implementare la rete pubblica di biobanche per cellule emopoietiche da sangue di cordone ombelicale, promuovendo la donazione del cordone, per garantire a tutti i malati la possibilità di utilizzare nel modo migliore e più appropriato le cellule staminali cordonali.

Per fronteggiare il cambiamento è fondamentale uno sforzo sul piano della comunicazione. Un cittadino informato è più consapevole anche rispetto alle grandi e delicate questioni etiche che il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare, e che possono riguardare le frontiere della vita e le manipolazioni genetiche, ma anche l'accesso alle terapie e il diritto alla salute. La commissione di studio sugli stati vegetativi insediata al Ministero risponde a questo scopo, di approfondimento e diffusione delle acquisizioni scientifiche in un settore delicato delle neuroscienze; in parallelo, la collaborazione con le associazioni dei familiari dei malati è fondamentale per intercettare i bisogni e le esperienze sul territorio, e selezionare le buone pratiche.

Particolare attenzione abbiamo dato alla salute materno-infantile. Nel nostro paese l'età media della donna alla nascita del primo figlio, è cresciuta fino ad arrivare ai 30 anni.

La mortalità infantile negli ultimi 15 anni è invece in netta diminuzione, pur con il permanere di differenze nelle diverse aree del Paese. Ai fini di una sua ulteriore riduzione, è necessario implementare su tutto il territorio azioni e strumenti di prevenzione che hanno un diretto impatto sulle determinanti di salute del bambino, come l'astensione dal fumo in gravidanza, l'assunzione di acido folico, l'allattamento al seno, le vaccinazioni, la sicurezza in auto. In questo senso la promozione dell'allattamento al seno, anche grazie all'insediamento

del Comitato Nazionale Multisetoriale, va vista **non solo come un'alimentazione migliore dal punto di vista nutrizionale, ma come un sostegno a tutto campo alla maternità.**

Avere attenzione verso il settore materno-infantile vuol dire anche affrontare la problematica relativa alle maternità difficili, da quelle rifiutate a quelle fortemente volute.

I dati sugli aborti, in costante diminuzione, ci dicono che una interruzione di gravidanza su tre è ormai di donne straniere, evidenziando una situazione di fragilità ma anche di differente approccio culturale al problema, che va affrontata con strumenti adeguati.

Le campagne di informazione sull'endometriosi, gli stili di vita adeguati per una migliore salute materno-infantile, e sull'infertilità in generale, sono l'inizio di un percorso per far crescere la consapevolezza delle persone di fronte a un problema in aumento, spesso sottovalutato perché poco conosciuto nelle sue cause. Un percorso che deve comprendere anche la qualità e la trasparenza delle strutture, dai consultori ai centri di procreazione medicalmente assistita, che dovranno adeguarsi alle nuove normative europee per alzare il livello degli standard di sicurezza e qualità, nella trasparenza dei risultati. All'interno di un miglioramento generale dello stato di salute della popolazione, la promozione della salute della donna, dell'infanzia e dell'adolescenza, si conferma come il principale investimento per il benessere degli adulti di domani.

On. EUGENIA ROCCELLA

*Sottosegretario di Stato al Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali*



## Introduzione

Questa Relazione sullo Stato Sanitario del Paese per gli anni 2007-2008 coincide con la celebrazione del trentesimo anniversario della nascita del Servizio Sanitario Nazionale, che proprio nel 1978 fu varato con la sua Legge istitutiva. Questo elemento va evidenziato perché la Relazione 2007-2008 è giusto che venga letta anche come sintesi di un processo polidecennale di radicale cambiamento della sanità pubblica italiana.

Tale processo ha via via consolidato la scelta, operata nel nostro Paese, di assumere una visione della salute non più solo come assenza di malattia ma piuttosto come promozione attiva del benessere e di promuovere l'integrazione istituzionale, operativa ed assistenziale, con il superamento della divisione tra la rete ospedaliera, la rete di sanità pubblica collettiva e la rete dei servizi territoriali.

Accanto all'evoluzione dei *setting* assistenziali operativi, si è avuta un'evoluzione istituzionale, con il processo di aziendalizzazione delle USL, mentre il sistema delle garanzie si è sempre più caratterizzato come sistema basato su livelli essenziali ed uniformi di assistenza da assicurare su tutto il territorio nazionale.

Nel 2001 è intervenuta la modifica del Titolo V della Costituzione che ha definito gli ambiti di competenza tra lo Stato garante dei LEA e le Regioni responsabili della loro effettiva erogazione sul territorio regionale.

L'evoluzione federalista introdotta dalla riforma costituzionale, ha esaltato la peculiarità del nostro SSN. Il modello universalistico tipo Beveridge è stato sempre più adattato al contesto italiano, introducendo elementi di positiva emulazione e confrontabilità tra i diversi ambiti regionali, consentendo di integrare tale modello con alcuni dei vantaggi presenti nel modello storicamente alternativo Bismarck, caratterizzato da un forte competizione tra enti assicuratori. In questo modo il nostro SSN ha potuto aspirare ad essere tra i più performanti a livello europeo, valorizzando le diverse esperienze attuate nei vari contesti regionali, ma assicurando una sostanziale unitarietà nazionale, legata al richiamo a comuni norme di principio e fondamentali ed a linee di indirizzo e programmazione condivise tra lo Stato e le Regioni.

Dunque gli indicatori della Relazione 2007-2008 possono aiutarci a fare un bilancio di questi 30 anni di SSN, ma devono consentirci di interrogarci su come il sistema si sta preparando alle nuove sfide assistenziali che ci aspettano nei prossimi anni.

Da questo punto di vista può essere utile leggere i dati e le elaborazioni statistiche contenuti in questa relazione per capire come le strutture e le attività del SSN si stanno posizionando rispetto alle direttrici strategiche verso le quali la più recente programmazione sanitaria nazionale e regionale si è orientata.

Mi riferisco in primo luogo all'esigenza, da tutti avvertita, di un rilancio operativo e di una ripianificazione organica degli interventi di prevenzione,

nella consapevolezza che essa rappresenta non solo il campo di assistenza sanitaria in cui il rapporto costo benefici è il più alto ma anche il settore in cui possono essere rintracciati forti margini di miglioramento in termini di condizioni di salute del Paese.

Faccio riferimento poi alla necessità di ridefinire ruolo e modalità organizzative delle cure primarie, in considerazione del fatto che si è spesso dovuta registrare una non completa e non adeguata coincidenza tra la fuoruscita di molte prestazioni assistenziali dal contenitore “ospedale” e la loro accoglienza da parte del “territorio”, soprattutto rappresentato dal medico di base, per fare fronte alle esigenze assistenziali.

Infine, considero il tema della riqualificazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione di interesse specialistico ed ospedaliero, partendo da una verifica se tutto ciò che viene praticato, per fare diagnosi e terapia, sia basato su una buona evidenza clinica e sull'esercizio di una corretta opzione tra diverse alternative possibili, in modo che, a parità di efficacia, venga scelto l'intervento che presenta i costi inferiori.

Proviamo dunque a leggere la relazione per capire se il cammino verso queste tre direttrici si è effettivamente avviato. Ciò è importante perché dobbiamo essere consapevoli che gli incrementi continui delle risorse per la spesa sanitaria pubblica (siamo ben oltre il 6.5 per cento del PIL) che vengono ripetutamente richiesti e che potranno essere disposti con sempre maggiori difficoltà - almeno nell'attuale congiuntura economica - tenderanno ad essere prenotati dai due elementi che caratterizzano fortemente lo scenario epidemiologico, demografico ed assistenziale del nostro Paese.

Penso alla tematica della non autosufficienza (con una situazione demografica italiana fortemente sbilanciata dal peso crescente delle fasce di popolazione anziana) e della disabilità. Penso poi ai temi dell'assistenza a particolari gruppi di popolazione assistita, affetti da condizioni morbose, per le quali oggi siamo in grado di offrire procedure diagnostiche e trattamenti terapeutici o riabilitativi che, per la prima volta nella storia sanitaria, si rivelano efficaci ma sono ad alto costo, assorbendo ingenti risorse e configurandosi come una priorità assistenziale anche sul piano etico.

Ciò comporta che la non autosufficienza e le malattie ad alto costo di trattamento tenderanno ad assorbire quote crescenti delle limitate risorse a disposizione, con la conseguente necessità che per continuare a garantire il complesso di prestazioni attualmente erogate con i LEA, dovremo incrementare l'efficienza e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse finanziarie, umane e strumentali del SSN.

Prof. FERRUCCIO FAZIO  
*Viceministro del Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali*