

Italia: la salute difficile di Mariano Rampini

La sanità delle Regioni: un quadro ancora incompleto

Differenze a volte macroscopiche tra le realtà del Nord e del Sud del Paese caratterizzano i servizi a disposizione della popolazione: il quadro della sanità italiana disegnato dai dati del Rapporto Osservasalute 2007 appare contrassegnato da una forte disomogeneità nell'erogazione dei servizi alla popolazione sul territorio

Sempre più difficile avere una fotografia unica del Servizio sanitario nazionale: quella che emerge dalle medie nazionali su parametri sanitari e di salute degli italiani non disegna la realtà espressa nelle diverse realtà regionali. Disaggregando i dati, infatti, appare un'immagine nient'affatto univoca dei servizi sanitari, tale da rendere assai difficile individuare i confini di un sistema sanitario unitario. A evidenziare ancora una volta questa singolare situazione è la quinta edizione del "Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane" messo a punto da una task force di 287 ricercatori coordinata da Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, i cui risultati sono stati presentati a Roma presso il Policlinico universitario Agostino Gemelli. La sanità italiana insomma, finisce con l'apparire come un sistema eterogeneo caratterizzato da profonde differenze tra le "performance economico-finanziarie": ne sono chiare testimonianze gli squilibri della spesa sanitaria tra Regione e Regione, gli avanzi e i disavanzi, le modalità di allocazione delle risorse, gli equilibri/squilibri economici delle Aziende nelle varie Regioni. Con quelle del Sud che ora appaiono in sofferenza non solo per il loro assetto sanitario ma anche a causa di stili di vita diversi rispetto al passato ai quali sono imputabili patologie come obesità e tumori.

Dove la gestione fa la differenza

Le differenze più evidenti si manifestano soprattutto sul piano economico: il Ssn si trova ancora a fare i conti con un disavanzo strutturale complessivo pari a 43 euro per persona (si tratta di circa 2,5 miliardi di euro), con un incremento tra il 2003 e il 2006 che sale ma con minore rapidità. Quello che più preoccupa è la distribuzione del disavanzo: esistono Regioni del Sud – la Calabria è un esempio insieme a Basilicata e, in parte, le



Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane

La quinta edizione del Rapporto Osservasalute (2007) presenta un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane. Il Rapporto, che fornisce annualmente i risultati del "check-up della devolution in sanità", è pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma ed è coordinato da Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane si occupa del monitoraggio, secondo criteri di scientificità, dell'impatto dei determinanti organizzativi e gestionali su cui si fondano attualmente i Sistemi sanitari regionali e di trasferire i risultati della ricerca ai responsabili regionali, aziendali e alla comunità scientifica nazionale e internazionale. Alla realizzazione delle oltre 600 pagine del Rapporto 2007 hanno contribuito 287 esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti distribuiti su tutto il territorio italiano, che operano presso Università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (ministero della Salute, Istat, Istituto superiore di sanità, Consiglio nazionale delle ricerche, Istituto nazionale tumori, Istituto italiano di Medicina sociale, Agenzia italiana del farmaco, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Osservatori epidemiologici regionali, Agenzie regionali e provinciali di sanità pubblica, assessorati regionali e provinciali alla Salute).

Marche – che hanno avanzi di cassa. Se però li si confronta con il dato sulla spesa pro-capite, l'avanzo sembra tradursi in una sorta di "sottospesa". In questo quadro va certamente elogiato l'impegno di alcune Regioni in difficoltà che, dopo essersi rimboccate le maniche, sono riuscite a recuperare situazioni a volte pressoché disastrose. Tra loro la Provincia autonoma di Bolza-

no e la Regione Molise, mentre Lazio e Sicilia, al contrario, hanno accumulato incrementi dei disavanzi (sempre tra il 2003 e il 2006) rispettivamente di 159 e 141 euro. A dare ragione di questi squilibri macroeconomici ci sono quelli "strutturali" presenti nelle Asl e nelle Aziende Ospedaliere. Anche se la perdita media di queste ultime è inferiore rispetto a quella delle

Asl, lo squilibrio – a livello aggregato – non diminuisce negli anni tra il 2001 e il 2005. Solo le Regioni a Statuto speciale (tranne la Sardegna) hanno avuto un dato medio positivo (nel 2005 e in alcuni anni precedenti). Tra quelle a Statuto ordinario la sola Lombardia, ha raggiunto il pareggio tra Asl e AO. Il Lazio, invece, nel 2005 ha registrato il peggior risultato a livello nazio-

nale: le sue Asl hanno perso in media oltre 160 milioni di euro. Com'è stato ricordato nel corso della presentazione del Rapporto da Americo Cicchetti, ordinario di Organizzazione aziendale della facoltà di Economia dell'Università Cattolica, i dati "almeno sotto il profilo della performance economica, misurata con il parametro del disavanzo/avanzo non sembrano più indicare un gradiente Nord-Sud marcato". Molte Regioni, come l'Emilia Romagna o la stessa Lombardia, "hanno accumulato competenze tecniche per il governo del sistema unitamente a lungimiranza politica"; altre, "pur partendo tardi", hanno approntato "coraggiosi piani di riequilibrio strutturale del sistema": la Puglia ne è un chiaro esempio. Ve ne sono altre però che "non hanno mai affrontato seriamente le questioni essenziali del controllo della domanda e della ristrutturazione del sistema d'offerta. La Regione Lazio e la Regione Sicilia sono un esempio dell'incapacità di avviare politiche di riequilibrio strutturale. Nel Lazio l'azione è stata tardiva e da quanto appare è stata caratterizzata da un deficit di analisi dei fenomeni (soprattutto quelli economici) e dall'incapacità di distinguere – coraggiosamente e senza pregiudizi ideologici – le componenti "sane" del sistema (pubbliche o private che siano) da quelle palesemente inefficienti e inefficaci".

L'ospedale che unisce

Analizzando i dati sull'assistenza ospedaliera emerge un quadro italiano maggiormente unitario: i tassi di ospedalizzazione sono tendenzialmente in lieve diminuzione per quanto riguarda i ricoveri in regime ordinario a fronte di un lieve aumento di quelli in Day Hospital. Nel 2005 il tasso di ospedalizzazione standardizzato a livello nazionale è di 141 pazienti per 1000 abitanti in modalità ordinaria e 66,78 per 1000 in Day Hospital. Nel 2005 si conferma una riduzione del ricovero in regime ordinario (-2,6% rispetto al 2004 e -3,8% rispetto al 2003) praticamente in tutte le Regioni. In particolare questi tassi sono più alti in Abruzzo (192,32 per 1000), Molise (175,39), Puglia (167,82) e Calabria (163,22). I valori più contenuti appartengono invece a Toscana (109,46 per 1000), Piemonte (110,68), Friuli-Venezia Giulia (115,51) e Umbria (120,11). Il valore nazionale del tasso standardizzato di ricoveri ordinari si attesta così a 141 ricoveri per 1000 abitanti. Scende invece l'incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno rispetto a quanto avvenuto dal 2003 al 2004: le variazioni percentuali infatti sono pari a +1,5% tra 2005 e 2004 e +6,8% tra il 2004 e il 2003. Si va da 37,29 per 1000 abitanti nel Friuli fino a 107,17 in Sicilia. Come ha ricordato Lucia Lispi della Direzione generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei Princi-

pi etici di sistema, del ministero della Salute, questo andamento potrebbe caratterizzare anche gli anni a venire a seguito delle iniziative adottate nell'ambito dei piani di rientro e comunque indicano che negli ultimi due anni ha preso il via un progressivo trasferimento di alcune prestazioni a livello di assistenza territoriale. Restano ancora assai diversificati a livello regionale e piuttosto alti i tassi di ricovero nelle fasce di età "estreme" (cioè inferiori a 1 anno e superiori ai 75 anni) che mettono a dura prova la progettazione delle reti ospedaliere e dei servizi territoriali. Modifiche appaiono anche nei dati sulla degenza media complessiva che varia tra il minimo di 6,1 giorni di Umbria e Sicilia e il massimo di 7,8 del Lazio. La distribuzione dei valori regionali evidenzia un gradiente Nord-Sud - con la tendenza alla diminuzione - rispetto alle Regioni del Sud (incluso il Lazio) dove si osserva una tendenza all'aumento della degenza media standardizzata per case mix. Qui appare evidente una differenza in termini di efficienza operativa, di consumo di giornate di degenza per il trattamento e la cura nei confronti di una casistica con la stessa composizione per DRG (*Diagnosis related group*) di quella nazionale. Mentre le giornate di Degenza media preoperatoria (Dmpo) per le patologie più frequenti dimostrano una riduzione in quasi tutte le Regioni, ci sono ancora preoccupanti differenze tra Regioni (soprattutto tra Nord e Sud Italia); inoltre la Dmpo media nazionale registra una ridu-

Rapporti a rischio

Malattie che sembrano retaggio di un lontano passato sono ancora tra noi: gonorrea e sifilide infatti sono in aumento nel nostro Paese, in particolare tra gli adolescenti (tra i 15 e 24 anni) e in Regioni come Trentino Alto Adige e Lazio. I dati ricavati dalle notifiche obbligatorie per l'anno 2005 rivelano che la sifilide è risultata più frequente tra le infezioni gonococciche delle vie genitali sia tra i 15 e 24 anni (2,9 casi per 100.000) che tra i 25 e 64 anni (3,4 casi per 100.000). Nel periodo tra il 2000 e 2005 si è osservato un notevole aumento della sua incidenza (+320,3% su base nazionale nella classe di età 15-24 anni e +329,1% nella classe di età 25-64 anni), mentre la gonorrea appare meno diffusa (+33,3% su base nazionale della classe di età 15-24 anni e +52,2% nella classe di età 25-64 anni). Le Regioni a maggiore incidenza sono state la provincia autonoma di Trento e il Lazio per la sifilide (rispettivamente 12,4 e 10,2 casi per 100.000 nella classe di età 15-24; 10,0 e 10,1 casi per 100.000 nella classe di età 25-64), mentre per la gonorrea, ancora una volta sul gradino più alto, troviamo la Provincia autonoma di Trento (6,2 casi per 100.000 tra i 25 e 24 anni) e quella di Bolzano tra i 25 e 64 (3,4 casi per 100.000 nella classe di età 25-64). Meno colpite le Regioni meridionali dove però la generale sottonotifica di entrambe le infezioni non permette di rilevare il fenomeno in modo attendibile.

zione di entità assolutamente modesta in rapporto ai potenziali margini di miglioramento: da 2,13 giorni nel 2002 a 2,04 nel 2005. Meglio invece, ha det-

Italia: le molte facce dell'assistenza

Le forti disparità tra le Regioni per quanto attiene all'assistenza territoriale - lo ha rilevato nel corso della presentazione del Rapporto Gianfranco Damiani, docente dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica - pone limiti evidenti a una definizione della media nazionale. "Le maggiori differenze si notano tra le Regioni del Centro Nord e quelle del Sud, tuttavia non è sempre possibile evidenziare un gradiente e spesso il fenomeno ha una distribuzione a macchia di leopardo o viene influenzato dalla presenza di realtà locali che possono spiccare indipendentemente dalla localizzazione regionale". "Questo è probabilmente attribuibile a una diversa velocità di sviluppo e modifica dei servizi sanitari territoriali in una logica di integrazione ospedale territorio. Nel settore va comunque segnalato un miglioramento: un trend in crescita a livello nazionale del numero dei pazienti trattati in Adi, nonostante le notevoli disomogeneità comunque esistenti".

to la Lisi, sul fronte dei ricoveri in degenza ordinaria di alcuni Drg, ricoveri definiti "a rischio di inappropriatazza": il confronto dei dati 2004-2005 dimostra che tali ricoveri continuano a diminuire in coerenza con le indicazioni poste dal Dpcm 29/11/2001, seppure con risultati non uniformi in tutto il Paese.

La "buona" amministrazione

Nodo cruciale da sciogliere in una fase nella quale si punta soprattutto a razionalizzare le spe-

Salute per mamme e figli

■ In aumento i tagli cesarei per tutte le classi di età e, in particolare, per le donne sopra i 44 anni, con grandi variabilità regionali e anche per tipo di struttura (più cesarei nelle strutture private). Continua nel tempo il leggero aumento dell'abortività spontanea e le relative differenze regionali. Le cause, è stato osservato da Marzia Loghi, probabilmente "sono in parte biologiche e genetiche, legate quindi al feto e alla salute della donna, in parte ambientali". I dati dell'interruzione

se è la distribuzione del personale amministrativo nelle Aziende. È questo uno degli indicatori della capacità delle Aziende sanitarie di raggiungere l'equilibrio economico fra le risorse acquisite e i costi sostenuti per assolvere alla loro funzione di tutela e di erogatori di prestazioni: qui assumono un ruolo determinante il numero e l'efficienza dei dipendenti amministrativi nello svolgimento delle loro attività.

Anche qui la parola-chiave è "eterogeneità": se in media l'11,82% dei dipendenti di Asl e Aziende Ospedaliere svolge ruoli amministrativi, le differenze tra le Regioni sono sensibili. Si va infatti dal minimo di 9,22% del Molise al massimo di 15,51% della Valle d'Aosta. I valori più elevati si registrano nel Nord-Ovest (13,01%), seguono il Sud (12,15%), il Centro (11,20%), le Isole (11,05%) e il Nord-Est (10,98%).

I motivi che determinano questa forte eterogeneità sono tutti da scoprire: incrociando i dati regionali con la popolazione da servire - lo si legge nelle pagine del Rapporto - non appare al-

volontaria di gravidanza confermano, invece, una stabilizzazione generale del fenomeno. Se tuttavia si scompone il fenomeno per cittadinanza, si osserva ancora una diminuzione tra le italiane e un aumento tra le straniere. Per quanto riguarda i principali indicatori di salute del bambino (mortalità infantile e mortalità neonatale), si osservano delle diminuzioni nel tempo sebbene permanga il divario tra Nord-Centro e Sud che continua a registrare valori più elevati. "L'Italia comunque - ha commentato Loghi - è uno dei Paesi con i tassi di mortalità infantile e neonatale più bassi al mondo".

cuna relazione tra il numero dei dipendenti amministrativi e quello dei residenti. Gli amministrativi, insomma, non aumentano in relazione al numero dei cittadini da servire.

"Il quadro di un'Italia eterogenea e frammentata" ha osservato a questo proposito Ricciarini, ha subito cambiamenti minimi dalla prima edizione dell'annuale Rapporto Osservasalute. Sono molti i problemi che investono il Paese e le Regioni si sono attivate per fronteggiarli ma "il Lazio e il Sud destano particolari preoccupazioni: il divario dei sistemi sanitari di queste aree con il resto del Paese continua a crescere e assume in qualche caso (eventualità già indicata nei precedenti Rapporti) i connotati di una vera e propria catastrofe sociale". "Alla luce delle evidenze emerse - ha concluso - appare indispensabile un'alleanza forte tra i diversi attori in campo (forze politiche, tecnici, professionisti, cittadini) per garantire ai cittadini italiani una quantità e qualità di vita ancora migliori per il futuro".

La geografia della fecondità

■ La crescita della popolazione, stando alle rilevazioni del Rapporto Osservasalute, si è ridotta rispetto al triennio 2002-2004 (venne registrato un +8,5 per mille per anno, sia a causa degli effetti dei recuperi post-censuari, sia delle iscrizioni in anagrafe degli immigrati regolarizzati a seguito della legge "Bossi-Fini"). Oggi il saldo medio annuo totale è di +5,7 per mille residenti. Tra le Regioni, però, solo il Molise si è aggiunto alla Basilicata e alla Calabria con una popolazione in calo numerico. Il saldo naturale medio del biennio 2005-2006 si è accresciuto rispetto al triennio precedente ma le Regioni hanno mantenuto le loro posizioni. A livello nazionale, dopo l'aumento del 2004, il saldo naturale è tornato negativo nel 2005 e poi debolmente positivo nel 2006. L'aumento del saldo rispetto al triennio precedente è dovuto a un certo aumento nel nu-

mero medio di nascite (+14.000 circa o +3%), mentre il numero medio dei decessi è rimasto praticamente invariato (+2000); la ripresa della natalità non ha trovato ulteriori rafforzamenti nel biennio 2005-2006 rispetto a quanto già sottolineato nel triennio precedente. Dalla successiva analisi per cittadinanza emergerà che è proseguita la piccola ripresa della fecondità delle donne italiane, mentre si è un po' ridotta la differenza di fecondità tra straniere e italiane, fermo restando il contributo forte delle prime nelle Regioni del Nord-Centro. Il numero annuo di morti ha continuato a oscillare intorno a 560 mila, ma la mortalità tra i due periodi si è ridotta, dopo il "picco" del 2003. Il processo di convergenza tra le Regioni rispetto alle componenti naturali della dinamica demografica è proseguito con un recupero della fecondità nelle Regioni dove era - e rimane - più bassa e una riduzione in quelle dove è più alta. Gli effetti di queste dinamiche

sulla struttura della popolazione, insomma, non ne hanno modificato la tendenza all'invecchiamento testimoniato dalla presenza di una persona al di sopra dei sessantacinque anni ogni cinque residenti (con punte regionali di una ogni quattro) e di poco meno di una al di sopra dei settantacinque anni ogni dieci (con punte regionali di una ogni otto).

Esaminando i singoli fenomeni in dettaglio, la geografia della fecondità è cambiata così come si sono stati cambiamenti importanti nel breve intervallo tra il 2003 e il 2006. La fecondità ha guadagnato più di 2 punti per mille in Emilia-Romagna, in Toscana e nel Lazio e 1,9 in Lombardia; nel contempo, in quasi tutte le Regioni meridionali il livello della fecondità si è ridotto tra 0,7 e 1,4 punti per 1000, fenomeno registrato anche nelle Province autonome del Trentino-Alto Adige.

I fattori di tali cambiamenti sono diversi. Semplificandoli sulla base dei dati del Rapporto è comun-

que possibile ricondurli a:

1. le variazioni della fecondità delle donne italiane, molto forti, in positivo, in Emilia-Romagna (+4,4 punti per 1000) e superiori a +2 punti per 1000 anche nel Lazio e in Toscana, mentre le variazioni intervenute tra i due periodi a confronto sono state negative in quasi tutte le Regioni e province autonome a più elevata fecondità;
2. le variazioni della fecondità delle donne straniere, quasi ovunque negative, seppur debolmente, in plausibile conseguenza delle recenti regolarizzazioni anagrafiche delle immigrate dai Paesi balcanici e dell'Est europeo, più anziane e meno feconde delle precedenti immigrate dai Paesi del "Terzo mondo";
3. l'aumento della quota di immigrate, verificatosi in misura molto ampia in tutte le Regioni, ma che solo al Nord e al Centro può aver contribuito all'aumento della fecondità regionale. Infatti, in tutte le Regioni - dal Lazio in giù - la fecondità misurata sulle stra-

niere risulta simile o addirittura inferiore a quello delle native: se per il Lazio la numerosa presenza di personale religioso può giustificare questo fatto, per le altre Regioni esso è indice di un'immigrazione meno famigliare e radicata rispetto a quella che ormai caratterizza le Regioni del Nord-Centro.

"Riguardo la fecondità - ha commentato Marzia Loghi del Servizio sanità e assistenza dell'Istat - risulta interessante osservare l'inversione di tendenza che vedeva livelli più elevati al Sud e più bassi al Nord. Questo è parzialmente spiegato dalle nascite straniere che numericamente sono aumentate ovunque tra il 1999 e il 2005 ma in proporzione sono aumentate solo al Nord. Si deve tenere conto comunque anche del recupero della posticipazione della maternità (evidente dall'età media al parto più alta al Nord che al Sud) e di altri fattori economici e sociali che differenziano ancora in maniera notevole le diverse ripartizioni".