

Molti fattori di pressione agiscono sullo scenario piemontese con effetti importanti sulla salute e sulla sanità:

- invecchiamento demografico, globalizzazione, autonomia e coinvolgimento del cittadino, ambiente, povertà, stile di vita, federalismo, sistemi di erogazione e finanziamento dei servizi, informazione, formazione.

Le tensioni e le opportunità che generano da questo scenario potranno essere affrontate solo da un sistema sanitario capace di:

- più etica, più informazione, più attenzione alla salute, più razionalità, più ricerca, più formazione.

SALUTE E SANITÀ IN PIEMONTE:

previsioni e sfide per il futuro

All'inizio del nuovo millennio la programmazione sanitaria si interroga sulle sfide e sugli obiettivi di lungo periodo a cui deve far fronte. Per questo scopo è utile identificare i principali fattori di pressione che agiscono sullo scenario piemontese (in termini sia di determinanti della salute sia di risposte del sistema sanitario), e prevedere quali effetti, positivi e negativi, essi potranno produrre sulla salute e in quali modi la società piemontese e il suo sistema sanitario potranno favorirli o porvi rimedio¹.

Questo capitolo prenderà in considerazione i vari fattori di pressione, identificando i principali cambiamenti che sono intervenuti nel passato, quelli che sono in corso e quelli che sono attesi per il futuro, in modo da valutare come hanno reagito, come stanno reagendo e come reagiranno le politiche di settore e le politiche generali che hanno a che fare con la salute. La forbice temporale che verrà presa in considerazione da questo esercizio di previsione sarà di circa quindici-venti anni, una durata minima per poter apprezzare cambiamenti significativi nella struttura della società e dei sistemi organizzati, ma anche una durata massima per porsi domande sul futuro (1, 2). Da queste valutazioni si intendono ricavare domande, quelle domande con cui ogni specifico problema di salute, che verrà descritto nei successivi capitoli, dovrà confrontarsi, per identificare obiettivi sensati per la programmazione regionale dei prossimi anni.

La speranza di vita è cresciuta di circa due anni e mezzo negli ultimi dieci anni e non ci sono segni di inversione di tendenza nel breve periodo. Le previsioni ammettono un aumento di altri tre-quattro anni nei prossimi venti anni; guadagno quasi completamente concentrato per i sopravvissuti oltre i sessant'anni. La speranza di vita in salute ed esente da disabilità crescerà meno velocemente, aumentando così leggermente il numero di persone non autosufficienti. La popolazione continuerà ad invecchiare. Il livello di dipendenza della popolazione tenderà a crescere. I costi complessivi dell'assistenza ai malati cronici potrebbero lievitare notevolmente, mentre è ancora materia di ricerca il fatto che anche i costi diretti dell'assistenza sanitaria siano sensibili all'invecchiamento della popolazione; infatti se questi

Domande per la salute e la sanità piemontese

I determinanti della salute

¹Un esempio stimolante di questo tipo di esercizio di previsione è quello realizzato dal Nuffield Trust per il Regno Unito (www.nuffieldtrust.org.uk/health1/health.htm), da cui si trarrà spunto per l'analisi e il commento dei dati in questo primo capitolo della relazione sanitaria.

costi fossero solo una funzione fissa della morbosità che porta a morte e, quindi, fossero concentrati nel periodo che precede la morte, essi potrebbero risultare parzialmente indipendenti dall'invecchiamento. La società e le politiche generali si preoccupano del problema prevalentemente dal punto di vista della riforma del regime pensionistico, mentre le politiche del lavoro, della salute, della casa e dell'ambiente sembrano meno influenzate da questo scenario. A livello locale, tuttavia, alcune esperienze stanno sperimentando forme integrate/intersectoriali di progettazione e di realizzazione di servizi per gli anziani.

Da questo quadro discendono alcune sfide importanti per il futuro. Da un lato le politiche generali dovranno cercare di ridurre il grado di dipendenza della società (ha a che fare con la rimozione degli incentivi al pensionamento prematuro e con le politiche dell'occupazione). Dall'altro lato non si è ancora affermata una definizione condivisa nella società dei diritti individuali degli anziani che consideri in modo specifico le aspettative degli anziani (diritti alla dignità, alla scelta, alla partecipazione, attraverso il lavoro, il tempo libero, la casa, i trasporti, la famiglia e il capitale sociale) e i loro riflessi sulla salute. Si è visto che c'è bisogno di nuova ricerca per chiarire gli aspetti più controversi delle previsioni (espansione o compressione della speranza di vita in salute, e, quindi, dei costi sanitari connessi con l'invecchiamento). Da queste premesse dipenderà la definizione di obiettivi espliciti per la salute degli anziani a cui conformare le politiche.

I fenomeni legati all'espansione dei commerci ed ai movimenti connessi portano con sé sia opportunità sia potenziali minacce per la salute. Infatti, la facilità di muoversi nel tempo e nello spazio, che riguarda le persone, le merci, i capitali e i servizi, può provocare nuovi rischi per la salute, ad esempio l'importazione di malattie come la malaria, la tubercolosi, la BSE, o l'introduzione imprevista di nuovi rischi finora assenti nel nostro Paese, come ad esempio la pubblicità al tabacco che passa attraverso internet. Tuttavia, per le stesse ragioni, i sistemi di mobilità e comunicazione globale possono aumentare le opportunità: ad esempio, un capitale di salute giovane che affluisce nel nostro Paese con gli immigrati dai paesi ad alta pressione demografica, o le opportunità di informazione attraverso le nuove forme di comunicazione, che potrebbero rivelarsi utili ai professionisti sanitari per la propria formazione e utili alla popolazione per l'educazione alla salute.

Occorre quindi che le politiche che hanno impatto sulla salute siano riorientate più sulla protezione della sanità pubblica che sulla protezione dei commerci, soprattutto a fronte dei nuovi possibili rischi. Le politiche sanitarie dovrebbero saper investire nella formazione e aggiornamento professionale del personale per il riconoscimento e il trattamento di queste patologie e rischi. Mentre le politiche generali potrebbero imparare a confrontarsi con le opportunità che la globalizzazione offre anche nel campo della salute, nella ricerca di un equilibrio tra interessi globali e interessi locali.

Come in tutti i paesi occidentali sviluppati e, in particolare, come nelle altre regioni del Nord Italia, le malattie croniche sono quelle che pesano di più sul bilancio della salute dei Piemontesi. Nei capitoli che seguiranno si potrà apprezzare l'importanza relativa di ogni voce nosologica. In quella sede verranno discusse le specifiche implicazioni che ogni profilo epidemiologico comporterà per le politiche di salute del futuro.

La lotta contro le malattie infettive è stata protagonista di straordinari successi nel passato nella eliminazione pressoché radicale della mortalità infantile e tra i ragazzi e nella riduzione della morbosità. Negli ultimi anni è

*Un bilancio di
salute dei
piemontesi*

intervenuta una recrudescenza delle infezioni legata alla mobilità delle persone, ai cambiamenti degli stili di vita, soprattutto sessuali, e ad una maggiore suscettibilità causata da un uso inappropriato dei trattamenti antibiotici. I problemi delle infezioni da Hiv, di quelle sessualmente trasmesse e della tubercolosi dovranno ancora essere tenuti in debito conto nel prossimo futuro dalla società piemontese.

Per quanto riguarda il complesso universo dei tumori, considerevoli miglioramenti si stanno constatando nella sopravvivenza per tutti i tumori e, in particolare, per quelli con maggiori potenzialità di diagnosi precoce e di cura; questo fenomeno, unitamente alla stabilità dell'incidenza, incomincia a riflettersi su un favorevole andamento della mortalità. Dunque i tumori rimangono uno dei capitoli più importanti per la salute della società, ma è sempre più evidente che una adeguata attenzione alla prevenzione e alla qualità delle cure sono in grado di modificare rispettivamente l'incidenza e la sopravvivenza in modo significativo; una buona quota di risultati di salute possono ancora essere ottenuti in questo modo nei prossimi anni.

L'epidemiologia delle malattie del sistema nervoso e dei disturbi mentali, tra tutte le voci nosologiche, è tra le meno documentate in letteratura e quella che genera più domande per la ricerca che suggerimenti per le politiche sanitarie.

Le malattie metaboliche rimangono una voce nosologica rilevante soprattutto per il peso che il diabete ha sull'assistenza sanitaria e sulla qualità della vita delle persone con la sua alta prevalenza, con le sue numerose e gravi complicazioni e con il suo impatto sull'incidenza e sulla mortalità per le malattie del sistema circolatorio. Non sono però disponibili informazioni affidabili sull'andamento temporale che possano modificare il ruolo che il diabete di tipo due attualmente riveste tra i bisogni di salute.

L'epidemia di mortalità per malattie del sistema circolatorio ha ormai perso la sua spinta a partire dall'inizio degli anni ottanta in entrambi i sessi, con particolare evidenza tra gli adulti; questa riduzione sta raggiungendo anche le generazioni più anziane. E' probabile che i meriti vadano distribuiti in modo equo tra la prevenzione e la promozione di stili di vita più sani e l'introduzione e la diffusione di terapie ed interventi più efficaci. Tuttavia, la frequenza di queste patologie è ancora considerevole, sia per incidenza, con ampi spazi per ulteriori guadagni attraverso la prevenzione, sia per mortalità, con buoni margini di miglioramento della sopravvivenza, sia, soprattutto, per prevalenza, con importanti e inediti problemi di gestione della qualità della vita nel lavoro e fuori.

Le malattie respiratorie sono state protagoniste di miglioramenti consistenti nella mortalità, ormai stabilizzata, soprattutto per le forme ostruttive, legati sia ai trattamenti medici, sia allo spegnersi di generazioni che erano nate e cresciute in condizioni di povertà e di esposizione a fattori di rischio sfavorevoli per l'apparato respiratorio. L'asma è invece una voce nosologica di sempre maggiore importanza, sia per l'aumento di incidenza costante che si osserva nel mondo occidentale e sviluppato e che rappresenta una delle sfide più importanti per la ricerca e la prevenzione, sia per la prevalenza complessiva che ne fa una delle malattie invalidanti più diffuse tra i giovani e gli adulti.

La patologia cronica ed invalidante del rene ha presentato un declino consistente della mortalità legata prevalentemente alla dialisi e ai trapianti, ma anche ad una riduzione dell'incidenza da miglioramento del trattamento

delle sue cause, in primis l'ipertensione e il diabete. In questo caso il profilo epidemiologico è incoraggiante, ma la gravità e la prevalenza della condizione e delle sue cause, nonché gli alti costi, fanno ritenere che ci siano ancora ampi margini di miglioramento per la salute da questa voce nosologica.

Le malattie dell'apparato digerente e quelle muscoloscheletriche sono tra le più frequenti per morbosità riferita e per uso dei servizi sanitari, ma fortunatamente la loro mortalità è modesta, ad eccezione delle cirrosi epatiche. Anche in questo caso l'andamento temporale è poco noto e non molto informativo per far luce sugli scenari del futuro. L'avanzamento dell'età media della popolazione comporterà verosimilmente un aumento della prevalenza assoluta delle malattie e dei disturbi osteoarticolari da usura e da invecchiamento.

Le cause di morte e di disabilità incidentali rimangono un argomento prioritario per la prevenzione, l'emergenza, la cura e la riabilitazione. I successi ottenuti nella riduzione della mortalità successiva all'introduzione del casco stanno a testimoniare quanto ampi siano i margini di salute e sicurezza da guadagnare attraverso la prevenzione nel futuro. Anche in questo caso ci si può attendere una crescita degli incidenti nell'ambiente domestico per l'aumento della fragilità della popolazione bersaglio sempre più anziana.

Il disagio giovanile sta alla base dell'andamento non favorevole della mortalità per suicidi e della sostanziale stabilità dei danni da abuso di sostanze stupefacenti.

E' chiaro che è in atto un processo lento ma irreversibile, che registra l'aumento del senso critico e della capacità di giudizio da parte del paziente o, comunque del consumatore di servizi e prodotti sanitari. Le persone hanno maggiori aspettative nei confronti della medicina e sono più consapevoli dei loro diritti di partecipazione nelle decisioni che li riguardano, sono più energici nel discutere e negoziare le proprie attese con i professionisti o con il sistema, anche per obiettivi di terapia che possono non essere efficaci o che magari sono francamente pericolosi. Inoltre, attraverso l'accesso ai moderni sistemi di informazione, essi conoscono cosa la medicina può offrire, prima ancora che il servizio sanitario lo possa offrire.

La risposta del sistema sanitario fino ad oggi è stata piuttosto di maniera. La promulgazione delle carte dei servizi è stato più un adempimento rituale e formale che non un vero contratto con i cittadini sui livelli di assistenza. Non si sono introdotte forme di valutazione di performance dei diversi erogatori che consentissero ai cittadini di scegliere la sede della prestazione sulla base di informazioni sulla qualità ed appropriatezza dei trattamenti. Non si danno procedure positive di valorizzazione delle segnalazioni di disfunzioni e dei reclami per trasformare questa forma di comunicazione con i cittadini in uno strumento di promozione della qualità dei servizi.

Il sistema sanitario regionale dovrà farsi carico in modo esplicito e pianificato di questo nuovo ruolo dei propri utenti, chiamandoli sì alle loro responsabilità per quanto riguarda la promozione e la tutela della propria salute, ma dimostrando anche concreta disponibilità di fronte a persone che esigono di aver voce in capitolo nelle scelte che li riguardano. Quindi, occorre saper informare in modo adeguato tutti i consumatori sugli standard di assistenza che si intendono garantire e sui risultati di qualità e di salute che ogni erogatore raggiunge e occorre saper formare i propri professionisti nel campo della relazione col paziente perché possano rispondere in modo più

Le aspettative del pubblico

adeguato a queste esigenze delle persone.

Il campo delle tecnologie sanitarie, inteso come l'insieme degli interventi di assistenza sanitaria, è sottoposto a rapide evoluzioni e a sua volta influenza in modo decisivo sia lo sviluppo dei servizi e dei trattamenti che vengono offerti ai pazienti, sia i modelli organizzativi in cui avviene questa offerta, sia i costi dell'assistenza per il sistema sanitario o per i pazienti, sia le aspettative dei pazienti. Inoltre, potrebbe assumere sempre maggiore importanza il ruolo di tecnologie che assicurano possibilità di autodiagnosi e di autotrattamento da parte dei pazienti.

Parallelamente, cresce la consapevolezza che l'introduzione o il mantenimento di ogni tecnologia devono essere sottoposte a valutazione e giudizio a proposito di costi e di efficacia. A fronte di queste trasformazioni, invece, nel nostro Paese non è stata organizzata nessuna solida funzione di "technology assessment" capace di selezionare le tecnologie da introdurre o da mantenere sulla base di espliciti e documentati criteri di costo-efficacia e di fattibilità.

Queste innovazioni tecnologiche imporranno al sistema sanitario anche un'attenzione particolare al problema della localizzazione dell'assistenza: da un lato si verificherà una tendenza alla concentrazione di esperti e strumentazioni per l'applicazione di tecnologie sempre più costose e sofisticate, dall'altro molti problemi di salute potrebbero trovare risposta in modo decentrato se non domiciliare. Di conseguenza si potrebbe assistere ad una diminuzione della durata dei ricoveri e a una revisione della distinzione tradizionale tra forme di assistenza primaria e quella di secondo o terzo livello. Prima di rilocalizzare occorre saper scegliere quali e quante tecnologie acquisire e impiantare, possibilmente migliorando la capacità della ricerca locale di anticipare, monitorare e valutare le tecnologie. Contemporaneamente, occorrerà saper riqualificare la preparazione professionale del personale sanitario per far fronte ai cambiamenti.

Infine, in corrispondenza dell'introduzione di nuove tecnologie, spesso si verifica un allargamento delle disuguaglianze nella salute, a causa di una maggiore capacità a negoziare un accesso tempestivo alle nuove tecnologie da parte delle persone più istruite e più ricche di risorse economiche e di relazioni sociali. Questo fenomeno esige una attenzione particolare nell'organizzazione di forme di accesso attente all'equità.

Oltre alle nuove tecnologie per problemi di salute vecchi e nuovi, occorre considerare che le frontiere della medicina si spostano velocemente in avanti, allargando con la ricerca genetica le aspettative di diagnosi, prevenzione e cura in aree che prima erano sconosciute o non trattabili, ma ponendo anche problemi inediti alla società, come quello della sicurezza degli alimenti geneticamente modificati. Allo stesso tempo la bioingegneria è sempre più vicina a introdurre nuovi sostituti artificiali a tessuti e organi umani compromessi che potranno cambiare significativamente l'offerta di terapie per molte malattie.

Il contributo alla ricerca delle imprese italiane può anche essere significativo. Tuttavia il ruolo del sistema sanitario nella promozione, nel finanziamento o nella regolazione degli sviluppi della ricerca scientifica da parte di imprese pubbliche o private è marginale in quantità e non particolarmente orientato a specifiche priorità.

Queste innovazioni scientifiche stanno già sollevando questioni etiche per

***Il ruolo della
tecnologia
sanitaria***

***Le nuove
frontiere della
medicina***

L'ambiente

le quali la società e le sue istituzioni non sembrano attrezzate a dare risposta in modo adeguato dal punto di vista tecnico, filosofico e di partecipazione politica.

L'ambiente porrà ancora numerosi problemi nel futuro della salute delle nostre popolazioni. L'inquinamento atmosferico, nonostante gli importanti miglioramenti ottenuti con la deindustrializzazione delle città e la sostituzione da parte del metano dei combustibili pesanti usati per il riscaldamento, continuerà ancora a preoccupare per la perdurante pressione delle emissioni da traffico: sempre nuovi dati nella area metropolitana di Torino dimostrano che gli attuali limiti di legge imposti per la protezione della qualità dell'aria non sono in grado di proteggere la salute della popolazione e non ci sono motivi per pensare che la situazione debba migliorare in assenza di significative trasformazioni del traffico veicolare. Alla stessa fonte è legato l'inquinamento da rumore che è causa di sempre maggiori minacce per la qualità della vita delle popolazioni urbane. E' molto aumentata e continuerà ad aumentare la sensibilità del pubblico per la sicurezza degli alimenti: metodi di preparazione e distribuzione, trasferimento di malattie dagli animali (antiche come la TBC e nuove come la BSE), pressione commerciale sulla produzione e sui materiali di confezione degli alimenti. Anche l'attenzione verso l'inquinamento degli ambienti confinati si sta rinnovando, a causa di sempre maggiori prove a carico di fonti di inquinamento tradizionali per le malattie respiratorie (come il fumo passivo e la polvere di casa per l'asma infantile) o nuove (come i rischi correlati ai campi magnetici). Il trattamento dei rifiuti rimane una priorità anche nel futuro, data l'influenza di medio periodo che rivestono le scelte di localizzazione delle discariche o degli inceneritori da parte dell'amministrazione pubblica. Recenti alluvioni hanno dimostrato quanto sia fragile il territorio di fronte ai disastri naturali con le possibili conseguenze sanitarie che essi comportano.

In questo contesto la valutazione di impatto sulla salute dei rischi ambientali sarà sempre più importante per la scelta delle priorità e una integrazione tra le politiche sanitarie e quelle ambientali non potrà più essere rinviata a causa di polemiche sulla competenza istituzionale delle funzioni. Tra l'altro, i problemi di valutazione e di comunicazione del rischio diventeranno sempre più rilevanti di fronte ad un aumento di sensibilità dei cittadini a questi temi (si vedano i casi del Lago Maggiore e del DDT, quello di Asti e del cromo, per parlare di emergenze già accadute; o si consideri i cantieri dell'alta velocità o quelli delle olimpiadi per citare le grandi imprese che dovranno ancora venire). Anche in questo campo è opportuno che le istituzioni e le parti sociali concordino processi integrati di previsione e gestione dei rischi, comprensivi di appropriate forme di informazione e di comunicazione, che siano capaci di anticipare e di evitare le conseguenze negative della distorsione informativa o della mancata partecipazione.

Gli stili di vita

Gli stili di vita sono uno dei principali mediatori degli effetti sfavorevoli sulla salute: fumo, alcool, alimentazione scorretta, abitudini sessuali, esercizio fisico e obesità, per citare solo i più importanti. La situazione piemontese non è più critica di quelle delle altre regioni per nessuna di queste abitudini, tuttavia la loro frequenza rimane alta e così pure la diffusione tra i giovani non tende a ridursi. Gli effetti attesi sulla salute sono disparati, i più importanti tra essi riguardano la diffusione dell'epidemia da tumori e malattie causate da fumo. Inoltre, la distribuzione sociale di queste abitudini è segnata da profonde disuguaglianze a sfavore delle persone meno dotate di credenziali educative, economiche e di status.

Di fronte a questi problemi e all'apparente inefficacia delle forme tradizionali di educazione sanitaria, la Regione ha impostato un programma sistematico di promozione della salute, che sta muovendo i primi passi ma che sembra avere i requisiti giusti per affrontare questi problemi: centrato sulle responsabilità locali ed intersettoriali per la diagnosi e valutazione di comunità; orientato a considerare il contributo degli ambienti di lavoro e di vita nella promozione di comportamenti sani; articolato intorno al ruolo dei medici di base come testimoni e attori privilegiati della valutazione dei bisogni e della pianificazione degli interventi; attrezzato per essere valutabile.

Queste caratteristiche vanno rafforzate e soprattutto focalizzate intorno alla fascia infantile ed adolescenziale dove più si concentrano i rischi e dove più importanti saranno le ricadute sulla salute adulta (3).

Anche nella nostra regione, come nelle altre regioni del Nord Italia si è osservato un aumento delle disuguaglianze nel reddito ed un impoverimento della rete di coesione sociale e familiare. Alcuni gruppi sono a particolare rischio di povertà assoluta, i disoccupati, in particolare le famiglie di genitori soli con figli dipendenti e gli stranieri immigrati da paesi a forte pressione migratoria.

A fronte di questa situazione si osserva un impatto severo delle disuguaglianze sulla salute, dovuto ad un più rapido miglioramento delle condizioni di salute tra i gruppi più avvantaggiati rispetto a quelli più svantaggiati. Nonostante la ferma presa di posizione del PSN per la lotta contro le disuguaglianze nella salute, in nessuna regione, compresa quella piemontese, sono state intraprese esplicite misure di contrasto.

Le principali sfide per il futuro riguardano la capacità di includere questo tema nell'agenda di tutte le politiche regionali che possono avere un impatto sulla salute, da quelle ambientali, a quelle sulla casa e sull'assetto urbano, a quelle dei trasporti, a quelle dell'alimentazione e della scuola, fino ad arrivare a quelle sanitarie, che più di ogni altra deve farsi carico di un ruolo di patrocinio e di promozione degli interventi sulle disuguaglianze nella salute.

Occorre che la Regione si dia obiettivi espliciti e valutabili per limitare l'impatto sfavorevole sugli esiti di salute delle disuguaglianze sociali. Ogni livello istituzionale ed operativo del servizio sanitario regionale dovrà essere sensibilizzato ed incentivato a far la sua parte, soprattutto a livello locale, sostenuto anche da forme di allocazione delle risorse diversificate in base alle disuguaglianze. Una corretta politica per la salute non solo non è in conflitto con lo sviluppo economico ma si accompagna ad esso e lo favorisce.

La tendenza a trasferire alla democratica responsabilità delle Regioni sempre maggiori competenze nel finanziamento, nella gestione e nel disegno dell'organizzazione sanitaria cambierà il futuro della sanità piemontese? Al momento la Regione si sta impegnando nello studio e nella ricerca di forme innovative di gestione che costituiscano un test sperimentale delle capacità istituzionali, tecniche ed organizzative necessarie a far fronte a questa nuova situazione, sia in termini di distribuzione dei poteri regionali tra assessorato, giunta e consiglio, sia in termini di responsabilità delle autonomie locali. Il nuovo statuto e il nuovo piano sanitario regionale saranno il banco di prova di questi temi. Del resto le implicazioni di questo processo possono essere rilevanti; esse metterebbero la Regione in grado di perseguire gli obiettivi di salute e quindi i livelli di assistenza che decidesse autonomamente di

La forbice delle diseguaglianze

La devolution

attribuirsi e di finanziare, fatti salvi i livelli essenziali di assistenza. I modelli dell'offerta sanitaria potrebbero anche essere parzialmente innovativi rispetto a quelli attuali. Il tutto in un quadro di crescenti responsabilità democratiche delle decisioni che riguardano la salute. Il federalismo fiscale, che si attua in due tappe con scadenze nel 2001 e nel 2004, cambia dunque il quadro istituzionale di riferimento della programmazione sanitaria. Si tratta di una opportunità nuova per scegliere le priorità, valutare criticamente i diversi sistemi di offerta e fare le scelte democratiche con i cittadini correttamente informati; ma si tratta anche di una grande responsabilità nei confronti dei propri cittadini e del resto del Paese, a cui far fronte con credibilità tecnica, con processi ben monitorati per dimostrare i risultati e per salvaguardare l'equità e con stretto coordinamento con le altre Regioni, per imparare dalle esperienze.

L'impatto delle istituzioni europee sulle politiche correlate alla salute crescerà progressivamente nei prossimi anni, fino a coinvolgere nel futuro la revisione dei trattati costitutivi, che potrebbero disciplinare aspetti della sanità finora rimasti fuori dalle competenze dell'Unione, ad eccezione di alcuni aspetti della sanità pubblica, come i farmaci, il sangue, gli organi da trapianto. Alcune iniziative europee interferiscono direttamente con i problemi di salute, ad esempio gli interventi di controllo della BSE o quelli sulla telemedicina, ma anche indirettamente come quelli sulle assicurazioni per la salute o quelli della pubblicità al tabacco su Internet. Sempre più spesso verranno inoltre messe a confronto le situazioni epidemiologiche e sanitarie delle diverse regioni europee, fatto che stimolerà i sistemi nazionali e regionali a non restare indietro. La Regione dovrebbe proporsi obiettivi espliciti di presenza sulla scena europea con una offerta sanitaria all'altezza delle sfide.

Le principali spinte nel settore dell'erogazione dei servizi riguardano l'affermazione di sistemi di "managed care", che separano chi tutela da chi eroga; una crescente importanza delle funzioni di tutela per regolare dall'esterno i livelli di assistenza sulla base dei bisogni quindi un aumento dell'influenza degli stili e dei modelli organizzativi del settore privato ed una crescita delle opportunità di cooperazione ed integrazione tra pubblico e privato. Attualmente questa spinta verso i modelli competitivi tra erogatori sembra essersi trasformata in formule di intesa, tra soggetti erogatori ed ordinatori, più cooperative e meno commerciali.

La Regione dovrà saper anticipare questi processi, formulando una strategia che chiarisca quali siano le differenze di ruolo e di obiettivi nell'organizzazione e nell'offerta dei servizi, che siano orientate verso l'efficienza e la flessibilità, ma soprattutto verso gli obiettivi di salute. Questi processi richiederanno importanti sforzi di riorientamento professionale.

Il finanziamento richiesto per il sistema sanitario regionale potrebbe crescere progressivamente a causa della lievitazione delle aspettative e quindi della domanda del pubblico, della crescita tecnologica della medicina e dell'invecchiamento della popolazione. Di conseguenza appare indispensabile accanto alla ricerca permanente della miglior razionalizzazione nella gestione delle risorse, l'individuazione delle formule più valide per una integrazione sinergica con il privato accreditato, il tutto all'insegna di validi criteri di verifica dell'efficacia attesa.

E' auspicabile quindi che il sistema si attrezzi presto per correlare spesa e risultati di salute, in modo da fare scelte mirate ai bisogni più rilevanti; per valutare in anticipo l'efficacia attesa dei livelli di assistenza da assicurare; per

*Una sanità
piemontese in
Europa*

*Le modalità di
erogazione dei
servizi*

Il finanziamento

Le priorità

perseguire equità di risultato in situazioni dove il razionamento potrebbe peggiorare le già evidenti disuguaglianze nella salute; per progettare forme integrative di finanziamento molto in anticipo in modo da garantire gli investimenti necessari per far fronte a queste trasformazioni.

I costi crescenti del personale e delle tecnologie da un lato e l'aumento della domanda dall'altro a fronte di una quantità di risorse disponibili non illimitata impongono l'introduzione di meccanismi di scelta delle priorità. Finora la questione della scelta delle priorità è stata fundamentalmente elusa o affidata a procedure implicite (ad esempio le liste di attesa), che spesso sono alla radice di disuguaglianze di accesso.

Occorrerà rendere la scelta di priorità una procedura esplicita e trasparente, anche se non è ancora chiaro quale possa essere la sede legittima di esercizio di queste scelte, se il livello nazionale, o quello regionale o quello locale. E' ragionevole attendersi che questo terreno farà nascere conflitti. Per la Regione ancora una volta si tratta di attrezzarsi con culture, competenze e metodi adatti per poter esercitare scelte basate sulle prove di efficacia, condivise con la popolazione e assistite da una organizzazione capace di assicurare equità di trattamento.

La questione delle responsabilità del funzionamento nell'organizzazione sanitaria è diventata di attualità nell'ultimo decennio. Dapprima è prevalsa la logica della responsabilità finanziaria che ha fatto crescere la cultura della managerialità nella direzione delle aziende sanitarie, con qualche tensione con il mondo delle professioni per quanto riguarda la responsabilità clinica rispetto ai risultati. Questa tensione è destinata a crescere nel futuro per la persistente esigenza di controllo e riorganizzazione della spesa e dell'assistenza e per la consapevolezza della centralità che rivestono i risultati di salute da assicurare a cittadini sempre più consapevoli dei propri diritti.

Assicurare risultati di salute con assistenza di qualità a costi contenuti sarà una sfida che ridurrà necessariamente l'autonomia professionale ma che estenderà anche le responsabilità di direzione. Standard di efficienza e standard clinici dovranno essere identificati e promossi da organizzazioni capaci di far condividere le scelte tra clinici e direzioni e da sistemi di controllo idonei a presidiare tali standard. Si tratta di una sfida per le abilità del "management" e per le motivazioni dei professionisti che dovrà essere assistita dalla regione con adeguati meccanismi di selezione e di formazione permanente di professionisti, cui verranno affidati questi compiti.

Molta dell'assistenza ai malati e ai disabili oggi viene fornita informalmente dai familiari o dal volontariato. L'andamento demografico suggerisce che la disponibilità di assistenza informale potrebbe ridursi notevolmente nei prossimi anni. In Italia ci sono migliaia di persone che si prendono cura di disabili e di anziani nella propria famiglia; si tratta prevalentemente di donne, che non hanno una occupazione propria, o che se ne hanno una svolgono in questo modo un doppio lavoro. E' verosimile che nei prossimi anni l'invecchiamento di questa popolazione di erogatori informali di assistenza, il loro mancato ricambio da parte di leve più giovani e meno disponibili, perché più coinvolte nel mercato del lavoro, e la disgregazione dei nuclei familiari rendano sempre più povero questo settore di offerta informale di assistenza, minacciando la qualità della vita e dell'assistenza di molti malati.

Le responsabilità

I prestatori informali di cure

***Sistemi di
informazione e di
comunicazione***

Se si monitorassero i carichi di lavoro del personale nell'organizzazione sanitaria si scoprirebbe che molto del tempo di lavoro viene speso nella raccolta e nell'uso delle informazioni, sia nel campo della comunicazione di tipo organizzativo sia in quello col paziente e col pubblico. L'aumento atteso delle responsabilità sia di tipo gestionale sia di tipo clinico e l'aumento delle aspettative di maggiore trasparenza da parte del pubblico non potranno che allargare questo impegno. Del resto lo sviluppo tecnologico ha fatto passi da gigante in questi anni, ma è stato valorizzato in modo insoddisfacente nel mondo sanitario: da un lato tecnologie che diventano sempre più rapidamente obsolete e non danno adeguate garanzie alle amministrazioni sanitarie per investimenti di lungo impegno, dall'altro le organizzazioni sanitarie che non sanno esplicitare le funzionalità strategiche e quelle specifiche a cui i sistemi informativi dovrebbero rispondere in contesti organizzativi spesso troppo volubili.

Nella regione importanti passi avanti si sono fatti per quanto riguarda sistemi informativi circoscritti nelle finalità e sostenuti da ben giustificati motivi gestionali, ad esempio le schede di dimissione ospedaliera o l'emergenza. Viceversa importanti funzionalità come quelle della prenotazione o quella dell'anagrafe, o quella della carta sanitaria del cittadino o ancora quelle di record-linkage tra i diversi sistemi informativi sanitari stentano ancora a svilupparsi pienamente.

Si può prevedere che questo settore si affermerà con sempre maggiore peso nel sistema sanitario regionale con un impatto favorevole sulla quantità di informazione disponibile per il cittadino e per il sistema di regolazione, con più tempo libero per i professionisti, con modificazioni delle modalità di erogazione dell'assistenza (telemedicina, etc.). A patto che il disegno e la qualità dei sistemi siano monitorati centralmente a livello regionale in ordine ai seguenti obiettivi: centrato sui benefici per i cittadini, attento a non far lievitare la domanda inutile (legata alle maggiori conoscenze), orientato a limitare gli adempimenti burocratici che ne derivano per i professionisti, capace di valorizzare in modo integrato e reciproco i diversi sistemi informativi attraverso forme di record-linkage, e rispettoso delle esigenze di confidenzialità.

***La regolazione e i
controlli nel sistema***

Man mano che il sistema sanitario si decentra, delega responsabilità e si articola con il privato, tendenze che sono già state sottolineate come irreversibili nello scenario futuro, allo stesso tempo occorre che si sviluppino strumenti idonei di regolazione. Una regolazione che sappia spostarsi dagli aspetti puramente di legittimità (come quella dei revisori dei conti) o da quelli legali (legati ai contenziosi), agli aspetti di responsabilità sui risultati e sulla qualità dell'assistenza, sia a livello organizzativo sia a livello professionale, sia in fase di progettazione sia in fase di realizzazione. Questa tendenza può avere un impatto favorevole sulla performance aziendale e professionale, anche se può comportare un aumento dei carichi di lavoro burocratici e del contenzioso.

Nella regione Piemonte alcune esperienze di ricerca di indicatori validi per questo scopo sono in corso, ma non è ancora stato disegnato un sistema organico e consolidato di responsabilità nella programmazione del sistema sanitario regionale, su cui progettare nuove procedure, strumenti e sedi di revisione e di regolazione del sistema.

La professione medica, e in qualche caso le altre professioni sanitarie, sono sottoposte ad alcuni importanti elementi di crisi. Da un lato l'erosione dell'autonomia professionale e dello status tradizionale, dall'altro le trasformazioni di ruolo imposte sia dal nuovo stile gestionale dell'assistenza, attento particolarmente ai costi, sia dalle nuove forme di regolazione della professionalità, come le linee guida, gli standard di performance. Questo rischia di suscitare insoddisfazione, scarsa motivazione, cambiamento di attitudini, stress, assenteismo. In alcuni casi queste difficoltà si configurano come vera e propria crisi di ruolo e di identità, come nel caso delle professioni della prevenzione. Senza contare che mentre le aziende sanitarie promuovono e conculcano misure di prevenzione nei luoghi di lavoro degli altri, basate su modelli di organizzazione d'impresa meno gerarchici e alienanti e più partecipati e coinvolgenti, l'organizzazione d'impresa e del lavoro delle aziende sanitarie risulta tra le più arretrate da questo punto di vista, con conseguenze sulla salute degli operatori sanitari che non sono mai state misurate.

Le politiche sembrano poco attrezzate per affrontare questi punti critici nella sede della formazione di base e in quella della formazione permanente e dell'accreditamento professionale. I cambiamenti di ruolo che servono per migliorare la soddisfazione dei bisogni di salute della comunità, come il nuovo ruolo della sanità pubblica, o di quelli dei cittadini, come il trasferimento di competenze dal medico all'infermiere o dall'ospedale al medico di base come l'introduzione di linee guida, dovrebbero essere progettati con molto anticipo rispetto alle esigenze di trasformazione delle competenze dei professionisti, che avvengono su una scala temporale più lunga. Una maggiore flessibilità e possibilità di scelta nella carriera professionale dovrebbero essere sperimentate nella regione per sostenere la motivazione dei professionisti.

La tradizionale demarcazione tra assistenza primaria e assistenza di secondo o terzo livello va scomparendo. E' verosimile che nel futuro gli sviluppi tecnologici e i cambiamenti di ruolo professionale renderanno necessaria solo più una assistenza specialistica e tecnologica nei pochi grandi ospedali, mentre molta assistenza potrà essere delocalizzata seguendo le esigenze del paziente piuttosto che quelle dell'organizzazione.

In effetti già le politiche sanitarie di questi anni stanno cercando di anticipare questa tendenza, con gli obiettivi di piano della contrazione dell'uso degli ospedali e con un allargamento dell'assistenza sanitaria di base e specialistica territoriale, da raggiungere con politiche di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri. I vantaggi di questa tendenza sembrano facilmente anticipabili in termini di risparmio dei costi collegati alle strutture e in termini di risultati di una assistenza più vicina ai problemi del paziente nella loro specifica gravità, anche se dimostrazioni precise al riguardo non sono ben documentate.

Tuttavia un adeguamento delle politiche di piano richiede una maggiore conoscenza delle economie di scala che si possono realizzare nell'assistenza ospedaliera con un nuovo piano di sviluppo, sulla relazione che esiste tra la qualità dei risultati e il volume delle prestazioni, e sulla possibilità di sviluppare buoni modelli gestionali di grandi ospedali. Occorre tenere presente che le comunità locali accetteranno scelte di riorganizzazione solo se saranno coinvolte nella valutazione dei benefici attesi e dei costi sostenuti.

Le professioni sanitarie

I luoghi dell'erogazione dell'assistenza

***I punti critici per
lo sviluppo della
sanità piemontese***

Da questa analisi delle diverse dimensioni di scenario emergono due conclusioni. Da un lato all'interno di ogni dimensione considerata ci sono spesso tensioni latenti. Prevenzione collettiva verso responsabilità individuale. Indicatori di salute verso indicatori di assistenza. Universalismo verso scelte individuali. Pianificazione regionale verso controllo locale delle priorità. Sistemi informativi centrali per il monitoraggio verso rigido rispetto della confidenzialità. Tecnologia contro rapporto col paziente. Nuove cure verso la libertà di rifiuto delle cure. Controllo centrale della diffusione delle malattie contagiose verso libertà di movimento. Politiche generali verso politiche specifiche per gruppo. Informazione al paziente verso prestazioni tecniche. Sviluppo tecnologico verso sicurezza. Concentrazione di strumenti e competenze in grandi ospedali verso distribuzione dell'offerta vicino alla domanda dei pazienti. Globalizzazione e centralizzazione verso devoluzione e decentramento. Controllo dei costi verso aspettative del pubblico. Insomma, individuo verso comunità, macro verso micro, pubblico verso privato. In effetti l'andamento delle politiche non può non riflettere queste tensioni tra opposti che stanno nelle cose della sanità pubblica. Per comporre queste tensioni in senso positivo nel futuro è necessario che crescano nuovi modelli di costruzione di politiche sanitarie. Essi devono essere capaci di coniugare il rigore scientifico che nasce dai fatti accertati insieme con la disponibilità alla composizione dei conflitti di interesse sulle questioni controverse.

D'altro lato i paragrafi precedenti consentono di identificare alcuni fattori distintivi per il successo di una politica di salute che sappia confrontarsi con le sfide del futuro. Tali fattori potrebbero essere sintetizzati come di seguito.

- C'è bisogno di più etica, di più riflessione e dibattito sui valori, poiché le scelte di civiltà e modernizzazione come i diritti degli anziani, le nuove frontiere della medicina o la scelta delle priorità nei livelli di assistenza si fondino su giustificazioni che sono frutto di consenso informato;
- C'è bisogno di più informazione per i cittadini, le comunità e i professionisti: da essa dipende la capacità di esercitare la propria responsabilità da parte di ogni soggetto, ivi incluse le istituzioni che si sottopongono a valutazione;
- C'è bisogno di più ricerca per quegli ambiti da cui dipende il futuro del servizio sanitario, come l'impatto sulla sanità dell'invecchiamento e la sperimentazione di nuovi interventi;
- C'è bisogno di più attenzione alla salute in tutte politiche, sanitarie e non, sia là dove c'è un capitale di salute da salvaguardare (giovani, stranieri immigrati, qualità della vita degli anziani), sia là dove le disuguaglianze dimostrano che si può fare meglio;
- C'è bisogno di più razionalità nelle forme della gestione del servizio sanitario, a priori quando occorre valutare quali nuove tecnologie introdurre, a posteriori quando occorre misurare i risultati dalla propria attività;
- C'è bisogno di più formazione, dato che alle grandi trasformazioni partecipano solo i professionisti che si appassionano per il loro mestiere, perché lo sanno fare e lo sanno fare in modo critico e aggiornato rispetto ai nuovi problemi.
- Come potrà il piano sanitario regionale assicurare più etica, più informazione, più ricerca, più attenzione alla salute, più razionalità,

più formazione per il sistema sanitario regionale dei prossimi decenni? I successivi paragrafi offriranno gli spunti specifici con cui queste raccomandazioni generali potranno tradursi in proposte concrete per ogni obiettivo di salute.

1. Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2000.
2. ISTAT. Annuario statistico Italiano. Istituto Nazionale di Statistica; 2000, Roma.
3. Regione Piemonte. Promozione Salute Piemonte. URL: <http://www.regione.piemonte.it/speciali/salute/index/htm>.

Bibliografia