

In questa difficile fase di crisi economica e di finanza pubblica, la “questione sanitaria”, vale a dire il rapporto tra bisogni di salute e offerta erogata dai sistemi sanitari, assume contorni particolari e rende la discussione su questo tema sempre più attuale e urgente per il decisore pubblico.

Da un lato infatti, di fronte al mutare e al crescere dei bisogni di cura, il ridisegno dei sistemi sanitari si trova a dover fronteggiare un vincolo di risorse non solo scarse, ma addirittura decrescenti.

D’altro canto, la fase di crisi economica incide non solo sui consumi privati legati alla salute, ma in generale sulla struttura dei consumi delle famiglie, con ricadute sia sull’aumento di comportamenti dannosi per la salute stessa, sia per l’incapacità di fronteggiare le maggiori spese con risorse proprie.

Per questa ragione *Prisma* ha deciso di dedicare un numero al rapporto tra organizzazione sanitaria e salute dei cittadini; certamente tante sarebbero state le tematiche specifiche da affrontare, anche per la vastità delle possibili prospettive disciplinari coinvolte: superata ormai da tempo la fase in cui erano solo i medici ad occuparsi di sanità, oggi questo tema è sempre più spesso oggetto di analisi interdisciplinari.

Per quanto attiene al tema dell’organizzazione sanitaria, ad esempio, ormai i dati sui trend epidemiologici della popolazione vengono sempre accompagnati da analisi della struttura demografica, da analisi economiche sui dati di spesa, da studi sociologici sulle organizzazioni e sulle trasformazioni sociali (si pensi ad esempio al rapporto tra immigrazione e bisogni di salute) e altri ancora.

Abbiamo però dovuto operare alcune scelte, privilegiando una prospettiva di analisi che tenesse insieme le caratteristiche dei sistemi sanitari oggi sottoposti a maggiore tensione e l’evoluzione della domanda di salute.

L’articolo di apertura del numero, ad esempio, è il frutto di una ricerca coordinata dal Prof. Ricciardi, che, sulla scorta di quanto fatto dieci anni fa dal Governo inglese con il Wanless Report, si pone l’obiettivo di disegnare uno scenario di lungo periodo per la sanità italiana, utile per il decisore politico, incrociando dati demografici, epidemiologici e di spesa sanitaria.

È infatti tenendo conto *congiuntamente* del fatto che l’Italia ha oggi (e avrà per i prossimi decenni) la popolazione più anziana d’Europa, l’unica già con oltre il 20% di over 65, insieme alla evidenza di quali malattie oggi hanno i maggiori costi per il sistema sanitario, o la maggiore incidenza in termini di mortalità (malattie cardiovascolari, con il 44%), che si riesce a soppesare con attenzione il fatto che la spesa sanitaria italiana, seconda voce tra le spese sociali seconda solo a quella pensionistica e con un incremento previsto dello 0,6% del PIL solo per l’effetto demo-

grafico, viene assorbita già oggi per oltre l'80% dal 25-30% della popolazione con malattie cronico degenerative.

Anche il contributo di Dirindin e Rivoiro è dedicato ad una prospettiva a livello macro, ma con un taglio più teorico-concettuale: le autrici analizzano infatti i fondamenti e le dimensioni dell'universalismo, che oggi viene messo sotto attacco, complice anche la sopracitata fase di crisi, ma anche a causa di un approccio politico-culturale basato sui tagli lineari, sull'aumento degli oneri a carico dei cittadini e sulla diminuzione della spesa per integrazione sociosanitaria.

La difesa dell'universalismo, la cui introduzione è considerata la terza rivoluzione in ambito sanitario – dopo quella demografica e quella epidemiologica –, è quindi sostenuta come una necessità fondamentale per assicurare al nostro sistema sanitario il suo attuale standard di efficacia, alta nonostante l'Italia abbia una spesa sanitaria inferiore di circa il 24%, secondo gli ultimi dati, alla media UE.

Del resto – sostengono le autrici – anche alcuni paesi di nuovo sviluppo, come India, Brasile e Messico, ciascuno seguendo la propria “via”, si stanno avvicinando a sistemi universalistici, in un'epoca in cui più di un miliardo di persone non ha potuto avere accesso a cure sanitarie a causa del costo eccessivo: sono quindi tutte e tre le dimensioni dell'universalismo – quota di popolazione raggiunta, tipologia di prestazioni garantite e i costi coperti – a dover essere preservate in un momento così delicato.

Sebbene tali principi siano ancora garantiti in Italia, in seguito alla riforma costituzionale, l'art.117 Cost. ha mutato significativamente lo scenario sanitario italiano, conferendo alle Regioni la potestà su questa materia.

Questa riforma non è stata solo significativa per il sistema sanitario nazionale (in effetti oggi sarebbe più corretto parlare di un insieme di sistemi sanitari regionali, piuttosto che di un sistema sanitario nazionale, anche per la forte differenziazione interna), ma anche per le Regioni stesse: potremmo quindi dire che oggi, da un lato la sanità pubblica non esisterebbe senza le Regioni, ma che al contempo le Regioni quasi non esisterebbero politicamente senza la potestà sanitaria, che costituisce ormai una quota superiore ai due terzi dei loro bilanci.

Ma quali sono le diversità tra i sistemi sanitari regionali, dal punto di vista della loro efficacia?

Il contributo di Di Stanislao affronta il tema dei sistemi di valutazione delle *performances* nel sistema sanitario. Come noto, infatti, l'esistenza di un sistema di valutazione non è solo un obbligo assunto dal nostro paese con una serie di atti, persino a livello internazionale (carta di Tallinn), ma è un impegno necessario per verificare il raggiungimento di una serie di adempimenti che, in seguito alla intesa Stato-Regioni del marzo 2005, è condizione necessaria per accedere alla quota premiale del 3% del finanziamento indistinto del fondo nazionale.

Di Stanislao, dopo aver sinteticamente passato in rassegna i sistemi di valutazione in uso a livello internazionale, analizza in modo dettagliato il funzionamento dell'attuale sistema di indicatori italiani, introdotto dal patto salute 2010-2012, illu-

strandando anche le differenze nell'utilizzo che le programmazioni sanitarie delle regioni italiane fanno di questi strumenti.

Dopo questi tre contributi concentrati sul versante dell'offerta, gli ultimi due articoli della parte generale sono invece centrati su un'analisi della domanda di salute.

Il contributo di Ricciardi e altri analizza la variazione dei consumi relativi alla salute durante la crisi economica. Un tema di drammatica attualità se si pensa anche a quanto è accaduto in altri paesi in cui la crisi è stata più dura sul piano delle conseguenze socioeconomiche: in Grecia, ad esempio, tra il 2009 e il 2010, secondo una ricerca pubblicata su *Lancet*, è aumentata del 15% la percentuale di persone che non si sono fatte visitare dal medico a causa delle proprie condizioni economiche, pur avendone bisogno; in Spagna, nello stesso periodo, si sono verificati incrementi fino al 20% dei disturbi correlati alla salute mentale, così come è aumentata la dipendenza da alcool.

L'articolo si interroga sul caso italiano, utilizzando i preziosi dati del rapporto Osservasalute, in particolare quelli riguardanti il rapporto tra trend epidemiologici e consumi sanitari; tra le conclusioni di questa ricerca emerge il fatto che in Italia, in questi anni di crisi, stia aumentando il gradiente "nord-sud" in tali consumi, così come aumentano pagamenti *out of pocket* di assistenza odontoiatrica e l'incidenza dell'edentulismo, diminuiscono i consumi di frutta e verdura e l'esercizio fisico, aumenta la sedentarietà e alcuni consumi nocivi per la salute che possono essere legati alla fase di crisi (alcool e farmaci antidepressivi). Una situazione aggravata dalla *spending review*, che fa aumentare le compartecipazioni dei cittadini ai costi sanitari, in una fase che richiederebbe invece, piuttosto che tagli lineari, scelte razionali per non impoverire ulteriormente le famiglie.

L'ultimo contributo di questa parte, a firma del sottoscritto, si concentra su un particolare aspetto relativo alla domanda di salute, vale a dire la autopercezione dello stato di salute tra i cittadini italiani ed europei.

Solitamente, infatti, quando si analizzano i dati riguardanti la domanda di salute vengono analizzati dati relativi al consumo sanitario, piuttosto che al soggettivo bisogno di salute. Per la prima volta, grazie al questionario EU-SILC, è possibile analizzare una serie di microdati relativi alla autopercezione di salute dei cittadini europei, che fornisce preziose informazioni da questo punto di vista. L'articolo, sulla base di questi dati, illustra le caratteristiche delle condizioni di "salute percepita" in Europa e in Italia.

Se ne ottiene un quadro piuttosto positivo, ma, anche in questo caso, si sottolinea il dato molto significativo di coloro che non ricorrono a cure necessarie perché non se lo possono permettere. Tra coloro che non vanno dal medico pur avendo problemi di salute, infatti, per il 34% dei cittadini europei la ragione è economica; un dato che sale a ben il 50% in Italia.

La parte del fascicolo dedicata al contesto locale delle Marche si caratterizza per una attenzione particolare al tema della non autosufficienza e dell'integrazione socio-sanitaria.

Il contributo di Pesaresi e Ragaini in particolare, dopo aver tratteggiato in apertura i principali modelli di integrazione socio-sanitaria, analizza il caso marchigiano in modo dettagliato, spiegandone le caratteristiche, sia sul versante istituzionale che su quello operativo e illustrando i vari strumenti di programmazione e di gestione territoriale dell'integrazione sociosanitaria marchigiana; l'articolo si conclude con una disanima dei dati dell'offerta per disabili e anziani non autosufficienti e una valutazione dello stato di attuazione dei servizi.

Il contributo di Maffei e Zuccatelli, invece, affronta il tema degli anziani non autosufficienti concentrandosi in particolare sugli aspetti ospedalieri: tramite una accurata analisi dei ricoveri delle persone anziane nelle Marche in ogni singolo territorio della regione, gli autori avanzano alcune proposte di riconversione della rete ospedaliera che coinvolga le strutture intermedie, depotenziando l'ospedale e potenziando la risposta territoriale con un "passaggio da una assistenza high tech ad una assistenza high touch".

L'ultimo articolo dedicato alle Marche è curato dal servizio sanità della Regione: vengono illustrate sinteticamente le principali caratteristiche del SSR marchigiano, che come noto presenta una peculiarità unica a livello nazionale, la presenza di una unica azienda sanitaria regionale.

Questo contributo consente di comprendere il funzionamento delle leggi che regolano la governance sanitaria marchigiana e la sua struttura organizzativa; viene poi illustrato sinteticamente il Piano sociosanitario 2012-2014 recentemente approvato dal Consiglio regionale, dove vengono tratteggiate le principali caratteristiche che stanno istruendo la programmazione della riforma sanitaria in atto.

Un focus particolare è dedicato a due aspetti: la descrizione della Casa della salute, strumento centrale all'interno della riconversione dei poli ospedalieri (le Marche sono una delle regioni che aveva uno dei maggiori tassi di frammentazione ospedaliera) in nuove strutture dedicate alla assistenza territoriale e il funzionamento dell'Osservatorio epidemiologico regionale, istituito dalla legge regionale 6/2012, all'interno del quale operano i Registri di patologia, dei tumori e delle cause di morte: una preziosa banca dati a servizio della futura programmazione.

L'ultima scheda, infine, curata da Angela Genova e Patrizia Carletti è anch'essa dedicata ad un aspetto specifico, quello delle politiche e strategie regionali riguardanti la disuguaglianza di salute nella popolazione immigrata, tema su cui le Marche partecipano da due anni ad un progetto europeo ("Better Health for Better Integration"), i cui principali risultati sono illustrati dalle autrici.

Come sempre *Prisma* introduce il numero monografico con un contributo "letterario": in questo caso abbiamo voluto recuperare dei Sonetti sanitari di Gioacchino Belli, dedicati a questioni riguardanti appunto la salute e l'organizzazione sanitaria della sua epoca.

Uno degli ultimi sonetti che pubblichiamo (con alcune brevi note esplicative) tratta dell'epidemia di colera che colpì Ancona nel 1836 e che spinse lo Stato Pontificio ad inviare nella città dorica uno scrupoloso medico romano, che visionò tutti i malati cercando di curarli e in questo modo contrasse egli stesso il colera.

È alla memoria di questo coraggioso tentativo di dare una primordiale forma di organizzazione sanitaria al territorio marchigiano, di fronte ad una epidemia così grave, che intendiamo dedicare il presente fascicolo, unitamente al ricordo di un grande marchigiano, Carlo Urbani, scomparso nel 2003 per curare la SARS.

*Gianluca Busilacchi*