

Politica di salute, governo della sanità.

*Marcello Crivellini
marcello.crivellini@polimi.it
gennaio 2007*

Indice

Premessa

1. Introduzione

1.1 Il problema

1.2 Sanità e salute: due storie diverse

1.3 I determinanti della salute

2. Sanità e salute nel mondo

3. Il consumo di sanità

4. Il sistema sanitario italiano

5. Proposte per una politica di salute e per il governo della sanità in Italia

6. Conclusioni

Allegati

A - Aspettativa di vita

B - Spesa sanitaria

C - Il diverso consumo sanitario

D - Classi sociali, sanità e salute

E - Finanziamento- spesa- deficit del SSN

F - Medici e numero “chiuso”

G - Errori in sanità

Premessa

Questo documento vuole essere uno strumento per definire a livello politico e istituzionale criteri di intervento ed obiettivi operativi nel campo della sanità e della tutela della salute.

In tutti i paesi industrializzati la sanità è uno dei settori più estesi e complessi : assorbe ingenti risorse economiche, umane e organizzative, coinvolge centinaia di migliaia (se non milioni) di operatori, l'intera popolazione ne costituisce l'utenza, è percorso profondamente da fattori culturali e del sentire.

Proprio per la complessità dei fenomeni si è evitato di appesantire la trattazione con citazioni (che sarebbero state numerose), limitandosi a fornire solo la fonte dei dati numerici.

Nel tentativo di facilitare la lettura, alcune analisi sono state volutamente contratte.

1. Introduzione

1.1 Il problema

Negli ultimi due decenni si è progressivamente imposto all'ordine del giorno dei governi di tutti i paesi industrializzati il problema dell'evoluzione e del controllo del sistema sanitario.

Esso è stato ed è vissuto principalmente come un problema di controllo della spesa, anche perché il livello di quest'ultima è sempre cresciuto ed ha ora toccato valori enormi; inoltre anche in presenza di tipologie di interventi di limitazione che in altri settori si sono dimostrati efficaci, la spesa tende a salire comunque e la rincorsa "aumento dei finanziamenti-aumento della spesa" non sembra avere mai fine.

I valori più recenti della spesa sanitaria complessiva (The World Health Report 2006 a cura della World Health Organization, cioè WHO o anche OMS) in percentuale sul Pil per l'anno 2003 sono : Australia 9,5%, Austria 7,5%, Canada 9,9%, Francia 10,1%, Germania 11,1%, Italia 8,4%, Giappone 7,9%, Spagna 7,7%, Svezia 9,4%, Svizzera 11,5%, United Kingdom 8%, USA 15,2%, media UE 8,8%.

Generalmente la spesa è quasi raddoppiata rispetto al 1970.

Pressoché tutti i paesi industrializzati da più di un decennio si affannano nella "rincorsa" di questo problema con interventi a posteriori che nel caso migliore riescono solo a rallentare gli aumenti di spesa e di consumo sanitario.

Ad esempio in Italia ogni anno in occasione della Legge Finanziaria si discute di "tagli" alla spesa sanitaria anche se mai ne sono stati fatti di veri : la spesa è quasi sempre cresciuta comunque (enormemente nella legislatura passata) e i famigerati tagli spesso altro non sono che alcuni ticket che si aggiungono a maggiori finanziamenti.

Per capire la realtà della situazione, l'attuale perverso meccanismo "più finanziamenti-più deficit", il senso della spesa sanitaria, il senso o meno dell'attuale assetto quantitativo e qualitativo della sanità, in altre parole al fine di governare la sanità invece di esserne governati, è necessario aver presente che salute dei cittadini e sanità sono due concetti diversi, caratterizzati da storie ed esigenze diverse, certo correlate ma a volte contrastanti.

1.2 Sanità e salute: due storie diverse

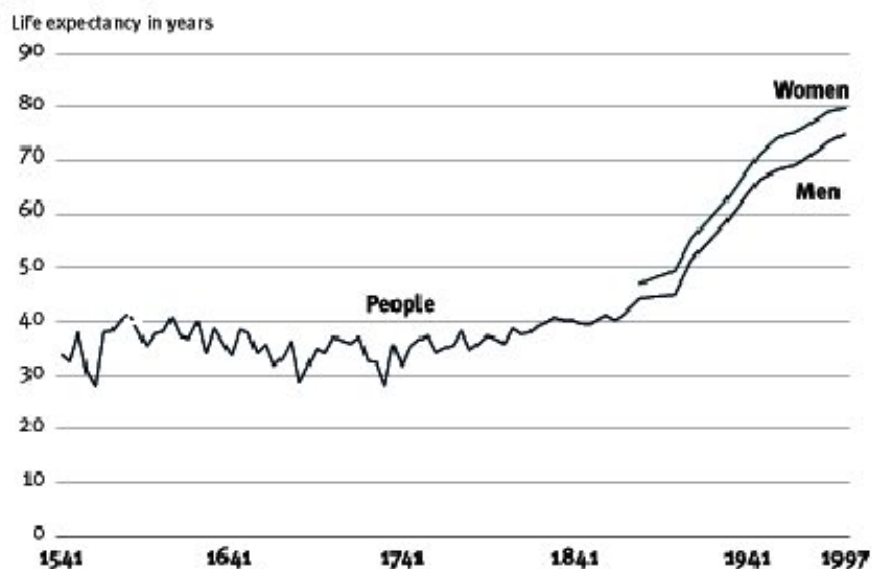
Per **Salute** si intendono le reali condizioni di salute della popolazione di un paese in un dato anno. *Grandezze di misura* : aspettativa di vita (LE), aspettativa di vita in buona salute (DALE, HALE), mortalità, mortalità infantile, mortalità evitabile, ecc..

Per **Sanità** si intende l'insieme delle regole e delle risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate alla tutela della salute. *Grandezze di misura* : di dimensione (personale, numero di strutture, letti, tecnologie, ecc), di funzionamento (tasso di ospedalizzazione, di utilizzo, degenza media, ecc), di spesa (% sul PIL, pro capite in \$PPP, quota pubblica/privata, ospedaliera, farmaceutica, ecc), ecc... .

La storia della salute è sintetizzabile dal grafico di Fig.1 . Sino alla fine '800-primi '900 la quantità di vita è rimasta sostanzialmente stabile. Negli ultimi cento anni, nei paesi industrializzati la quantità di vita è raddoppiata.

Il maggior incremento è avvenuto nella prima metà del '900.

Fig. 1 Major improvements in expectation of life after centuries of early death



Life expectancy at birth in England & Wales

Source: Office for National Statistics (see References Section)

La storia della sanità è diversa ed è così sintetizzabile :

- **fine '800**

Prime leggi di organizzazione sanitaria (misure di igiene, prime regole di copertura sanitaria a particolari categorie)

- **sino a dopo la II° guerra mondiale**

Lotta alle malattie infettive, poca spesa (1-2,5% del Pil), poche strutture e letti ospedalieri, pochi farmaci e tecnologie, poco personale

- **anni '50/'60 - anni '80/'90**

Esplosione delle strutture, della spesa, del personale, delle tecnologie

- **dagli anni '90**

Continui tentativi di controllo della spesa e di riduzione della quantità di strutture; ricerca di nuove regole e di efficienza .

Dunque le storie non coincidono, l'una non è la causa dell'altra :

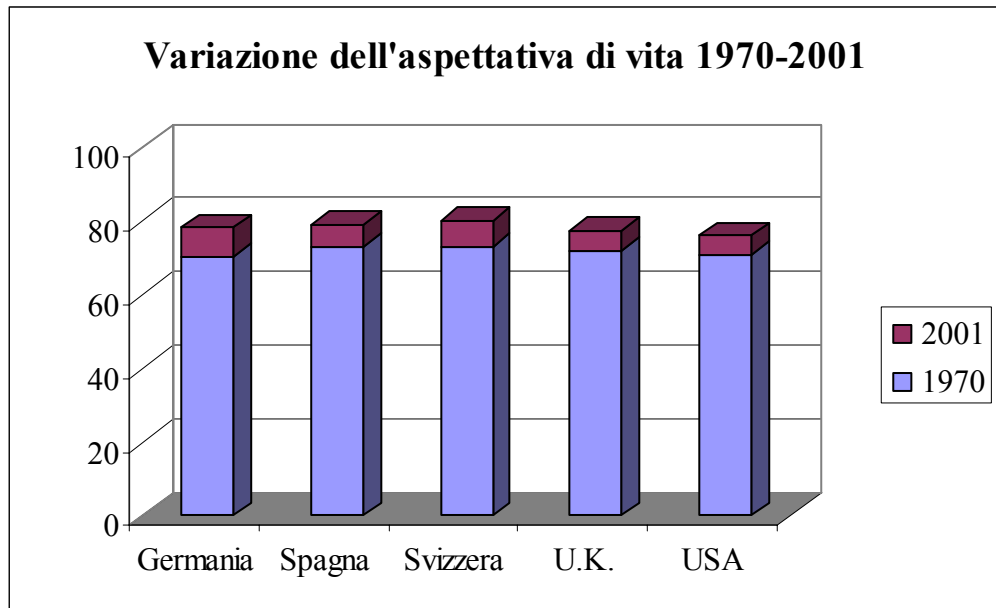
- il balzo della **quantità di vita** si è avuto nella prima metà del '900 (poca sanità) sconfiggendo le malattie infettive (esempio della tubercolosi: crollo dovuto più alla conoscenza dei meccanismi di sviluppo della patologia che ai farmaci, messi a punto successivamente)
- il balzo della **quantità di sanità** si è avuto negli ultimi 50 anni con risultati di salute positivi ma relativamente modesti rispetto alla spesa.

Ciò non vuol dire che la sanità non incida positivamente sulla salute, ma solo che non è l'unico determinante della salute. Anzi tutti gli studiosi concordano che non è neanche il principale.

Quello che si vuole sottolineare è che le politiche di quasi tutti i paesi industrializzati si sono basate, a partire dagli anni '50-'60, quasi esclusivamente nell'aumentare la quantità di sanità senza chiedersi e valutare quali erano esiti e risultati di questa incredibile massa di risorse. Esiti in termini di salute dei cittadini, ovviamente.

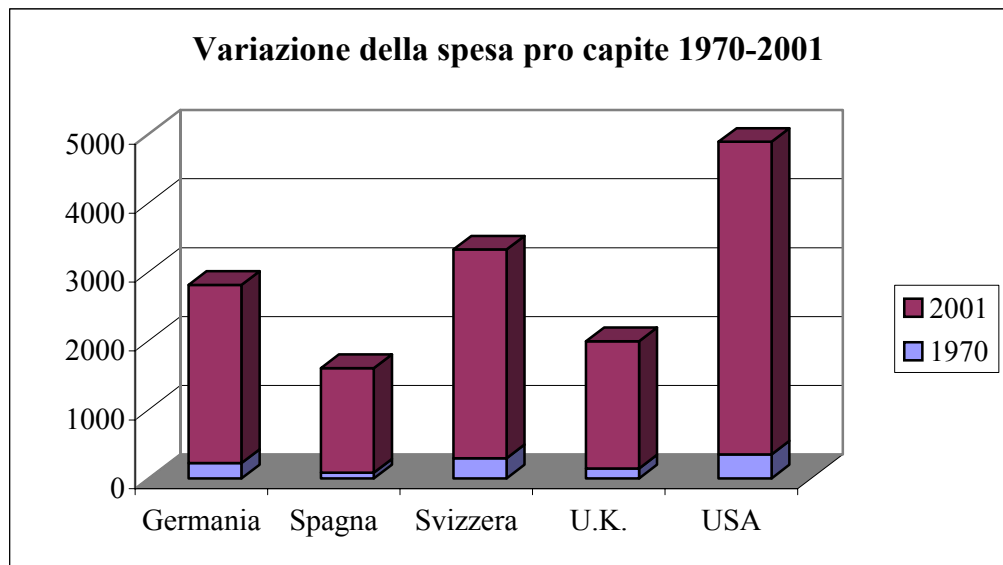
La sanità è così divenuta enorme (come strutture, dipendenti e spesa) e ha fatto delle proprie necessità e aspirazioni interne la vera motivazione di ulteriori finanziamenti, sfruttando un assunto (la salute dipende quasi esclusivamente dalla sanità) che non è affatto vero.

Le Fig. 2 e 3 mostrano per alcuni paesi negli ultimi decenni il fortissimo aumento della spesa sanitaria ed il contemporaneo modesto incremento di salute.



Fonte : elaborazione su dati WHO, World Health Report 2002

Fig. 2 Variazione dell'aspettativa di vita alla nascita, in anni, tra il 1970 e il 2001



Fonte : elaborazione su dati OECD Health Data 2003

Fig. 3 Variazione della spesa pro capite, in dollari a parità di potere di acquisto, tra il 1970 e il 2001

1.3 I determinanti della salute

A livello internazionale molti studiosi e ricercatori si sono occupati di capire e valutare da che cosa dipenda la salute dei cittadini di un paese e molti sono stati i modelli proposti.

Volendo sintetizzare e semplificare, si può dire che quattro sono i principali determinanti della salute : lo stile di vita, il patrimonio genetico, l'ambiente e il sistema sanitario. Alcuni ricercatori si sono posti il problema di quantificare gli effetti dei singoli determinanti della salute anche in termini numerici; una delle prime analisi è quella di Dever (1976).

La Tabella 1 mostra una sintesi delle valutazioni trovate e sul cui ordine di grandezza c'è concordanza.

	Impatto sulla salute
SERVIZI SANITARI	10-15%
PATRIMONIO GENETICO	20-30%
ECOSISTEMA	20%
CULTURA, CONDIZIONE SOCIOECONOMICA, STILE DI VITA	40-50%

Tab. 1 Stima quantitativa dell'impatto dei determinanti della salute, per i maggiori studi a livello internazionale.

La salute dei cittadini non dipende solo dalla sanità; anzi quest'ultima ha un effetto minore rispetto agli altri determinanti.

Lo stile di vita conta molto di più in termini di salute. Le abitudini alimentari dei giapponesi, ad esempio, sembrano spiegare il loro primo posto come aspettativa di vita. Altro esempio è la cosiddetta dieta mediterranea alla quale alcuni studi attribuiscono un surplus di circa due/tre anni di aspettativa di vita per i paesi che la adottano.

2. Sanità e salute nel mondo

Mentre in molti settori, anche importanti, si sono verificati accordi e forme di governo sopranazionali (commercio, moneta, difesa,...) a seguito dei quali i governi nazionali hanno ceduto parte dei propri poteri ad entità comuni, per quanto riguarda la sanità ogni paese ha mantenuto integre le proprie caratteristiche organizzative.

Le organizzazioni adottate sono dunque diverse sia come modello che per composizione e dimensioni .

Comunque la grandezza “spesa sanitaria complessiva” di ogni paese rappresenta per definizione l’insieme di tutte le risorse (comunque composte ed assortite) impiegate nell’organizzazione sanitaria, mentre la “aspettativa di vita” rappresenta il risultato in termini di salute ottenuto nel paese considerato per un certo anno.

La prima si misura in percentuale sul Pil o in \$PPP (dollari statunitensi a parità di potere di acquisto) pro capite.

Sinteticamente la prima rappresenta la quantità di sanità impiegata, la seconda il livello di salute della popolazione.

Gli Allegati **A** e **B** riportano i dati relativi ad Aspettativa di vita e Spesa per i principali paesi.

La relazione tra sanità e salute può essere rappresentata in un grafico in cui in ascisse c’è la misura della salute (Aspettativa di vita alla nascita, in anni) e in ordinate la misura della sanità (Spesa sanitaria pro capite, in \$PPP) per tutti i paesi aderenti all’ONU, praticamente tutti i paesi del mondo.

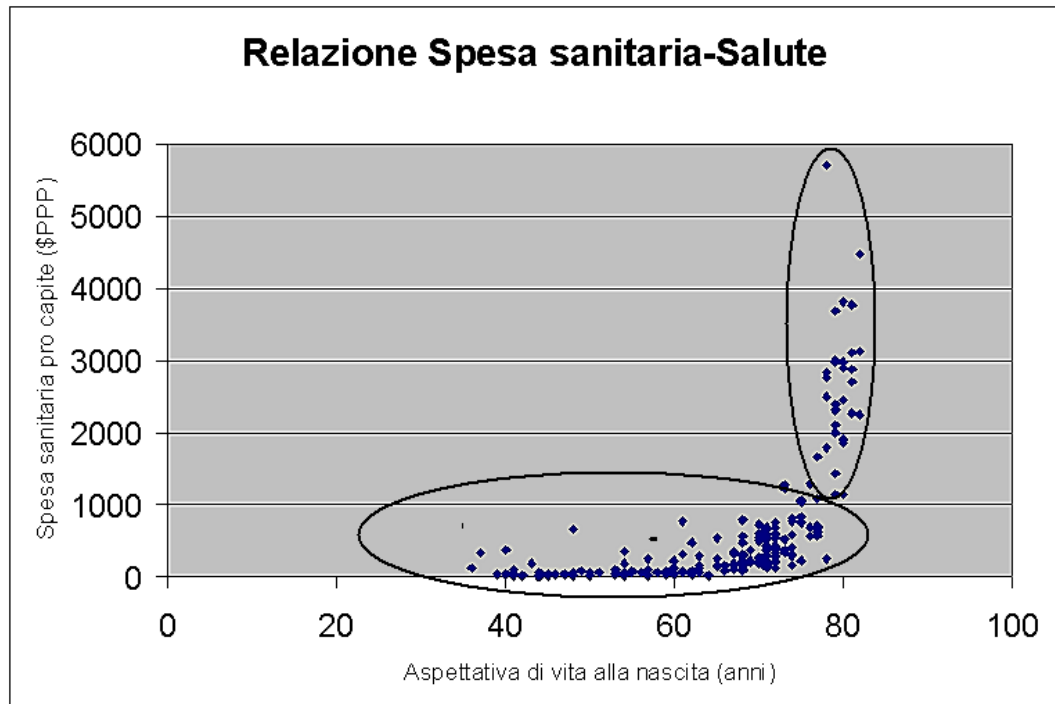
La Fig. 4 mostra questo legame : ogni punto rappresenta un paese caratterizzato dalla propria Aspettativa di vita e dalla propria Spesa sanitaria.

I dati sono presi dal Health World Report 2006 della WHO e sono relativi al 2003-2004.

Come si può vedere molti paesi (i più poveri) spendono meno di mille dollari pro capite mentre un numero minore di paesi (i più ricchi) spendono cifre superiori.

Ma fra i primi a parità di spesa (o con piccole differenze) i risultati in termini di salute sono diversissimi (tra 40 e 78 anni circa) mentre i

secondi presentano poche differenze in termini di salute (77-82 anni circa) e grandissime differenze in termini di spesa (da poco più di 1000 a quasi 6000 dollari).



Fonte: elaborazione sui dati Health World Report 2006, WHO

Fig. 4 Relazione tra Spesa sanitaria e Salute nei paesi dell'ONU, anni 2003-2004.

Il complesso dei paesi ricchi ha una quantità di vita molto più alta del complesso dei paesi poveri, ma all'interno di ciascuno dei due gruppi non c'è relazione tra spesa sanitaria e salute.

Lo stesso fenomeno si presenta per l'Europa, sostituendo ai paesi poveri molti di quelli sorti dal crollo dell'impero sovietico e ai paesi ricchi i tradizionali paesi dell'Europa occidentale.

Infine se si considerano alcuni fra i maggiori paesi europei, comparabili con l'Italia, si può costruire la Tabella 2. In essa oltre ai valori assoluti di Aspettativa di vita e di Spesa sanitaria sono riportate le percentuali rispetto al paese che presenta il valore più alto.

Emerge che ad esempio la Spagna (spendendo il 49,1% della Svizzera) ottiene il 98,7% in termini di salute, che la Germania ottiene lo stesso risultato di salute del Regno Unito ma quest'ultimo spende quasi un terzo di meno; l'Italia ottiene il massimo di salute con il 60% di spesa. Insomma anche fra questi paesi (fra loro comparabili per ricchezza)

appare chiaro che a quantità maggiori di sanità non corrisponde una maggiore salute.

		Francia	Germania	Italia	Spagna	Svizzera	U.K.
Salute	<i>LE alla nascita</i>	80	79	81	80	81	79
		98,7	97,5	100	98,7	100	97,5
Spesa	<i>\$PPP pro capite</i>	2902	3001	2266	1853	3776	2389
		76,9	79,5	60	49,1	100	63,3

Valori desunti WHO Health Report 2006; LE anno 2004, spesa anno 2003

Tabella 2 Aspettativa di vita e spesa pro capite per alcuni paesi europei.

3. Il consumo di sanità

Il consumo dei diversi “prodotti” sanitari (numero per persona di ricoveri ospedalieri, farmaci, esami clinici, esami diagnostici, visite mediche.....) è quanto di più vario si possa immaginare.

Nell’ambito di paesi comparabili (ad esempio i maggiori paesi industrializzati) vi sono paesi in cui i cittadini “consumano” (o meglio i medici prescrivono) un numero cinque o sei volte superiore di esami del sangue, il doppio o il triplo di farmaci o di visite mediche, ecc.... rispetto ad altri paesi simili per economia, tradizioni e livello di sviluppo.

Queste enormi differenze non dipendono da alcuna ragione clinica o di salute ma solo ed esclusivamente dal comportamento degli operatori sanitari (medici in particolare), da regole di gestione del sistema sanitario e non ultimo da atteggiamenti “culturali” dei cittadini e dalla loro mancata corretta informazione.

Tali grandissime differenze sono misurabili tra paesi simili per livello economico e sviluppo ma con tradizioni e regole “sanitarie” diverse, anche in presenza di accesso e copertura sanitaria garantita (dati ed esempi in Allegato C).

Inoltre marcate differenze sono presenti all’interno di ciascun paese tra classi sociali o gruppi di cittadini. Molti sono gli studi in questo settore; mentre inizialmente l’attenzione è stata rivolta alla suddivisione per livello di reddito, sempre più le indagini hanno messo in evidenza la classe sociale in generale e il livello di istruzione ed informazione in particolare.

Gli studi mostrano che in generale chi appartiene ad una classe sociale “superiore” propende per un consumo sanitario minore; i meno abbienti, chi ha meno strumenti culturali e minor possibilità informative tende a “consumare” più sanità (dati ed esempi in Allegato D).

Di contro lo stato di salute percepita è invece proporzionale al livello sociale.

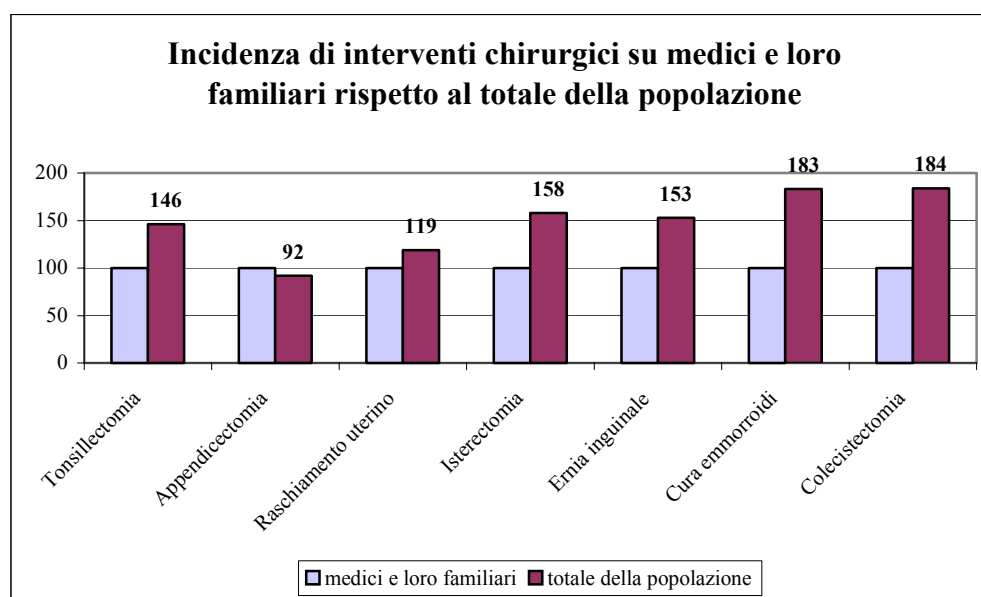
La spiegazione non è che “i ricchi” si possono permettere più sanità : pur consumando una quantità inferiore di servizi hanno una possibilità informativa superiore che consente loro di scegliere servizi più appropriati e di migliore qualità.

Per visualizzare e comprendere la complessità del fenomeno è utile riportare una famosa (tra gli operatori e studiosi, non fra gli utenti!) ricerca di G. Domenighetti, studioso e con responsabilità nella programmazione sanitaria in Svizzera.

Domenighetti ha misurato il ricorso ai più comuni interventi chirurgici suddividendo la popolazione in due categorie : popolazione generale, medici e loro familiari (Fig. 5).

Ebbene il ricorso agli interventi chirurgici è molto superiore (in alcuni casi quasi doppio) per la popolazione generale rispetto a quanto i medici prescrivono per sé e la propria famiglia. Assumendo che per sé il medico assume le decisioni certamente più idonee e prendendo questo rapporto come indice, Domenighetti ha calcolato che in Svizzera la “sanità indotta” (dai medici sui cittadini) è fra il 25 e il 37% del totale.

Inoltre verso la particolare categoria degli avvocati i medici ricorrono all'intervento chirurgico con gli stessi valori usati per se stessi, a protezione di eventuali ricorsi ed azioni legali.



Fonte : G. Domenighetti, *Il mercato della salute*, CIC

Fig. 5 La diversa incidenza degli interventi chirurgici fra i medici e i loro familiari rispetto a quella di tutta la popolazione.

Tutto ciò conferma che nei principali paesi industrializzati in larga misura l'attuale forte differenza nel livello di consumo sanitario non è legato a ragioni di salute ma a fattori di informazione e sociali, oltre che di interesse degli operatori sanitari.

Ai 4 classici determinanti della salute è dunque opportuno aggiungere un altro fattore in grado di amplificare (o, se distorta, ridurre!) il loro effetto : l'informazione.

La Fig. 6 è una possibile rappresentazione di questo fenomeno.

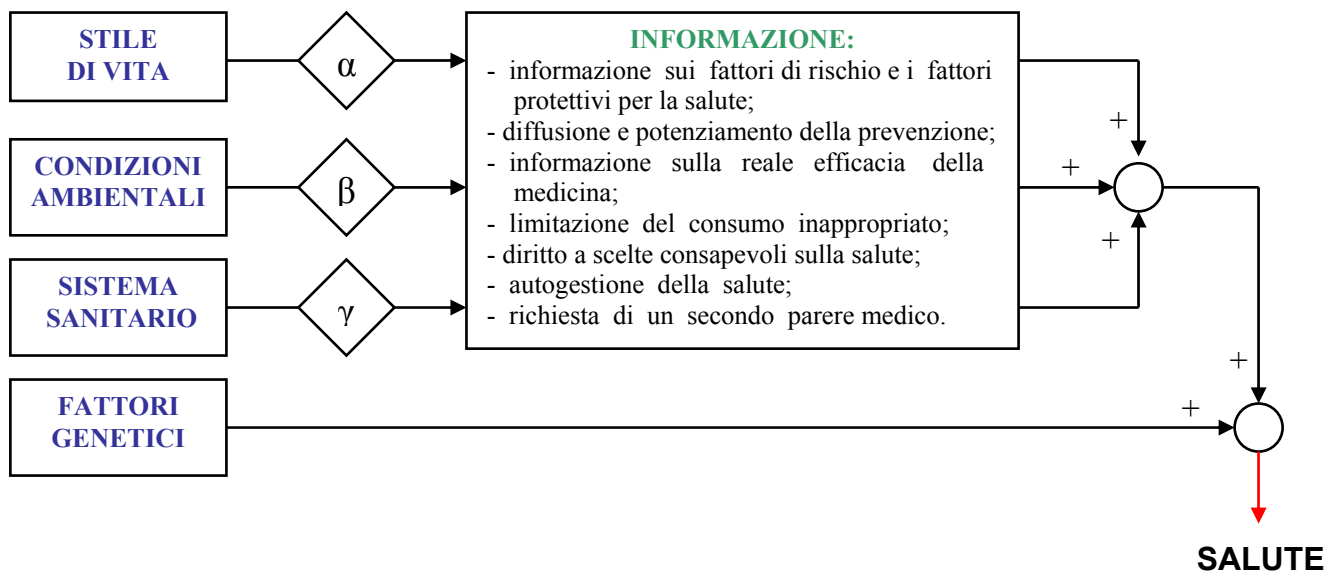


Fig. 6 L'informazione è un amplificatore/riduttore dei determinanti della salute

4. Il Sistema Sanitario Italiano

Il sistema sanitario italiano è un Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tale modello si fonda sui seguenti criteri generali : copertura sanitaria automatica di tutti i cittadini italiani, gratuità dei servizi (a meno di alcune limitate compartecipazioni alla spesa su alcuni servizi specifici, come farmaceutica e diagnostica), finanziamento tramite fiscalità generale e contributi specifici, ruolo dello Stato (Governo centrale e Regioni) assoluto a livello di decisioni generali e di programmazione, prevalente a livello di gestione dei servizi.

Il SSN è stato istituito nel 1978 (sul modello del National Health Service inglese) e riformato, soprattutto in alcuni meccanismi di gestione, nel 1992-'93.

In effetti oltre di SSN bisognerebbe parlare di Servizi Sanitari Regionali (SSR) in quanto a partire dall'ultima riforma l'erogazione, la gestione, l'organizzazione, il dimensionamento, la programmazione ed il controllo dei servizi sanitari sul territorio sono affidati alle Regioni.

A partire dal 2000 tramite un lungo e complesso regime transitorio (sino al 2013) anche le entrate necessarie al finanziamento dell'intero sistema sono direttamente reperite in sede regionale (% sull'IVA, IRAP, quota sulla benzina, addizionale IRPEF...).

Mentre la spesa è già del tutto in mano alle Regioni, il finanziamento rimane tutt'ora a mezza via, sia per la presenza di un Fondo centrale di Riequilibrio, sia perché le percentuali di imposte finalizzate alla sanità e che rimangono in sede regionale sono oggetto di periodica contrattazione tra Regioni e Ministero; dunque per alcuni versi è come se il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) fissato centralmente, formalmente abolito, continuasse ad esistere o quasi.

Inoltre i contratti di lavoro del comparto sanitario sono nazionali : la spesa sanitaria è per larga parte spesa di personale e dunque sul costo del lavoro le Regioni "subiscono" decisioni centrali.

Con questa impostazione, fortemente (ma non completamente) regionale, il ruolo centrale del Ministero si è ormai molto attenuato nell'ultimo decennio, tanto che nella prima versione della riforma "Bassanini" al responsabile della Sanità (oggi Salute) veniva tolto il rango di Ministro.

Il "carattere" nazionale viene mantenuto principalmente tramite la definizione centrale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che tutte le Regioni devono assicurare, la garanzia che il cittadino ha comunque il diritto di farsi curare dove vuole (Mobilità Sanitaria, regolamentata a livello economico fra le Regioni), una sede istituzionale di confronto (Conferenza Stato-Regioni) e tramite il fatto che le leggi e le regole

generali di sistema sono competenza del Parlamento e del Governo, cui spetta (o spetterebbe!) anche il controllo generale del rispetto delle leggi, accordi, normative... del SSN.

La Fig. 7 rappresenta, in modo semplificato, lo Schema Istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale

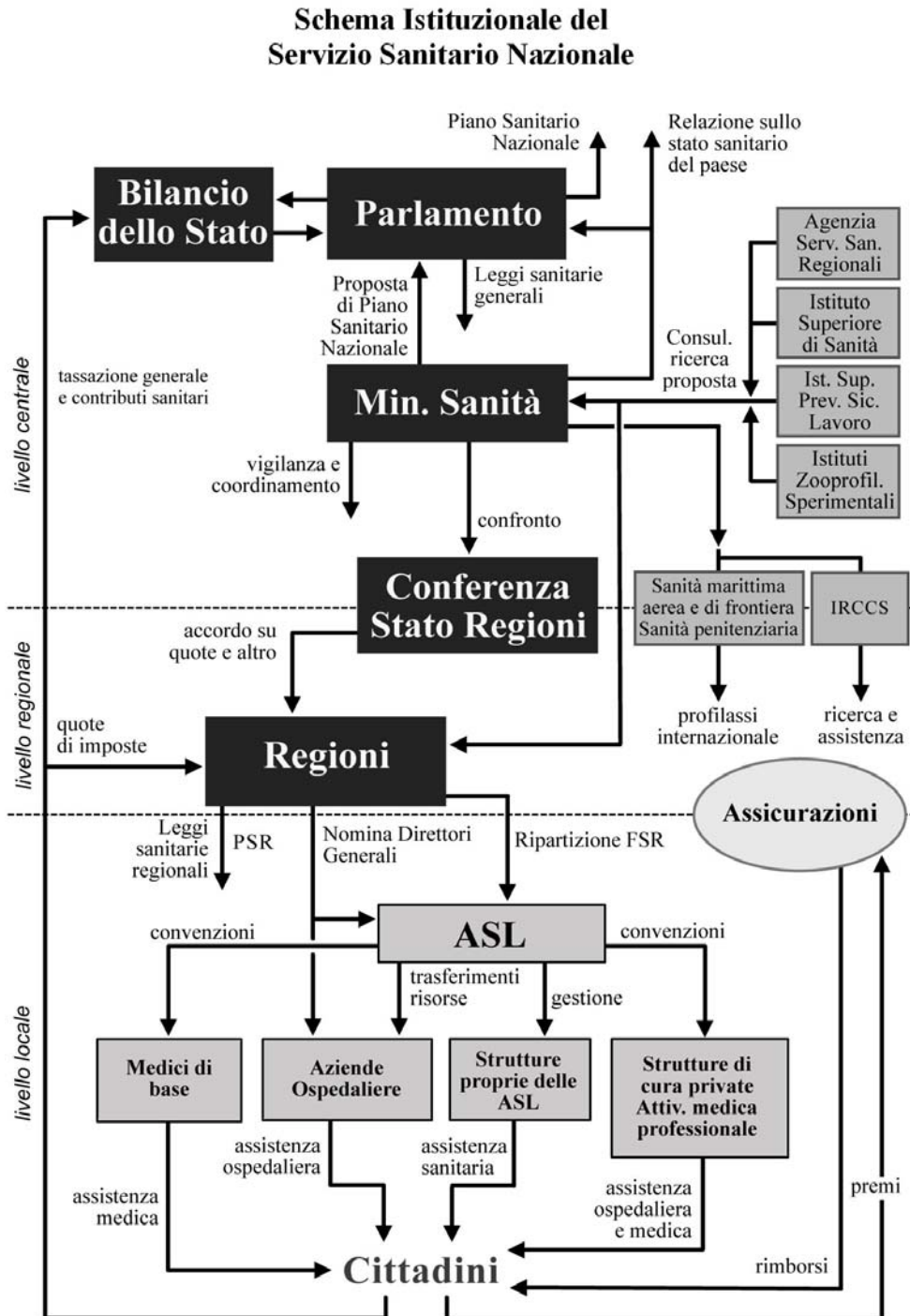


Fig. 7 Schematizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Dal punto di vista dei dati del sistema sanitario (personale, strutture, risorse...) e di salute la situazione italiana, in relazione a quella dei paesi comparabili per sviluppo economico-sociale, è così sintetizzabile :

- i dati di salute sono buoni: fra i primi per Aspettativa di vita ed in media per altre grandezze di salute
- spesa sanitaria complessiva praticamente in media europea (tra l'8,5 e il 9% del Pil, ormai); inferiore a Francia, Germania e Svizzera, che spendono sopra il 10%, e superiore a Spagna ed Inghilterra, che spendono circa l'8%
- andamento del numero di letti ospedalieri in discesa negli ultimi trenta anni, come tutti i paesi industrializzati; meno letti per abitanti di Francia e Germania, più di altri paesi europei e USA
- lungodegenza, riabilitazione, assistenza domiciliare e servizi extra ospedalieri : ridotti rispetto a molti altri paesi
- spesa ospedaliera in percentuale sul totale di spesa sanitaria : alta (quasi il 50% in confronto a valori fra il 35 e il 43% circa di molti altri)
- tasso di ospedalizzazione (numero di ricoveri osped. per abitanti): medio
- tasso di utilizzo dei posti letto: medio basso (sotto l'80%)
- degenza media (numero di giorni medio per ricovero) : non alta ma riducibile
- uso del day hospital : in aumento ma ancora molto al di sotto di molti altri paesi
- numero di medici per abitanti: doppio o triplo di altri paesi (Francia, U.K., Germania, USA, Svizzera..)
- numero di infermieri: basso
- spesa farmaceutica in percentuale sulla spesa sanitaria : alta
- uso di farmaci generici (o equivalenti) : basso
- quota pubblica della spesa (circa il 70%) : comparabile con molti altri paesi
- meccanismi di gestione delle strutture : più lenti e complessi
- meccanismi di controllo e valutazione dei servizi sanitari : quasi assenti o solo formalmente presenti
- strumenti di tutela degli utenti : esili ; corrispondentemente ipertutela sindacale degli operatori; l'organizzazione tiene maggiormente conto degli interessi degli operatori che delle esigenze dell'utenza
- forte ritardo in particolari settori : informazione indipendente sulla reale efficacia delle cure e sul livello delle strutture, Health Technology Assesement, Gestione del Rischio sanitario.

5. Proposte per una politica di salute e per il governo della sanità in Italia

Alla luce delle considerazioni, dei fenomeni e delle grandezze illustrate è possibile avanzare una serie di proposte concrete di intervento, con lo scopo di attuare una politica di salute e di governo del sistema sanitario. Proposte cioè il cui fine è la tutela degli interessi dei cittadini in termini di salute, di libera scelta e come contribuenti. In questo approccio la sanità diviene chiaramente uno degli strumenti per la realizzazione degli obiettivi e non il fine.

Per una migliore comprensione le proposte possono essere raggruppate nei seguenti settori:

- criteri generali di intervento
- modello di sistema
- composizione della spesa e dei servizi
- grandezze ed indici di funzionamento delle strutture
- dimensionamento delle strutture ospedaliere
- composizione del personale sanitario
- diritti degli utenti
- gestione del rischio
- altri interventi.

Criteri generali di intervento

L'Italia è da decenni ai primissimi posti per Aspettativa di vita e da poco in media europea come spesa sanitaria; da un confronto con gli altri paesi non emerge alcun motivo per ulteriori aumenti di spesa; anzi gli aumenti di spesa negli ultimi anni oltre a fornire effetti difficilmente misurabili o modesti in termini di salute non sono riusciti neanche a fermare la spirale “nuovi finanziamenti- nuovi deficit”

Per un paese avanzato come l'Italia (con una spesa sanitaria ormai vicina al 9% del PIL) tutti i dati mostrano che un ulteriore aumento di spesa va a garantire lo sviluppo della sanità così come composta e delle sue logiche interne; ha pochi effetti sulla salute. Anzi ulteriori aumenti sono un oggettivo ostacolo alle esigenze di cambiamento del sistema sanitario, garantendone l'assetto attuale, cioè una configurazione dimensionata su vecchie esigenze di salute. Il sistema sanitario è infatti uno dei sistemi più *pesanti, estesi* (per personale, strutture, presenza territoriale...) e dunque *viscosi*, e come ogni grande sistema si oppone naturalmente ai cambiamenti. Il sistema sanitario è in ritardo rispetto alle nuove esigenze di salute (si pensi solo all'invecchiamento della popolazione, all'esigenza di nuovi servizi non ospedalieri e domiciliari e all'attuale superconcentrazione all'interno dell'ospedale) e la concentrazione di interessi e corporazioni rallenta se non impedisce il necessario cambiamento.

Per alcuni versi l'attuale situazione rischia di assomigliare a quella dei forestali della Calabria, che da anni sono presenti nella maggior concentrazione al mondo senza che la tutela dei boschi ne abbia risentito in modo positivo e che invece di essere la soluzione si sono trasformati nel problema .

Aumentare la spesa in modo indiscriminato significa ormai principalmente consolidare la quantità di sanità così com'è e, consapevolmente o meno, impedire o ridurre a marginalità le nuove forme di assistenza necessarie.

Dunque per costringere il sistema a cambiare è necessario **non aumentare la spesa** (anche perché non serve alla salute) ma ridisegnare la sua allocazione nei vari servizi e settori.

Eventuali aumenti transitori devono essere vincolati rigidamente a specifici settori come *la ricerca, l'ammodernamento tecnologico, l'ammodernamento strutturale, la diffusione di strumenti di valutazione e di informazione* ecc.; ma soprattutto devono essere collegati a meccanismi automatici di penalizzazione o di premio rispetto agli obiettivi .

L'aumento continuo ed indistinto dei finanziamenti (come avvenuto negli ultimi anni) non provoca altro che continui aumenti del deficit perché pone al centro le esigenze di vita e di sviluppo della sanità, non quelle della salute (Allegato E).

Il problema non è il deficit di spesa ma il deficit di informazione da fonte indipendente disponibile sulla salute e sui percorsi di cura.

La corsa al consumo sanitario non è motivata da ragioni di salute ma viene principalmente indotta dal sistema sanitario, utilizzando la scarsità e la parzialità di informazione degli utenti, che dispongono di scarsi canali e quasi tutti dipendenti da chi produce e vende sanità a vario titolo

(aziende cliniche, farmaceutiche, operatori singoli ed associati, strutture..).

Questa **asimmetria informativa** va corretta ed integrata con regole diverse sul sistema e con l'attivazione di **centri e fonti di valutazione indipendenti** di facile accesso, che pongano il cittadino in grado di conoscere e confrontare il grado di successo degli interventi terapeutici, i reali effetti e le eventuali controindicazioni connesse, il grado di bravura e di esperienza degli operatori, il grado di eccellenza delle strutture, il livello di sicurezza, di aggiornamento ecc... di ogni struttura e servizio. Tutto ciò per mettere i cittadini nelle condizioni migliori per decidere sulla propria salute, operando scelte in base ad informazioni certe ed indipendenti e non basandosi sulle informazioni parziali fornite da chi ha un oggettivo interesse all'estensione dei consumi sanitari, anche se inutili.

Dunque il criterio generale di intervento è non aumentare la spesa ma aumentare quantità e qualità dell'informazione : conoscere gli effetti reali delle possibili cure sulla propria salute e conoscere il livello delle strutture sanitarie per poter scegliere le une e le altre.

In generale va **definitivamente abbandonato** e combattuto il **tradizionale approccio autoreferenziale** a tutti i livelli che il sistema sanitario applica a se stesso, a scapito degli interessi collettivi e dell'utenza in particolare.

Modello di sistema

Il sistema sanitario italiano è un Servizio Sanitario Nazionale, nato sul modello inglese e sviluppatosi in base alle caratteristiche istituzionali e politiche del paese.

Tale modello appare bisognoso di integrazioni quanto meno per tre motivi :

- manca un'azione di “indirizzo e filtro” sui consumi
- sono praticamente assenti meccanismi di valutazione
- sono carenti strumenti di tutela a disposizione degli utenti.

La situazione attuale è caratterizzata dal fatto che chi ha interesse a promuovere il maggior consumo sanitario possibile (aziende farmaceutiche, medici, aziende ospedaliere, laboratori, aziende produttrici di dispositivi medici e di servizi) è sostanzialmente libero di farlo e produce o controlla l'informazione del settore.

Certo regioni e/o governo ogni tanto invocano o programmano “tetti e limiti” che vengono sistematicamente superati. I medici vedono ogni eventuale controllo dei dati come un attentato e non esistono regole reali per verificarne il comportamento.

La situazione è assimilabile a quella di un self service in cui alla cassa non c'è quasi mai nessuno e i controlli sulle liste della spesa e sul contenuto dei carrelli sono inesistenti.

Ciò provoca una obesità sanitaria il cui effetto principale è un danno per la salute dei cittadini e quello secondario un forte aumento della spesa.

A ciò concorrono spesso gli stessi utenti che, senza un'informazione corretta ed adeguata, favoriscono questo consumo improprio di sanità.

La soluzione può essere trovata integrando l'attuale sistema con :

1. **regole nuove** che corresponsabilizzino (anche con un sistema di premi e di penalità) i medici di famiglia sulle prescrizioni, monitorando costantemente i consumi (esempio del sistema sanitario Austriaco)
2. **informazione corretta**, facilmente accessibile e di fonte indipendente sulla reale efficacia di farmaci e protocolli i termini di salute
3. **nuovi canali di indirizzo** degli utenti ai settori giusti del sistema, sul modello di quanto sperimentato in altri paesi (esempio dei Walk-in centres e di NHS Direct, centri e un numero verde, aperti tutta la giornata con personale infermieristico esperto in grado di risolvere problemi più semplici e comunque di indirizzare l'utente al servizio di cui ha reale necessità)
4. istituzione di un **centro nazionale di valutazione** dei protocolli e delle strutture sanitarie (con indici, stelle...sul modello inglese e recentemente tedesco) che renda disponibili i risultati a cittadini e operatori, che costringa all'abbandono dell'autoreferenzialità in favore di valutazioni indipendenti e il più possibile quantitative
5. **ulteriori e più accessibili strumenti di tutela** a disposizione degli utenti (vedi punto successivo "diritti degli utenti").

Va ripensato il *ruolo del Ministero* (e del Ministro) della Salute. Attualmente la sua occupazione principale è a portare avanti defatiganti e spesso inutili (visti i risultati a posteriori) mediazioni con le Regioni sui finanziamenti futuri e i deficit ormai passati.

Va rafforzata ed esercitata senza timidezze la funzione di valutazione e controllo sui risultati reali in termini di salute e di qualità e appropriatezza dei servizi; non un ruolo burocratico-declamatorio ma valutazioni e controlli effettivi, pubblici, trasparenti. (A proposito cosa sta facendo tutto il personale ministeriale dedicato agli IRCCS, ormai regionali?)

Meccanismi di premio e di penalizzazioni nei confronti delle regioni in base ai risultati effettivi.

Il *Piano Sanitario Nazionale* è attualmente un documento generale e generico che non serve a niente: riempirlo di obiettivi generali ma

quantitativi, scadenziati e misurabili nel tempo (esempio dei documenti del NHS con Blair).

I *Direttori Generali* delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie pubbliche sono attualmente nominati dalle Regioni e fortemente dipendenti dalla politica (meglio “partitica”); spesso la logica che li muove non è tanto il governo reale delle strutture loro affidate ma la soddisfazione delle esigenze della maggioranza e delle aree politiche cui fanno riferimento. Non governano ma mediano interessi interni e collaterali: anche in questo caso la vittima designata è l’utenza (vedi Policlinico di Roma e tutte le grandi strutture). La legge già prevede che essi dovrebbero essere “premiati” o sostituiti in base ai risultati raggiunti o falliti. Affinché ciò possa verificarsi gli obiettivi loro affidati dalla Regione dovrebbero essere trasparenti pubblici, pubblicizzati, quantificati e scadenziati nel tempo, così come i risultati di gestione effettivamente conseguiti. Anche in questo caso vanno usati indicatori quantitativi e le valutazioni non devono essere autoreferenziali o cosa segreta degli Assessorati, ma devono essere basati su valutazioni indipendenti di centri ed autorità terze con la massima trasparenza e pubblicizzazione.

Composizione della spesa e dei servizi

Il sistema sanitario italiano è troppo concentrato sul settore ospedaliero. La spesa ospedaliera è di poco inferiore al 50%, mentre in molti paesi comparabili è più vicina al 40% ed in alcuni addirittura inferiore.

Ciò ha causato da una parte il mantenimento di strutture ospedaliere obsolete o (solo!) inutili e dall’altra impedisce l’utilizzo di risorse verso servizi extra ospedalieri e domiciliari, che sono sempre più necessari anche dal punto di vista strettamente clinico, visto il progressivo invecchiamento demografico.

E’ peraltro lo stesso fenomeno presente in altri settori dell’economia in cui la concentrazione di personale e interessi (sindacali, politici, economici..) mantengono un assetto vecchio e contrario agli interessi generali e dei cittadini.

Dunque è necessario *ridurre la spesa ospedaliera* portandola al 40% circa della spesa sanitaria complessiva e liberando contestualmente almeno il 10% in favore di servizi sanitari non ospedalieri oggi marginalizzati perché non finanziati.

Anche la spesa farmaceutica (in percentuale sul totale della spesa sanitaria) presenta un valore anomalo: supera il 20% rispetto al 10-15% degli altri paesi.

Su questo fronte oltre ad un'azione sui prezzi parzialmente già in atto, vanno intrapresi ulteriori interventi, peraltro di facile attuazione :

- regole più incisive che aumentino l'utilizzo dei farmaci generici (o equivalenti) rispetto a quelli "di marca" : l' Italia è il fanalino di coda nell'utilizzo di tali farmaci (meno costosi del 30% e più solo perché il brevetto è scaduto) rispetto agli altri paesi
- decisioni più incisive a livello di governo : molti farmaci costano meno in altri paesi EU, tant'è che è in atto il fenomeno del cosiddetto "mercato parallelo": aziende commerciali (lecitamente) comprano lo stesso farmaco nei paesi dove costa meno e lo rivendono (guadagnandoci) in Italia; perché il Governo non decide semplicemente di fissare il prezzo minimo vigente in Europa?
- azione informativa-culturale sulla reale efficacia dei farmaci, di controllo sulle prescrizioni anomale (esempio del sistema sanitario Austriaco) coinvolgendo e regolando l'azione dei medici di base.

Grandezze ed indici specifici di funzionamento del sistema

Numero di letti per acuti

Sono i letti dedicati alla fase acuta delle patologie (quelli classici ospedalieri). Anni fa era stato dato l'obiettivo di raggiungere i 4 letti per mille abitanti, riducendo, razionalizzando, convertendo strutture e letti ospedalieri. E' una tendenza comune a tutti i paesi industrializzati. Tale obiettivo è praticamente raggiunto ma ora è giusto reconsiderarlo portandolo a 3 per mille abitanti. Contestualmente sarà così possibile aumentare l'uso del day-hospital e il settore della riabilitazione, lungodegenza..., come è giusto soprattutto per motivi clinici e di salute dell'utenza.

Tasso di ospedalizzazione

Pur non essendo tra i più alti di Europa (Francia e Germania stanno peggio) è necessario ridurre il ricorso all'ospedale in favore di altri servizi sanitari sul territorio (ambulatoriali ed extra ospedalieri) ; d'altra parte i nuovi protocolli di cura e la disponibilità di farmaci più efficaci che non in passato lo suggeriscono, soprattutto per motivi di salute degli utenti.

L'obiettivo è ridurlo e portarlo almeno sotto 140 ricoveri per mille abitanti rispetto a 150 circa attuale.

Tasso di utilizzo dei posti letto

C'è spazio per un utilizzo migliore dei posti letto disponibili, agendo anche sulla loro distribuzione e composizione. L'attuale tasso di utilizzo non è alto rispetto agli altri paesi : indicare come obiettivo almeno l'80%.

Dimensionamento delle strutture ospedaliere

Molti ospedali italiani sono malati di elefantiasi o di nanismo.

Sopprimere o riconvertire i piccoli ospedali: per la salute non è importante avere vicino una struttura nominalmente chiamata ospedale ma incapace di far fronte alle necessità più gravi, è invece essenziale poter ricorrere in poco tempo a servizi moderni e completi.

Impedire costruzioni di ospedali-città (di 600, 800, mille o più letti) che sono ingovernabili dal punto di vista gestionale, di sicurezza clinica, di personale, di rapporti umani e perfino di ordine pubblico. A livello internazionale tutti gli studi concordano nell'indicare come dimensione da non superare quella di 300-400 letti.

Le grandi strutture ospedaliere presenti in molte città italiane sono quasi sempre esempi di inefficienza, confusione e spreco. Sono stati eretti pensando più alla dimensione degli appalti e delle assunzioni che alla tutela della salute dei cittadini.

Composizione del personale sanitario

Secondo i dati dell'OMS l'Italia è il paese con il più *alto numero di medici* del mondo (a parte il principato di Monaco): il doppio di Francia e Germania, il triplo del Regno Unito, più del doppio degli USA ecc... .

Naturalmente è fra quelli che hanno il minor numero di infermieri ed uno dei pochissimi in cui i medici sono in valore assoluto più degli infermieri.

Questa palese anomalia nel dimensionamento del personale medico infermieristico si traduce in una cattiva assistenza per i cittadini, uno spreco di risorse (un medico costa come quattro infermieri) per i contribuenti e un'alterazione della politica sanitaria che avviene sotto la pressione di un numero abnorme di medici. Peraltro secondo un recente studio dell'OECD i medici italiani sono fra quelli che lavorano meno.

Per governare questa situazione va rivista la politica di iscrizione alla Facoltà di Medicina che attualmente risponde agli interessi dei professori universitari e dei medici ma non a quelli dei cittadini.

Rispetto a paesi che hanno adottato lo strumento del numero chiuso l'Italia (che ha già più del doppio dei medici operanti) presenta un numero di nuovi iscritti a Medicina doppio degli altri, cioè continua a “produrre” un numero spropositato.

Va quanto meno dimezzato il numero “chiuso” degli iscritti a Medicina, riportandolo a valori comparabili con gli altri paesi (Allegato F).

Contestualmente va decisa una *politica di assunzione degli infermieri*, anche mediante forti incrementi salariali.

Va inoltre *ridotto il personale amministrativo* (spesso poco efficiente e professionalmente obsoleto) a favore di nuove figure gestionali ed ingegneristiche.

Diritti degli utenti

Nella seconda metà degli anni '90 sono stati introdotti (finalmente) i primi strumenti a disposizione degli utenti: Uffici Relazione con il Pubblico, Carta dei Servizi e poco altro. L'applicazione di questi strumenti è spesso molto tenue, le Aziende sanitarie non hanno molti controlli in proposito e l'informazione ai cittadini è carente; peraltro sono tutti strumenti gestiti da una “parte” (l'Azienda).

Ai cittadini spesso non rimane che un'unica via: il Tribunale, cioè un percorso lento, incerto e costoso, in una parola di classe.

Sull'esempio di altri paesi potrebbe essere istituito un nuovo canale: uno o più *Commissari/Autorità indipendenti* (sul modello inglese) con il compito di controllare reclami e segnalazioni e con il potere di intervento sul sistema.

Gestione del rischio

Gli errori in sanità sono numerosi, diffusi e a volte di grave entità.

Non esistono analisi quantitative in Italia, ma simulazioni in base a studi effettuati in altri paesi (Allegato G) che portano a stime diverse fra loro ma tutte preoccupanti (20mila, 60mila morti l'anno, di più?).

Recentemente sono state avviate a livello centrale e regionale alcune iniziative e non sempre raccordate.

Va fatto un piano nazionale forte, finanziato, trasparente, pubblico e pubblicizzato.

Vanno introdotte (esempio americano) regole per gli operatori che favoriscano la registrazione degli errori (rendendone possibile studio e idonee contromisure) ed obblighi per le Aziende sanitarie di introdurre Unità di Gestione del Rischio. Vanno previste penalizzazioni forti, anche di finanziamento, in caso di non attenzione al problema e va fatta della gestione del rischio una **politica vera e dichiarata**. Le emergenze non si nascondono ma si governano.

Altri interventi

Le regole del pubblico impiego non vanno bene in sanità. Tutelano gli operatori, non i servizi e tanto meno gli utenti.

Attualmente c'è una situazione di ipocrisia generalizzata: le Aziende sanitarie ricorrono sempre più all'esterno per evitare lacci, vincoli e assurdità del pubblico impiego.

Le attuali regole sugli acquisti e sulle assunzioni non hanno impedito truffe e clientelismi; hanno solo introdotto ritardi e tempi smisurati di procedure a vantaggio dei privati.

Vanno cambiate *regole di assunzione*, modificati i *contratti di lavoro* e le *regole sugli appalti*, avendo come riferimento primo l'interesse degli utenti.

Trasparenza ed *accesso a tutte le informazioni* da parte di tutti sono la migliore forma di controllo.

Vanno tutelati, finalmente, i cittadini e la salute, non esclusivamente gli operatori professionali ed economici del settore.

C'è infine un'altra questione generale che riguarda il governo delle strutture sanitarie : mentre per le aziende ospedaliere regole ed obiettivi vengono fissati a livello regionale, i *rinnovi contrattuali* (la spesa del personale supera mediamente il 60%) vengono decisi a livello nazionale. Che senso ha, se ormai la gestione della sanità è regionale e anche il finanziamento è progressivamente decentrato (federalismo fiscale)? Non sarebbe più logico una contrattazione regionale, con assunzione diretta di responsabilità delle Regioni ? Si mantiene la contrattazione nazionale solo per accontentare CISL, UIL e CGIL ?

E' utile ed opportuno incentivare il settore delle *assicurazioni private* integrative volontarie, disponendo la detraibilità fiscale di tale spesa. Ciò favorisce i cittadini ed ha effetti positivi su tutto il sistema (sulle liste di attesa, ad esempio) decongestionando il settore pubblico da chi ha la possibilità (e il desiderio) di ricorrere a strutture a pagamento.

6. Conclusioni

Dall'esame dei fenomeni e dal confronto dei dati relativi alla salute e alla sanità, nel tempo e fra i diversi paesi del mondo, emergono alcune evidenze :

- la sanità è soltanto uno dei determinanti della salute e non il principale
- il livello di spesa sanitaria italiana è ormai in linea con quella di paesi comparabili
- aumentare ulteriormente la spesa sanitaria avrebbe poco o nessuna incidenza sulla salute
- il livello di consumo sanitario è causato principalmente dal sistema sanitario e dal tipo di informazione disponibile; non risponde a motivazioni di salute
- politiche e scelte sono state sinora influenzate più dagli interessi concentrati della sanità (operatori, strutture, aziende) che da esigenze di salute dei cittadini
- ciò spiega come pur in presenza di forti aumenti di finanziamento (negli ultimi 10-12 anni la spesa sanitaria italiana è quasi raddoppiata in valore assoluto) il deficit non diminuisca
- l'informazione è un fattore essenziale per i comportamenti di sanità e di salute
- in Italia c'è un forte deficit di informazione indipendente sia sulla reale efficacia delle cure, sia sul reale livello di qualità/efficacia delle strutture e dei servizi sanitari
- mancano centri di valutazione in termini di salute
- l'anello debole del sistema è il cittadino, che dispone di pochi e deboli strumenti di influenza sul sistema e di poca o nulla informazione indipendente.

E' dunque essenziale che da una politica fatta per la sanità si passi ad una politica per la salute.

Obiettivi, tempi, spese, risultati devono essere programmati e misurati esclusivamente in termini di salute.

E' necessario invertire il processo : le scelte non devono essere fatte per soddisfare le esigenze interne della sanità, ma per soddisfare reali esigenze di salute dei cittadini.

A questo scopo non serve aumentare ulteriormente il livello di spesa sanitaria : aumenti di spesa servirebbero solo a mantenere gli attuali equilibri interni; la sanità va invece costretta a ristrutturarsi secondo le esigenze di salute e la loro evoluzione (invecchiamento della popolazione, nuove opportunità di cura, nuovi contributi della ricerca...). E' essenziale invece colmare il deficit di informazione, la sua asimmetria e la sua dipendenza.

Gli interventi sul modello di sistema devono dunque agire in questa direzione, creando e rendendo disponibili informazioni e valutazioni indipendenti in termini di salute su ogni protocollo e su ogni struttura.

Il sistema va aiutato e costretto a cambiare fissando obiettivi numerici, scadenziati nel tempo e misurabili.

Va ridata dignità, potere e libertà di scelta effettiva al cittadino.

Vanno ricondotte a normalità alcune anomalie di composizione (sulla spesa, sul personale, sul funzionamento) della realtà sanitaria italiana.

Complessivamente le risorse dedicate alla tutela della salute hanno raggiunto in Italia quasi il 9% del PIL; sono più che sufficienti a patto che le scelte non siano dettate dagli attuali equilibri ed interessi interni della sanità, ma siano motivate da risultati in termini di salute.

In sintesi sono necessari politica di salute e governo della sanità.

Le conseguenti proposte operative sono sintetizzate nella tabella seguente.

Settore	Proposte
Criteri generali	<p>non aumentare la spesa ma l'informazione</p> <p>eliminare l'asimmetria informativa</p>
Modello di sistema	<p>responsabilizzazione medici di famiglia</p> <p>nuovi canali di accesso e indirizzo al sistema (modello Walk-in -Centres e Direct inglese)</p> <p>centro nazionale di valutazione dei protocolli e delle strutture sanitarie</p> <p>maggior funzione di controllo del Ministero</p> <p>Commissari/Autorità indipendenti a disposizione dei cittadini, con potere di intervento</p> <p>meccanismi di premi e penalizzazioni per le regioni, rispetto agli obiettivi</p> <p>Piano Sanitario Nazionale con obiettivi quantitativi e scadenziati</p> <p>misura, trasparenza, pubblicizzazione dei risultati di gestione dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie</p>
Composizione della spesa e dei servizi	<p>progressiva diminuzione della spesa ospedaliera al 40% del totale della spesa</p> <p>contestuale impiego delle risorse in ulteriori servizi extraospedalieri</p> <p>regole che incentivino un maggior utilizzo dei farmaci generici</p> <p>diminuzione dei prezzi dei farmaci utilizzando la logica del "mercato parallelo"</p> <p>azioni informative diffuse sulla reale efficacia dei farmaci</p>

Indici specifici	<p>diminuzione verso il 3 per mille del numero di letti per acuti</p> <p>aumento day hospital, letti riabilitazione e lungodegenza</p> <p>riduzione tasso di ospedalizzazione (non più di 140 per mille)</p> <p>aumento tasso di utilizzo dei posti letto (almeno 80%)</p>
Dimensionamento strutture ospedaliere	ostacolare nanismo o elefantiasi delle strutture ospedaliere
Composizione del personale	<p>riconurre l'Italia alla normalità internazionale per numero di medici, tramite forte riduzione dell'attuale numero chiuso di iscritti a medicina</p> <p>aumento del numero di infermieri e incrementi salariali</p> <p>riduzione del personale amministrativo ed introduzione di nuove professionalità gestionali ed ingegneristiche</p>
.. Diritti degli utenti	<p>effettivo e forte potenziamento degli strumenti già definiti (URP, Carta dei Servizi...)</p> <p>politica di informazione indipendente sulla reale efficacia delle cure</p> <p>accesso semplice e diffuso ai risultati di valutazione (con indici quantitativi) delle strutture sanitarie</p> <p>Commissari/Autorità indipendenti a disposizione dei cittadini</p>
Errori e Gestione del Rischio	<p>analisi quantitativa reale in Italia</p> <p>politica vera e dichiarata sul problema</p> <p>obbligo di Unità di Gestione del Rischio e legislazione che favorisca la comunicazione e raccolta dei dati da parte degli operatori</p>

	riconsiderare regole di assunzione ed appalti
	normativa pubblico impiego spesso in contrasto con i diritti degli utenti
Altri interventi	garantire facilità di accesso e trasparenza su qualsiasi dato di gestione
	riconsiderare la contrattazione nazionale dei contratti
	detraibilità fiscale per assicurazioni integrative volontarie

ALLEGATI

Allegato A : Aspettativa di vita, in anni, 2004

Fonte : World Health Report 2006, WHO

LE		LE		LE	
2004		2004		2004	
Japan	82	Libyan Arab Jamahiriya	72	Pakistan	62
Monaco	82	Lithuania	72	Kazakhstan	61
San Marino	82	Malaysia	72	Nauru	61
Australia	81	Mauritius	72	Nepal	61
Iceland	81	Paraguay	72	Tuvalu	61
Italy	81	Romania	72	Eritrea	60
Sweden	81	Seychelles	72	Papua New Guinea	60
Switzerland	81	Syrian Arab Republic	72	Turkmenistan	60
Andorra	80	The former Yugoslav Rep	72	Lao People's Democratic	59
Canada	80	Tunisia	72	Myanmar	59
France	80	Algeria	71	Sao Tome and Principe	59
Israel	80	El Salvador	71	Yemen	59
New Zealand	80	Jordan	71	Mauritania	58
Norway	80	Latvia	71	Sudan	58
Singapore	80	Morocco	71	Gabon	57
Spain	80	Niue	71	Gambia	57
Austria	79	Peru	71	Ghana	57
Cyprus	79	Saint Kitts and Nevis	71	Madagascar	57
Finland	79	Saudi Arabia	71	Djibouti	56
Germany	79	Sri Lanka	71	Haiti	55
Greece	79	Tonga	71	Iraq	55
Luxembourg	79	Turkey	71	Senegal	55
Malta	79	Viet Nam	71	Cambodia	54
Netherlands	79	Brazil	70	Congo	54
United Kingdom	79	Cape Verde	70	Namibia	54
Belgium	78	Iran, Islamic Republic of	70	Togo	54
Cuba	78	Lebanon	70	Benin	53
Denmark	78	Micronesia, Federated St	70	Guinea	53
Ireland	78	Thailand	70	Kenya	51
Portugal	78	Trinidad and Tobago	70	Cameroon	50
United States of America	78	Fiji	69	Ethiopia	50
Brunei Darussalam	77	Nicaragua	69	Uganda	49
Chile	77	Saint Vincent and the Gre	69	Burkina Faso	48
Costa Rica	77	Armenia	68	South Africa	48
Kuwait	77	Belarus	68	United Republic of Tanza	48
Republic of Korea	77	Belize	68	Guinea-Bissau	47
Slovenia	77	Egypt	68	Chad	46
United Arab Emirates	77	Grenada	68	Mali	46
Czech Republic	76	Guatemala	68	Nigeria	46
Panama	76	Palau	68	Rwanda	46
Qatar	76	Philippines	68	Burundi	45
Argentina	75	Samoa	68	Mozambique	45
Barbados	75	Solomon Islands	68	Côte d'Ivoire	44
Croatia	75	Vanuatu	68	Democratic Republic of tt	44
Poland	75	Dominican Republic	67	Somalia	44
Uruguay	75	Honduras	67	Equatorial Guinea	43
Venezuela, Bolivarian Republic o	75	Indonesia	67	Afghanistan	42
Bahrain	74	Maldives	67	Liberia	42
Dominica	74	Republic of Moldova	67	Central African Republic	41
Georgia	74	Suriname	67	Lesotho	41
Mexico	74	Ukraine	67	Malawi	41
Oman	74	Democratic People's Rep	66	Niger	41
Saint Lucia	74	Uzbekistan	66	Angola	40
Slovakia	74	Azerbaijan	65	Botswana	40
Bahamas	73	Bolivia	65	Zambia	40
Bosnia and Herzegovina	73	Kiribati	65	Sierra Leone	39
Colombia	73	Mongolia	65	Swaziland	37
Hungary	73	Russian Federation	65	Zimbabwe	36
Serbia and Montenegro	73	Comoros	64		
Albania	72	Bhutan	63		
Antigua and Barbuda	72	Guyana	63		
Bulgaria	72	Kyrgyzstan	63		
China	72	Tajikistan	63		
Cook Islands	72	Timor-Leste	63		
Ecuador	72	Bangladesh	62		
Estonia	72	India	62		
Jamaica	72	Marshall Islands	62		

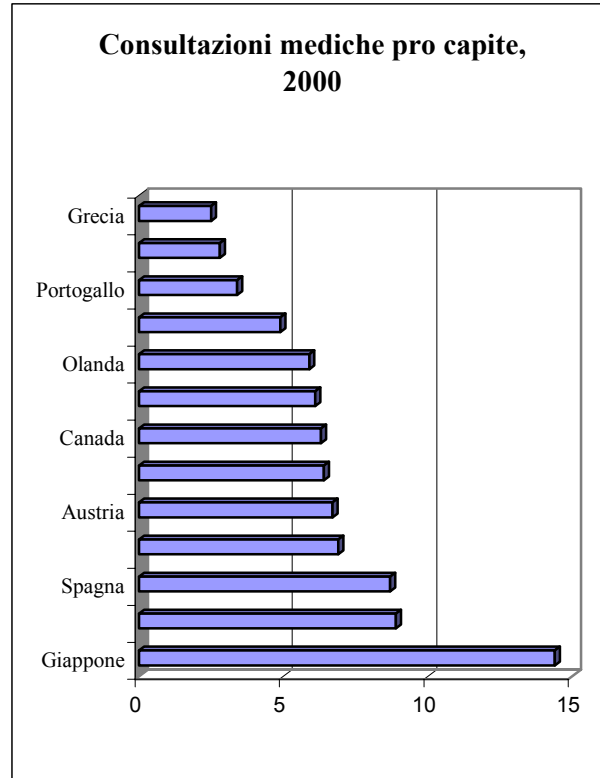
Allegato B : Spesa sanitaria in % sul PIL, 2003

Fonte : World Health Report 2006, WHO

Member State	Total expenditure on health as % of gross domestic product	Member State	Total expenditure on health as % of gross domestic	Member State	Total expenditure on health as % of gross domestic
	2003		2003		2003
United States of America	15,2	Dominican Republic	7	Solomon Islands	4,8
Kiribati	13,1	Barbados	6,9	Liberia	4,7
Marshall Islands	13,1	Luxembourg	6,8	Mozambique	4,7
Nauru	12,3	Bolivia	6,7	Niger	4,7
Switzerland	11,5	Grenada	6,7	Antigua and Barbuda	4,6
Germany	11,1	Mongolia	6,7	Cape Verde	4,6
Cambodia	10,9	Lithuania	6,6	Belize	4,5
Iceland	10,5	Afghanistan	6,5	Ghana	4,5
Norway	10,3	Albania	6,5	Singapore	4,5
Lebanon	10,2	Chad	6,5	Venezuela, Bolivarian Republic of	4,5
France	10,1	Iran	6,5	Benin	4,4
Canada	9,9	Poland	6,5	Eritrea	4,4
Greece	9,9	Tonga	6,5	Gabon	4,4
Netherlands	9,8	Bahamas	6,4	Peru	4,4
Uruguay	9,8	Cyprus ^e	6,4	Tajikistan	4,4
Monaco	9,7	Latvia	6,4	Kenya	4,3
Niue ^l	9,7	Micronesia	6,4	Sudan	4,3
Palau	9,7	Namibia	6,4	Republic of Tanzania	4,3
Portugal	9,6	Dominica	6,3	Cameroon	4,2
Serbia-Montenegro ^h	9,6	Maldives	6,2	Mauritania	4,2
Timor-Leste ^m	9,6	Mexico	6,2	Algeria	4,1
Australia	9,5	Chile	6,1	Bahrain	4,1
Bosnia and Herzegovina	9,5	Romania	6,1	Libyan Arab Jamahiriya	4,1
Belgium	9,4	S. Vincent, Grenadines	6,1	Central African Republic	4
Jordan ^q	9,4	Tuvalu ^o	6,1	Republic of Congo	4
Sweden	9,4	Armenia	6	Georgia	4
Malawi	9,3	Ethiopia	5,9	Saudi Arabia	4
Malta	9,3	Seychelles	5,9	Trinidad and Tobago	3,9
Denmark	9	Slovakia	5,9	Turkmenistan	3,9
Argentina	8,9	Republic of Korea	5,8	Vanuatu	3,9
Israel	8,9	Egypt	5,8	Cook Islands	3,8
Slovenia	8,8	Swaziland	5,8	Malaysia	3,8
Sao Tome and Principe	8,6	Djibouti	5,7	Fiji	3,7
Hungary	8,4	Ukraine	5,7	Mauritius	3,7
Italy	8,4	Botswana	5,6	Rwanda	3,7
South Africa	8,4	Burkina Faso	5,6	Azerbaijan	3,6
El Salvador	8,1	China ^c	5,6	Côte d'Ivoire ^d	3,6
Gambia	8,1	Guinea-Bissau	5,6	Brunei Darussalam	3,5
New Zealand	8,1	Republic of Korea	5,6	Kazakhstan	3,5
United Kingdom	8	Russian Fed.	5,6	Kuwait	3,5
Japan	7,9	Togo ^g	5,6	Sierra Leone	3,5
Suriname	7,9	Belarus	5,5	Sri Lanka	3,5
Zimbabwe	7,9	Uzbekistan	5,5	Bangladesh	3,4
Croatia	7,8	Yemen	5,5	Papua New Guinea	3,4
Nicaragua	7,7	Guatemala	5,4	Thailand	3,3
Spain ^l	7,7	Guinea	5,4	United Arab Emirates	3,3
Brazil	7,6	Samoa	5,4	Lao Republic	3,2
Colombia	7,6	Tunisia	5,4	Oman	3,2
Panama ^l	7,6	Viet Nam	5,4	Philippines	3,2
Turkey	7,6	Zambia	5,4	Bhutan	3,1
Austria	7,5	Estonia	5,3	Burundi	3,1
Bulgaria	7,5	Jamaica	5,3	Indonesia	3,1
Czech Republic	7,5	Kyrgyzstan	5,3	Angola	2,8
Haiti	7,5	Nepal	5,3	Myanmar	2,8
San Marino	7,5	Saint Kitts and Nevis	5,3	Comoros	2,7
Finland	7,4	Lesotho	5,2	Iraq ⁱ	2,7
Costa Rica	7,3	Ecuador	5,1	Madagascar	2,7
Cuba	7,3	Morocco ^h	5,1	Qatar	2,7
Ireland	7,3	Senegal	5,1	Pakistan	2,4
Paraguay	7,3	Syrian Arab Republic	5,1	Congo	2
Uganda	7,3	Nigeria	5	Equatorial Guinea	1,5
Republic of Moldova	7,2	Saint Lucia	5	Somalia	n/a
Andorra	7,1	Guyana	4,8		
Honduras	7,1	India	4,8		
Yugoslav Rep.Macedonia	7,1	Mali	4,8		

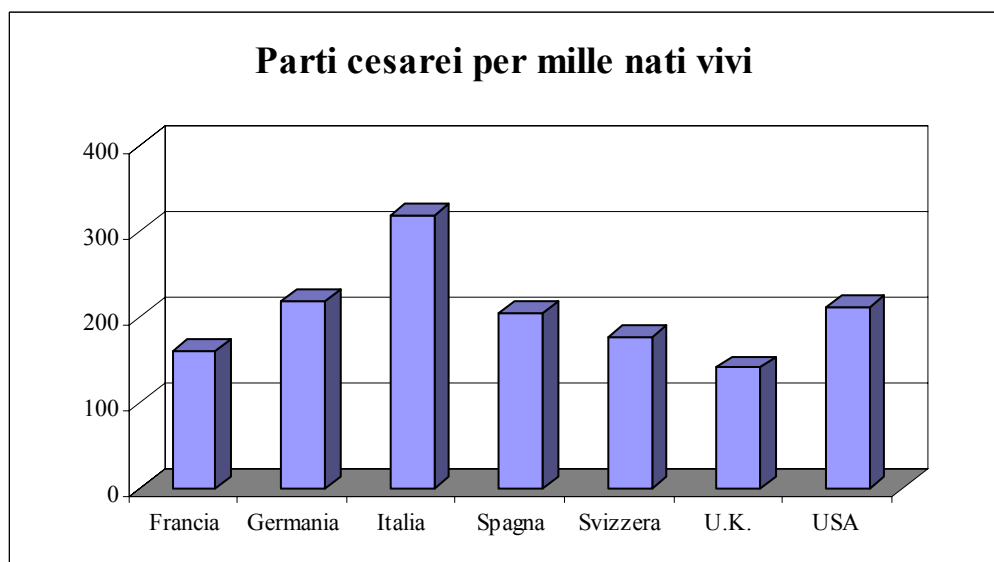
Allegato C : Il diverso consumo sanitario.

Tratto da: "Sanità e salute: un conflitto di interesse" M. Crivellini, F. Angeli Ed., 2004



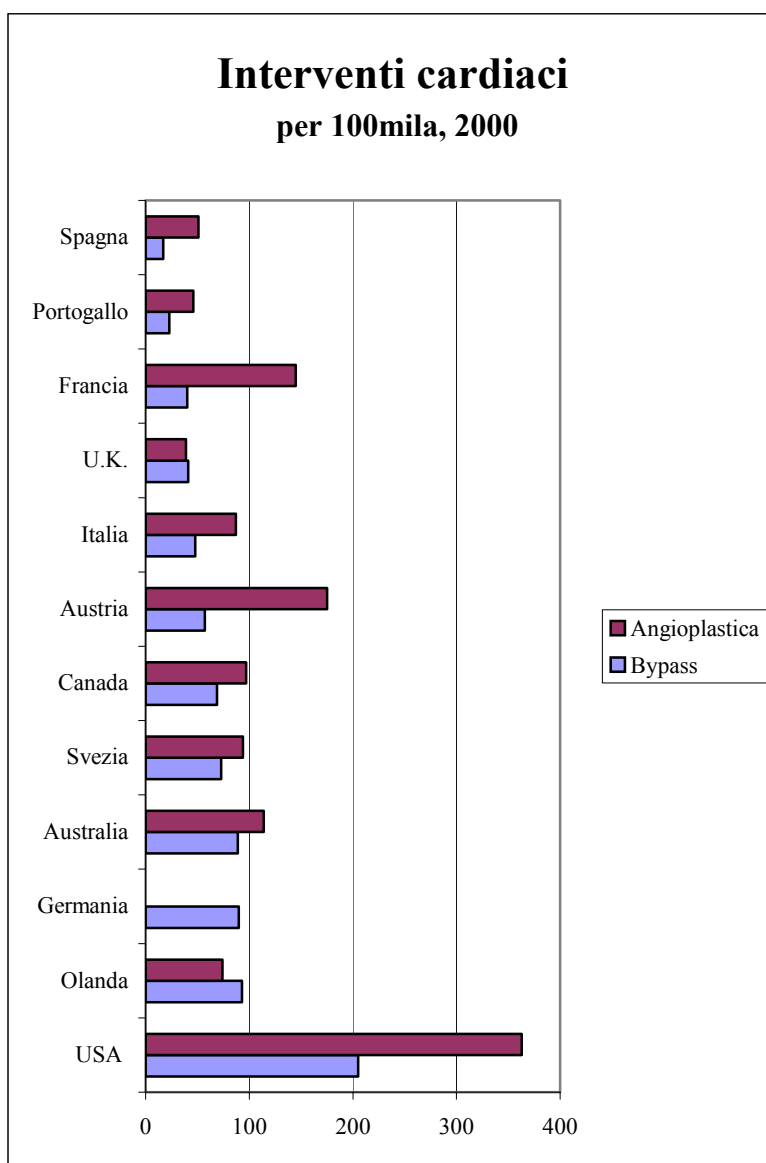
Fonte : OECD Health Data 2003

Fig 8.4 Il numero di consultazioni mediche pro capite in alcuni paesi.



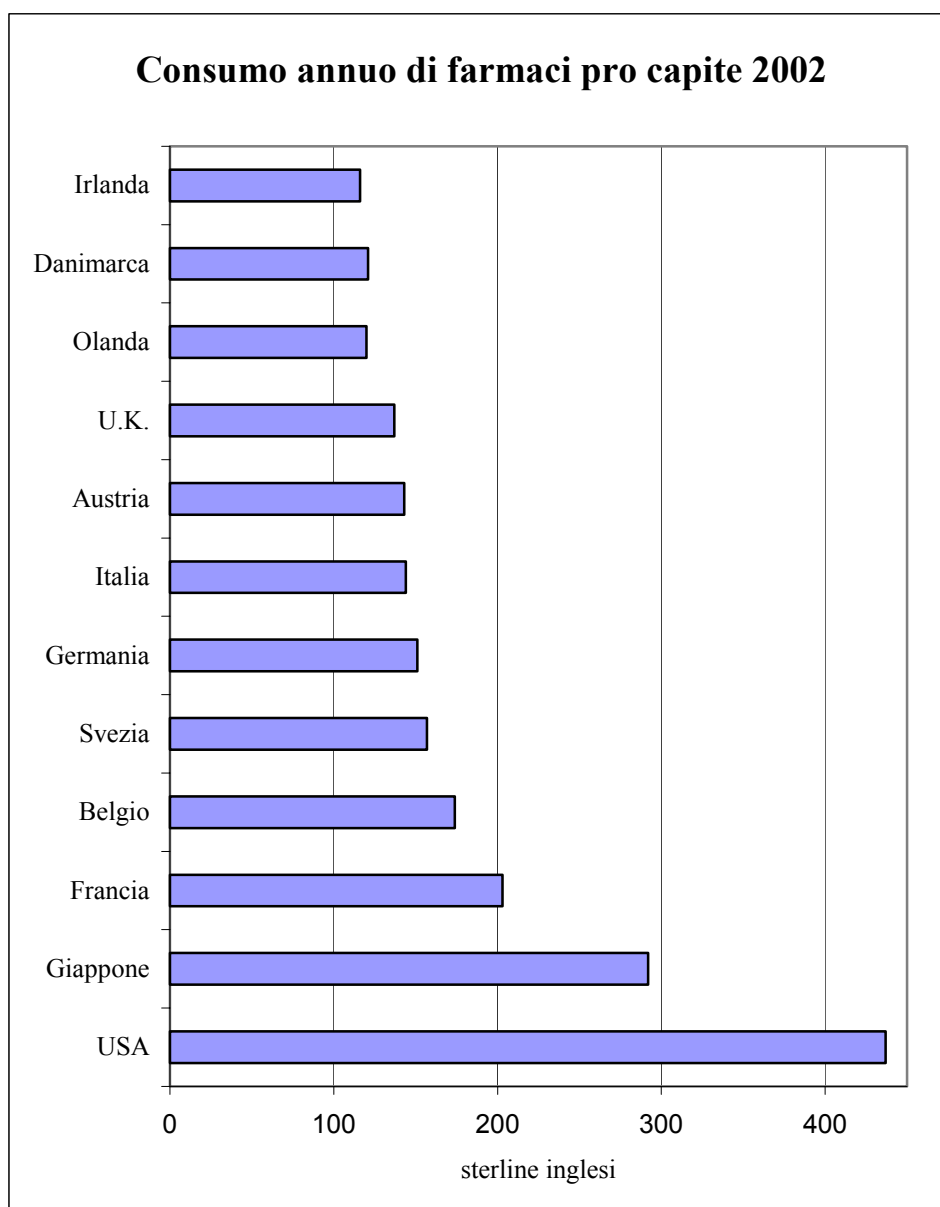
Fonte : Health Data Base Regional Office for Europe, WHO 2004, per USA OECD Health Data 2003

Fig. 8.5 Numero di parti cesarei per mille nati vivi, anno 2000 o di ultima disponibilità



Fonte: OECD Health Data 2003

Fig. 8.6 Numero di interventi di bypass e di angioplastica cardiaci



Fonte: The Association of British Pharmaceutical Industry, 2004

Fig. 8.7 Consumo di farmaci pro capite, inclusi i consumi ospedalieri, espresso in sterline inglesi

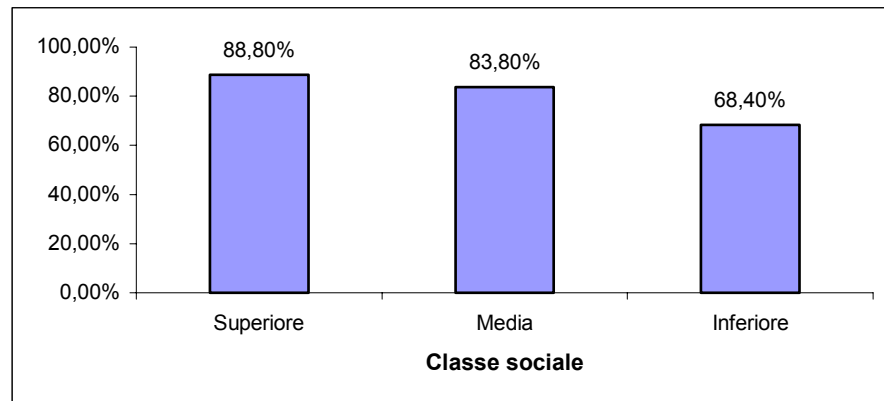
Se per ciascuna grandezza si pone uguale a 100 il valore del paese che consuma di meno fra quelli considerati, si vede che il valore del paese che consuma di più vale 576 per le consultazioni mediche, 226 per i parti cesarei, 1205 per gli interventi di bypass, 930 per gli interventi di angioplastica, 376 per il consumo di farmaci. Ed ancora una volta è bene ripetere che non esistono ragioni di salute per tali differenze ma interessi di specifici e organizzati settori della sanità.

Allegato D : Classi sociali, sanità e salute

Fonte : Domenighetti G., Quaglia J., Bonivento L.I.: *I determinanti socio-economici della salute*. Dipartimento delle Opere Sociali Sezione Sanitaria, Bellinzona, novembre 2000

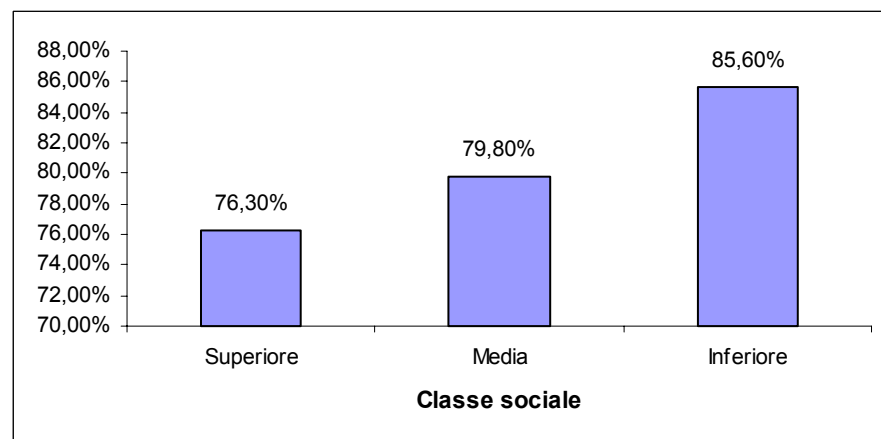
ISTAT: *Indagine sulle diversità di salute tra la popolazione. 1991*

Ronchi S. : *Il reale impatto dei sistemi sanitari sulla salute: un modello quantitativo*, Politecnico di Milano, 2005



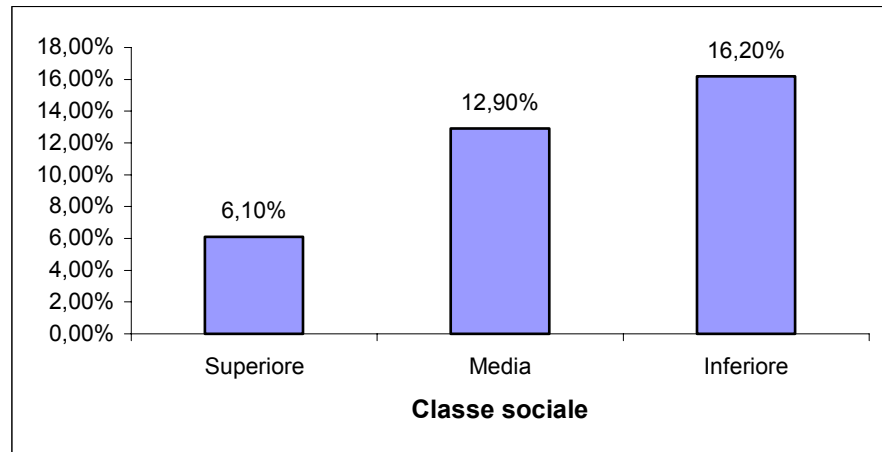
Fonte: Domenighetti, 2000;

Figura 2.21: Proporzione di persone che dicono di stare bene di salute



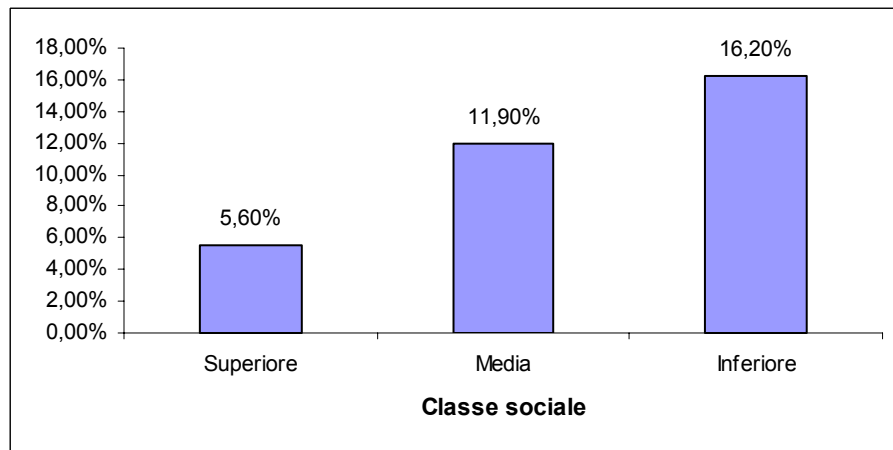
Fonte: Domenighetti, 2000

Figura 2.24: Proporzione di persone che sono state almeno una volta dal medico durante gli ultimi 12 mesi



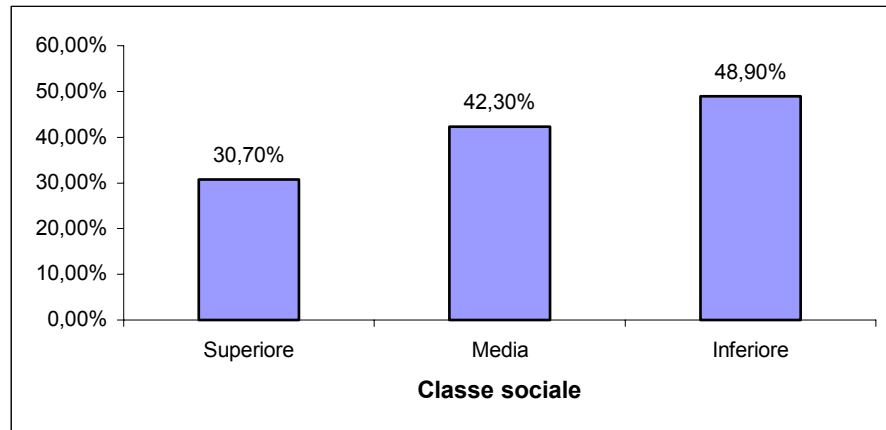
Fonte: Domenighetti, 2000

Figura 2.25: Proporzione di persone ospedalizzate nell'ultimo anno



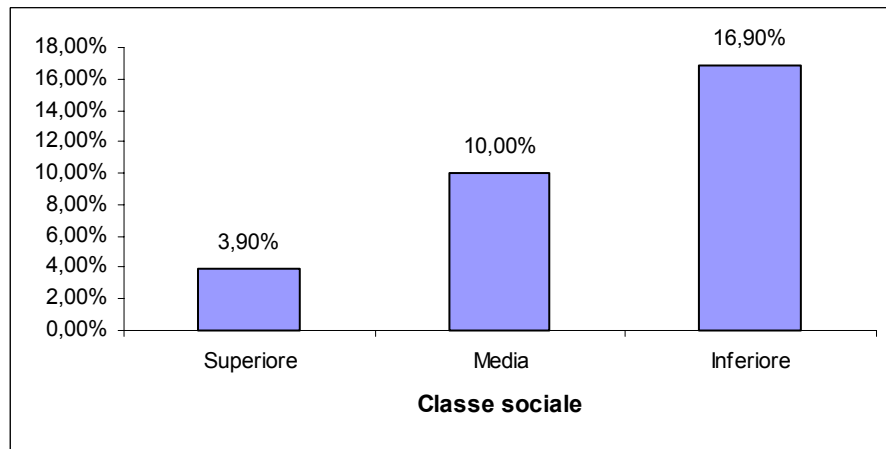
Fonte: Domenighetti, 2000

Figura 2.26: Proporzione di persone che sono state in ospedale per più di due giorni nell'ultimo anno



Fonte: Domenighetti, 2000

Figura 2.27: Proporzione di persone che hanno consumato medicinali nell'ultima settimana



Fonte: Domenighetti, 2000

Figura 2.28: Proporzione di persone che dichiarano di avere consumato almeno un sonnifero o un tranquillante nell'ultima settimana

	Senza titolo	Scuola elementare	Scuola media inferiore	Scuola media superiore	Titolo di laurea
<i>PS</i>	52,11%	61,47%	65,05%	65,20%	71,46%
<i>RP</i>	0,73	0,86	0,91	0,91	1

Fonte : ISTAT, 1991

Tabella 2.9: Dichiarazione di buona salute in Italia fra gli **uomini** (età 25-74)

	Senza titolo	Scuola elementare	Scuola media inferiore	Scuola media superiore	Titolo di laurea
<i>PS</i>	50,24%	55,01%	58,58%	58,58%	64,37%
<i>RP</i>	0,78	0,85	0,91	0,91	1

Fonte: ISTAT, 1991

Tabella 2.10: Dichiarazione di buona salute in Italia fra le **donne** (età 25-74 anni)

Allegato E : Finanziamento-Spesa-Deficit del SSN

Andamento 1992-2005

Andamento Spesa, Finanziamento, Disavanzo e Pil							
(miliardi di euro)							
Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa / Pil	Finanz / Pil	Disavanzo / Pil
1992	49,637	48,049	-1,588	783,774	6,33%	6,13%	-0,20%
1993	48,939	45,376	-3,563	807,362	6,06%	5,62%	-0,44%
1994	49,041	45,179	-3,862	853,911	5,74%	5,29%	-0,45%
1995	48,465	47,427	-1,038	923,052	5,25%	5,14%	-0,11%
1996	52,585	50,438	-2,147	982,443	5,35%	5,13%	-0,22%
1997	57,014	51,975	-5,039	1.026,285	5,56%	5,06%	-0,49%
1998	59,640	55,065	-4,575	1.073,019	5,56%	5,13%	-0,43%
1999	63,134	59,404	-3,730	1.107,994	5,70%	5,36%	-0,34%
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02%	5,74%	-0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	-0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	-0,22%
2003	82,220	79,968	-2,252	1.335,354	6,2%	6,0%	-0,17%
2004	90,510	84,256	-6,254	1.388,870	6,5%	6,1%	-0,45%
2005	95,242	90,855	-4,384	1.417,241	6,7%	6,4%	-0,31%

Fonte: Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV

Ultimo aggiornamento: settembre 2006

Allegato F : Medici e numero “chiuso”

Numero di medici nei principali paesi europei, per 100mila abitanti

Fonte : elaborazione su dati WHO, Health Data Base 2006

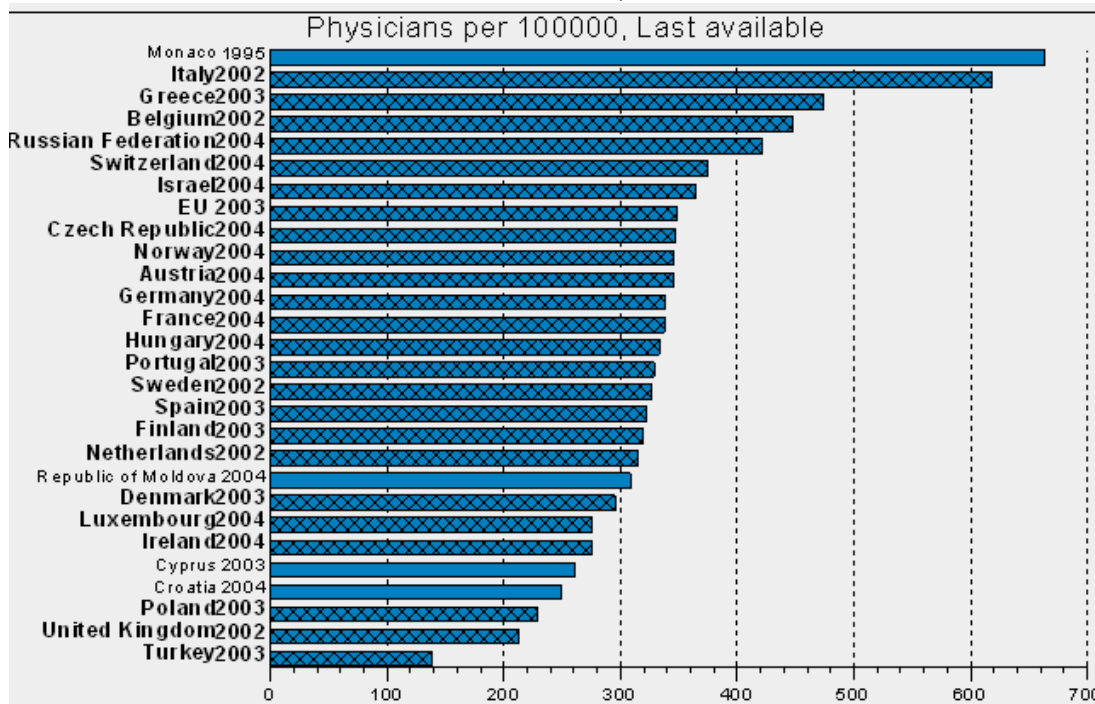


Tabella: Simulazione del controllo degli accessi dei Paesi dell'OECD per l'Italia

Fonte: Elaborazione dati provenienti dal Ministero della Salute e della Ricerca italiana e dall'Osservatorio Europeo sui sistemi di cura della salute e Risorse Umane dell'OECD.

PAESE	Numero accessi medicina	Numero di abitanti	Rapporto accessi/abitanti (per mille ab)	Simulazione per l'Italia
Australia	1.934	19.485.278	0.0925	5.831
Canada	2.000	33.098.932	0.0604	3.550
Francia	5.100	59.000.000	0.0864	5.078
Giappone	7.524	127.619.000	0.0590	3.452
Norvegia	594	4.525.000	0.1406	8.260
Nuova Zel.	285	4.076.140	0.0699	4.107
Regno Unito	6.600	59.755.700	0.1105	6.492
Svezia	845	8.887.136	0.0951	5.586

L'Italia presenta un numero di accessi per la Facoltà di Medicina e Chirurgia di 7869 e di 877 per Odontoiatria. Il totale è di **8.726 posti disponibili** (Ministero dell'Università e della ricerca aa 2006/2007). Rapportando tale valore alla popolazione italiana residente si trova un indice pari a 0.1485 per mille abitanti; questo risulta superiore rispetto a tutti gli altri rapporti calcolati per i paesi dell'OECD dove viene effettuato un accesso controllato alle scuole mediche. Se applicassimo all'Italia le politiche di contenimento degli accessi adottate dai vari Paesi, troveremmo che il numero di studenti di medicina sarebbe fortemente ridotto rispetto all'attuale (8.726). La simulazione, indicata in Tabella è stata ottenuta moltiplicando il rapporto accessi/abitanti dei vari Paesi con l'ammontare della popolazione italiana (58.751.711 abitanti).

Tratto da "L'offerta dei servizi medici nei paesi dell'OECD", A. Colombo e C. Della Valle, Politecnico di Milano, 2006

Allegato G : Errori in sanità

Tabella 1. Principali studi sul problema della diffusione degli errori in ambito sanitario.

	<i>Harvard Medical Practice Study</i>	<i>To err is Human</i>	<i>Australia</i>	<i>New Zealand</i>	<i>UK</i>
Eventi Avversi	3.7%	4%	16.6%	12.9%	10.8%
Eventi Avversi prevenibili (sul Totale degli AE)	58%	53%	53%	35%	47%
Mortalità (sul Totale degli AE)	13.6%	6.6%	4.9%	<15%	8%
Spesa Miliardi/anno	---	\$37.6 AE \$17 prevenibili	\$4.7	---	£1 per aumento giorni di degenza
Fonte	Leape et al.; New Engl J Med; 1991; 370-84	Kohn et al.; 1999; Institute of Medicine	Wilson et al.; Med J Aust; 1995; 163: 158-71	Dauids et al.; 2001; Ministry of Health	Vincent et al.; BMJ; 2001; 322: 517-19

Tabella 2. Simulazione all'Italia degli studi sulla diffusione di Eventi Avversi e Mortalità conseguente in sanità.

Studi	Eventi Avversi	Mortalità (sul Totale degli AE)	Simulazione Italia (2002)	
			N°. Eventi Avversi	N°. Morti
<i>Harvard Medical Practice Study</i>	3.7%	13.6%	296.000	40.256
<i>To err is Human</i>	4%	6.6%	320.000	21.120
<i>Australia</i>	16.6%	4.9%	1.328.000	65.072
<i>New Zealand</i>	12.9%	<15%	1.032.000	154.800
<i>UK</i>	10.8%	8%	864.000	69.120

Tratto da : “ Errori e gestione del rischio in sanità”, G. Barrera, Politecnico di Milano, 2005