

Tabella 1.4. Tipologia di consumatori di bevande alcoliche (%) per ripartizione territoriale, Regione e sesso (Anno 2010)

| Regione                        | Tutte le bevande alcoliche |                                       | Fuori pasto |                                       | Binge drinking |                          | A rischio (criterio ISS) |            |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|------------|
|                                | M                          | F                                     | M           | F                                     | M              | F                        | M                        | F          |
| <b>Italia Nord-occidentale</b> | <b>80,6</b>                | <b>57,8</b>                           | <b>41,0</b> | <b>18,5</b>                           | <b>13,7</b>    | <b>4,3</b>               | <b>27,3</b>              | <b>8,7</b> |
| Piemonte                       | 80,9▼*                     | 57,4                                  | 39,0        | 17,7▲*                                | 15,2           | 4,9                      | 29,4                     | 9,1        |
| Valle d'Aosta                  | 80,8▼*                     | 63,6                                  | 51,2        | 25,4▲*                                | 20,7           | 6,1                      | 38,3                     | 15,4▲*     |
| Lombardia                      | 80,6                       | 58,4                                  | 42,0        | 19,4                                  | 13,4           | 4,1                      | 26,3                     | 8,4        |
| Liguria                        | 79,7                       | 55,7                                  | 39,2        | 14,6                                  | 10,7           | 3,5                      | 26,7                     | 9,1        |
| <b>Italia Nord-orientale</b>   | <b>78,6</b>                | <b>58,5</b>                           | <b>45,2</b> | <b>19,4</b>                           | <b>17,7</b>    | <b>4,3</b>               | <b>30,0</b>              | <b>9,2</b> |
| PA di Bolzano                  | 80,5                       | 66,0                                  | 57,8        | 34,3                                  | 27,7           | 10,3                     | 35,9                     | 13,7       |
| PA di Trento                   | 78,5                       | 54,1                                  | 56,1        | 21,7                                  | 24,4           | 5,3                      | 36,4                     | 9,5        |
| Veneto                         | 78,9▼                      | 59,4▼                                 | 48,6        | 21,0                                  | 20,1           | 4,9                      | 31,7                     | 9,6        |
| Friuli Venezia Giulia          | 80,1                       | 59,5                                  | 55,8        | 24,5                                  | 17,8           | 5,8                      | 31,2                     | 11,2       |
| Emilia Romagna                 | 77,8▼                      | 57,0▼                                 | 35,8        | 14,3                                  | 12,9           | 2,5                      | 26,4                     | 7,7        |
| <b>Italia centrale</b>         | <b>79,4</b>                | <b>54,9</b>                           | <b>33,3</b> | <b>13,5</b>                           | <b>11,3</b>    | <b>3,6</b>               | <b>24,1</b>              | <b>7,6</b> |
| Toscana                        | 80,8                       | 58,1▼                                 | 32,4        | 13,8                                  | 12,3           | 4,4                      | 26,9                     | 9,6        |
| Umbria                         | 78,2                       | 52,7▼                                 | 33,5        | 11,6                                  | 10,0           | 2,2                      | 22,2                     | 5,7        |
| Marche                         | 78,7▼                      | 51,8▼                                 | 31,9        | 11,6                                  | 11,3           | 2,0                      | 26,2                     | 6,8        |
| Lazio                          | 78,9                       | 54,0                                  | 34,3        | 14,2▼                                 | 10,9           | 3,7                      | 22,1                     | 6,9        |
| Abruzzo                        | 83,5                       | 50,5                                  | 41,4        | 11,1                                  | 22,0▲          | 3,8                      | 34,0▲                    | 6,7        |
| Molise                         | 83,8                       | 45,7                                  | 45,6        | 9,0                                   | 29,1▲*         | 3,4                      | 43,8▲*                   | 7,7        |
| <b>Italia meridionale</b>      | <b>78,1</b>                | <b>46,5</b>                           | <b>29,1</b> | <b>8,0</b>                            | <b>11,5</b>    | <b>2,4</b>               | <b>23,1</b>              | <b>5,3</b> |
| Campania                       | 74,7                       | 43,0▼                                 | 23,1        | 6,4                                   | 8,8            | 2,1                      | 19,1                     | 4,9        |
| Puglia                         | 80,1                       | 49,2                                  | 29,0        | 8,6                                   | 9,3            | 1,8                      | 22,6                     | 4,7        |
| Basilicata                     | 79,3                       | 45,5                                  | 35,5        | 8,4                                   | 17,0           | 3,5                      | 31,1                     | 7,3        |
| Calabria                       | 78,8                       | 48,9                                  | 33,5        | 8,7                                   | 12,5           | 2,6                      | 22,5                     | 5,4        |
| <b>Italia insulare</b>         | <b>75,7</b>                | <b>45,5</b>                           | <b>32,6</b> | <b>9,5</b>                            | <b>12,6</b>    | <b>2,9</b>               | <b>19,8</b>              | <b>4,4</b> |
| Sicilia                        | 74,2                       | 45,2                                  | 27,2        | 8,2                                   | 8,4            | 2,6                      | 15,2                     | 4,1        |
| Sardegna                       | 80,0                       | 46,4                                  | 48,5        | 13,7                                  | 24,9           | 3,7                      | 33,2                     | 5,2        |
| <b>Italia</b>                  | <b>78,9▼</b>               | <b>53,4▼</b>                          | <b>18,5</b> | <b>14,2▼</b>                          | <b>13,4</b>    | <b>3,5</b>               | <b>25,4</b>              | <b>7,3</b> |
| Valore minimo nazionale        |                            | Valore inferiore alla media nazionale |             | Valore superiore alla media nazionale |                | Valore massimo nazionale |                          |            |

▼ Riduzione statisticamente significativa tra 2009 e 2010 (\* riduzione tra 2008 e 2010).

▲ Incremento statisticamente significativo tra 2009 e 2010 (\* incremento tra 2008 e 2010).

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcool CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie 2010.

orientale si riscontrano i valori massimi nazionali per i consumi fuori pasto, il *binge drinking* e il complesso dei consumi a rischio.

Relativamente alle sostanze d'abuso, nel corso del 2010 sono state rilevate le attività di 486 Servizi pubblici per le dipendenze, su 525 attivi (92,6%). Risultano essere stati presi in carico 177.227 pazienti con problemi di sostanze d'abuso.

La sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più diffusa è l'eroina (70,1% dei pazienti), seguita dalla cocaina (15,2%) e dai cannabinoidi (9,2%). L'8,7% del totale dei pazienti presi in carico dai Servizi pubblici è stato trattato presso le strutture riabilitative (trend decrescente rispetto agli anni precedenti); presso i Servizi pubblici, il 62,9% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici integrati.

Riguardo il problema del fumo tra i giovani, la *Global Youth Tobacco Survey*, indagine promossa dal CCM che nell'anno scolastico 2009/2010 ha coinvolto 1.800 ragazzi di 13, 14 e 15 anni, ha evidenziato che il 46% degli intervistati ha fumato almeno una volta nella vita e il 92% di questi ha dichiarato che i rivenditori non si sono mai rifiutati di vendere loro le sigarette, nonostante la normativa vigente prevedesse il divieto di vendita ai minori di 16 anni. Come risulta anche dall'*Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), condotto nel 2010, su circa 77.000 ragazzi tra gli 11 e i 15 anni fuma almeno una volta a settimana l'1% dei maschi e lo 0,2% delle femmine di 11 anni, il 4,14% dei maschi e il 3,68% delle femmine di 13 anni e, soprattutto, il 19,08% dei maschi e il 19,42% delle femmine di 15 anni.

#### ***Esposizione e valutazione critica dei dati.***

È necessario consolidare i risultati raggiunti e porsi nuovi obiettivi, perché ogni progresso nella prevenzione di comportamenti a rischio costituisce un enorme risultato in termini di salute e qualità della vita di tutti i cittadini, nonché in termini di riduzione dei costi sanitari e sociali delle patologie correlate.

Una problematica emergente, per esempio, riguarda la necessità di presa in carico dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. Dalla Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2012 si stima che i soggetti affetti da gioco d'azzardo problematico sarebbero circa 700.000 e, di questi, circa 300.000 quelli patologici. Nel 2011, limitatamente alle Regioni/Province Autonome che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui l'82% maschi. Occorre, pertanto, definire modalità di presa in carico e assistenza a tali pazienti, assicurando loro percorsi di cura e riabilitazione basati su evidenze scientifiche. Per migliorare la programmazione di interventi efficaci occorre portare a regime, in collaborazione con le Regioni e con il coordinamento del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, il Sistema Informativo Nazionale (SIND) sui pazienti in

trattamento, strutturato nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Dall'elaborazione dei dati dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), si ottiene che nel 2010 le vendite di sigarette si sono ridotte del 2,4% rispetto al 2009 (circa 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). È da notare, tuttavia, un ulteriore notevole aumento (+32,7%) delle vendite del tabacco trinciato (per le sigarette "fai da te"). Questo tipo di tabacco rappresenta attualmente il 3,2% del mercato, ma ha un costo inferiore rispetto alle sigarette ed è, quindi, particolarmente "appetibile" per i giovani consumatori. È dunque necessario favorire l'attivazione di interventi di prevenzione del tabagismo, caratterizzati da partecipazione e coordinamento tra gli educatori e gli operatori socio-sanitari, con l'obiettivo di raggiungere un numero sempre crescente di ragazzi, per costruire una società libera dal fumo, agendo anche sui giovani già fumatori, con particolare riguardo alle ragazze, anche attraverso interventi trasversali su fumo, attività fisica e corretta alimentazione. Tali interventi devono essere attuati non solo in ambito scolastico, ma anche nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali.

I rischi derivanti dalle nuove modalità di bere che negli ultimi anni si sono diffuse nel nostro Paese mettono a repentaglio più facilmente, oltre alla salute del singolo bevitore, anche la sicurezza sociale, soprattutto quando il consumo di alcool avviene in contesti e situazioni particolari quali la guida, lo svolgimento di attività lavorative o la ricerca del divertimento estremo; tuttavia, anche il consumo tradizionale presenta rischi se non accompagnato da una necessaria, rigorosa moderazione. La situazione richiede interventi di prevenzione e contrasto articolati e complessi, soprattutto se si considera che l'esposizione al rischio riguarda soggetti molto diversi tra loro; e tra essi, in particolare, circa 1 milione e 300.000 giovani fra gli 11 e i 25 anni con rischi correlati al consumo fuori pasto o al *binge drinking*, più di 3 milioni di anziani che non si attengono alla moderazione del modello mediterraneo e circa 390.000 minori al di sot-

to dell'età legale che non rispettano la prescrizione di totale astensione dal consumo alcolico. Il consumo femminile, pur restando molto meno diffuso di quello maschile, ha registrato nell'ultimo decennio un preoccupante aumento di quello fuori pasto e del *binge drinking*, soprattutto fra le donne più giovani.

In conclusione, la varietà delle situazioni di rischio da fumo, alcool e sostanze stupefacenti che si osserva nelle singole Regioni richiede, anche per il futuro, grande assunzione di responsabilità da parte di queste ultime, per attivare gli interventi più consoni ai problemi rilevati nelle diverse realtà.

### Bibliografia essenziale

- Galeone D, Spizzichino L. Attività per la prevenzione del tabagismo – Rapporto 2011
- Ministero della salute. Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001, n. 125. Roma 16 dicembre 2011
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche Antidroga – Relazione al Parlamento 2011
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche Antidroga – Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2012
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, et al. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: consumo di alcool. Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2012 (Rapporto Osservasalute 2011)

## 1.4. Determinanti sociali

Nel 2009 la Commissione Europea, attraverso la Comunicazione “*Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU*”, ha dichiarato come non ci fosse ancora, sia nelle politiche europee che nella programmazione delle amministrazioni nazionali, regionali e locali, nonché tra i principali attori sociali, sufficiente consapevolezza delle disuguaglianze di salute e delle loro conseguenze sul benessere delle popolazioni. La Comunicazione, recepita e accolta dal Parlamento Europeo con un'omonima risoluzione nel 2011, richiamava tutti i Paesi membri alla necessità di misurarsi con queste sfide: migliorando le capacità di monitoraggio delle disuguaglianze; dando priorità agli studi di valutazione dell'impatto delle politiche sulla salute e sulle disuguaglianze di salute e basando gli interventi di controllo sulle prove di efficacia; stimolando l'impegno a coordinare le proprie politiche in questo senso; valorizzando gli incentivi e l'assistenza che le politiche europee possono assicurare. In particolare, partendo dalla considerazione che un'equa distribuzione della salute nella popolazione è la base per lo sviluppo economico e sociale complessivo, la Commissione proponeva di concentrarsi: 1) sulla necessità di misurare meglio le disuguaglianze di salute, come passo fondamentale per meglio calibrare le azioni di contrasto; 2) sul coin-

volgimento e l'impegno della società civile; 3) sull'attenzione particolare da dedicare ai gruppi vulnerabili e alle fasce di popolazione più deboli.

Nei successivi dodici mesi, altre Istituzioni europee hanno adottato le conclusioni della Comunicazione esprimendo raccomandazioni di priorità e di percorso. La Commissione europea ha inoltre finanziato per il triennio 2011-2013, tramite il *Public Health Programme*, una *Joint Action*, denominata *Equity Action*, per l'accompagnamento e la preparazione delle capacità degli Stati membri nell'applicazione delle raccomandazioni della Commissione, includendo esercizi di *equity audit* di specifiche politiche a livello regionale, nazionale ed europeo, richiamando l'attenzione degli *stakeholders* su queste tematiche, promuovendo la ricerca sulle lacune conoscitive e sviluppando, infine, strumenti e conoscenze tecniche per meglio comprendere i meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute e l'impatto di politiche, sanitarie e non, su tali meccanismi.

Una prima risposta italiana alla Comunicazione è stata realizzata attraverso l'iniziativa politica della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome: nell'aprile 2011, la sua Commissione Salute ha infatti stabilito e affidato alla Regione Piemonte la costituzione di un gruppo di lavoro tecnico inter-regionale,

al quale è stato assegnato il compito di dare continuità alle raccomandazioni europee. Il gruppo, denominato Equità in Salute e Sanità (ESS) e attualmente composto da rappresentanti di 10 Regioni, ha l'obiettivo di elaborare: 1) una relazione sullo stato delle disuguaglianze in Italia che comprenda il profilo epidemiologico delle disuguaglianze di salute, la valutazione delle conoscenze sull'efficacia attesa delle azioni di contrasto e una stima della potenziale riduzione (target e indicatori di monitoraggio) delle disuguaglianze di salute raggiungibile con tali azioni; 2) una relazione sulle raccomandazioni prioritarie che possono essere sottomesse per orientare verso l'equità nella salute e la riduzione delle disuguaglianze di salute sia i principali atti di programmazione sanitaria (quali i piani di prevenzione o il Patto per la salute), sia alcuni momenti di pianificazione politica non sanitaria (quali l'uso dei fondi strutturali), da sottomettere alle sedi istituzionali competenti. L'Italia partecipa altresì (attraverso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, il Veneto e il Piemonte) all'iniziativa europea *Equity Action* promossa dalla Commissione Europea, con un contributo rivolto verso la definizione e la condivisione di metodi e strumenti per la valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute delle scelte politiche, verso la costruzione di un *network* di Regioni con le quali identificare esempi di politiche regionali che possano essere sottoposte a un esercizio pratico di valutazione d'impatto e verso il coinvolgimento di decisori e attori delle politiche sanitarie e non sanitarie nelle responsabilità di contrasto delle disuguaglianze di salute.

Sul piano tecnico-scientifico, la rete italiana di esperti finanziata nel 2010-2011 dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), attraverso il progetto "Costruzione di capacità di controllo delle disuguaglianze di salute in Italia", ha censito e condiviso le principali esperienze di studio e intervento già condotte in Italia sulla misura e sul controllo delle disuguaglianze nelle politiche non sanitarie e in quelle di prevenzione sanitaria e di assistenza sanitaria. Tale progetto ha dimostrato

le competenze tecniche di numerose strutture accademiche e del SSN nella misura delle disuguaglianze e nell'identificazione di azioni utili per il loro controllo, soprattutto nel campo della prevenzione e dell'assistenza sanitaria, anche se in modo non sistematico. Nel campo delle politiche non sanitarie queste competenze risultano meno consolidate, dal momento che gli sviluppi della strategia Guadagnare Salute verso Salute in tutte le Politiche e le collaborazioni intersettoriali che essi presuppongono sono ancora agli esordi. Le competenze censite nel progetto INMP saranno mobilitate per rispondere alle necessità conoscitive del gruppo ESS, sviluppando una vera e propria agenda per un *capacity building* italiano utile allo sviluppo di azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute, che includa, per esempio: l'adeguamento dei sistemi informativi sanitari e statistici in modo da permettere l'*equity audit* sistematico e la valutazione di impatto dei determinanti sociali sulla salute; l'elaborazione di strumenti previsionali che permettano di identificare i fattori di rischio e/o di promozione della salute a maggiore impatto sulle disuguaglianze, per identificare priorità e target; la documentazione di efficacia degli interventi utilizzati per controllare le disuguaglianze di salute nei vari ambiti delle politiche; la realizzazione di valutazioni *ex ante* di impatto sulle disuguaglianze di salute di nuove politiche da intraprendere (es. quelle di risposta alla crisi); la formazione di professionisti sanitari per il patrocinio di questi obiettivi nel SSN; l'indicazione di priorità per gli obiettivi di ricerca. Il CCM ha introdotto le disuguaglianze di salute tra le priorità del programma 2012, indicando una prima sensibilità degli atti di programmazione agli indirizzi della Commissione Europea.

### Bibliografia essenziale

Commissione delle comunità europee. Comunicazione al Parlamento europeo al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni: Solidarietà in materia di salute, riduzione delle disuguaglianze sanitarie all'interno dell'UE. Bruxelles, 2009

EuroHealthNet. Joint Action on Health Inequalities. <http://eurohealthnet.eu/research/joint-action-health-inequalities>. Ultima consultazione: settembre 2012

## 2

## **Governance del sistema sanitario: il livello centrale e i meccanismi di raccordo con le Regioni e le autonomie locali**

L'evoluzione del Servizio sanitario nazionale (SSN) tiene conto delle diverse istanze che discendono, da un lato, dal contesto internazionale ed europeo, con il conseguente impegno a dare seguito agli indirizzi condivisi con gli altri Paesi all'interno delle organizzazioni internazionali e ad armonizzare, ai sensi del diritto comunitario, la normativa in materia sanitaria alle decisioni assunte in sede di Unione Europea (UE), e dall'altro, a livello nazionale, dalla progressiva devoluzione delle competenze in materia sanitaria fino alla Riforma Costituzionale del 2001, con il nuovo riparto delle competenze tra lo Stato e le Regioni.

Dalla Carta di Tallinn, siglata nel 2008, discende l'impegno degli Stati della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di migliorare la salute della popolazione attraverso il potenziamento dei sistemi sanitari, promuovendone la trasparenza e la responsabilità mediante investimenti nei servizi sanitari e nei vari settori che possono influenzare lo stato di salute, preso atto delle evidenze disponibili sul rapporto tra sviluppo socioeconomico e salute. Si è convenuto, in tale sede, anche sulla necessità di rendere i sistemi sanitari più rispondenti alle aspettative dei cittadini, educando gli stessi all'esercizio dei propri diritti e responsabilità in tema di salute, coinvolgendo tutti i soggetti interessati nello sviluppo dei sistemi sanitari, promuovendo l'approccio olistico ai problemi di salute e la gestione integrata delle malattie, includendo il tema salute in tutte le politiche e monitorando la performance del servizio sanitario.

Dalla Carta Costituzionale è stata affidata allo Stato la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, al fine di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute e, secondo il principio di sussidiarietà, alle Re-

gioni la responsabilità della loro completa attuazione nel rispetto dei vincoli di bilancio programmati. Governo e Regioni cooperano all'individuazione di sistemi di garanzia in materia di tutela della salute, nel rispetto dell'universalismo, dell'equità di accesso e degli altri principi fondanti del SSN.

Per quanto attiene all'art. 119 della Costituzione, nel corso del 2011, in materia sanitaria, sono stati perfezionati i decreti legislativi emanati in applicazione della legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione":

- D.Lgs. 6 maggio 2011, n. 68 "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario";
- D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42";
- D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 149 "Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a Regioni, Province e Comuni, a norma degli artt. 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42".

Il federalismo fiscale, che rafforza poteri e responsabilità delle Regioni, consente di coniugare l'adozione di azioni finalizzate al miglioramento della qualità e dell'equità del sistema con efficaci interventi di razionalizzazione della spesa.

Il quadro così delineatosi ha portato allo sviluppo di un modello di "governance multilivello" basato sulla nuova ripartizione delle competenze, in cui accanto allo Stato garan-

te del diritto costituzionale, concorrono ai processi decisionali, secondo i rispettivi ambiti di competenza, il livello comunitario, le Regioni e gli Enti locali.

In questo contesto, nel rapporto con le Regioni e gli Enti locali hanno assunto negli anni grande importanza gli strumenti pattizi e le intese istituzionali, in cui si riconoscono la diversità dei ruoli tra Stato, Regioni ed Enti locali, ma l'uguale rilevanza nel perseguire il bene comune. È utile ricordare come nel corso del 2011 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano siano stati siglati 17 Accordi e 27 Intese istituzionali sulle più rilevanti tematiche sanitarie. In particolare si ricordano le intese e gli accordi concernenti:

- documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anni 2011-2013;
- fascicolo sanitario elettronico – Linee guida nazionali;
- piano d'indirizzo per la riabilitazione;
- criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio;
- Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNE-MoRc) 2010-2015;
- documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010-2012;
- Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale;
- programma annuale per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2011;
- modifiche e aggiornamenti alla Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND);
- documento relativo alla rete nazionale trapianti;
- Progetto Trapianti di organi solidi in pazienti HIV+;

nonché gli accordi e le intese di ripartizione alle Regioni dei finanziamenti per il SSN e delle risorse vincolate ai sensi di specifiche normative. Sono stati inoltre espressi 11 pareri, ai sensi della normativa vigente, su vari schemi di decreti ministeriali, come per esempio il decreto recante “Buone pratiche di sperimentazione clinica dei medicinali veterinari sugli animali” e sul riconoscimento

per alcune strutture della qualifica di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Sono stati, inoltre, approvati i regolamenti sul funzionamento di importanti tavoli tecnici di monitoraggio e verifica come il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), la Struttura tecnica paritetica di monitoraggio. In sede di Conferenza Unificata, di cui fanno parte lo Stato e le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità e gli Enti montani, sono stati siglati 8 tra accordi e intese ed è stato espresso il parere sullo schema di decreto legislativo recante riordino degli Enti vigilati dal Ministero della salute.

I principali atti di natura sanitaria-assistenziale hanno riguardato:

- linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza;
- presa in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale;
- intesa sul Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2011-2013;
- integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008.

La consapevolezza che il mantenimento di un buono stato di salute della collettività e del cittadino sia funzione anche di numerosi determinanti esterni al mondo sanitario e la conseguente necessità di porre in essere interventi e politiche intersettoriali hanno comportato, inoltre, la necessità che i diversi livelli di governo portassero avanti il confronto con una molteplicità di attori (ambiente, industria, scuole, ma anche media e raggruppamenti sociali) spesso portatori di interventi e politiche contrastanti, al fine di realizzare gli obiettivi di salute, la corretta allocazione e il buon utilizzo di risorse per il governo del sistema, superando il tradizionale modello gerarchico verticale.

La programmazione nazionale sta allora assumendo sempre più un ruolo di *stewardship*, intendendo con tale termine, non ancora efficacemente tradotto in italiano, un nuovo

modello di *governance*, promosso a Tallinn dall'OMS e adottato da altri Paesi europei, in cui sono privilegiati i momenti di confronto e collaborazione interistituzionale ed eventualmente con i soggetti portatori di interessi, finalizzati alla definizione di obiettivi e strategie condivise e concertate, con gradi di responsabilità coerenti con i poteri decisionali, promuovendo l'autonomia, nel rispetto del principio di sussidiarietà. L'autorità che discende da un rigido approccio gerarchico dei vari livelli del sistema viene sostituita dall'autorevolezza che proviene dalla conoscenza organica e strutturata di dati e informazioni, necessari alla definizione delle politiche e agli strumenti e condizioni per la loro concreta attuazione, alla loro valutazione per l'individuazione di possibili interventi di miglioramento. I vari livelli di governo, divenuti nodi di una rete in un sistema policentrico sia verticale che orizzontale, svolgono anch'essi azioni di *stewardship* verso gli altri soggetti coinvolti. L'identificazione dei diversi attori con gli obiettivi concordati induce a una maggiore responsabilizzazione degli stessi nel miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema.

Il monitoraggio costante e puntuale, attuato a livello nazionale mediante l'utilizzo anche del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), dei processi, degli obiettivi raggiunti e dell'andamento dei risultati economici, consente le valutazioni indispensabili per l'elaborazione e la realizzazione delle azioni correttive necessarie per la garanzia dell'effettiva erogazione dei LEA in coerenza con il rispetto del diritto costituzionale alla salute e degli obiettivi economici stabiliti.

Le rilevazioni effettuate, pur tenendo conto delle differenze socioeconomiche e demografiche della popolazione residente in ciascuna Regione, evidenziano disomogeneità e disuguaglianze della domanda e dell'offerta, imputabili al differente grado di sviluppo dei diversi sistemi regionali, della conseguente capacità di trasformare il bisogno in domanda sanitaria e di offrire risposte appropriate e qualitativamente valide e omogenee. Le differenze che si registrano nei costi regionali per i singoli livelli di assistenza mostrano carenze nell'erogazione di alcune ti-

pologie di assistenza tali da rendere necessari interventi concreti per promuovere e garantire l'equità del sistema e l'effettiva erogazione dei LEA, attraverso il superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria nei vari contesti regionali e territoriali, obiettivo prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

Analogamente, nei primi anni 2000, le differenze riscontrate a livello regionale e in particolare il manifestarsi e il perdurare in alcune Regioni di forti disavanzi (tre Regioni erano responsabili del 50% del disavanzo) ha portato alla necessità di definire per quelle stesse Regioni un complesso percorso di risanamento. Il percorso, iniziato con l'emanazione della legge 311/2004, è caratterizzato da una forte *governance* centrale e vede impegnati, nel rispetto delle relative competenze istituzionali, lo Stato, chiamato a svolgere, tra l'altro, un ruolo di "accompagnamento", e i Governi regionali, chiamati a predisporre un piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale: il "Piano di rientro dal deficit sanitario" (legge 311/2004). Tale Piano è parte integrante di un Accordo che la Regione stipula con il Governo centrale, nel quale sono stabiliti gli obiettivi, gli interventi, i risultati attesi. Il disavanzo strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle entrate proprie, che obbliga alla sottoscrizione dell'Accordo e all'elaborazione del relativo Piano di rientro è stato ridefinito dalla legge finanziaria 2010 (191/2009) nel 5%.

I risultati conseguiti a oggi nelle Regioni in Piano di rientro mostrano una diminuzione del disavanzo, che in alcune, come la Sicilia e l'Abruzzo, è sostanzialmente superato. In quelle in cui il disavanzo era più cospicuo, come il Lazio e la Campania, si registra una diminuzione dello stesso anche se il traguardo appare ancora legato all'adozione di importanti modifiche strutturali del Sistema sanitario regionale.

Il disavanzo totale nell'anno 2011 ammonta a 1,779 miliardi di euro, dato che si configura come il migliore risultato di gestione negli ultimi anni, conseguito grazie all'impegno congiunto del Governo centrale e dei Governi regionali.

## 3

## I modelli sanitari regionali alla luce della ripartizione delle competenze tra Stato, Regioni e autonomie locali

Nell'ultimo decennio, a partire dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, di riforma del Titolo V della Costituzione, la sanità ha costituito il terreno principale del progressivo rafforzamento dell'autonomia regionale e dell'evoluzione in senso federalistico. La determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) e il monitoraggio della loro erogazione sono stati assunti a livello più alto dell'ordinamento giuridico dello Stato come

strumento di equità dell'assistenza sanitaria. I processi di riforma del Servizio sanitario nazionale (SSN) hanno generato profondi cambiamenti nei modelli di regolazione a livello territoriale. Dopo la prima drastica riduzione del numero di ASL (65%) successiva all'applicazione del D.Lgs. 502/1992, il decremento che si osserva a livello nazionale negli anni successivi non è omogeneo in tutte le Regioni (Tabella 3.1); la variabilità

**Tabella 3.1. Il cambiamento nel processo di aziendalizzazione. Numero di Aziende sanitarie locali e Distretti attivati (Anni 1992-2011)**

| Regione               | Unità sanitarie locali (USL) | Aziende sanitarie locali (ASL) |      |      |      |      |      | Distretti attivati |      |      |      |      |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------------|------|------|------|------|------|--------------------|------|------|------|------|
|                       | 1992                         | 1995                           | 1998 | 2005 | 2008 | 2009 | 2011 | 1998               | 2005 | 2008 | 2009 | 2011 |
| Piemonte              | 63                           | 22                             | 22   | 22   | 13   | 13   | 13   | 66                 | 62   | 62   | 58   | 58   |
| Valle d'Aosta         | 1                            | 1                              | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | -                  | 4    | 4    | 4    | 4    |
| Lombardia             | 84                           | 44                             | 14   | 15   | 15   | 15   | 15   | 179                | 86   | 93   | 95   | 81   |
| PA di Bolzano         | 4                            | 4                              | 4    | 4    | 1    | 1    | 1    | 16                 | 17   | 20   | 20   | 20   |
| PA di Trento          | 11                           | 1                              | 1    | 1    | 1    | 1    | 1    | 11                 | 11   | 11   | 11   | 4    |
| Veneto                | 36                           | 22                             | 21   | 21   | 21   | 21   | 21   | 79                 | 49   | 49   | 50   | 50   |
| Friuli Venezia Giulia | 12                           | 6                              | 6    | 6    | 6    | 6    | 6    | 14                 | 18   | 18   | 14   | 20   |
| Liguria               | 20                           | 5                              | 5    | 5    | 5    | 5    | 5    | 22                 | 16   | 16   | 19   | 19   |
| Emilia Romagna        | 41                           | 13                             | 13   | 11   | 11   | 11   | 11   | 48                 | 39   | 38   | 38   | 38   |
| Toscana               | 40                           | 12                             | 12   | 12   | 12   | 12   | 12   | 156                | 53   | 34   | 31   | 34   |
| Umbria                | 12                           | 5                              | 4    | 4    | 4    | 4    | 4    | 60                 | 12   | 12   | 9    | 12   |
| Marche                | 24                           | 13                             | 13   | 13   | 1    | 1    | 1    | 42                 | 26   | 24   | 24   | 23   |
| Lazio                 | 51                           | 12                             | 12   | 12   | 12   | 12   | 12   | 36                 | 36   | 55   | 55   | 55   |
| Abruzzo               | 15                           | 6                              | 6    | 6    | 6    | 6    | 4    | 31                 | 31   | 37   | 48   | 25   |
| Molise                | 7                            | 4                              | 4    | 4    | 1    | 1    | 1    | 5                  | 8    | 13   | 13   | 7    |
| Campania              | 61                           | 13                             | 13   | 13   | 13   | 7    | 7    | 75                 | 105  | 90   | 69   | 72   |
| Puglia                | 55                           | 12                             | 12   | 12   | 6    | 6    | 6    | 71                 | 45   | 49   | 49   | 49   |
| Basilicata            | 7                            | 5                              | 5    | 5    | 5    | 2    | 2    | 21                 | 11   | 11   | 11   | 11   |
| Calabria              | 31                           | 11                             | 11   | 11   | 6    | 6    | 5    | 14                 | 32   | 35   | 34   | 35   |
| Sicilia               | 62                           | 9                              | 9    | 9    | 9    | 9    | 9    | 39                 | 62   | 62   | 62   | 62   |
| Sardegna              | 22                           | 8                              | 8    | 8    | 8    | 8    | 8    | 13                 | 19   | 22   | 22   | 22   |
| Italia                | 659                          | 228                            | 196  | 195  | 157  | 148  | 145  | 998                | 742  | 755  | 736  | 701  |

Fonte: Ministero della salute. Attività gestionali ed economiche delle ASL.

interregionale del bacino di utenza medio per ASL aumenta in modo considerevole dopo il 2001 e tale aumento può essere letto come un effetto dell'applicazione dell'autonomia regionale (Figura 3.1).

Nel 2011 si conferma la tendenza a realizzare Aziende sanitarie locali a livello provinciale (sono 145), mentre l'Azienda unica a livello regionale è presente in aree a ridotte dimensioni (Valle d'Aosta, Province Autonome di Bolzano e di Trento, Molise). L'eccezione è costituita dalla Regione Marche, che ha introdotto nel 2003 l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) in un territorio di circa 1.500.000 abitanti, ma la tendenza verso Aziende provinciali sembra confermata anche in questo caso, considerando che la Regione ha disposto con legge regionale n. 17 del 2011 l'articolazione dell'ASUR in cinque aree vaste di livello sostanzialmente provinciale, dotate di ampia autonomia economico-gestionale, competenza nell'erogazione dei LEA e con "Direttori di area vasta" nominati dalla Giunta regionale. Aziende sanitarie locali di livello sub-provinciale rimangono nelle aree metropolitane e nelle Regioni Veneto, Umbria e Friuli Venezia Giulia. La costituzione di aree vaste a livello interaziendale è prevista in diverse Regioni con funzioni principalmente di accentramen-

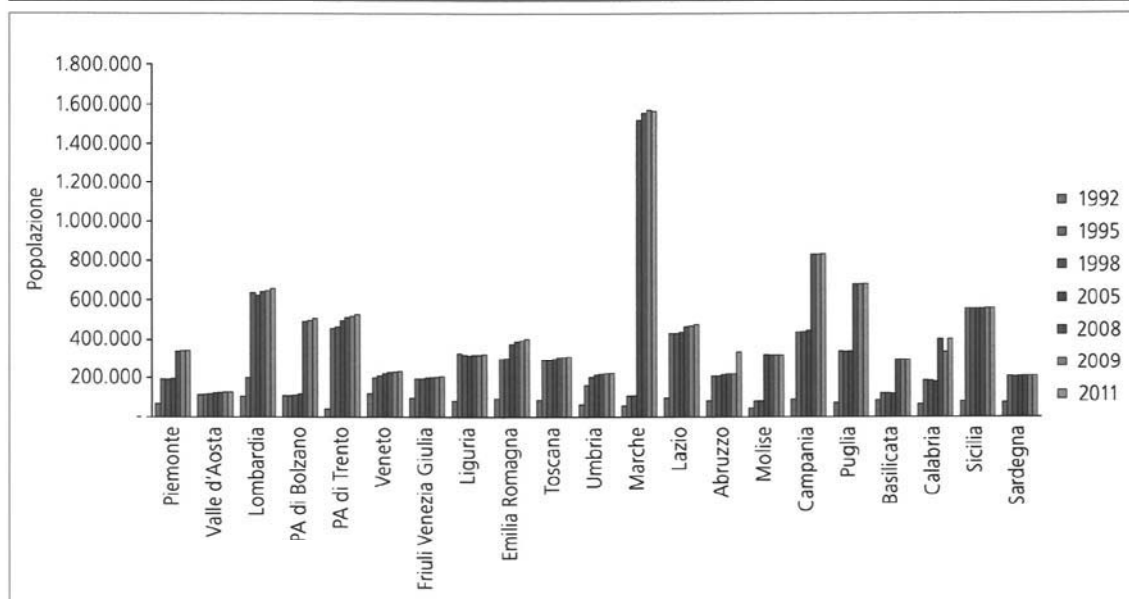
to e razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi, ma talora aperte anche ad ambiti sociosanitari (Tabella 3.2).

Il numero delle Aziende ospedaliere (AO) risulta in leggera diminuzione in forza di accorpamenti effettuati da alcune Regioni, soprattutto quelle impegnate in Piano di rientro, con importanti differenze nel numero e nelle dimensioni delle AO tra Regioni. La Lombardia è l'unica Regione che ha effettuato lo scorporo di tutti i presidi ospedalieri dalle Aziende sanitarie locali, che afferiscono alle 29 AO costituite.

Al contempo prosegue il processo di trasformazione degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) pubblici in Fondazioni, particolarmente accentuato in alcune Regioni, quali la Lombardia.

Per quanto riguarda l'organizzazione territoriale, il numero di Distretti passa da 998 nel 1998 a 742 nel 2005, per arrivare a 701 nel 2011; gli assetti territoriali sono ampi e in lieve aumento nel tempo (Figura 3.2). Al contrario di quanto osservato per le ASL, la variabilità inter-regionale della popolazione media per Distretto diminuisce dopo il 2001 e si mantiene pressoché stabile negli anni successivi. Nel 2011, il 70% delle Regioni e Province Autonome (15 su 21) supera l'indicazione normativa di una popolazione mi-

Figura 3.1. Bacino di utenza medio per ASL (1992-2011).

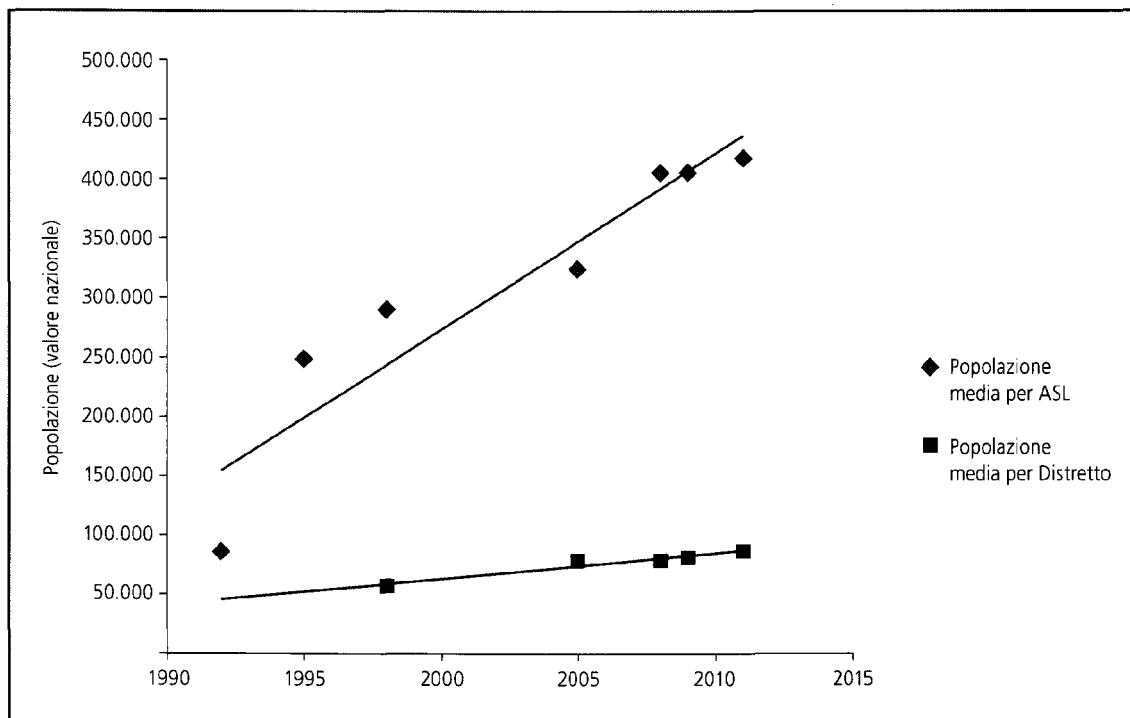


Fonte: Ministero della salute. Attività gestionali ed economiche delle ASL.

Tabella 3.2. Riferimenti normativi regionali

| Regione               | Aree Vaste (AV) e Bacini Territoriali (BT)                                                                             | Funzioni e denominazioni                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Piemonte              | 5 AV, previste dalla LR 18/2007 (art. 23); DGR 9-9007/2008 (in fase di riorganizzazione in 6 Federazioni sovrazionali) | Funzione di coordinamento sovrazonale e integrazione funzionale dei servizi; servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       |                                                                                                                        | 1. Area Torino – Aziende sanitarie locali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                       |                                                                                                                        | 2. Area Torino – Aziende ospedaliere                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                       |                                                                                                                        | 3. Area Novara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                       |                                                                                                                        | 4. Area Cuneo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                       |                                                                                                                        | 5. Area Alessandria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Veneto                | 5 AV, previste dalla DGR 3456/2004; DGR 2846/2006                                                                      | Programmazione interaziendale e funzioni tecnico-logistiche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                       |                                                                                                                        | 1. AV Vicenza, capofila ULSS n. 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                        | 2. AV Treviso e Belluno, capofila ULSS n. 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                       |                                                                                                                        | 3. AV Venezia e Rovigo, capofila ULSS n. 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                       |                                                                                                                        | 4. AV Padova, capofila ULSS n. 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                        | 5. AV Verona, capofila ULSS n. 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Friuli Venezia Giulia | 3 AV, previste dal PSSR 2006-2008 (DGR 2843/2006); PSSR 2010-2012 (DGR 465/2010)                                       | Organizzazione dell'attività sanitaria, strumento di governo dell'offerta pubblica e privata e programmazione (attraverso l'accordo di area vasta); ambiti di intervento limitati e soprattutto in occasione di progettualità specifiche: tempi di attesa, piano della riabilitazione                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       |                                                                                                                        | 1. AV Trieste-Gorizia (TS-GO) - Giuliano Isontina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                        | 2. AV Udine (UD) - Udinese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                       |                                                                                                                        | 3. AV Pordenone (PN) - Pordenonese                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Liguria               | 3 Aree Ottimali, previste dalla LR 41/2006 (art.7); PSSR 2009-2011 (DCR 22/2009)                                       | Funzioni uniche di programmazione interaziendale a rete integrata di: assistenza e cura; gestione unitaria attività tecnico-amministrative; aggiornamenti tecnologici                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       |                                                                                                                        | 1. Area Levante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       |                                                                                                                        | 2. Area Metropolitana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                       |                                                                                                                        | 3. Area Ponente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Emilia Romagna        | 3 AV, previste dal PSR 1999-2001 e PSSR 2008-2010                                                                      | "Programmazione sovraziendale, produzione di servizi intermedi, acquisti (servizi amministrativi, logistica, produzione sanitaria intermedia). Funzioni amministrative e tecniche di supporto alla funzione sanitaria"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                       |                                                                                                                        | 1. AV Emilia Nord (AVEN), comprende le AS di Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       |                                                                                                                        | 2. AV Emilia Centrale (AVEC), comprende le AS di Bologna, Imola e Ferrara                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                       |                                                                                                                        | 3. AV Romagna (AVR), comprende le AS di Rimini, Ravenna, Forlì e Cesena                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Toscana               | 3 AV, previste dal PSR 2002-2004; PSR 2005-2007; LR 40/2005; PSR 2008-2010                                             | 3 AV, ognuna dotata di una Azienda ospedaliera di riferimento, per programmazione sanitaria e sociosanitaria, con protocolli d'intesa e accordi con gli Enti locali                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                       |                                                                                                                        | 1. Centro Toscana, comprende le ASL di Firenze, Empoli, Prato, Pistoia e le AOU Careggi e Meyer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                       |                                                                                                                        | 2. Nord-Ovest Toscana, comprende le ASL di Massa e Carrara, Lucca, Versilia, Pisa, Livorno e la AOU di Pisa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                       |                                                                                                                        | 3. Sud-Est Toscana, comprende le ASL di Arezzo, Siena, Grosseto e la AOU di Siena                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                        | Sono istituiti tre Enti per i servizi tecnico-amministrativi di AV - ESTAV (Enti con personalità giuridica pubblica e autonomia gestionale)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Marche                | 5 AV, previste dalla DGR 115/2009; LR 17/2011 (AV quali articolazioni organizzative dell'ASUR)                         | La DGR 115 del 2009 individuava 4 AV di livello provinciale (salvo Fermo), con valenza logistico-amministrativa e programmatoria. La LR 17 del 2011 le trasforma in "aree vaste territoriali", quali articolazioni dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR). Le AV hanno ampia autonomia gestionale, economico-finanziaria e di gestione amministrativa, acquisti di beni e servizi e del patrimonio. Il direttore di AV è nominato dalla Giunta regionale con modalità analoghe a quelle dei Direttori generali delle Aziende sanitarie locali |
|                       |                                                                                                                        | 1. AV n.1: Pesaro - Urbino - Fano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                       |                                                                                                                        | 2. AV n.2: Senigallia - Jesi - Fabriano - Ancona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                       |                                                                                                                        | 3. AV n.3: Civitanova Marche - Macerata - Camerino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                       |                                                                                                                        | 4. AV n.4: Fermo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                       |                                                                                                                        | 5. AV n.5: San Benedetto del Tronto - Ascoli Piceno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Sicilia               | 2 BT, previsti dalla LR 5/2009 (art.5)                                                                                 | Sono istituiti il "Bacino Sicilia Occidentale" e il "Bacino Sicilia Orientale"; due Comitati di bacino coordinati da Assessore regionale della salute o suo delegato, e composti dai Direttori generali delle AS provinciali, ospedaliere, universitarie. Come primo compito i BT partecipano a un progetto regionale di centralizzazione degli acquisti                                                                                                                                                                                             |

Fonte: AgeNaS – Agenzia Nazionale Sanitaria.

**Figura 3.2. Bacino di utenza di ASL e Distretti (1992-2011).**

Fonte: Ministero della salute. Attività gestionali ed economiche delle ASL.

nima di riferimento per Distretto di 60.000 abitanti (di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. 229/1999), con ampie differenziazioni sia rispetto a scelte organizzative (alcune Regioni indicano 100.000 abitanti come ambito di riferimento medio dei Distretti), sia rispetto alle diverse aree geografiche e in particolare alle aree montane e disagiate. L'indagine nazionale sull'implementazione dei Distretti in Italia, effettuata nel 2010 dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) in collaborazione con le Regioni, ha evidenziato che il Distretto viene delineato dalle Regioni come la sede per coordinare i percorsi sociosanitari e garantire l'integrazione dei servizi e dei professionisti. Allo stesso tempo, si rintracciano anche alcuni elementi di differenziazione: a seconda che l'enfasi sia riposta maggiormente sulla funzione di tutela/committenza (laddove l'organizzazione dei servizi discende dall'analisi dei bisogni) oppure sulla funzione di produzione dei servizi e sull'erogazione delle prestazioni, o altrimenti di produzione esterna al Distretto e alla ASL (attraverso il coinvolgimento di erogatori sanitari pubblici

e privati e anche mediante una gestione integrata con Enti locali); a seconda del ruolo assegnato ai medici di medicina generale (MMG), che può essere interno all'azienda USL e al Distretto, ovvero esterno; a seconda delle modalità individuate per assicurare l'integrazione sociosanitaria.

La realizzazione del dettato legislativo ha prodotto effetti molto diversi nelle singole realtà regionali, con differenze sia nel modello istituzionale adottato sia negli esiti in termini di salute e di controllo della spesa. Un'analisi approfondita e metodologicamente rigorosa della situazione descritta fornirà gli elementi indispensabili per supportare le scelte sui sistemi di *governance* e sui differenti modelli di finanziamento e di organizzazione.

### Bibliografia essenziale

- Ministero della salute. Attività gestionali ed economiche delle ASL – Anni 1992-2010
- Ministero dell'economia e delle finanze. Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese. <http://www.tesoro.it/doc-finanza-pubblica/dfp-rgsc.asp>. Ultima consultazione: settembre 2012

## 4

## Il Servizio sanitario nazionale e le politiche europee ed extraeuropee in materia di salute

### 4.1. Il contesto generale: sfide e opportunità

Come tutti i sistemi sanitari dei Paesi aderenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)-Europa, anche il Servizio sanitario nazionale (SSN) è chiamato ad affrontare le principali sfide sanitarie in un contesto di progressivo cambiamento demografico ed epidemiologico, di sempre più ampie disparità socioeconomiche, di sviluppo tecnologico che a sua volta innalza le aspettative dei cittadini. Il tutto, in un momento storico caratterizzato da una crisi economica che limita fortemente le risorse a disposizione.

Muoversi in un contesto così dinamico ma anche irto di difficoltà impone la necessità di affrontare le sfide cogliendo tutte le opportunità che il panorama internazionale sa ancora comunque offrire. La migliore strategia consiste senza dubbio nell'attivazione di cooperazioni e alleanze che agiscono su ambiti multidimensionali. L'Unione Europea (UE) ha ribadito, nelle parti relative al settore salute del Programma "Europa 2020", la necessità di rafforzare, in un quadro strategico unico, la cooperazione a livello comunitario nei settori nei quali gli Stati membri non possono agire da soli (iniziative cosiddette "faro", quali le minacce sanitarie importanti, le questioni di impatto internazionale o transfrontaliero come le pandemie e il bioterrorismo, le problematiche connesse alla libera circolazione dei beni, dei servizi e delle persone), di garantire una maggiore comprensione del bene salute e di riservare più spazio alla salute nell'insieme delle politiche dei Governi degli Stati membri. Si è finalmente compreso come le azioni in materia di salute intraprese a livello co-

munitario generino un valore aggiunto alle misure adottate dai singoli Paesi, soprattutto nel settore della prevenzione; in questo contesto si inseriscono le azioni sulla sicurezza alimentare e la nutrizione, sulla sicurezza dei medicinali, le azioni di lotta al fumo, le normative su sangue, cellule, tessuti e organi, sui trapianti, le campagne sulla qualità dell'acqua e dell'aria. Si è insomma rafforzato il fondamentale concetto di *"health in all policies"*.

Anche nei rapporti con l'OMS l'Italia condivide la visione secondo la quale una migliore salute contribuisce al benessere sociale complessivo, attraverso l'impatto favorevole sullo sviluppo economico, sulla competitività, sulla produttività. Investire in salute significa dunque investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale ed economico; i sistemi sanitari nazionali assumono un significato che va oltre la semplice – per quanto fondamentale – assistenza sanitaria, includendo la promozione della salute come benessere psicofisico, la prevenzione delle malattie, oltre a tutti gli sforzi tesi a influenzare altri settori che intendono occuparsi di salute nelle loro politiche (lavoro, economia, ambiente, trasporti, industria ecc.). Il fatto che il SSN italiano sia decentralizzato dovrebbe far sì, attraverso una migliore capacità di risposta e una sempre più ampia responsabilizzazione degli amministratori locali rispetto ai necessari adeguamenti agli standard europei, che il sistema cresca nel suo complesso e porti all'acquisizione di quel valore aggiunto che solo una corretta gestione della salute può offrire allo sviluppo di un Paese. Il ruolo delle Regioni, sempre più sensibili a stra-

tegie sanitarie di ampio respiro – europeo e internazionale –, potrà risultare decisivo per il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la corretta gestione dei loro determinanti socioeconomici.

Come si vedrà nei paragrafi seguenti, l'Italia intende utilizzare il proprio sistema socio-sanitario come una vera risorsa per contribuire allo sviluppo economico e sociale del proprio territorio, offrendosi come partner a chiunque persegua e condivida gli stessi

obiettivi di benessere continuo e sostenibile a cui è necessario aspirare. Le iniziative di seguito descritte, seppure in gran parte di respiro sovranazionale, mirano tutte all'innalzamento del livello dello stato di salute del nostro Paese, apportando al SSN e ai suoi utenti quel contributo di conoscenza e quell'impulso allo sviluppo che possono derivare solo dallo scambio di esperienze e dal confronto continuo e costruttivo con le realtà che ci circondano.

## 4.2. OMS – Iniziative globali di maggiore rilievo

Per quanto riguarda le iniziative e le attività globali di maggiore rilievo dell'OMS e del Sistema Nazioni Unite, alle quali ha partecipato attivamente il Ministero della salute, si riporta quanto segue.

**Consiglio Esecutivo OMS (gennaio 2011).** Il dibattito del Consiglio è stato fortemente influenzato dal grave deficit di bilancio dell'OMS, sullo sfondo della crisi finanziaria globale.

La proposta di budget per il biennio 2012-2013 è stata condizionata dalle difficoltà oggettive da parte degli Stati membri dell'Organizzazione, non disposti ad accettare un incremento dei propri contributi obbligatori. Pertanto, di fronte a una concomitante contrazione dei contributi volontari (che rappresentano quasi l'80% del bilancio totale dell'Organizzazione), l'OMS ha avviato un processo di riforma mirante al contenimento delle spese e a un'ottimizzazione dei metodi di lavoro, oltre che a privilegiare un approccio più di consolidamento che di espansione delle proprie attività, puntando al rafforzamento delle sue competenze più esclusive (sicurezza sanitaria; definizione di normative, standard e Linee guida per le politiche sanitarie; analisi e rafforzamento dei sistemi sanitari; raccolta di dati e indagini epidemiologiche; promozione del dialogo fra tutti gli attori della sanità pubblica mondiale).

L'*Executive Board* ha esaminato e discusso numerosi argomenti di grande rilievo e at-

tualità per la sanità pubblica internazionale. Dagli Obiettivi di Sviluppo per il millennio (con il crescente rischio di non riuscire a raggiungerli nei tempi prestabiliti) alla prevenzione e controllo delle malattie croniche non trasmissibili; da sfide ancora irrisolte, come la malaria, l'HIV/AIDS, la lebbra, le malattie tropicali neglette, a problematiche riguardanti l'infanzia (nutrizione e incidenti). Tutte le discussioni hanno avuto un comune denominatore: la necessità di rafforzare i sistemi sanitari.

**Assemblea Mondiale della Sanità (maggio 2011).** La 64<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità è stata caratterizzata da tre questioni fondamentali: il processo di riforma dell'OMS, l'approvazione del budget per il biennio 2012-2013 e l'approvazione definitiva del Rapporto del Comitato di Revisione del Regolamento Sanitario Internazionale. Sulla base delle considerazioni del Consiglio esecutivo sopra esposte, l'Assemblea ha approvato un budget a "crescita zero" rispetto al biennio precedente. Ciò ha comportato un'attenta revisione delle spese e dei programmi dell'Organizzazione per poter fare fronte a una concomitante contrazione dei contributi volontari.

L'Assemblea ha inoltre approvato il Rapporto del Comitato di Revisione del Regolamento Sanitario Internazionale, che riguardava principalmente la gestione della crisi pandemica. Il Rapporto ha confermato l'assenza

di irregolarità da parte dell'OMS nei suoi rapporti con l'industria farmaceutica. È inoltre emerso che il Regolamento Sanitario Internazionale si conferma strumento fondamentale della comunità internazionale rispetto alla "sicurezza sanitaria globale". Sono stati esaminati e discussi i numerosi argomenti di grande rilievo e attualità per la sanità pubblica internazionale, già affrontati nel corso dell'ultimo Consiglio Esecutivo e descritti nel paragrafo precedente. Come già sottolineato, tutte le discussioni hanno avuto come comune denominatore la necessità di rafforzare i sistemi sanitari nazionali. A tale riguardo, l'Assemblea ha infatti approvato ben quattro Risoluzioni relative al ruolo e al rafforzamento dei sistemi sanitari.

**Comitato Regionale Europeo (settembre 2011).** Il Comitato Regionale Europeo dell'OMS, tenutosi a Baku (Azerbaijan) dal 12 al 15 settembre 2011, ha visto la presentazione del rapporto delle attività dell'OMS/Europa degli ultimi due anni, caratterizzato da un particolare riferimento alle situazioni di crisi e di emergenza sanitaria che hanno colpito gravemente le popolazioni della Regione. A tale riguardo il rapporto ha evidenziato la situazione di crisi dell'area mediterranea legata ai fenomeni migratori dai Paesi dell'Africa del Nord, sottolineando l'iniziativa del Ministero della salute italiano, originata dalla riunione tenutasi a Roma nell'aprile 2011 e conclusasi con la stipula di un progetto triennale di collaborazione tra OMS/Europa e Ministero della salute sugli aspetti di sanità pubblica e le migrazioni. Sempre in tema di emergenze, il rapporto ha citato l'ottimo lavoro condotto dall'OMS e dai suoi Stati membri nell'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale, attraverso il monitoraggio continuo di eventi potenzialmente in grado di trasformarsi in emergenze di sanità pubblica di rilievo internazionale.

Sono stati inoltre sottolineati i seguenti temi di particolare rilievo, che hanno caratterizzato le principali attività dell'Ufficio Europeo dell'OMS:

■ l'epidemia di poliomielite in Tajikistan,

che ha colpito anche altri tre Paesi (Kazakhstan, Federazione Russa e Turkmenistan), causando paralisi in 475 persone e 30 decessi;

- l'allarmante situazione relativa alla diffusione della tubercolosi resistente e multiresistente ai farmaci (*multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis*, M/XDR-TB), per fare fronte alla quale la Dr.ssa Jakab ha istituito un progetto *ad hoc* presso l'Ufficio di Copenhagen;
- l'aumento di casi di HIV/AIDS nell'Europa dell'Est e nei Paesi dell'Asia centrale;
- il preoccupante diffondersi dell'antibioticoresistenza, tema scelto quest'anno per la Giornata Mondiale della Sanità;
- i progressi compiuti verso l'eliminazione della malaria dalla Regione Europea. Nel 2010, si sono registrati solo 176 casi di malaria acquisita localmente, in soli 5 Paesi (Azerbaijan, Kyrgystan, Tajikistan, Turchia e Uzbekistan);
- le malattie croniche non trasmissibili (i "*silent killers*", come vengono definite), argomento la cui portata e rilevanza sono testimoniate dall'evento speciale a esso dedicato dall'Assemblea Generale dell'ONU (New York, 19-20 settembre 2011). Un fenomeno mondiale che deve essere affrontato in modo globale e con massima intensità degli sforzi, sia per la sua portata, sia per il fatto che molte di queste patologie (non solo quelle principali – malattie cardiovascolari, cancro, diabete e malattie croniche respiratorie –, ma anche quelle meno diffuse) sono prevenibili. Di fondamentale importanza resta l'approccio intersettoriale, secondo l'ormai consolidato "*Health in All Policies Approach*";
- in tema di stili di vita, progressi apprezzabili sono stati compiuti nel campo della lotta al tabagismo, sebbene molto debba ancora essere fatto al riguardo. La lotta all'abuso di alcool resta una priorità per la Regione Europea ed è per questo che il Comitato Regionale di Baku ha incluso questo tema con un apposito Piano d'Azione Europeo;
- la quinta Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute, tenutasi a Parma nel marzo

2010, ha dato nuovo impulso ai programmi e alle attività della Regione Europea, anche grazie all'adozione della Dichiarazione di Parma. La chiusura dell'Ufficio OMS di Roma non ha comportato ripercussioni negative sui programmi in corso e di prossima esecuzione, anche grazie all'impegno del Governo tedesco di incorporarne nell'Ufficio di Bonn le competenze.

Tra gli argomenti trattati di maggiore rilievo del Comitato Regionale 2011 devono essere ricordati:

- il Piano d'Azione Europeo per la riduzione dell'abuso di alcool – 2012-2020;
- il Piano d'Azione per l'attuazione della Strategia Europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche non trasmissibili – 2012-2016;
- il Piano d'Azione Europeo sull'antibiotico-resistenza;
- la tubercolosi resistente ai farmaci nella Regione Europea dell'OMS;
- il Piano d'Azione Europeo per l'HIV/AIDS – 2012-2015.

In ambito Nazioni Unite, il 2011 è stato caratterizzato da una serie di eventi globali di grande interesse e di forte impatto per la sanità pubblica internazionale.

La Conferenza Ministeriale Globale sugli stili di vita e le malattie croniche non trasmissibili, svoltasi a Mosca il 28 e 29 aprile 2011, ha consentito la revisione delle principali iniziative di promozione della salute e di prevenzione e controllo delle malattie croniche nei Paesi della Regione Europea dell'OMS, sottolineando l'importanza dell'approccio inter-settoriale, secondo il concetto di "*Health in All Policies*".

L'*High Level Meeting* delle Nazioni Unite sulle malattie croniche non trasmissibili, che ha avuto luogo a New York il 19 e 20 settembre 2011, e la Conferenza mondiale sui determinanti sociali della salute, tenutasi a Rio de Janeiro dal 19 al 21 ottobre 2011, hanno sottolineato la portata globale del problema delle malattie non trasmissibili e dei determinanti sociali della salute e hanno elevato il livello di priorità di tali tematiche.

### 4.3. L'attività del Consiglio dell'UE e sue ricadute nella politica sanitaria nazionale

Le Istituzioni della Comunità Europea nel corso del 2011 hanno trattato un'ampia gamma di tematiche sanitarie che hanno presentato un impatto rilevante sull'ordinamento giuridico nazionale.

Durante il pregresso anno si sono svolte importanti riunioni dei Consigli dell'UE, nel corso delle quali sono state elaborate e/o adottate fondamentali discipline normative a carattere vincolante o di mero indirizzo. Il Ministero della salute ha partecipato al Consiglio Informale dell'UE (4-5 aprile 2011 – Gödöllo, Ungheria). In tale sede sono state poste all'attenzione basilari tematiche sanitarie sulle quali è stato espresso un consenso preventivo di fondo e che hanno scandito la presidenza ungherese di turno dell'UE. In dettaglio, le tematiche dibattute

hanno riguardato questioni di prospettiva che spaziano dagli investimenti nei sistemi sanitari del futuro alle professioni sanitarie in Europa e al varo del prossimo Programma di azione comunitario nella sanità pubblica. In secondo luogo, va annotata la riunione consiliare dei Ministri della salute dell'UE (6 giugno 2011, Lussemburgo). La sessione del Consiglio formale è stata contrassegnata dalla discussione e adozione di fondamentali atti di "*soft law*" (Conclusioni del Consiglio), attraverso cui la Comunità Europea promuove un'attività normativa di dettaglio nei Paesi membri in campi quali la prevenzione della depressione e del suicidio, l'innovazione nei dispositivi medici, la diffusione dei programmi vaccinali per l'infanzia e il varo di indirizzi prospettici per una sani-

tà europea moderna, responsabile e sostenibile. In riferimento alle tematiche in tale sede affrontate, il Ministero della salute ha condiviso e sostenuto nel merito lo spirito, le finalità e gli obiettivi dei testi normativi surriferiti, auspicando altresì un mutamento di ottica sul versante della sanità futura, favorendo sempre più soluzioni di efficacia gestionale e di innovazione connessa alla ricerca e allo sviluppo.

Nella seconda metà dell'anno, i Ministri europei della salute si sono nuovamente incontrati, originando un ampio dibattito informale e formale sfociato anch'esso in linee di indirizzo e atti normativi di impatto decisivo negli ordinamenti giuridici dei Paesi membri dell'UE.

Innanzitutto si è svolto, sotto l'egida della presidenza polacca dell'UE, un primo Consiglio informale (5-6 luglio 2011, Sopot) durante il quale sono state affrontate tematiche sanitarie tra le quali i disturbi della comunicazione infantile, il trapianto di organi umani, l'emersione del fenomeno delle *"designer drugs"* nelle realtà giovanili europee, l'analisi delle disuguaglianze sanitarie tra gli Stati dell'UE e le prospettive di sviluppo dell'*e-health* nei sistemi sanitari statali.

La successiva riunione (Consiglio formale di Bruxelles, 2 dicembre 2011) ha visto concretizzarsi talune linee strategiche elaborate nel Consiglio informale di Sopot; infatti, la riunione ha posto in agenda l'adozione di un gruppo di normative di *"soft law"* (Conclusioni del Consiglio) vertenti sul contrasto delle malattie respiratorie croniche dell'infanzia, sul trattamento dei disturbi della comunicazione dei bambini e sul riequilibrio dei divari esistenti in materia di sanità all'interno dell'UE, che hanno concluso il dibattito svoltosi all'inizio del semestre di presidenza polacca dell'UE.

Anche in tal caso, gli Stati membri dell'UE sono stati stimolati ad adottare puntuali misure volte a realizzare le linee strategiche e di indirizzo previste dal Consiglio dell'UE. In tale occasione il Ministero della salute ha condiviso e sostenuto nel merito le finalità dei singoli testi normativi approvati, promuovendo altresì nel settore delle disuguaglianze

sanitarie utili spinte propulsive fondate sia sull'elaborazione di nuovi indirizzi programmatici, sia sull'individuazione di una coerente sequela di azioni sistematiche da attuare in sede europea.

A latere di questa riunione il Consiglio dei Ministri europei della salute ha proseguito il dibattito istituzionale su altri fondamentali testi normativi dell'UE, tra cui la proposta di regolamento comunitario sull'informazione al pubblico per farmaci prescrivibili e sulla farmacovigilanza e la proposta di regolamento riguardante gli alimenti destinati ai lattanti e ai bambini e gli alimenti destinati a fini speciali.

A fianco di questa attività il nostro Paese ha utilmente partecipato a una serie di iniziative progettuali in stretto raccordo con la Commissione Europea e vari Stati membri dell'UE, tutte focalizzate sul tema della salute e del benessere mentale: si citano al riguardo l'avvio di una *"Joint Action"* sulle demenze, incardinata nel Secondo Programma di azione comunitario in tema di salute (2008-2013); l'implementazione dello *"European Pact on mental health and well-being"*, recepito in una Comunicazione della Commissione Europea nel giugno 2011; infine, si menziona il lancio della *"Joint Action"* sulla salute mentale, promossa nel settembre 2011.

Tutte le attività summenzionate proseguiranno durante il 2012 e a queste si aggiungeranno altre proposte normative che disciplineranno specifici settori a rilevante impatto sanitario, quali per esempio:

- proposta per la revisione della Direttiva 2001/37/CE (5 giugno 2001) sui prodotti del tabacco, mirata a normare profili di migliore tutela per le fasce giovanili e i gruppi sociali vulnerabili;
- proposte per la revisione del quadro normativo comunitario in tema di dispositivi medici, attualmente disciplinato in tre Direttive settoriali (in materia di dispositivi medici, dispositivi impiantabili attivi e dispositivi diagnostici *in vitro*), nella prospettiva di pervenire all'adozione di un regolamento ricomprendente le prime due categorie di dispositivi medici;
- proposta per l'adozione di un regolamen-