



*Il futuro
della sanità*

**Tra risorse vincolate
e deficit di compliance**

FRANCOANGELI

Forum
PER LA **ricerca** **BIOMEDICA**

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Il Forum per la Ricerca Biomedica

Il Forum per la Ricerca Biomedica nasce nel 1992 per iniziativa dell'Università di Milano, del Censis, di Farindustria e di alcune industrie farmaceutiche, con lo scopo di contribuire allo sviluppo del settore sanitario in Italia, attraverso lo studio e il confronto tra i principali soggetti istituzionali, scientifici e politici.

La strumentazione usata va dalla ricerca socio-economica all'analisi statistico-sociologica, al confronto e alla concertazione tra i referenti del comparto, alla comunicazione pubblica. Le tematiche affrontate fino a oggi hanno riguardato:

- la ricerca biomedica e le problematiche ad essa connesse, dalla autorizzazione, alla sperimentazione, alla formazione dei ricercatori, ai comitati etici, alla collaborazione tra industria e università;
- l'economia sanitaria e la regolazione dei consumi dalla farmacovigilanza, alla determinazione dei prezzi, alla Health Technology Assessment;
- il *fine-tuning* regolatorio nel campo della salute, dalla linee guida diagnostico-terapeutiche, alle politiche per le biotecnologie, all'autodeterminazione del paziente;
- il monitoraggio dei comportamenti dei cittadini italiani rispetto alla salute, dalle opinioni sul tema della devoluzione sanitaria alla funzione ed al valore del farmaco;
- l'analisi delle dinamiche che muovono il mondo della ricerca biotecnologica e dei problemi bioetici ed economici che la condizionano;
- la qualità della comunicazione sulla salute, sulla sanità e sul farmaco ed il ruolo dei rappresentanti dei pazienti.

Consiglio Direttivo del Forum per la Ricerca Biomedica

Giuseppe De Rita (*Presidente*), Censis

Carla Collicelli (*Segretario Generale*), Censis

Massimo Scaccabarozzi, Farindustria

Antonio Tosco, Merck Serono S.p.A.

Bernard Millet, Laboratoires Servier

Luc Debruyne, GlaxoSmithKline

Enrico Garaci, Istituto Superiore di Sanità

Liberato Berrino, Segretario SIF

Luca Pani, Aifa

Fulvio Moirano, Age.Na.S.

Sede legale

Via Livorno 45, 00162 Roma

E-mail: forumbm@fpstudio.it

C.F.: 1088110155

Coordinamento scientifico

Fondazione Censis

Piazza di Novella 2, 00199 Roma

tel. 06860911 - fax 0686211367

E-mail: censis@censis.it

Sito internet

www.forumbm.it

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

CENSIS
Centro Studi Investimenti Sociali

FORUM PER
LA RICERCA BIOMEDICA

IL FUTURO DELLA SANITÀ

TRA RISORSE VINCOLATE
E DEFICIT DI *COMPLIANCE*

FRANCOANGELI

La ricerca è stata realizzata da un gruppo di lavoro del Censis – Centro Studi Investimenti Sociali – diretto da Carla Collicelli, coordinato da Francesco Maietta e Ketty Vaccaro, e composto da Mariagrazia Viola, Tommaso Manacorda, Ughetta Favazzi, Monica Altieri e Vera Rizzotto.
Assistente di segreteria: Maria Antonella Di Candia.

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

INDICE

Sanità, quale futuro? di <i>Carla Collicelli</i>	pag.	7
Parte prima		
Quale futuro per le risorse in sanità?	»	13
1. Meno risorse pubbliche, più spesa privata, <i>low cost</i>: i <i>trend</i> che cambiano la sanità	»	15
2. Il rallentamento ineguale della spesa pubblica e la crescita di quella privata	»	21
3. Non migliora la qualità delle prestazioni	»	31
4. Alcuni <i>driver</i> socio-culturali della domanda sanitaria: autoregolazione, olismo ed estetica	»	37
5. Il <i>low cost</i> sanitario	»	43
6. Tagli di bilancio e federalismo	»	47
7. Più efficienza, meno tagli lineari: le idee degli italiani per una sanità migliore	»	55
8. La terza via della mutualità nel finanziamento della sanità	»	63

Parte seconda

Quale futuro per il rapporto medico-paziente nella nuova sanità?	»	67
9. La rivoluzione nella comunicazione sanitaria	»	69
10. I bisogni informativi e l'interesse degli italiani per l'informazione sanitaria	»	71
11. Le fonti di informazione degli italiani	»	79
11.1. La crescente inadeguatezza dei <i>mass media</i> tradizionali	»	79
11.2. Il boom dell'informazione sanitaria in rete	»	89
12. Dall'informazione alla responsabilizzazione, alla condivisione: la necessaria evoluzione del rapporto medico-paziente	»	97

SANITÀ, QUALE FUTURO?

di *Carla Collicelli* (*)

Una reazione diffusa di rabbia contraddistingue i sentimenti degli italiani nei confronti della crisi attuale: il 52,3% si esprime così rispetto agli avvenimenti degli ultimi mesi, e la rabbia ha superato decisamente la paura (21,4%) nei dati sul clima psicologico del Paese. Nel campo del welfare e della salute, l'apprensione è particolarmente accentuata, visto anche che la malattia è per il 38,4% degli italiani il problema più preoccupante per il futuro, seguito in seconda posizione dalla non autosufficienza (33%)¹. E non potrebbe essere altrimenti, dato che l'impatto del ridimensionamento del finanziamento pubblico ai sistemi sanitari regionali, soprattutto nelle regioni toccate dal deficit di bilancio, è ormai molto evidente e pressante, come le ricerche del Censis dell'ultimo anno hanno in vario modo documentato. Ne consegue che la spesa di tasca propria dei cittadini per la salute ha toccato una quota pari all'1,8% del Prodotto interno lordo ed al 18% della spesa sanitaria complessiva. Il 12,5% delle famiglie italiane riferisce di avere rinunciato ad almeno una prestazione sociale o sanitaria per ragioni economiche. I costi a carico delle famiglie per alcune patologie croniche sono eclatanti: nella media 10.500 euro per l'Alzheimer e 6.900 per il tumore, a famiglia all'anno. E stiamo parlando in questo caso dei soli costi diretti, relativi cioè al pagamento di prestazioni e servizi, senza contare i costi indiretti e quelli cosiddetti "intangibili", determinati dal carico delle cure e dalle giornate di lavoro perso. L'assistenza domiciliare per cronici e disabili, già molto carente, ha subito un ridimensionamento in molte regioni in difficoltà di bilancio, e comunque nella

(*) Vicedirettore del Censis.

1. I dati citati sono tratti da: Censis, *46° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, 2012 e da rapporti vari prodotti dal Censis e dal Forum per la Ricerca Biomedica nel corso dell'anno 2012.

media nazionale consiste in 22 ore annue per paziente, niente di più quindi della fornitura di alcune sporadiche prestazioni di controllo a casa nel corso dell'anno.

A parziale riequilibrio della difficile situazione, si può dire che il welfare e la sanità italiani, come anche molti altri settori della vita collettiva in Italia, siano ancora in qualche modo “salvati” dal fattore umano: l'umanità di tanti operatori di base che danno il massimo di sé, e sui quali vengono espressi giudizi molto positivi (più del 70% dei pazienti lo fanno); le reti familiari ed amicali (il 54,9% delle famiglie dà e riceve aiuto); la società civile che continua a reagire con l'impegno dell'associazionismo e della solidarietà diffusa.

Intenso è stato di conseguenza il dibattito sulla sostenibilità della sanità italiana, nel corso dell'intero anno 2012, ma soprattutto dopo gli annunciati provvedimenti di riorganizzazione (potenziamento della medicina di base e del territorio) e di risparmio (prescrizione del principio attivo invece del farmaco con il suo nome commerciale), contenuti nelle dichiarazioni del Presidente del Consiglio (del 27 novembre 2012) sulla tendenziale insostenibilità della sanità nei prossimi anni. La polemica si articola su due fronti: quello ideologico, rispetto alla presunta intenzione di privatizzazione, che si anniderebbe nelle osservazioni sulla insostenibilità, e quello politico-sociale, in relazione ai rischi di iniquità e perdita di qualità delle cure.

Sorprende, nell'insieme, lo stupore con cui si guarda alla questione, visto che la insostenibilità non è questione nuova, essendo all'ordine del giorno, per gli addetti ai lavori, da almeno vent'anni, da quando cioè è apparso chiaro che la crescita della domanda di servizi, l'invecchiamento, i costi crescenti della ricerca e dell'innovazione tecnologica, ed il peso degli apparati burocratici di gestione delle strutture stavano determinando una situazione di squilibrio crescente, aggravato in alcuni casi da sprechi e gestioni poco limpide del denaro pubblico. Oggi quindi prendiamo atto di una crisi fiscale e di contenuto della sanità italiana, i cui dati sono noti da tempo: basso investimento pubblico (sotto la media europea), forte peso della spesa di tasca propria dei cittadini (un quarto del totale), mancata copertura delle cure odontoiatriche e di quelle per i cronici e disabili (per i quali spendiamo quasi la metà di Regno Unito e Germania, e quasi tutto in sussidi), affollamento dei pronto soccorso, crescita della spesa (pubblica ma anche privata) più veloce di quella del prodotto interno e dei consumi complessivi.

Negli ultimi anni a quei mali storici si sono aggiunti: liste di attesa crescenti ed in qualche caso ai limiti dell'insostenibile, contrazioni economiche

e organizzative pesanti nelle regioni sottoposte ai piani di rientro (una anticipazione *ante litteram* della recente *spending review*), aumento del peso dei ticket, esplosione del *low cost* sanitario e delle offerte incontrollate su Internet di beni e servizi sanitari, diffusione delle forme di assistenza domiciliare a cura di collaboratori domestici e badanti pagati di tasca propria; ed infine la già citata rinuncia a curarsi da parte di fette importanti di popolazione, l'aumento del ricorso al privato per esami diagnostici indisponibili nel pubblico in tempi accettabili o per farmaci di marca, e la sensazione diffusa, soprattutto nelle aree più critiche, di un arretramento della qualità e dell'universalismo.

Il problema è allora capire se i rimedi oggi proposti, purtroppo *in extremis*, siano adeguati, e cosa si possa fare per ovviare alle tante lacune senza disporre di risorse pubbliche aggiuntive da investire. Certo, in merito alla paventata privatizzazione del sistema, va ricordato che la sanità italiana è già privatizzata per volume e andamento della spesa delle famiglie e per il ricorso crescente a prestazioni a pagamento, non certo per scelta dei diretti interessati. E si tratta di una forma di privato non regolato, ma lasciato al libero incontro di domanda e offerta, penalizzante per i più deboli economicamente e socialmente e rischioso per tutti. Altra cosa è la realtà della mutualità sanitaria integrativa, i fondi e le mutue cioè che coprono il costo delle prestazioni pagate di tasca propria nell'ambito di accordi di origine contrattuale (aziendale o categoriale), in passato retaggio di poche categorie e settori privilegiati, ed oggi in espansione, sia nella direzione di comparti economici più ampi ed "interclassisti" (come il commercio o il mondo della cooperazione), che in quella delle forme cosiddette "aperte", che possono essere sottoscritte da tutti, anche non lavoratori o lavoratori di settori meno protetti.

Una realtà governata sulla base di accordi trasparenti tra le parti sociali², che riguarda oggi, secondo le stime, 7 milioni di lavoratori e 12 milioni di cittadini (lavoratori e familiari), e che copre, oltre alle tradizionali visite specialistiche ed interventi (sostitutive del Ssn), per quasi il 30% degli esborsi aree lasciate scoperte dal pubblico (soprattutto odontoiatria e cronicità), e per il 15% aree complementari alle prestazioni pubbliche (ticket e protesi in particolare). Ciò configura un mondo non identificabile con le forme assicurative

2. Vedi a tale proposito le recenti indagini del Censis; C. Collicelli, *Una sussidiarietà applicata alla salute*, Laboratorio Terziario Fisascat Cisl, 2009; Rbm Salute, *I fondi sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Munich Health, 2012, ricerca curata dal Censis.

di tipo statunitense, e separato e differente anche dalle assicurazioni individuali italiane. Certamente si tratta di tutele di natura categoriale e non universalistica, e soprattutto di forme non obbligatorie, e dunque con problemi attuariali, e di redistribuzione del rischio che potremmo peraltro non avere se ci fossimo mossi per tempo, come ha fatto la Germania quasi vent'anni fa, introducendo un Fondo obbligatorio per la non autosufficienza. Siamo però ancora in tempo per spingere gli attuali fondi e mutue, e quelli che si stanno costituendo, ad orientare sempre più la copertura verso le aree deficitarie del settore pubblico secondo criteri di equità ed appropriatezza.

Per quanto riguarda, poi, gli interventi economici ed organizzativi attuati o previsti dal governo, sono note le proteste compatte delle regioni per la riduzione dei trasferimenti dal Fondo sanitario nazionale a quelli regionali. Senza risolvere a monte le incongruenze del prelievo e trasferimento del gettito fiscale e dei necessari meccanismi di perequazione tra territori a diverso livello di sviluppo non si faranno passi avanti significativi su questo fronte. Ben vengano invece le annunciate riforme della medicina del territorio (disponibilità dei medici di base, case della salute) ed anche la revisione dei criteri di compartecipazione alla spesa nella forma di franchigie scaglionate in base al reddito. Qui il chiarimento necessario attiene piuttosto alla praticabilità e tempestività degli interventi annunciati, di molti dei quali si parla da anni. Tutte le categorie e le istituzioni coinvolte dovrebbero fare uno sforzo nella direzione della collaborazione per la realizzazione di simili obiettivi di interesse comune.

Accanto a questi aspetti, di natura prevalentemente economica ed istituzionale, tutti gli studi condotti negli ultimi decenni sui comportamenti sociali in sanità hanno rilevato la crescita della autonomia dei pazienti rispetto alla autorità medica e quella della informazione autogestita sui temi della salute e delle cure. Il tutto è frutto di una stagione di complessiva trasformazione, che si lega alla nuova cultura sociale del benessere ed allo sviluppo della partecipazione attiva dei diretti interessati. Stagione che vede ai primi posti proprio la riappropriazione da parte degli individui e delle famiglie della responsabilità nei confronti del proprio benessere, che si intreccia ed accavalla, a seconda dei bisogni e dei momenti in modo diverso, con la più tradizionale cultura, di stampo garantista, della protezione “dovuta” da parte delle istituzioni e del totale rispetto della autorità medica. Non vi è dubbio che uno dei fattori scatenanti di queste nuove tendenze sia da individuare nel processo

di riconoscimento della diversità e della soggettività, proprie ed altrui, a partire dagli anni '70 in poi, a seguito del quale il soggetto tende a mettere in atto un insieme personalizzato di strategie di autotutela, al di là di quanto il sistema collettivo gli riserva, e vede nella relazione interpersonale, nella scelta individuale e nella autonomia, esigenze imprescindibili.

Ma, accanto agli aspetti sociologicamente indiscutibili del nuovo *trend*, le analisi ci segnalano anche il contemporaneo sviluppo di comportamenti di vera e propria *non compliance* e disobbedienza nei confronti del potere esercitato dai rappresentanti ufficiali del sistema di protezione (ad esempio in sanità rispetto alle prescrizioni ed alle pratiche mediche). Si affaccia sulla scena un paziente critico, denominato inizialmente dalle ricerche sociologiche statunitensi come *challenging patient* (paziente che sfida), un paziente cioè che esercita una *non compliance* (disobbedienza) estesa e pregiudiziale, che è pronto ad abbandonare il medico, se non soddisfatto, ed a consultare anche più specialisti per confrontare diagnosi e terapie proposte, che predilige la autoprescrizione e la autocura e si rivolge sempre più spesso ad Internet. Sempre più spesso, quindi, si verificano rischi e situazioni problematiche, a seguito di una carente relazione/condivisione tra operatori e pazienti delle linee terapeutiche e di tutti i fattori che vi fanno da contorno. Per cui diventa indispensabile, da un punto di vista clinico ma anche da un punto di vista sociale, fare chiarezza sulle cause di una simile evoluzione negativa nell'ambito della gestione clinica del caso, e porre la massima attenzione a:

- l'ambito dell'informazione-disinformazione del malato e del suo *entourage*;
- quello delle modalità e della tonalità comunicativa nell'ambito del rapporto medico-paziente o operatore sanitario-paziente,
- l'utilizzazione dei canali vecchi e nuovi di autoinformazione.

Spesso si constata, infatti, come i maggiori ostacoli per una aderenza alla gestione clinica del caso da trattare siano da rintracciare proprio nella disinformazione, sia come assenza di informazione che come informazione errata. In altri casi spicca la tendenza degli operatori sanitari ad assumere un atteggiamento direttivo più che di condivisione delle scelte, a causa di una matrice culturale inadeguata, del poco tempo disponibile da dedicare all'interazione col malato e la sua famiglia, della insufficiente preparazione alla comunicazione interattiva con il malato, e della disinformazione indotta dai mass media, che a volte tendono a diffondere informazioni allo scopo di essere gra-

diti dai lettori, senza preoccuparsi dell'impatto che tali notizie hanno sul pubblico.

Il presente volume della collana Franco Angeli del Forum per la Ricerca Biomedica riporta i principali risultati del lavoro condotto dal Forum nel corso dell'anno 2012. Nella prima parte del volume sono contenuti gli elementi emersi in merito al tema della sostenibilità e della regolazione delle risorse e del rapporto costi-benefici. Nella seconda parte si affronta la questione del rapporto medico-paziente nella nuova sanità.

PARTE PRIMA
QUALE FUTURO PER LE RISORSE IN SANITÀ

1. MENO RISORSE PUBBLICHE, PIÙ SPESA PRIVATA, *LOW COST: I TREND CHE CAMBIANO LA SANITÀ*

113 miliardi di euro di spesa pubblica (pari al 7,3% del Pil); 31 miliardi di euro di spesa privata per un totale tra spesa pubblica e privata per la salute superiore al 9% del Pil; un valore di filiera di più di 152 miliardi di euro (ottenuti sommando il valore aggiunto diretto e indiretto), pari all' 11,2% del Pil; un numero totale di addetti di 1 milione 568mila unità (pari al 6,4% dell'intera economia nazionale): poche cifre per rendere evidente l'imponenza economica della sanità in Italia, ed il contributo dato all'economia del Paese, oltre che alla salute delle persone.

Anche questo settore è stato chiamato a concorrere al risanamento dei conti pubblici nelle manovre dei mesi scorsi, che hanno intensificato un processo di razionalizzazione della spesa sanitaria avviato da tempo, soprattutto nelle regioni sottoposte a Piani di rientro, con un ridimensionamento delle previsioni di spesa. Il Patto per la salute 2013-2015 accentua i divari: 109.585 milioni di previsione regionale per il 2012 contro una assegnazione di 108.780 milioni, con uno scarto dunque di 806mila euro. Negli anni successivi lo scarto cresce progressivamente, raggiungendo gli 8.917 milioni euro nel 2015, con un totale cumulato che avrà superato i 17 miliardi di euro nel 2015.

Il Patto per la salute 2013-2015 disegna pertanto scenari di rigore finanziario, sui quali non mancano di farsi sentire le proteste e le rivendicazioni della base operativa del sistema, operatori, medici, aziende e Regioni, per le difficoltà che si prefigurano rispetto a molti servizi essenziali, quali le urgenze-emergenze, e soprattutto rispetto ai servizi vecchi e nuovi della sanità del territorio, che si trovano ad affrontare l'onda lunga e possente della trasformazione epidemiologica e dell'impatto delle cronicità e della non autosufficienza.

Le criticità determinate dal divario tra spesa prevista ed assegnazione risultano con particolare evidenza nell'aumento della spesa privata dei cittadini,

determinato in parte dal peso crescente dei ticket sanitari per la compartecipazione alla spesa di prestazioni e prodotti farmaceutici, ma anche e principalmente per la necessità che le famiglie e gli individui vivono di dover attingere a risorse proprie, allo scopo di non dover attendere tempi a volte improponibili in caso di liste di attesa particolarmente lunghe, ma soprattutto per rispondere a bisogni non soddisfatti, o soddisfatti solo parzialmente ed in maniera inadeguata. Il riferimento va, come è evidente, in particolare alla *Long term care*, alle patologie croniche, alla assistenza domiciliare, agli anziani e a tutto ciò che passa comunemente sotto il titolo di sanità del territorio. Un valore quello della spesa privata dei cittadini che ormai è superiore ai 30 miliardi annui, con un balzo di oltre il 9% anche negli anni della crisi 2007-2010.

Ci si chiede quindi se il buon livello di *performance* prodotto dall'Italia in ambito sanitario, e certificato da una speranza di vita particolarmente elevata e da livelli di soddisfazione in passato elevati, possa essere mantenuto, o non entri in crisi per l'impatto delle manovre economiche e per la difficoltà a produrre riforme migliorative sul piano della tipologia dei servizi offerti e della copertura dei nuovi bisogni.

Basti citare le opinioni di un panel di direttori generali delle Asl, intervistati dal Censis rispetto alle principali criticità in sanità, tra le quali al primo posto viene indicata la medicina del territorio, considerata "non ben strutturata". O i numerosi dati raccolti nell'ambito della indagine Censis-Ccm sulla qualità percepita dagli utenti in sanità, come ad esempio quello del 36,4% dei cittadini che si sono sottoposti ad accertamento diagnostico e che ritengono che i tempi di attesa non siano stati adeguati, quota che sale all'84,1% per coloro che hanno aspettato più di 3 mesi. O ancora i dati emersi nel corso di varie indagini rispetto agli alti costi sostenuti *out of pocket* dalle famiglie colpite da una grave malattia cronica o invalidante, come quelli ad esempio per la cura delle sole malate di tumore alla mammella (oltre 700 milioni di euro annui secondo stime Censis su dati della Lega italiana per la lotta ai tumori).

Analoghe situazioni si verificano per le varieguate forme di disabilità, per le malattie cronico-degenerative e per le cronicità post-acuzie di gravi patologie (ictus, infarto, ecc.), come emerge da molte altre ricerche recentemente condotte.

Tutto ciò ha evidenti implicazioni negative per l'equità del sistema. L'inequità in questo caso risulta non solo rispetto a particolari prestazioni o pato-

logie non coperte, ma anche rispetto alle condizioni socio-economiche delle famiglie e degli individui interessati. È dimostrato infatti che la spesa *out of pocket* gravi soprattutto sulle famiglie più povere, con quote del 4-5% rispetto al totale della spesa non alimentare.

Particolarmente critica si presenta la situazione nelle regioni più in difficoltà, sia per le caratteristiche storiche dei servizi sanitari regionali in quei luoghi, sia per il forte impatto delle manovre di rientro del deficit e di contenimento della spesa.

L'osservazione dei dati di *performance* a livello regionale permette di rilevare notevoli eterogeneità, con livelli qualitativi molto elevati in alcune aree geografiche e comparti, e livelli medio-bassi o bassi in altre.

La stessa speranza di vita alla nascita presenta differenze marcate tra diversi comparti territoriali (ad esempio, 79,3 anni per gli uomini del Centro e del Nord-Est e 78,3 per gli altri nel 2009) ed anche la spesa privata delle famiglie presenta differenze rimarchevoli tra le regioni, tra il 17% della Sicilia ed il 26% del Piemonte nel 2007 sul totale della spesa sanitaria.

Recenti studi di impianto più qualitativo, come ad esempio il già citato studio commissionato al Censis dal Ministero della Salute nell'ambito del programma Ccm, mostrano vari elementi di diversa *performance* della sanità italiana a livello regionale, come ad esempio:

- le disfunzioni segnalate dagli utenti del Servizio sanitario per area territoriale in termini complessivi (dal 4,4% del Nord-Ovest al 26,5% di Sud e isole);
- il dettaglio degli aspetti problematici segnalati per area territoriale, con differenze marcate soprattutto per le liste di attesa (77% nel Sud e 68% al Centro) e per l'umanizzazione.

Particolarmente problematica risulta dunque la questione del rapporto tra andamento delle risorse ed andamento della qualità percepita. Le analisi segnalano un rapporto non sempre lineare tra investimento economico e risultati raggiunti, il che fa pensare alla necessità di lavorare molto più attentamente alle dimensioni della appropriatezza e della qualità, come rapporto ottimale costi-benefici. Soprattutto, laddove si sono avuti interventi di risanamento e riequilibrio, come nel caso delle Regioni con Piano di rientro, si è registrato un peggioramento della qualità percepita e dei processi di attrazione dei pazienti da altre regioni, a seguito degli interventi realizzati.

Ciò getta un cono d'ombra sui risvolti sociali, oltre che economici, delle manovre di finanza pubblica, ed impone la necessità di comprendere meglio

quali siano e possano essere nel futuro le conseguenze delle scelte di rigore finanziario, e in che misura queste consentono di muovere davvero verso una sanità migliore e più efficiente nell'uso delle risorse, ma soprattutto di più alta qualità nelle prestazioni erogate e nei risultati ottenuti. Considerando che il Servizio sanitario svolge anche una funzione più ampia rispetto alla sua strategica *mission* di tutela della salute dei cittadini, essendo uno dei pilastri del benessere sociale e del grado di coesione della comunità nazionale.

Capire gli esiti dei *trend* in atto, e se i tagli fatti e annunciati alla spesa pubblica per la salute siano destinati a potenziare la capacità del Servizio sanitario nel rispondere alla gamma delle sue funzioni, è oggi una priorità.

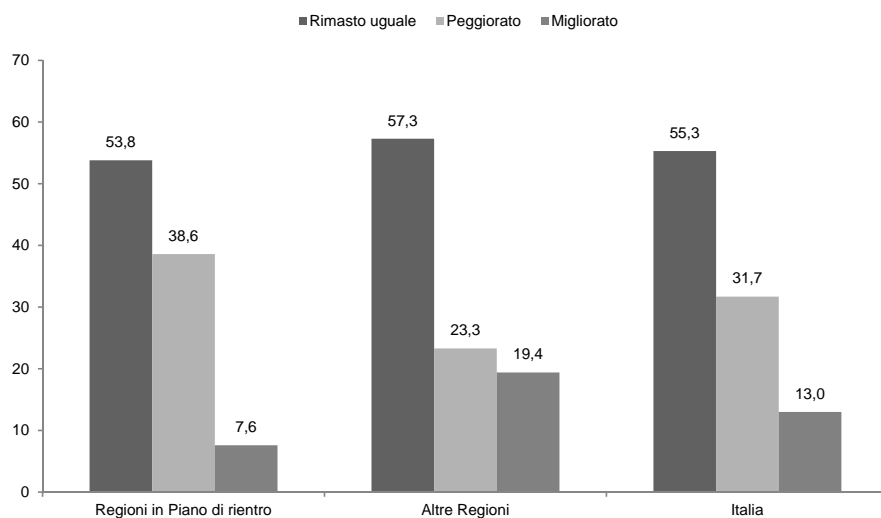
Ed è questo l'obiettivo primario del Monitor Biomedico 2012, realizzato nell'ambito delle attività del Forum per la Ricerca Biomedica: produrre uno stato dell'arte della sanità italiana dal punto di vista dei cittadini, di fronte all'evolversi della più generale crisi, alle manovre messe in campo e soprattutto alla ristrutturazione della spesa pubblica per la sanità.

Un primo significativo risultato emerso dal Monitor Biomedico 2012 è proprio quello che mostra quanto alta sia la quota di italiani che si esprimono nei termini di un peggioramento della sanità della propria regione negli ultimi due anni, soprattutto nelle Regioni con Piani di rientro (fig. 1). Il che rimanda al dato di fatto che le regioni in cui sono più evidenti gli impatti delle politiche di contenimento stanno vivendo un peggioramento più intenso della propria sanità, quella sanità che peraltro anche in passato mostrava livelli di qualità più bassi rispetto alle altre regioni (fig. 2).

Per cui sembrerebbe di poter affermare che la centralità del vincolo di bilancio, che sta producendo una riduzione delle distanze tra le sanità regionali dal punto di vista economico-finanziario, lo faccia al prezzo di un peggioramento e di una accentuazione delle distanze relative alla qualità dell'offerta e dell'*outcome*.

Riconnettere le politiche di bilancio alle più ampie strategie di innalzamento della qualità e delle *performance* dei servizi sanitari risulta quindi una priorità indilazionabile, pena un ampliamento delle fratture regionali e di quelle sociali all'interno del Paese.

Fig. 1 - Giudizio sulle *performance* del Servizio sanitario della propria regione negli ultimi due anni: Regioni con Piani di rientro (*)-altre Regioni (val. %)



(*) Comprende le seguenti Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia

Fonte: indagine Fbm-Censis, 2012