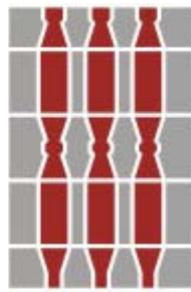


Regione Umbria

PIANO SANITARIO REGIONALE 2009/2011



Regione Umbria

PARTE PRIMA

Principi, valori e contesto di riferimento

Indice

Parte prima: Principi, valori e contesto di riferimento

1. I valori del sistema sanitario umbro e i principi di riferimento	1
1.1 La persona al centro del sistema per la salute	1
1.2 L'appropriatezza delle prestazioni	7
1.3 La programmazione come principio operativo.....	15
2. I contesti.....	18
2.1 Il contesto istituzionale ed economico	18
2.2 Le caratteristiche demografiche.....	37
2.3 L'evoluzione delle dinamiche sociali e i segnali di malessere in Umbria	42
2.4 Il capitale sociale in Umbria	56
2.5 Il contesto epidemiologico	61
2.6 I risultati.....	88

1. I valori del sistema sanitario umbro e i principi di riferimento

1.1 La persona al centro del sistema per la salute

E' negli anni '70 che si cominciò ad avanzare l'opportunità di affrontare il tema della malattia e della salute in una ottica che venne definita "biopsicosociale"¹, termine che si riferiva alla necessità di includere fattori di tipo psicologico e sociale accanto a quelli più consolidati di tipo biologico per comprendere l'interconnessione delle variabili che concorrono alla salute umana, sia nel versante del benessere che in quello della malattia.

La stessa OMS ritenne di adottare una definizione di salute che includeva la dimensione soggettiva e socio-ambientale dell'individuo.

In quegli anni – gli ultimi decenni del XX secolo – si registrava nei paesi industrializzati un cambiamento del quadro epidemiologico, con una crescente incidenza di malattie metaboliche e cardio-vascolari, nelle quali cominciava ad emergere il ruolo dei comportamenti individuali ("stile di vita") come fattori di rischio. La maggiore efficacia dei trattamenti *quoad vitam* per tali patologie, unito al diffondersi di malattie cronico-degenerative, l'allungamento della vita media², apriva il grande capitolo della gestione della malattia, delle situazioni di cronicità e disabilità, e la necessità di coinvolgere pazienti e familiari nella gestione dei trattamenti.³

Per la prima volta la collaborazione del paziente agli interventi ed alle indicazioni sanitarie diveniva un problema di medio-lungo periodo ed assumeva rilevanza strategica nella cura della malattia. Lo stesso paziente e le sue figure di accudimento venivano ad assumere un ruolo crescente nella gestione di una malattia che si configurava sempre di più come uno dei fattori da affrontare nell'ambito della vita quotidiana e della esistenza complessiva della persona.

Ma anche nelle situazioni acute, il processo di diffusa tecnologizzazione in campo sanitario, l'aumento della complessità degli interventi e delle possibilità operative, unito al cambiamento della popolazione – più informata, più acculturata e più esigente - aveva modificato e messo in crisi il tradizionale rapporto operatore-paziente, ponendo la necessità ai sistemi sanitari di pensare a modelli organizzativi più rispondenti ai bisogni degli utenti, di acquisire e mettere in campo nuove e più adeguate abilità comunicative e relazionali.

¹ Engel G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, Science, 196 (4286): 129-136.

² Le persone vivono più a lungo e questo fatto, di per sé positivo, determina tuttavia una maggiore probabilità che disfunzioni anche non gravi evolvano in disturbi cronici. L'aumento della speranza di vita alla nascita in Italia è cresciuto per gli uomini da 76,7 anni a 76,9 anni tra il 2001 ed il 2003, e per le donne da 82,7 anni a 82,9 ed ha portato ad un aumento delle persone anziane (> 65 anni) e molto anziane (>85): nel 2004 quasi un italiano su cinque aveva più di 65 anni. Contestualmente la prevalenza di patologie croniche tra gli "over 65" è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni (vedi: "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008" pubblicato sulla G.U. n. 139 del 17 giugno 2006)

³ Il numero di persone con problemi di salute cronici aumenta annualmente e supera un quarto della popolazione nei Paesi occidentali (Bodenheimer et al., 2002).

Sia per effetto di tali elementi che sotto la spinta di fattori di scenario socio-economico-culturale si è assistito anche ad un progressivo cambiamento del modo di vedere la salute, da concetto sostanzialmente passivo e statico, si è connotata sempre più in senso dinamico e attivo, come un “patrimonio” che può essere gestito e potenziato o dissipato e compromesso dallo stile di vita dell’individuo. A ciò ha concorso sia il maggior dinamismo nel concepire la vita nel suo complesso, ed in questo ambito il ruolo attribuito alla progettualità ed alle scelte dell’individuo, sia la crescente messa a fuoco e diffusione delle connessioni tra specifiche condotte e salute.

E’ stato altresì focalizzato il ruolo della società, della cultura che esprime, dei messaggi che vengono veicolati ai vari livelli, dei fattori economici, come elementi non più condizionanti in astratto, ma tali da incidere – in positivo o in negativo – nelle scelte e negli atteggiamenti individuali e collettivi rispetto alla salute.

Tutto ciò ha portato le società a sottolineare il valore strategico della prevenzione primaria, secondaria e terziaria ed a chiedere ai sistemi sanitari una diversa capacità di gestire complessivamente il rapporto con la sua utenza, non più vista come elemento sostanzialmente passivo (il paziente), ma come elemento da coinvolgere nel processo di cura e nella gestione della salute.

Ciò veniva chiesto ad un sistema sanitario enormemente sviluppato nelle sue potenzialità diagnostiche e di intervento, anche grazie alla disponibilità di tecnologie sempre più potenti e sofisticate e di una crescente iper-specializzazione. Un sistema nato e sviluppato, sullo studio dell’uomo inteso come organismo, in una visione di causalità che parte dalle componenti fisiche e biochimiche più elementari, basato sulle scoperte e sul metodo riduzionistico, che ha consentito alla Medicina di disporre di un approccio rigoroso e scientificamente fondato.

Tuttavia, questa cornice concettuale di tipo biomedico ha oggettive difficoltà a considerare fattori che si collocano a livello di individuo inteso come persona, e quindi includono la sua soggettività, la dimensione interpersonale e quella sociale. Si tratta infatti di variabili tradizionalmente considerate fuori dall’ambito scientifico e solo marginalmente trattate in ambito sanitario.

Questo dato ha fatto sì che i concetti di “umanizzazione” delle strutture o “personalizzazione” delle cure, le esigenze di migliorare la relazione e la comunicazione, la qualità “percepita”, di fornire informazioni – cioè le varie voci sotto le quali sono state declinate le esigenze prima evidenziate – sono risultate sostanzialmente un fattore di contorno, legato ad una generica necessità di migliorare il rapporto con l’utenza. Necessità che è stata affermata in generale nelle amministrazioni e nei servizi pubblici e che può come tale essere “importata” in Sanità, ma che poco o nulla ha a che fare con la cura e la salute delle persone.

Anche su terreni più direttamente inerenti l’assistenza, quali la collaborazione del paziente, pure a fronte di una progressiva evoluzione dell’approccio – contrassegnata dal passaggio dal concetto di “compliance” a quello di “aderenza” – con una maggiore enfasi sul ruolo dell’utente, non si è riusciti ad attuare molto di più che una maggiore informazione dell’utente stesso. Tuttavia, come i dati evidenziano, l’informazione da sola non garantisce l’adozione di strategie più funzionali da parte dell’utente.

Questi elementi, sia pure in estrema sintesi, spiegano le difficoltà che si sono registrate e si registrano nell'ambito dei sistemi sanitari a concepirsi come organizzazioni che hanno a che fare con delle persone e non solo con degli organismi malati.

Tuttavia proprio grazie all'approccio riduzionista, la ricerca scientifica nel tempo si è potuta inoltrare sempre più all'interno dell'organismo, nei tessuti, nelle cellule, nel DNA e, quasi paradossalmente, questo viaggio verso le basi della vita ha mostrato l'importanza dei processi di regolazione dell'insieme, l'uomo come un sistema complesso di reti dove le parti si spiegano in relazione al tutto.

In particolare nell'ultimo scorso del XX secolo sono stati evidenziati una serie di dati che hanno mostrato le relazioni e le profonde interconnessioni tra elementi e sistemi dell'organismo tradizionalmente studiati e concepiti come separati e tra questi e gli elementi generali di regolazione dell'individuo, tra tutto ciò ed il contesto nel quale l'individuo è immerso.⁴ ⁵ Gli studi sullo stress hanno inizialmente evidenziato il ruolo dei fattori soggettivi nella mediazione tra elementi ambientali e risposte dell'organismo.⁶ ⁷ Successivamente la scoperta della capacità del sistema immunitario di rispondere agli apprendimenti apriva la strada alla area di ricerca multidisciplinare nota come psiconeuroendocrinoimmunologia.⁸

I progressi nella genetica hanno portato ad una visione meno deterministica e più interattiva del meccanismo genetico⁹ mentre le acquisizioni delle neuroscienze hanno evidenziato le proprietà del cervello e la sua capacità di strutturarsi e modificarsi in relazione all'esperienza¹⁰.

E' stato inoltre evidenziata, accanto al tradizionale rapporto messo in luce dagli studi epidemiologici tra livello economico e salute, la correlazione tra salute e fattori relazionali e sociali, che hanno a che fare con il grado di soddisfazione sociale e la rete di relazioni.¹¹

L'insieme di queste acquisizioni, avvenute grazie ad una crescita esponenziale degli studi registrata nell'ultima decade del secolo trascorso ed in questi ultimi anni, ha consentito di inquadrare in una cornice scientifica e nell'ambito di modelli integrati i capisaldi della interazione tra processi biologici, attività mentale e ambiente esterno.

⁴ Novack et al. (2007) Psychosomatic Medicine: The Scientific Foundation of the Biopsychosocial Model Academic Psychiatry, 31: 388-401

⁵ Mayer E.A. e Saper C.B. (2000), "The Biological Basis for Mind/Body Interactions", Elsevier, New York.

⁶ Ewen B. (1998) Protective and damaging effects of stress mediators, New England Journal of Medicine, 338 (3):171-179.

⁷ Schneiderman N., Ironson G., Siegel D. (2005), Stress and Health: Psychological, Behavioral and Biological determinants, Annual Review of Clinical Psychology, 1:607-628.

⁸ Ader, R. (2007), Psychoneuroimmunology, IV ed, vol. 1 e 2, Academic Press, Amsterdam.

⁹ Si veda ad esempio le ricerche longitudinali sui gemelli omozigoti (Reiss D. et al. (2000), The Relationship Code, Harvard University Press, Cambridge) o quelle sull'incidenza delle cure materne nell'espressione genica (Meaney M. (2001), "Maternal Care, Gene Expression, and the Transmission of individual Differences in Stress Reactivity Across Generations", Annual Review of Neuroscience, 24: 1161-92.)

¹⁰ Vedi: Kandel; LeDoux J. (2002) Il Sé sinaptico, Raffaello Cortina, Milano; Edelman G.M., Tononi G. (2000), "Un universo di coscienza: come la materia diventa immaginazione", Einaudi, Torino.

¹¹ Ad esempio le ricerche longitudinali (1985-1995) effettuate nell'ambito dei MacArthur Study of Successful Aging hanno mostrato le significative correlazioni tra stress psicologico (oltre che socio-economico), carico allostatico e fattori di salute (patologie metaboliche e cardiovascolari, funzionalità fisica, funzioni cognitive, mortalità). Vedi: Seeman T.E. et al. (2001), "Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies for successful aging", Proceedings of National Academy of Science, 98(8): 4470-75.

Si è così giunti ad una situazione nella quale la salute e la malattia trovano una più esauriente spiegazione scientifica nell'ambito della concezione dell'individuo come una rete interconnessa di processi, organizzata gerarchicamente a diversi livelli ed in costante interscambio con la realtà esterna. Questa rete è strutturata a partire da programmi ereditati, ma è plasmata dalla storia individuale allo scopo di garantire la maggiore flessibilità adattativa ed include i processi psichici (ed il loro substrato biochimico) ove si organizzano gli schemi che guidano la rappresentazione di sé e della realtà e quindi le condotte individuali. Una rete che interagisce con il contesto in base ai significati ed al valore che essa attribuisce ad eventi e situazioni, in virtù sia di istruzioni predeterminate che di apprendimenti.¹²

La crescente possibilità di comprendere l'interconnessione tra i fattori biologici, soggettivi e socio-relazionali nell'ambito dei processi fisiologici e patologici dell'organismo ha cominciato a rendere non solo possibile ma anche vantaggioso per le scienze della salute avere come cornice di riferimento l'intera persona. E' a questo livello infatti che trovano significato esplicativo molte relazioni tra singoli fattori e variabili, altrimenti difficilmente comprensibili nella loro interazione e complessità.¹³

A distanza di 30 anni dalla proposizione di un modello più estensivo per lo studio e la cura della malattia, oggi vi è la concreta possibilità di integrare tale più ampia cornice con le basi più oggettive e tradizionali della biomedicina.¹⁴ Sono maturi i tempi per l'affermazione di una visione scientifica basata su un corretto "realismo critico"¹⁵, capace di integrare maggiormente le varie componenti della salute e restituire alla persona la sua totalità psico-corporea e relazionale sia nella salute che nella malattia.

In una realtà ineludibilmente contrassegnata da una crescente specializzazione in tutti i settori questo è possibile solo attraverso lo sviluppo di una "scienza integrata della salute", dove i saperi e le pratiche biomediche possano incontrare i saperi e le pratiche delle altre discipline che risultano necessarie per comporre l'unitarietà e la centralità della persona e per riconoscerne le specificità individuali oltre che le invarianti.¹⁶

Non si tratta di continuare ad invocare una generica "apertura" e collaborazione, ma di avere dei modelli di riferimento in grado di rendere confrontabili i dati ed i linguaggi e di

¹² Le reti neurali si modellano nell'uomo anche in riferimento a reti associative simboliche e linguistiche, basate sui significati implicitamente o esplicitamente attribuiti (vedi: Davidson R. J. (2003), "Affective neuroscience and psychophysiology: toward a synthesis", *Psychophysiology*, 40: 655-665). Le tecniche di *imaging* utilizzate in contesti sperimentali hanno consentito ad esempio di evidenziare che una rappresentazione mentale – come l'aspettativa individuale – risulta in grado di modulare, attraverso sia l'attivazione delle aree cerebrali legate al dolore che la sensazione soggettiva del dolore (vedi: Koyama et al. (2005) *The subjective experience of pain: Where expectations become reality*, *Proceedings of National Academy of Science*, 36 (132): 12950-12955)

¹³ Si veda il crescente numero di evidenze relativo ad una causalità non lineare ma di tipo complesso e circolare nella salute e nella malattia, dove fattori biologici, psicologici e sociali coesistono ed interagiscono.

¹⁴ Vedi: Borrell-Carriò F. et al. (2004), *The Biopsychosocial Model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry*, *Annals of Family Medicine*, 2(6):576-582.

¹⁵ Con "realismo critico" ci si riferisce all'approccio metodologico ché considera il mondo e la scienza come delle realtà "stratificate", cioè formate da diversi livelli di organizzazione tra loro collegati e dipendenti; le "cose" del mondo vengono analizzate come dei sistemi complessi.

¹⁶ "I dati parlano da soli" – afferma un editoriale del *Journal of American Medical Association* che fa un bilancio scientifico ed economico della questione – "non si tratta di prendersi carico di tutti i problemi psicosociali dei pazienti ma di integrare questi interventi nelle normali strategie di trattamento delle malattie e nelle organizzazioni sanitarie, le spese relative sono ampiamente ripagate dai costi che fanno risparmiare." (Sobel D. S. (2000), "Mind Matters, Money Matters: The Cost-effectiveness of Mind-Body Medicine", *JAMA*, 284:1705).

tradurre tutto ciò in una progettualità ed operatività idonee ad offrire risposte più esaurienti ed appropriate ai bisogni di salute, limitando quella frammentazione e parzialità che limita gli esiti e genera ulteriori futuri costi umani, sanitari e sociali.

Per conseguire tale finalità, implementando l'efficacia e l'equità in modo efficiente, è necessario il passaggio da una organizzazione basata sulla erogazione di prestazioni ad una organizzazione che riconosce ed organizza i propri processi declinandoli e finalizzandoli al raggiungimento di obiettivi di salute definiti, condivisi e valutabili.

Questo richiede sia una integrazione dei saperi che una integrazione operativa: affinché sia possibile, superando le resistenze culturali e psicologiche che tali processi di innovazione implicano, appare indispensabile da un lato una ampia condivisione delle conoscenze che le diverse scienze della salute possono apportare, dall'altro un esplicito riconoscimento delle specifiche competenze delle quali sono portatrici le diverse figure professionali, evitando che la spinta ad una maggiore necessaria integrazione diventi una fonte di resistenza e confusione.

Il modello organizzativo che rende possibile porre concretamente ed operativamente la persona al centro del sistema è quello a rete, dove ci sono ruoli e responsabilità definiti nei singoli nodi ed un processo comunicativo che si basa su un linguaggio condiviso e riconosciuto.

Le società ed i sistemi sanitari hanno la necessità di individuare i fattori che consentono alle persone di promuovere la salute e gestire in modo più efficace la malattia, ed investire su di essi. Il tradizionale modello di assistenza medica, nel quale gli operatori elargiscono complessi trattamenti ed indicazioni da eseguire ad utenti sostanzialmente passivi, i pazienti, risultano sempre più inadeguati e troppo costosi. Gli scenari futuri rendono sempre più insostenibile un sistema sanitario basato solo sulla moltiplicazione dell'offerta di strutture e prestazioni sanitarie e rendono necessario intervenire di più e meglio sulla domanda, sia per prevenirla o ridurla, sia per meglio leggerla e gestirla, non solo nelle fasi iniziali ma anche durante il percorso diagnostico-terapeutico o riabilitativo.¹⁷

Tale passaggio risulta necessario anche per intervenire più efficacemente rispetto agli scenari che riguardano: la popolazione giovanile rispetto alle diverse forme di dipendenza ed alla necessità di favorire precocemente un corretto rapporto con la propria salute; l'aumento della popolazione anziana, che pone il problema del superamento di una ottica meramente assistenziale a partire da una più adeguata comprensione dei fattori e degli interventi che possono promuovere la salute e limitare le disabilità in questa fase della vita; l'opportunità – sempre più evidente – di declinare la valutazione dei bisogni e gli interventi anche in una logica di genere.

Il problema della salute non può essere confinato al mondo sanitario, perché i determinanti della salute investono la società nel suo complesso. Ma i sistemi sanitari non possono svolgere un ruolo marginale: ad essi spetta dare indicazioni valide per il benessere delle persone singole e delle comunità. Peraltro, la distanza tra le sensibilità della popolazione in materia di salute e l'agire del mondo sanitario può anche produrre in

¹⁷ Ad esempio, il rapporto Walness, commissionato dal Governo del Regno Unito sulle prospettive del sistema sanitario, ha concluso che la spesa sanitaria aumenta se non c'è un coinvolgimento delle persone nelle strategie per la salute e nelle cure. (Wanless D. (2002), "Securing Our Future Health:Taking a Long-Term View.Final Report.H.S.Treasury", [Www.hst.treasury.gov.uk](http://www.hst.treasury.gov.uk).)

molti una certa sfiducia, non tanto verso il singolo professionista ma verso la Sanità nel suo complesso.

Un numero crescente di persone appare sensibile al fatto che la salute va amministrata attivamente, con un ruolo consapevole e da protagonista, costruendo ed utilizzando gli ingredienti del proprio *ben essere*. Ma per fare questo esse hanno bisogno di una “alleanza” con chi si occupa professionalmente di salute. Questo passaggio è importante per collegare *in modo corretto la progettualità di vita e la responsabilità individuale con la salute*, senza che l’evoluzione da un ruolo passivo ad uno attivo comporti in realtà per gli individui un abbandono a se stessi (cioè l’abbandono dell’idea di *solidarietà sociale* rispetto alla salute)¹⁸, o la *colpevolizzazione* delle persone per le loro infermità.

D’altra parte, sotto la spinta delle esigenze pratiche dovute ai nuovi scenari epidemiologici, quote consistenti di controllo dei problemi sono passate dai sanitari ai pazienti ed alle loro famiglie, senza che tuttavia vi fosse una adeguata preparazione da entrambe le parti.

E’ necessario mettersi in una ottica in grado di responsabilizzare correttamente le persone rispetto alla loro salute o alle loro condizioni di malattia, evitando comportamenti colpevolizzanti ma anche di tipo paternalistico, e puntando a fornire alle persone strumenti per gestire in modo più efficace sia la salute che le situazioni di malattia, cronicità e ridotta attività (*illness behaviour*), potenziare le risorse personali e migliorare le abilità per comportamenti più funzionali (*empowerment*).

Questa peraltro è l’unica ottica che risulta efficace per migliorare l’aderenza degli utenti alle necessità legate alle loro condizioni di salute¹⁹ ed in generale la loro capacità di autogestione della malattia.²⁰ Una revisione delle ricerche sulla efficacia degli interventi per l’aumento dell’aderenza pubblicate a livello internazionale tra il 1967 ed il 2001 ha trovato che il 49% di questi interventi portavano ad un aumento significativo dell’aderenza ed il 43% anche ad un miglioramento dei risultati dei trattamenti, cioè ad un miglioramento sul piano degli esiti in termini di salute e che gli interventi efficaci nel tempo sono quelli che

¹⁸ La Costituzione della Repubblica Italiana, all’art.32, sancisce la tutela della salute come “fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”.

¹⁹ Alcuni autori hanno fatto anche un calcolo dei vantaggi economici legati ad un comportamento “aderente”: i soggetti più aderenti hanno minori costi per sé stessi ed i servizi sanitari che vanno dal 8,6% al 28,9% rispetto agli altri, mostrando in particolare una minore necessità (tra il 9% e il 23%) di ricorrere alle strutture sanitarie (Lee W. C. et al. (2006), “Prevalence and economic consequences of medication adherence in diabetes: a systematic literature review”, *Manag Care Interface*, 19(7): 31-41). La non aderenza comporta costi per la persona e per la società: uno studio longitudinale durato due anni ha mostrato che i pazienti con maggiore aderenza ai trattamenti producevano un risparmio del 39% (minori costi tra diretti ed indiretti, cioè personali, sanitari e sociali) rispetto ai non aderenti ed una migliore qualità della vita (Von Knorring L. et al. (2006), “Cost of depression: effect of adherence and treatment response”, *Eur Psychiatry*, 21(6): 349-54.). Una meta-analisi condotta su 21 diversi studi (che hanno coinvolto complessivamente ben 46.847 partecipanti) ha evidenziato che, se confrontata con la non aderenza, l’aderenza è associata in generale con una minore mortalità. In altri termini i pazienti più aderenti ai trattamenti hanno una aspettativa di vita più lunga. (Simpson S. H. et al. (2006), “A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality”, *British Medical Journal*, 333(7557): 15)

²⁰ Un esempio paradigmatico è il “Chronic Disease Self-Management Program” attuato presso l’Università di Stanford nel corso del 2006 su con patologie croniche (cardiache, renali e diabete tipo II). Le persone che hanno mostrato un miglioramento del senso di autoefficacia personale, ad una verifica effettuata dopo sei mesi dall’inizio del programma, hanno poi evidenziato un significativo beneficio rispetto ai controlli in diversi parametri di salute (dolore, fatica, intrusione della malattia nella vita quotidiana, distress, disabilità e benessere percepito) ad un successivo controllo effettuato dopo altri sei mesi (Lorig K. R. e Ritter P. L. e Laurent D. D. e Plant K (2006), “Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial”, *Med Care*, 44(11): 964-71.).

integrano gli aspetti informativi ed educativi con quelli psicologico-relazionali²¹. Analoghi risultati sono stati raggiunti da una valutazione degli interventi effettuata nell'ambito del “Sistema Cochrane”.²²

Spesso la mancata aderenza deriva da indicazioni di obiettivi (da parte dei sanitari) che sono in conflitto od in competizione con obiettivi o convinzioni del soggetto. L'aderenza migliora: a) se c'è un buon clima comunicativo e relazionale; b) se la persona si sente anche minimamente ascoltata e presa in considerazione; c) se le prescrizioni non derivano solo da protocolli standard ma anche dalla valutazione della situazione specifica; d) se infine si utilizzano interventi non generici ma mirati.

1.2 L'appropriatezza delle prestazioni

Gli interventi erogati per la diagnosi e il trattamento di una determinata condizione clinica sono da considerare appropriati qualora una prestazione di dimostrata efficacia sia fornita avendo identificato correttamente i pazienti che ne possono beneficiare, il setting assistenziale più idoneo, comprese le caratteristiche dei professionisti coinvolti e il momento che, all'interno della storia naturale della condizione da trattare, rende più favorevole il profilo beneficio-rischio.

Sulla base di questi principi, il Servizio Sanitario Nazionale deve massimizzare la probabilità di ottenere gli effetti desiderati e di ridurre gli sprechi, facendo in modo che i benefici attesi in termini di salute - benessere (aspettativa di vita, riduzione del dolore, riduzione di uno stato ansioso, migliorata capacità funzionale, prevenzione di eventi vascolari, etc) eccedano, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le conseguenze negative dell'intervento stesso (mortalità, morbosità, ansia da anticipazione diagnostica, dolore o discomfort, perdita di giornate lavorative).

Si possono così individuare almeno cinque condizioni che fondano l'appropriatezza di un intervento professionale e che riguardano:

- le caratteristiche del paziente (cliniche, con riferimento alla condizione acuta o cronica della patologia presentata, socio-culturali, con riferimento alla compliance attesa, etc.);
- le caratteristiche della prestazione (efficacia, sicurezza, costo, accettabilità, continuità assistenziale, etc.);
- il tempo di erogazione della prestazione in relazione alla storia clinica del paziente;
- le caratteristiche del livello assistenziale (alta specialità, area critica, degenza ordinaria, day hospital, consulenza specialistica, assistenza ambulatoriale);
- le caratteristiche del professionista che in concreto fornisce la prestazione.

L'appropriatezza quindi riguarda, da una parte, la valutazione delle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Un intervento efficace può, infatti, essere applicato o meno in modo appropriato, e cioè proprio nelle indicazioni per le quali il rapporto fra benefici e rischi è favorevole. Questa

²¹ McDonald H. P. e Garg A. X. e Haynes R. B. (2002), “Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review”, *JAMA*, 288(22): 2868-79..

²² Haynes R. B. et al. (2005), “Interventions to enhance medication adherence”, *Cochrane Database System Review*, 4: CD000011.

specifica dimensione dell'appropriatezza, che fa riferimento all'applicazione di interventi di efficacia dimostrata in contesti nei quali il profilo beneficio-rischio per i pazienti si mantiene favorevole, viene solitamente presentata come appropriatezza clinica.

Ad essa, si affianca la dimensione dell'appropriatezza organizzativa, che concerne, in primo luogo, l'ambito nel quale sono erogati gli interventi. Il riferimento è alle azioni di contesto che massimizzano l'efficacia di un intervento o, più verosimilmente, minimizzano i possibili rischi legati alla sua erogazione. Un esempio è rappresentato dall'applicazione di programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni ospedaliere, o di errori medici, all'interno di una struttura sanitaria. Ancora, rientrano nella dimensione dell'appropriatezza organizzativa azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi, si pensi a tariffe di rimborso incongrue, che possono stimolare l'esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale) sono disponibili.

In secondo luogo, la nozione di appropriatezza organizzativa include il riferimento al criterio dell'efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta. Oltre ad essere clinicamente appropriata, l'esecuzione di un intervento deve tenere conto dell'utilizzo efficiente delle risorse: un intervento inefficiente non diventa per questa ragione inappropriato da un punto di vista clinico, ma inappropriato da un punto di vista dell'erogazione/organizzazione. Mentre il miglioramento dell'appropriatezza clinica garantisce l'effettivo perseguitamento della qualità dell'assistenza, l'uso efficiente delle risorse rende massimo il numero di pazienti che possono accedere a interventi efficaci. Da notare, però, che anche l'inappropriatezza clinica provoca, oltre a un danno per il paziente, uno spreco di risorse per la collettività.

Come sopra accennato, l'appropriatezza dovrebbe anche includere la presa in considerazione della soddisfazione del paziente, con riferimento, in particolare, al coinvolgimento di quest'ultimo nella valutazione dei rischi e dei benefici associati alle diverse opzioni terapeutiche. Inoltre, è indubbio che interventi appropriati producono anche effetti equitativi, permettendo di contrastare i fattori di rischio e di ostacolo all'accesso che potrebbero penalizzare i più svantaggiati.

Per quanto riguarda le condizioni organizzative ottimali perché l'appropriatezza venga raggiunta, la questione, pur rilevante, è meno definita, essendovi almeno i seguenti determinanti organizzativi dell'appropriatezza:

- il modello organizzativo generale, dove potrebbe essere utile distinguere almeno tra modelli basati sulla clinical governance e quelli basati sul government aziendale;
- i modelli organizzativi specifici riguardanti le relazioni tra servizi, professionisti e pazienti;
- i sistemi operativi professionali e gestionali utilizzati nei contesti specifici (per esempio: sistemi di pagamento a tariffa, sistemi premianti, ticket, etc.).

Obiettivi

Il nuovo Piano sanitario regionale 2009-2011 concentra l'attenzione sull'analisi dei principali determinanti dell'appropriatezza clinica e di quella organizzativa e degli strumenti di valutazione e di promozione dell'appropriatezza. Queste analisi sono focalizzate soprattutto sull'ospedale, e specificamente sull'appropriatezza dei ricoveri ordinari e in regime diurno.

Per quanto riguarda gli altri livelli di assistenza, particolare attenzione è dedicata all'appropriatezza della prescrizione di farmaci in medicina generale. Infine, sono analizzate le possibili integrazioni fra appropriatezza clinica e organizzativa non solo nell'erogazione di un singolo intervento, ma anche all'interno di percorsi clinici o di strategie di intervento più complesse. Rientra in questa parte una discussione delle potenzialità e dei limiti degli strumenti disponibili di valutazione dell'appropriatezza.

La consapevolezza da creare è, da un lato, che solo una proporzione relativamente limitata degli interventi medico-sanitari può essere sottoposta a valutazione accurata, e dall'altro, che le modifiche dei comportamenti individuali indotte dai meccanismi di misurazione dell'appropriatezza possono anche produrre effetti indesiderati sull'appropriatezza stessa.

L'intenzione è quella di arricchire e perfezionare gli strumenti già disponibili per la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza relativa al livello essenziale di assistenza ospedaliera, identificare e proporre strumenti per la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza relativa agli altri livelli essenziali di assistenza e infine favorire l'integrazione fra la dimensione organizzativa e la dimensione clinica dell'appropriatezza.

Le aree principali di intervento saranno: l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, l'appropriatezza dell'assistenza extraospedaliera con particolare attenzione alla prescrizione farmaceutica e specialistica, l'appropriatezza clinica e l'appropriatezza organizzativa nei percorsi clinici.

L'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera

Il contesto normativo

L'introduzione del concetto di appropriatezza nel nostro contesto normativo viene fatto risalire alle Raccomandazioni n. 17, del 1997, del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri, "sullo sviluppo e l'attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria", laddove l'appropriatezza delle cure vi è riportata tra le componenti della qualità dell'assistenza sanitaria, insieme all'accessibilità, all'efficacia, all'efficienza, alla soddisfazione dei pazienti e alla sicurezza dell'ambiente di lavoro.

Subito dopo, nella legge n. 449 del 27 dicembre dello stesso 1997, per la prima volta nella normativa sanitaria italiana viene fatto esplicito riferimento all'appropriatezza; il legislatore italiano, adottandone una interpretazione diversa rispetto alle Raccomandazioni

citate, richiama l'appropriatezza, insieme alla qualità e all'accessibilità, quale uno dei profili rispetto a cui le Regioni e le Aziende sanitarie e ospedaliere sono chiamate ad attivare specifiche azioni di monitoraggio delle attività ospedaliere.

Il primo riferimento normativo, quindi, è specificamente dedicato alle prestazioni ospedaliere, è interpretato quale aspetto integrativo della qualità dell'assistenza, piuttosto che quale sua componente come indicato dalle Raccomandazioni europee, ed è finalizzato ad orientare attività di controllo esterno sui comportamenti degli erogatori, nonché a promuovere l'utilizzo di protocolli quali strumenti sistematici di valutazione. Si fa implicitamente riferimento, contestualmente, all'appropriatezza, sia generica/organizzativa sia specifica/clinica, collegandola all'esigenza degli enti del SSN di operare controlli sull'uso corretto ed efficace delle risorse.

Successivamente, con il Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'interpretazione normativa del concetto di appropriatezza si chiarisce, esplicitandone le accezioni clinica e organizzativa, e si amplia, introducendo la dimensione temporale, legata alla tempestività dell'erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni dei pazienti.

A partire dal PSN 1998-2000, il riferimento all'appropriatezza diviene una costante dei nostri atti di programmazione e regolamentazione sanitaria, in particolare nel decreto legislativo 229/99, che ne richiama la promozione e il controllo in tutti gli ambiti dell'organizzazione sanitaria, e quindi nel DPCM 29 novembre 2001, che nel definire i Livelli essenziali di assistenza (LEA), fornisce le prime interpretazioni "operative" di appropriatezza o inappropriatezza. Così, in ambito ospedaliero, si definiscono inappropriate quei "casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in diversi setting assistenziali con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse" e si fornisce l'elenco dei DRG "ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario"; in ambito specialistico, si individua l'elenco delle prestazioni la cui erogazione è da ritenersi appropriata solo in presenza di determinate condizioni cliniche del paziente. Ogni successivo provvedimento normativo contiene qualche riferimento, di carattere relativamente generico e prescrittivo, all'appropriatezza: si prescrive, generalmente, alle regioni di adottare interventi orientati a garantire il principio dell'appropriatezza organizzativa quale condizione per accedere a finanziamenti dal livello centrale (cfr., ad es., l'Accordo tra Stato e Regioni del luglio 2003).

Il quadro normativo generale di riferimento, pertanto, nel sollecitare ripetutamente l'adozione di interventi mirati ad assicurare il perseguimento dell'appropriatezza nella gestione e nella erogazione delle prestazioni sanitarie, demanda al livello regionale e aziendale la responsabilità di individuare le soluzioni operative idonee.

Le singole Regioni hanno quindi provveduto a definire ed implementare, in maniera più o meno estensiva rispetto alle indicazioni nazionali, propri approcci alla promozione e al controllo dell'appropriatezza, con interventi concernenti, prevalentemente, l'appropriatezza organizzativa e l'assistenza ospedaliera, al fine di bilanciare i limiti insiti nel sistema di finanziamento a prestazione e di contenere la spesa ospedaliera regionale: come minimo sono individuate le soglie di accessibilità e le modalità operative per l'applicazione dell'allegato 2C del "decreto LEA", ma si arriva anche ad introdurre sistemi articolati di controllo esterno, del tipo adottato in Friuli Venezia Giulia, basato sull'utilizzo sistematico del Protocollo di Revisione per l'Uso dell'Ospedale (PRUO) e di un insieme di indicatori

per l'evidenziazione di potenziali comportamenti inappropriati e/o opportunistici, o del tipo adottato nel Lazio, basato sul metodo APPRO per lo screening dell'universo dei ricoveri erogati rispetto a fenomeni di potenziale inappropriatezza e sul controllo di campioni di cartelle cliniche.

Esigenze delle Regioni e degli ospedali

Gli indirizzi di politica sanitaria, nel nostro Paese come nella generalità delle realtà occidentali, da oltre un ventennio includono l'adozione di provvedimenti, a livello nazionale e subnazionale, orientati al contenimento della dinamica della spesa sanitaria e in particolare, per il peso che riveste, della spesa ospedaliera.

Dal punto di vista delle Regioni, pertanto, l'attuazione di interventi per la misurazione e l'incentivazione dell'appropriatezza organizzativa dell'assistenza ospedaliera costituisce una modalità di risposta all'esigenza di perseguire contestualmente gli obiettivi di efficienza, efficacia ed equità nella allocazione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera regionale e l'obiettivo di garantire ai propri cittadini la qualità dell'assistenza erogata.

In termini generali, le strategie e le azioni prevalentemente attuate a livello regionale in tal senso comprendono essenzialmente:

- la programmazione della spesa ospedaliera e la previsione di tetti, a livello sia regionale sia di singolo ospedale;
- la definizione di un sistema di remunerazione dell'attività ospedaliera orientata ad incentivare l'articolazione dell'offerta su diversi livelli di complessità organizzativa e la selezione delle risposte assistenziali più appropriate a fronte dei diversi livelli di complessità assistenziale richiesti dalla casistica trattata, promuovendo il trasferimento di quote di casistica meno complessa dal regime di ricovero ordinario verso altri setting assistenziali, più appropriati e meno onerosi (ricoveri diurni, Day Service, ambulatorio);
- il potenziamento e la riqualificazione di modalità di offerta di prestazioni ambulatoriali, che consentono di rispondere alla domanda di assistenza meno complessa precedentemente trattata in regime di ricovero, garantendo una maggior efficienza nell'uso delle risorse (es. Pacchetti di Prestazioni Ambulatoriali, Day Service, etc.);
- l'adozione di interventi di valutazione e controllo dell'appropriatezza organizzativa delle prestazioni di ricovero ospedaliero erogate a livello di singolo ospedale, secondo le modalità sopra ricordate, connesse all'applicazione di un sistema di incentivi.

Le esigenze della Regione, in merito a quest'ultimo punto, si riflettono nella tipologia di interventi maggiormente adottati ai fini della valutazione e incentivazione dell'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera. Il ricorso diffuso a sistemi che utilizzano i dati amministrativi, soglie regionali specifiche per DRG definiti "ad alto rischio di inappropriatezza", nonché l'introduzione di liste positive di prestazioni che garantiscono l'erogabilità dei ricoveri diurni, medici o chirurgici, in considerazione della versatilità,

riproducibilità e relativa economicità d'uso di tali approcci rispondono infatti alle esigenze di semplicità di applicazione da parte del livello regionale, soprattutto se confrontati con l'effettuazione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche.

Tuttavia, le strategie adottate dalle Regioni talora non si conciliano con le esigenze degli ospedali oggetto degli interventi di valutazione e controllo dell'appropriatezza. Esigenze che riguardano, essenzialmente, il riconoscimento delle specificità delle singole realtà ospedaliere:

- casistica trattata (es. casistica pediatrica, oncologica, etc.);
- struttura (es. centro di riferimento regionale/nazionale per particolari condizioni cliniche);
- contesto (es. localizzazione territoriale, bacino di utenza, etc.).

che potrebbero essere soddisfatte con il ricorso a strumenti e modalità di misura più analitici, applicati su di un campione definito attraverso l'adozione di criteri di stratificazione che tengano conto delle suddette specificità.

Ulteriori esigenze, dal punto di vista dell'ospedale, riguardano:

- la garanzia di una coerenza delle caratteristiche dell'approccio adottato per la valutazione e incentivazione dell'appropriatezza ospedaliera con gli altri elementi della programmazione e regolamentazione dell'assistenza ospedaliera, a livello nazionale e regionale, e con gli incentivi a tali elementi correlati (es. livelli tariffari delle prestazioni erogate nei diversi setting assistenziali);
- l'inclusione dell'intera gamma dell'offerta sanitaria negli interventi di incentivazione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, al fine di ridurre la conflittualità tra obiettivi perseguiti dai diversi erogatori promuovendone, viceversa, l'omogeneità;
- il rispetto dei vincoli organizzativo-gestionali degli ospedali (es. tempistica prevista per l'adeguamento alle innovazioni introdotte nelle modalità di erogazione delle prestazioni);
- la garanzia di una corretta e completa informazione dell'utenza circa le modifiche delle modalità di erogazione delle prestazioni indotte dagli interventi di valutazione e incentivazione dell'appropriatezza (es. ampliamento della gamma di prestazioni soggette e partecipazione al costo connesso al trasferimento di parte delle prestazioni dal regime di ricovero diurno al regime ambulatoriale).

Infine, un ultimo, ma molto rilevante, aspetto da prendere in considerazione dal punto di vista dell'ospedale è rappresentato dal riconoscimento dei valori espressi dalle professionalità che operano in ambito ospedaliero: i criteri di economicità, insiti nelle misure dell'appropriatezza organizzativa, dovrebbero essere adeguatamente coniugati con i criteri di efficacia, propri dell'appropriatezza clinica, al fine di produrre un sistema di misurazione e di incentivazione che consenta di fare emergere e di valorizzare il livello della qualità assistenziale offerta dalle singole strutture erogatrici.

L'appropriatezza nell'assistenza sanitaria extraospedaliera

La prescrizione farmaceutica

Come per qualunque intervento medico-sanitario, la prescrizione di un farmaco è appropriata se i benefici per la singola persona che lo riceve superano i rischi. Operativamente, una prescrizione è considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche e, in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, via di somministrazione, interazioni ecc.), per le quali è stata dimostrata l'efficacia.

La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione avviene di norma seguendo due modalità principali. La prima è quella di confrontare le modalità di prescrizione con standard predefiniti, costruiti sulla base della migliore evidenza scientifica disponibile. La seconda consiste nell'analisi della variabilità prescrittiva. Nel primo caso, lo scostamento da un comportamento considerato atteso consente di evidenziare un intervento potenzialmente inappropriato. Nel secondo, l'intento è quello di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l'attenzione e che richiedono approfondimenti successivi.

Il confronto fra pratica prescrittiva corrente e comportamenti attesi può mettere in evidenza la prescrizione di farmaci non considerati di prima scelta nel trattamento di una condizione clinica, la prescrizione in eccesso nel trattamento di una condizione, e la mancata prescrizione di farmaci di dimostrata efficacia a pazienti che potrebbero beneficiarne.

Per quanto riguarda l'analisi della variabilità, questa può essere condotta a diversi livelli di aggregazione: fra regioni, ASL, distretti, e medici. Relativamente ai confronti fra regioni, sono da alcuni anni disponibili i dati di prescrizione elaborati dall'OsMed (Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali) che consentono confronti non solo della spesa pro capite, come avveniva in passato, ma anche dell'intensità d'uso delle categorie e gruppi terapeutici e delle singole sostanze. Nell'analisi della variabilità interna alle regioni, i sistemi di monitoraggio regionali consentono anche approfondimenti relativi alle caratteristiche dei pazienti utilizzatori.

Le modalità di valutazione appena esposte focalizzano l'attenzione sul processo dell'assistenza, in questo caso la prescrizione di farmaci, e non sugli esiti. L'assunzione è che se l'utilizzo di un farmaco avviene in coerenza con le evidenze disponibili non è necessaria una verifica ulteriore degli esiti. Per esempio, non sarebbe ragionevole tentare di riverificare gli esiti dell'uso delle statine nella pratica clinica corrente: è sufficiente verificare che i pazienti che ricevono il farmaco presentino caratteristiche sovrapponibili a quelle dei pazienti nei quali l'efficacia è stata dimostrata. Una impostazione simile si applica all'uso degli antibiotici, degli anti-ipertensivi, degli antidiabetici e così via.

Un punto di forza di una valutazione basata sul processo di assistenza è di poter essere spesso effettuata utilizzando le informazioni dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni disponibili a livello territoriale del SSN. Un'attenzione al processo, anziché agli esiti, rende anche più semplice la valutazione di interventi tesi a promuovere l'appropriatezza che, di nuovo, verrebbe a essere valutata dalle modifiche intervenute nei comportamenti prescrittivi. E' utile tuttavia riconoscere oltre alle potenzialità anche i limiti di questa impostazione.

Innanzitutto, la definizione operativa di appropriatezza restringe l'attenzione alle circostanze nelle quali un intervento di dimostrata efficacia viene applicato nella pratica corrente. Sono di conseguenza in buona parte esclusi da una valutazione dell'appropriatezza basata sul processo quegli interventi per i quali vi sono informazioni

insufficienti per giungere a una conclusione (le cosiddette aree grigie). Rimangono poi escluse tutte le situazioni nelle quali mancano dimostrazioni di efficacia. In questi contesti, infatti, la valutazione del profilo beneficio-rischio si identifica con una valutazione di efficacia, con tutte le difficoltà pratiche di condurre studi, sperimentali o osservazionali, mirati a questo scopo.

Oltre ai limiti derivanti dalle limitazioni delle evidenze disponibili sull'efficacia del singolo farmaco, è utile tenere conto che di frequente la prescrizione di un farmaco è solo uno degli interventi che servono al raggiungimento dell'obiettivo di salute. Si pensi al ruolo che la modifica degli stili di vita - abitudine al fumo, pratica di un'attività fisica, dieta - può avere nel modificare il rischio individuale di sviluppare un evento cardiovascolare. Si pensi inoltre all'effetto "attenzione" all'interno delle sperimentazioni cliniche: essere seguiti con più cura, avere una maggiore compliance, aumenta la probabilità di ottenere risultati positivi. Si pensi ancora all'importanza di effettuare in modo concomitante interventi non farmacologici nel trattamento di condizioni cliniche differenziate, dal deficit di attenzione nei bambini ai disturbi del comportamento nei pazienti con demenza.

La prescrizione specialistica

Lo stesso modello di valutazione può essere applicato alle prescrizioni specialistiche, tenendo conto dei limiti dei flussi a tutt'oggi esistenti, che non appaiono per qualità, completezza e tempestività, dello stesso livello di quelli delle prescrizioni farmaceutiche, presentando inoltre una forte eterogeneità a livello nazionale.

E' necessario rendere operativi tutti gli strumenti di rilevazione, in modo da focalizzare l'attenzione su specifiche aree critiche di intervento, analizzare la variabilità della prescrizione e la rispondenza a criteri condivisi di scientificità, attraverso il sostegno di linee guida condivise per l'utilizzo appropriato delle prescrizioni specialistiche.

Le principali tematiche riguardano la gestione dei flussi informativi dell'attività specialistica ambulatoriale, la condivisione di percorsi di accesso e criteri per la definizione di prestazioni urgenti, urgenti differibili e programmabili, la stesura di protocolli e linee guida per prestazioni critiche, la definizione di percorsi integrati, la creazione di modelli organizzativi per la presa in carico dei pazienti, e la gestione delle liste d'attesa.

In particolare, il monitoraggio dei tempi di attesa e conseguentemente la relativa gestione delle liste vanno considerati come aspetti peculiari da seguire; la tempestività dell'erogazione delle prestazioni è infatti in relazione stretta con appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, oltre che collegata ad aspetti di equità ed efficienza.

In riferimento a questo, vanno proseguiti e implementati i programmi già avviati per il monitoraggio dei tempi di attesa, nell'intento di rispettare i tempi massimi accettabili di attesa definiti a livello ministeriale per specifiche prestazioni specialistiche, apparse critiche e prioritarie nel contesto nazionale.

I percorsi clinici

I controlli esterni opportunamente attivati dalla Regione e dalle Aziende sanitarie locali sono suscettibili di produrre miglioramenti anche sensibili nella qualità delle informazioni

prodotte sistematicamente dagli erogatori, nonché nelle modalità di classificazione e di erogazione delle prestazioni. L'insieme di tali miglioramenti potrebbe anche consentire risparmi significativi sul piano della spesa sanitaria.

Tuttavia, è noto e ben documentato che una quota rilevante nella variabilità dell'utilizzo delle risorse, e quindi una fonte potenziale di inappropriatezza, risiede nelle specifiche scelte diagnostiche e terapeutiche compiute durante il percorso di cura. Questa dimensione è poco influenzata dai sistemi di controllo esterno e, quindi, il governo dell'appropriatezza rischia di arrestarsi alle soglie del problema.

I sistemi informativi attualmente operanti non consentono la descrizione dei percorsi clinici e della loro appropriatezza. Un obiettivo è identificare una modellizzazione dei percorsi clinici, al fine di consentirne dapprima l'esplicitazione e l'auto-valutazione da parte dei componenti l'équipe assistenziale e quindi la valutazione comparativa. Il modello generale di riferimento consiste nella esplicitazione del profilo multidisciplinare che deve connotare l'anticipazione del piano assistenziale da erogare a pazienti con diagnosi simili o analoghi set di problemi clinici. La modellizzazione dei percorsi clinici è finalizzata a ridurre le variazioni non necessarie nell'assistenza e nei suoi esiti; essa permette anche di incorporare le linee guida nazionali o locali nella pratica clinica ed inoltre favorisce lo sviluppo della collaborazione multidisciplinare nel trattamento dei pazienti.

E' necessario quindi:

- approfondire e condividere i temi correlati all'appropriatezza clinica, per favorire la diffusione della cultura dell'appropriatezza e diffondere le conoscenze operative realizzate sotto forma di esperienze specifiche di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza clinica;
- proporre l'uso di uno strumento operativo – denominato “clinical pathway”, o percorsi clinici formalizzati –, che in altri contesti sanitari è ormai diffuso, quale strumento per la riduzione della variabilità non giustificata nelle pratiche cliniche e, quindi, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica. I percorsi clinici formalizzati, infatti, si prestano bene quale strumento elettivo per la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza clinica, in quanto possono essere considerati la logica estensione delle linee guida cliniche, finalizzati a favorire il trasferimento nella pratica clinica delle raccomandazioni contenute nelle linee guida cliniche.

1.3 La programmazione come principio operativo

Il Servizio Sanitario Regionale umbro presenta una ricca tradizione nella programmazione socio-sanitaria. Dall'approvazione della L. 833/78 istitutiva del SSN sono stati approvati 4 piani sanitari regionali e un piano di riorganizzazione ospedaliera, oltre a molteplici provvedimenti di riorganizzazione e razionalizzazione di sistema. Con la redazione del Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle strategie del Servizio Sanitario Regionale del PSR 2003-2005 è maturata una esperienza originale e significativa di “valutazione sistematica di quanto programmato”, in particolare relativamente agli esiti di salute, superando così le asimmetrie strutturali ampiamente diffuse nel SSN tra programmazione e valutazione.

Un'analisi retrospettiva evidenzia che la programmazione nel settore sanitario è stato un prezioso strumento nel perseguitamento di migliori livelli di qualità e del sostanziale equilibrio del sistema sanitario regionale.

La programmazione sanitaria assume un valore ulteriore nel nuovo contesto definito dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001, che delinea un assetto di federalismo sanitario, con relativa base fiscale.

Tra gli aspetti positivi attesi dal modello federale vi è infatti, oltre alla responsabilizzazione sui livelli spesa, la possibilità di conformare le politiche alle caratteristiche della realtà amministrata, cercando di cogliere al meglio le peculiarità dei bisogni della popolazione.

Questo aspetto, già colto dal dibattito regionale, dovrebbe delineare il superamento della "separatezza" della programmazione sanitaria dal complesso della programmazione regionale e ricongiungere i processi, unificando il momento delle scelte sui livelli di assistenza con le scelte sull'entità del prelievo fiscale.

Questo consente di rendere effettivo uno dei principi fondamentali su cui si basa il nostro modello universalistico che consiste nel definire in maniera contestuale le prestazioni che fanno parte dei Livelli essenziali di assistenza e il fabbisogno finanziario correlato.

Analogamente a livello gestionale, è opportuno superare le asincronie tra programmazione del Piano Sanitario Regionale e attuazione dei Piani attuativi locali, spesso emerse nel passato, configurando sistemi diversamente strutturati, più operativi e soggetti ad aggiornamento e strumenti specifici di supporto, quali l'Agenzia Umbra Sanità.

Nell'economia del presente piano la programmazione è perciò da ritenersi principio operativo fondamentale per perseguire la corrispondenza tra i bisogni di salute e la tipologia, qualità e la quantità delle attività erogate, evitando sprechi di risorse e garantendo l'appropriatezza dei servizi.

Una programmazione concertata

Se è opportuno qualificare fin d'ora il principio enunciato, non vi è dubbio che, valutando l'esperienza e richiamando l'assunto teorico di base del precedente piano in ordine alla disfunzionalità dell'approccio gerarchico nelle organizzazioni professionali, vada posta la massima attenzione a sviluppare una programmazione "concertata".

Infatti, se è vero che la regionalizzazione della funzione e le sfide economico-finanziarie rafforzate a partire dall'anno 2001 hanno favorito meccanismi di progressiva verticalizzazione delle scelte e delle decisioni, sostanzialmente nella direzione Ministero-regione-aziende, allo stesso tempo si sono prodotte spinte dal basso e interazioni, azioni mirate quale il sostegno alla clinical governance, che hanno inciso sulla complessiva gestione del sistema.

Trovandoci pertanto consapevolmente in un sistema con più soggetti, al cui centro si colloca il cittadino e il suo interesse alla tutela della salute, caratterizzato dal policentrismo dei poteri, avendo l'obiettivo/necessità di "fare sistema", la scelta è che la modalità di governo effettiva del comparto sia concertata, ovvero si esplichi attraverso il

coinvolgimento dei molti attori interessati alla decisione, per produrre scelte opportune, basate su criteri di evidenza.

Particolare attenzione, oltre alle forme concertate verso l'esterno, dovrà essere posta allo sviluppo di forme di concertazione intra sistema, forme di programmazione negoziata, utilizzando anche in questo caso gli strumenti di innovazione previsti.

La valutazione come valore del sistema

Come anticipato, con la redazione del Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle strategie del Servizio Sanitario Regionale del PSR 2003-2005 è maturata una esperienza originale e significativa di “*valutazione sistematica di quanto programmato*”, in particolare relativamente agli esiti di salute.

Questa esperienza, che ha seguito alcune precedenti attività di valutazione dei processi adottati in relazione a piani precedenti, ha prodotto un rilevante grado di partecipazione delle varie componenti professionali del sistema e pertanto può essere la base per introdurre stabilmente la logica della valutazione nel sistema, ai vari livelli.

La consapevolezza di base è che lo sviluppo di una cultura della valutazione e la definizione di sistemi strutturati, sia di supporto alla componente professionale che a quella manageriale, è in diretta correlazione con l'elevazione dei livelli di efficienza e di qualità del sistema.

Programmazione concertata e valutazione diffusa, supportate da livelli funzionali di ICT per capire, guidare e misurare, azioni chiave di fronte alle sfide rappresentate dalla richiesta di qualità e sicurezza da parte del cittadino, dalla necessità di delineare un sistema proattivo di promozione della salute e diffusione di migliori stili di vita e dalla limitatezza delle risorse.

2. I contesti

2.1 Il contesto istituzionale ed economico

I vincoli e le opportunità rispetto alla modifica del titolo V della Costituzione

Negli ultimi anni, il settore sanitario è stato sottoposto ad un processo di profonda trasformazione sia degli assetti organizzativi ed assistenziali che dei meccanismi di riparto delle risorse, che ne ha sostanzialmente modificato il funzionamento interno, attribuendo un ruolo di primo piano al livello di governo regionale. Tale processo di regionalizzazione della sanità si è svolto in parallelo con il più generale percorso di riforma istituzionale che ha visto l'introduzione del federalismo fiscale.

In questo quadro spetta allo Stato non solo determinare i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti sull'intero territorio nazionale (competenza questa destinata peraltro a rimanere in capo all'amministrazione centrale anche in un sistema propriamente federale), ma anche individuare il limite massimo di risorse che devono essere destinate annualmente alla sanità, nonché stabilire i criteri di riparto tra le diverse Regioni.

Più precisamente il modello introdotto sancisce la contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario, quest'ultimo è inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA.

Si assume quindi che il fabbisogno riconosciuto ad ogni Regione sia in grado di garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA e che le leve su cui possono agire le Regioni per garantire l'equilibrio economico del sistema siano rappresentate dall'innalzamento dei livelli di efficienza, economicità ed appropriatezza.

Se dal punto di vista concettuale il modello adottato può apparire ineccepibile, risulta quanto mai ardua la sua concreta applicazione; nel corso degli anni intercorsi dalla sua introduzione infatti, le Regioni sostengono che il fabbisogno riconosciuto sia fortemente sottostimato rispetto alle effettive necessità, mentre il Governo valuta che siano ancora ampi i margini di riduzione della inappropriatezza e di miglioramento dell'efficienza ed economicità.

Anche la equa ripartizione interregionale del finanziamento complessivo rappresenta un obiettivo molto difficile da raggiungere, per la difficoltà di individuare e condividere i determinanti del non omogeneo assorbimento di risorse da parte di gruppi diversi di popolazione; l'unico indicatore largamente accettato come predittivo del maggiore consumo di risorse, l'invecchiamento, viene - in occasione di ogni provvedimento di ripartizione dei finanziamenti - rimesso in discussione con gravi rischi per le Regioni come l'Umbria, caratterizzate da una forte presenza di popolazione anziana, che vedrebbero

fortemente ridotti i trasferimenti e compromesse le possibilità di mantenere l'equilibrio del sistema.

Se non c'è nulla da eccepire sul fatto che la definizione dei principi fondamentali alla base del Servizio Sanitario sia una competenza riservata allo Stato, a garanzia della effettiva uguaglianza dei cittadini rispetto al diritto alla salute, non si può tuttavia ignorare che proprio negli ultimi anni sembra essersi affermata una certa propensione dello stesso legislatore statale ad orientare e vincolare l'autonomia decisionale delle Regioni anche sotto il profilo delle strategie organizzative ed assistenziali elaborate nel settore sanitario: tali "invasioni di campo" del legislatore statale (che ad esempio si concretizzano nella fissazione degli standard di posti letto ogni mille abitanti, ovvero nella individuazione delle tariffe massime di rimborso delle prestazioni erogate dalle singole strutture sanitarie) sembrano infatti trovare la loro giustificazione nell'esigenza dello Stato – in quanto responsabile finale dei flussi finanziari e dei saldi di bilancio – di garantire che le risorse disponibili siano effettivamente spese secondo criteri di efficienza economica.

Rilevante, dal punto di vista statale, è altresì l'obiettivo di evitare l'insorgere di disavanzi di spesa che portano poi fatalmente a successivi interventi di ripiano – quanto meno parziali – a carico dello Stato stesso.

Tali anomalie di fondo dell'attuale modello di regionalizzazione della sanità si concretizzano infatti nei rapporti spesso conflittuali tra Stato e Regioni e tra le stesse Regioni, nei continui contenziosi sui disavanzi, nonché nella stessa incertezza delle Regioni in ordine al quadro dei poteri loro riconosciuti in un sistema di riparto delle competenze dai confini spesso confusi ed a volte addirittura contradditori.

L'individuazione di tetti di spesa riferiti alle singole sottovoci della spesa sanitaria regionale, come quella farmaceutica o per il personale sono una chiara reiterazione dei tradizionali ed ormai consolidati meccanismi di mantenimento del controllo centralizzato sulla finanza pubblica.

In ogni caso, un sistema sanitario finanziato in coerenza con un evoluto ordinamento di federalismo fiscale, se correttamente applicato, è l'unico in grado di assicurare l'autonomia organizzativa dei modelli regionali pur nella garanzia della corretta erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto del principio di sussidiarietà e in stretta connessione con il principio di solidarietà di cui all'art. 2 della Costituzione.

In questo senso, principi cardine del federalismo in ambito sanitario dovranno essere l'adeguatezza, l'efficacia, l'efficienza e la differenziazione, intesa come non sovrapposizione di competenze.

Un indubbio beneficio che si potrà conseguire con il federalismo fiscale è quello dell'adeguamento delle politiche e degli interventi alle specifiche esigenze di territori che presentano bisogni diversificati e mutevoli. Attraverso il federalismo, infatti, si potranno creare le condizioni per realizzare, sia a livello interregionale che in ambito infraregionale, strategie mirate ed efficienti di intervento in relazione ai fattori geomorfologici, sociodemografici e socioeconomici specifici di ogni territorio che, dando origine a diversificati bisogni nei cittadini, presuppongono una differenziata risposta.

Un modello di governo federale della sanità assume specifici rilievi nella realtà regionale dell'Umbria, ove negli ultimi anni si sono affermate nuove dinamiche e mutamenti dello scenario sociodemografico, epidemiologico e sociale (l'incrementale invecchiamento della

popolazione, lo sviluppo delle pluripatologie, la maggiore complessità dei processi e dei percorsi diagnostico-terapeutici, la riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari, ecc.) che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche caratterizzate da una differenziazione della domanda territoriale di servizi. Da questo progressivo ed importante mutamento dello scenario sociale originano le grandi sfide alle future politiche sanitarie regionali cui debbono corrispondere originali tattiche e strategie di risposta.

Naturalmente, risulta essenziale l'approccio solidale alla costruzione federalista, che comporta, necessariamente, l'applicazione di meccanismi perequativi, quali salvaguardia ed ammortizzatori, atti a consentire, anche alle Regioni e ai territori fiscalmente più deboli, il progressivo sviluppo verso lo standard nazionale e la garanzia delle prestazioni necessarie ai cittadini. Tali meccanismi perequativi dovranno essere modulati sulla base di indici quali la capacità fiscale teorica, la capacità di recupero dell'evasione fiscale e dell'efficienza nell'erogazione dei servizi pubblici, sì da incentivare comportamenti virtuosi ed impedire che le risorse pubbliche vadano a coprire non già esigenze reali, bensì situazioni di inefficienza o addirittura di spreco. I vantaggi che i cittadini potranno ricevere da un sistema di questo tipo si potranno avvertire sia sul piano dell'efficacia e della tempestività di risposta degli apparati pubblici nell'erogazione dei servizi di rispettiva competenza, sul piano della trasparenza e della verificabilità dei risultati della gestione finanziaria di ciascun ente.

In tal senso d'altra parte si muove il disegno di legge delega per l'attuazione dell'art. 119 della Costituzione – che giace da alcuni mesi alle Camere – dove tra l'altro viene affrontato anche il delicato e già citato tema della determinazione di costi standard da associare alle prestazioni in modo da poter valutare la congruità della spesa e quindi la sussistenza o meno di aree di inefficienza e/o spreco nella gestione dei servizi.

La progressiva realizzazione del federalismo fiscale rappresenta una delle principali sfide che la sanità in Umbria dovrà affrontare nei prossimi anni e che è destinata a cambiare in maniera sostanziale lo stesso rapporto tra cittadini, strutture sanitarie ed istituzioni. Tutto ciò si traduce nell'esigenza di predisporre ed adeguare strumenti e procedure che consentano di collegare in modo fluido e "virtuoso" le responsabilità di spesa (dunque di programmazione, produzione ed erogazione dei servizi) con le responsabilità di reperimento delle risorse che, in tempi di autonomia impositiva, significa in buona misura uso della leva fiscale, senza pregiudicare la natura universalistica del modello assistenziale.

D'altra parte, attraverso l'evoluzione verso un nuovo modello di governo federale della sanità sarà possibile individuare - nella comune garanzia sociale inalienabile rivolto a tutti i cittadini, indipendentemente dalle loro capacità di contribuzione fiscale - l'equilibrio ottimale fra le esigenze spesso divergenti della sostenibilità economica del sistema e della più piena corrispondenza del servizio ai mutevoli bisogni degli utenti.

Il progressivo annullarsi del regime di finanza derivata ha altresì comportato un processo di "reinserimento" della sanità nel complesso della programmazione (soprattutto finanziaria) delle regioni, posto che sempre più anche per la sanità si tratterà di "concorrere" – nell'ambito della complessiva manovra di bilancio – per acquisire risorse. Viene quindi meno quella sorta di "magnifico isolamento" del settore della sanità all'interno

del complesso delle attività dell’Ente, propiziato per anni dal combinato disposto della mole delle risorse e del vincolo di destinazione delle stesse.

Per l’Umbria questo ha significato e significa inserirsi a pieno titolo nel ciclo programmatico che parte dalla cornice strategica del Patto per lo Sviluppo per definirsi e specificarsi annualmente con il Documento Annuale di Programmazione (Dap) e, per gli aspetti finanziari, con le sessioni di bilancio e legge finanziaria.

Quale modello di federalismo fiscale*

A tutt’oggi l’art.119, relativo al federalismo fiscale non è stato attuato. In attesa della proposta della nuova maggioranza di governo, si può prenedere a riferimento quanto previsto dal programma del Popolo delle Libertà, che ha sostanzialmente fatto propria la proposta di legge del Consiglio regionale della Lombardia (Proposta di legge al Parlamento n. 40 del 19 giugno 2007).

In sintesi, la proposta lombarda consiste nell’attribuzione alle regioni di una imposta regionale sul reddito personale con aliquota uniforme non inferiore al 15% (di fatto si passa alle regioni il 15% dell’imponibile Irpef), una compartecipazione al gettito Iva pari all’80%, tutto il gettito delle accise (carburanti), dell’imposta sui tabacchi e sui giochi. Si tratta di un ammontare imponente di risorse, circa 120 mld aggiuntivi per le regioni a statuto ordinario nel complesso. Nella proposta non si fa riferimento alle spese, per cui la logica sembra essere quella di “prima le risorse poi le funzioni”, la stessa logica delle attuali regioni a statuto speciale.

Viene previsto uno schema di perequazione, ma entro un limite di non oltre il 50% di riduzione delle differenze di capacità fiscale per abitante. A tale Fondo perequativo verrebbe assegnata la finalità sia di integrare le risorse dei territori con minore capacità fiscale (entro il limite di cui sopra), sia di assicurare il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all’art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione, le più importanti delle quali sono quelle riferite all’assistenza sanitaria.

Il risultato evidente sarebbe che, a fronte della imponente devoluzione di risorse, si determinerebbe un considerevole surplus al Nord ed un notevole deficit al Sud. A seconda della mole di competenze aggiuntive che verrebbero devolute, anche per l’Umbria potrebbero verificarsi gravi problemi di sostenibilità finanziaria, sicuramente di gran lunga inferiori a quelli di tutte le regioni del Mezzogiorno.

Certamente più equilibrato si presentava il disegno di legge delega di attuazione del federalismo fiscale (AC 3100 del 29 settembre 2007) approvato dal precedente Governo Prodi e concordato con le Regioni (ma non condiviso dagli Enti locali), il cui iter è stato poi fermato dalla fine anticipata della legislatura.

Tale ddl perseguiva in sintesi gli obiettivi di: a) garantire agli enti territoriali autonomia finanziaria di entrata e di spesa, in un quadro di invarianza della pressione fiscale e di consolidamento del processo di riequilibrio dei conti pubblici; b) rafforzare la responsabilizzazione degli amministratori pubblici nell’uso delle risorse di fronte ai cittadini/contribuenti, nonché l’azione di contrasto all’evasione ed elusione fiscale; c) prevedere un sistema perequativo virtuoso rendendo più stringente il monitoraggio dei

* Paragrafo elaborato in data precedente all’elaborazione della legge attuativa dell’art. 119 della Costituzione

risultati; d) favorire la semplificazione del sistema tributario e degli adempimenti richiesti ai contribuenti.

Elemento qualificante di tale progetto è la previsione di un sistema perequativo basato su di una equalizzazione differenziata per funzioni.

Copertura integrale dei fabbisogni di spesa secondo “costi standard” per i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m), quali sanità, sociale, istruzione;

Copertura parziale dei differenziali di capacità fiscale standard (aliquote standard e base imponibile che tenga conto dell'evasione/elusione fiscale) per le funzioni autonome delle Regioni a statuto ordinario.

Il richiamo ai costi ed alla capacità fiscale standard attesta di una impostazione – largamente condivisibile – che tende a coniugare solidarietà (tramite la perequazione), efficienza e responsabilità, sanzionando gli sprechi e la cattiva amministrazione e premiando il raggiungimento di obiettivi di efficienza finanziaria, di recupero dell'evasione fiscale, di miglioramento di parametri ambientali e sociali.

D'altra parte il disegno di legge delega lascia aperte numerose questioni che vengono rimandate a futuri decreti legislativi. Gli effetti sulla distribuzione regionale delle risorse e sugli spazi effettivi di autonomia offerti alle Regioni e agli altri enti locali venivano quindi in buona misura demandati alle norme specifiche dei decreti di attuazione. Le principali questioni aperte appaiono le seguenti:

Le funzioni per le quali vanno garantiti i livelli essenziali su tutto il territorio nazionale. E' possibile che con i futuri decreti altre materie finiscano con il rientrare in quest'ambito, con tutte le conseguenze del caso sui livelli di spesa e di finanziamento. Va sottolineato anche il caso singolare del trasporto locale, la cui collocazione è volutamente incerta nel DDL delega.

La metodologia relativa al calcolo dei costi standard dei livelli essenziali per queste funzioni, la loro revisione nel tempo e i processi di avvicinamento dalla spesa storica (cioè, gli attuali trasferimenti) ai costi standard. In particolare, il DDL delega prevede un periodo determinato per il superamento definitivo del vecchio sistema di finanziamento ma non esplicita che cosa succede se le Regioni non sono in grado di adeguarsi al nuovo sistema di finanziamento.

Per il finanziamento delle funzioni non rientranti nell'ambito della lett. m e della lett. p dell'art. 117, il DDL delega prevede l'attribuzione di una compartecipazione o addizionale all'IRPEF all'aliquota di equilibrio, con il superamento del criterio della spesa storica entro 5 anni. Quale sarà la dinamica delle risorse nelle diverse Regioni a seguito di questa diversa modalità di finanziamento? In che misura inciderà la componente demografica? Quali gli spazi a disposizione, per esempio in termini di tributi propri, per le Regioni con minore capacità fiscale e dunque probabilmente penalizzate dal nuovo sistema?

Come si conciliano i precedenti meccanismi di finanziamento e perequazione, all'apparenza strutturali e dati, con il “coordinamento dinamico delle fonti di copertura”, che lo stesso DDL delega prevede venga presentato dal Governo alle Camere insieme al DPEF? Introduce questo degli spazi di ricontrattazione delle risorse anno per anno?

Il DDL delega prevede anche la presenza di una “Cabina di regia”, a cui partecipano i rappresentanti dei diversi livelli di governo, che dovrebbe guidare il processo di stesura dei decreti legislativi, anche alla luce delle risultanze delle analisi quantitative sulle nuove modalità di finanziamento. Che spazi ci sono perché questa Cabina evolva in un meccanismo coordinato permanente tra i diversi livelli di governo?

La Regione Umbria non ritiene di doversi “spaventare” di fronte ad ipotesi di incremento dell’autonomia finanziaria ed impositiva degli enti territoriali. Il federalismo fiscale va infatti vissuto in positivo, come una sfida da accettare e da saper gestire, a patto che il quadro normativo che verrà a formarsi rispecchi quelli che sono i reali contenuti e finalità di tale strumento, inteso sostanzialmente a promuovere una maggior responsabilizzazione delle amministrazioni regionali e locali e, per tale via, un maggior grado di efficienza.

Viceversa, del tutto non condivisibili sono quelle impostazioni di stampo egoistico che vedono nel federalismo fiscale semplicemente un mezzo per ridurre drasticamente il grado di redistribuzione interregionale delle risorse.

Le risorse economiche

Le risorse economico – finanziarie per la sostenibilità del sistema

L’ampliamento dell’autonomia delle Regioni, avviato negli anni ’90 sia tramite il decentramento di alcuni tributi sia con l’introduzione di nuovi strumenti di fiscalità, mirava alla progressiva sostituzione del modello di finanza derivata con quello di finanza autonoma.

Un decisivo passo verso l’abbandono del modello di finanza derivata è rappresentato dal D.Lgs. 56/2000, emanato sulla base della Legge delega n. 133/1999, indirizzo successivamente confermato dalla Legge Costituzionale n. 3/2001.

Le principali novità previste dal nuovo meccanismo di finanziamento possono così sintetizzarsi:

- soppressione di alcuni trasferimenti erariali, fra i quali il Fondo Sanitario Nazionale;
- introduzione di nuovi e maggiori tributi propri regionali e di forme di compartecipazione a tributi erariali, quali l’aumento dell’addizionale IRPEF, dell’aliquota della compartecipazione all’accisa sulla benzina e la previsione di una compartecipazione IVA;
- istituzione di un nuovo sistema di meccanismi perequativi, finalizzato a garantire livelli essenziali ed uniformi nello svolgimento delle funzioni e nell’erogazione dei servizi da parte delle Regioni, con particolare riguardo alla Sanità;
- introduzione di procedure di monitoraggio e verifica dei livelli di assistenza sanitaria erogati;
- possibilità per le Regioni di partecipare alle attività di accertamento dei tributi erariali.

Il D.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 ha definito quindi, prima ancora della riforma costituzionale del 2001, un nuovo sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario, con l'obiettivo di accrescere l'autonomia di entrata, di realizzare una perequazione interregionale delle risorse fondata su criteri più razionali e diversi da quelli della spesa storicamente realizzata nel passato, e di introdurre incentivi per le Regioni alla tenuta di comportamenti virtuosi sul fronte del prelievo e su quello della spesa. Tale riforma ha rappresentato anche il tentativo di superare, a Costituzione invariata, il finanziamento dei trasferimenti vincolati, agganciare la dinamica di crescita delle entrate regionali a quella dei tributi nazionali, più sensibili al trend di crescita dell'economia, responsabilizzare maggiormente le Regioni sul tema della gestione sanitaria.

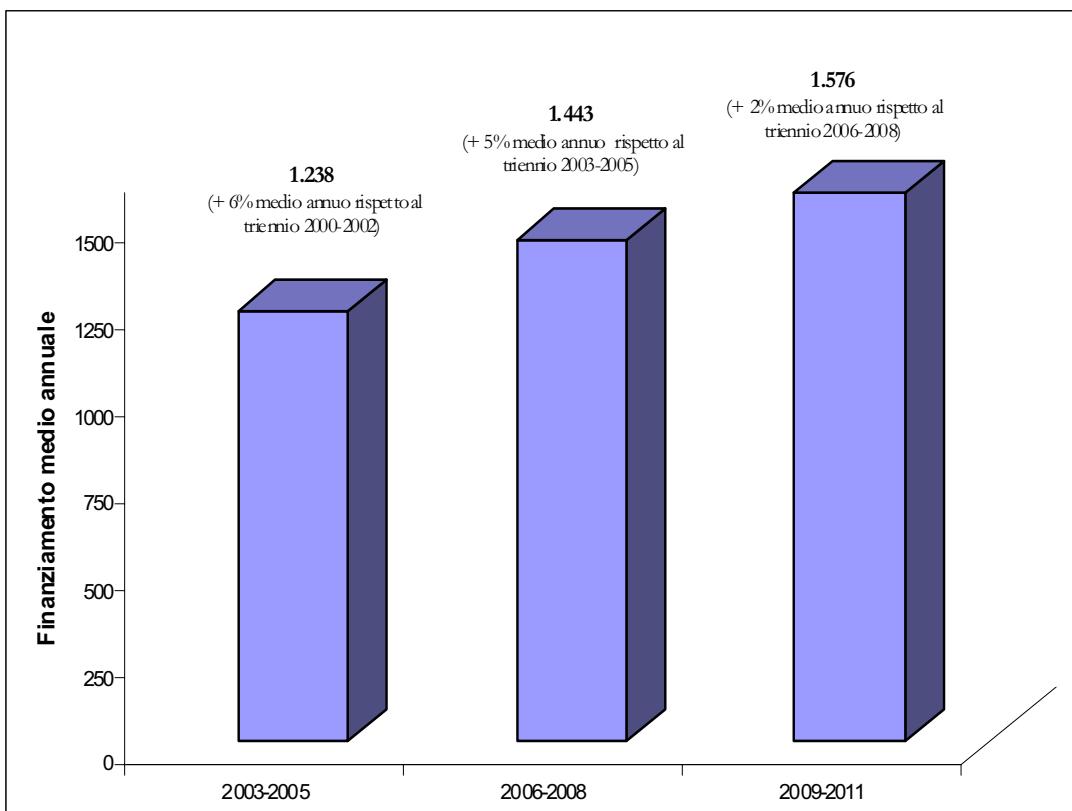
L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, nel recepire tale modello "federale" di finanziamento, prevedeva contestualità fra definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e determinazione del fabbisogno finanziario, quest'ultimo inteso come tetto invalicabile delle assegnazioni di risorse pubbliche statali alle Regioni per assicurare ai propri cittadini le prestazioni previste dai LEA.

Stabiliva inoltre che, nel caso di superamento del limite di spesa fissato, le Regioni avrebbero dovuto integrare il finanziamento ricorrendo all'imposizione di tasse, alla introduzione di ticket o all'adozione di altre misure di razionalizzazioni idonee a recuperare, nel corso dell'esercizio successivo, lo scarto fra risorse assegnate e fabbisogno effettivo.

Tuttavia, nella sua concreta applicazione, il D.Lgs. 56/2000, a causa soprattutto dei meccanismi di riequilibrio dei fabbisogni regionali decrescenti, non è riuscito a rappresentare, come era nelle intenzioni, l'attuazione dei principi del federalismo fiscale enunciati dal nuovo art. 119: non ha risolto infatti il problema della sistematica sottostima dei fabbisogni sanitari e dunque del deresponsabilizzante ricorso a ripiani ex post dei debiti pregressi, e, più in generale, non ha garantito certezza, tempestività e sufficienza di risorse per il finanziamento delle funzioni attribuite.

Il permanere nel periodo di elevati livelli centrali di pressione fiscale, non ha permesso, al pari di altre Regioni non in deficit sanitario, specifiche manovre sulla propria potenzialità fiscale a integrazione delle risorse per la sanità. Pertanto, le risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale risultano limitate a quelle determinate a livello centrale con la ripartizione nazionale.

La Figura sotto riportata sintetizza l'andamento del finanziamento regionale per il periodo 2003-2011. Il confronto degli incrementi annuali medi del finanziamento dei trienni 2003 – 2005 (+ 6%), 2006 – 2008 (+ 5%) e 2009 – 2011 (+ 2%) evidenzia che il finanziamento dell'ultimo triennio risulta fortemente sottodimensionato rispetto ai periodi precedenti e insufficiente a coprire la sola crescita dei costi determinata dall'inflazione specifica che si verifica nel settore sanitario.



Nel periodo 2003-2008 l'andamento delle risorse illustrato ha permesso di perseguire il sostanziale equilibrio di sistema, con necessità di rifinanziamento in corrispondenza dell'esercizio 2006.

Come già evidenziato nel DAP 2008-2010 le perdite conseguite dalle Aziende e rimaste ancora da coprire al 31 dicembre 2006, ammontano a 86,792 milioni di euro (come meglio riportato nella Tabella che segue), la cui copertura è prevista a carico del patrimonio disponibile (strutture ospedaliere dismesse e da dismettere e ulteriore patrimonio disponibile delle Aziende U.S.L.).

	TOTALE DA COPRIRE AL 31/12/ 2005	PRECONS. 2006	ULTERIORE ASSEGNAZ. 2006	RISULTATO DI ESERCIZIO 2006	TOTALE DA COPRIRE FINO AL 31/12/2006
Az. USL n. 1	-8.215.826,98	-5.974.000,00	5.974.000,00	+10.000,00	-8.215.826,98
Az. USL n. 2	-1.326.376,00	-18.933.000,00	18.933.000,00	+10.000,00	-1.326.376,00
Az. USL n. 3	-11.066.797,56	-3.107.000,00	3.100.000,00	- 7.000,00	-11.073.797,56
Az. USL n. 4	-16.959.659,78	-16.371.000,00	15.073.000,00	- 1.298.000,00	-18.257.659,78
Az. Osp. PG	-32.932.463,33	-2.893.000,00	2.893.000,00	+25.000,00	-32.932.463,33
Az. Osp. TR	-8.986.033,33	-800.000,00	800.000,00	+4.000,00	-8.986.033,33
TOTALE REGIONE	-79.487.156,99	-48.078.000,00	46.773.000,00	- 1.305.000,00	-80.792.156,99
INSUSS. dell'ATTIVO delle Aziende (da coprire)	-6.000.000,00				-6.000.000,00
TOTALE da COPRIRE	-85.487.156,99	-48.078.000,00	46.773.000,00	- 1.305.000,00	-86.792.156,99

Nonostante l'andamento dei flussi finanziari e la criticità del sistema di finanziamento sopra descritti, la Regione Umbria è risultata, nel periodo considerato, costantemente adempiente al Tavolo ministeriale di Monitoraggio per la verifica degli Adempimenti Regionali. Tale esito ha consentito di accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato rispetto al livello di cui all'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001.

La programmazione delle risorse finanziarie per il triennio 2007-2009 è contenuta nell'intesa tra Governo e Regioni relativa ad un nuovo "Patto per la Salute", di valenza triennale.

Il Patto si compone di un aspetto finanziario e di un accordo normativo e programmatico. L'accordo finanziario ha previsto un incremento delle risorse messe a disposizione dallo Stato centrale da 91 Miliardi, del 2006, a 97 Miliardi, del 2007, comprensivi di un fondo di accompagnamento di 1 Miliardo per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea con i livelli di spesa concordati, 99,042 miliardi per il 2008 e 102,245 miliardi per il 2009.

Il "Patto" si è caratterizzato anche per la ripresa degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria grazie al rifinanziamento ex art. 20 della L. 67/88 per l'importo complessivo di 2,4 Miliardi di Euro per il 2007 e, in base alla previsione della Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 (Legge Finanziaria 2008), per 3 miliardi a carico del 2008.

Tuttavia, il cambio di Governo, avvenuto nel corso dell'anno, ha, di fatto, provocato una interruzione delle linee programmatiche all'interno delle quali Regioni e Governo avevano concordato le priorità e gli indirizzi di sviluppo dei servizi; una delle conseguenze risulta anche la dilazione del programma degli investimenti da cui deriva una totale incertezza sulla effettiva possibilità di erogazione degli stanziamenti previsti dal precedente Governo.

La manovra sulla spesa farmaceutica

La legge finanziaria per il 2008 ha introdotto inoltre una serie di norme specifiche a disciplina del settore della spesa farmaceutica pubblica. Tale cambiamento è il punto di arrivo di un processo avviato con il "Patto per la salute" con l'obiettivo di modificare la disciplina vigente, senza porre oneri aggiuntivi per la finanza pubblica, per correggerne quegli aspetti che ostacolavano la programmazione delle imprese, scoraggiandone l'attività di investimento in R&S e l'introduzione di farmaci innovativi, e ne attenuavano l'intensità concorrenziale.

Nel concreto la riforma modifica i tetti imposti alla spesa farmaceutica ed il sistema di regolazione tra le imprese produttrici ed il SSN. Il tetto è elevato dal 13 al 14 per cento del finanziamento del SSN per la spesa territoriale, al cui interno si fanno rientrare sia il ticket

pagato dagli utenti, precedentemente escluso, sia la spesa per la distribuzione diretta, che prima era conteggiata nella spesa ospedaliera, mentre passa dal 3 al 2,4 per cento del finanziamento del SSN, per la spesa ospedaliera al netto della distribuzione diretta.

In corrispondenza, si rivedono anche le regole relative al ripiano dell'eventuale sforamento della spesa effettiva rispetto a quella programmata. Per la spesa territoriale, il ripiano è a totale carico degli operatori privati del settore (in precedenza era a carico di Regioni e imprese rispettivamente nella misura del 40 e 60 per cento), in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sui prezzi dei medicinali. Le aziende produttrici, in particolare versano la quota a loro carico, direttamente alle Regioni interessate secondo il meccanismo del pay back vigente. Lo sforamento è, invece, posto interamente a carico delle Regioni, nel caso della spesa ospedaliera è, attraverso misure di contenimento anche di altre voci di spesa, a meno che la Regione non registri un equilibrio economico complessivo.

A ciascuna azienda produttrice viene riconosciuto un budget annuale, pari alle quote di mercato conseguite nell'anno precedente, al netto del corrispettivo relativo ai farmaci off-patent disponibili nei portafogli delle imprese e di quello versato per il ripiano degli sfondamenti. A tali risorse si aggiungono quelle rese disponibili dall'incremento dei tetti di spesa – per effetto cioè dell'incremento del FSN - e dai risparmi attesi dalle decadenze dei brevetti, che sono distribuite per il 60 per cento alle aziende, secondo i budget individuati. La restante parte, parte delle risorse aggiuntive va invece a finanziare due fondi di identico ammontare, l'uno riservato ai farmaci innovativi autorizzati nel corso dell'anno e l'altro necessario a soddisfare esigenze allocative che possono verificarsi in corso d'anno.

La riforma segna un miglioramento rispetto alla situazione preesistente, grazie all'introduzione di un sistema di regolazione ex ante e alla stabilità concessa ai prezzi, sostituendo al taglio dei prezzi il meccanismo di pay back.

Le risorse di parte corrente per il periodo 2007-2011

Il quadro economico individuato dal “Patto per la Salute” 2007/2009 è stato rivisto dal Decreto Legge 25.06.2008, n. 112, che, nell'anticipare la manovra finanziaria per il 2009/2011, ha determinato un ridimensionamento della dinamica di crescita del FSN; il Decreto Legge 154/2008, ha tuttavia ripristinato, limitatamente all'anno 2009, il finanziamento precedentemente previsto dal Patto.

Le risorse finanziarie previste per il Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2009/2011 così come definite dal nuovo Patto per la Salute, aggiornate con la manovra finanziaria per il 2008 e con il D.L. 154/2008, risultano pertanto:

Ipotesi finanziamento Regione Umbria - periodo 2009-2011

	2007	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
FINANZIAMENTO COMPLESSIVO SSN (netto fondo transitorio)	96,040	99,082	3,17	102,683	3,63	103,945	1,23	106,265	2,23
di cui per ripartizione quota F.do Sanitario corrente	94,069	96,916	3,03	100,434	3,63	101,669	1,23	103,938	2,23
QUOTA INTEGRATIVA TICKET	0,511	0,834	63,21	0,834		0,400	-52,04	0,400	-
INTEGRAZIONE CONTRATTI	-	0,661		0,582	-11,95	0,069	-88,14	0,69	-100,00
TOTALE FINAZIAMENTO FSN	96,551	100,577	4,17	104,099	3,50	104,414	0,30	106,734	2,22
QUOTA REGIONE UMBRIA SU FINANZ. INDISTINTO	1,444	1,488	3,05	1,542	3,61	1,561	1,23	1,595	2,23
QUOTA SU INTEGRAZIONE FINANZIAMENTO	0,008	0,024	200,00	0,023	-4,17	0,007	-69,56	0,007	-
TOTALE QUOTA REG. UMBRIA	1,452	1,512	4,13	1,564	3,46	1,568	0,22	1,603	2,22

(valori espressi in Milioni di Euro)

Il D.L. 25.06.2008, n. 112, all'art. 79, che anticipa la manovra finanziaria per il triennio 2009/2011, conferma sostanzialmente il quadro delle risorse per il 2009. Il sopra citato Decreto non ha, però, definito la copertura della spesa relativa all'abolizione della quota ricetta introdotta dal governo Prodi e dallo stesso finanziata fino al 2008; successivamente la Legge 154/2008 ha confermato, limitatamente all'anno 2009, tale finanziamento.

Relativamente al biennio 2010-2011 viene fissata la dotazione del FSN, rispettivamente, in 103,945 e 106,265 MLD, determinando di fatto un ridimensionamento della dinamica di crescita dello stesso che si attesta sull'1,23% per il 2010 e sul 2,23% per il 2011.

Il trend di crescita del triennio risulta notevolmente ridimensionato rispetto alla dinamica attivata con il "Patto per la salute", attestandosi sui livelli più bassi negli ultimi 12 anni di finanziamento del SSN.

Tale drastica riduzione dei finanziamenti rispetto al trend del fabbisogno, è destinata a produrre effetti notevolmente pesanti per la sostenibilità dei Servizi Sanitari Regionali, in particolare a partire dal 2010.

Se si considera infatti il costante aumento della popolazione ed il trend inflattivo, l'incremento del finanziamento complessivo del SSN risulta per il 2010 e per il 2011 pressoché nullo se non addirittura negativo.

In questo contesto, commenta la Commissione salute della Conferenza Stato-Regioni, “appaiono fortemente compromessi sia la sostenibilità del sistema sanitario su tutto il territorio nazionale sia il processo di governo della spesa in atto in tutte le regioni”.

La spesa sanitaria e la sostenibilità del sistema

Il trend della spesa sanitaria, sia pubblica che privata, in Italia risulta in linea con quello dei principali paesi europei con strutture organizzative del sistema sanitario simili. Come sopra evidenziato, la dotazione finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è andata negli anni crescendo, in alcune fasi anche in modo consistente, ma questo non ha impedito che il SSN abbia continuato a generare deficit.

Se la causa di tali deficit sia da attribuire ad un sottodimensionamento del fabbisogno piuttosto che ad inefficienza del sistema sanitario è una questione alla quale è difficile fornire una risposta univoca.

Relativamente al problema del sottodimensionamento del fabbisogno e del fatto che lo stesso cresca più del PIL, è noto in letteratura che questo problema possa essere in larga parte attribuibile a quattro fattori principali: le dinamiche demografiche ed epidemiologiche (in particolare l'aumento della disabilità e della cronicità), il progresso tecnologico e scientifico, la struttura dei costi di produzione in sanità e l'ampliamento della nozione di salute.

Nel caso del progresso tecnologico, recenti studi condotti dall'Ocse e da gruppi indipendenti di ricercatori (TECH Global Research network) hanno peraltro ampiamente dimostrato l'esistenza di un chiaro nesso di causalità tra l'adozione di politiche sanitarie che favoriscono l'introduzione di nuove tecnologie, l'adozione e la diffusione delle stesse nella pratica sanitaria ed il miglioramento nel livello di salute della popolazione, misurato come riduzione nei tassi di ospedalizzazione e di mortalità.

Questa evidenza pone il problema della valutazione degli effetti delle citate componenti nei modelli econometrici disponibili su base nazionale.

Un recente studio del Cer, ad esempio, ponendo l'accento sui fattori indicati e sulla innovatività ed efficacia dei piani di rientro in atto in alcune regioni (Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Molise, Sicilia), ipotizzava, in presenza del rispetto dei piani stessi, il pareggio di bilancio per il SSN entro il 2009; la stessa valutazione estesa al 2012 ipotizzava il

permanere dell'equilibrio in presenza di risorse stabili al 6,6% del PIL e andamento medio di crescita dello stesso (1% annuo).

Lo scenario descritto, aldilà dei limiti di valutazione degli aspetti qualitativi del sistema da parte dei modelli econometrici, è destinato ad essere comunque messo in discussione sia dall'evolversi del quadro economico, caratterizzato da bassa crescita e dalla manovra successivamente disposta dal Governo con la Legge 133/2008 di conversione del citato decreto 112/08 che, fatta salva una relativa stabilità della dinamica del fondo per il 2009, ipotizza incrementi del tutto inadeguati rispetto all'andamento storico per il biennio successivo, peraltro rimandando a misure generiche definite dal DPEF e ad un nuovo patto da sottoscrivere con le regioni entro il 31.12.2008 la riconduzione della spesa tendenziale verso la spesa programmata.

Il quadro illustrato, ulteriormente deteriorato dal profilarsi di una crisi finanziaria internazionale con epicentro negli Stati Uniti e in corso di rapida diffusione nel resto del mondo, con impatto sulle situazioni economiche di tutti i paesi sviluppati, pone con grande forza la questione della sostenibilità dei sistemi di welfare dei paesi europei e, in particolare, delle misure a finanziamento dei sistemi sanitari pubblici.

Per definire una strategia della sostenibilità acquistano pertanto particolare importanza le misure individuate al paragrafo 16 “Le azioni trasversali per la sostenibilità” e, a livello di strumenti, la possibilità di adeguare con rapidità le azioni sul sistema previste dal nuovo modello di programmazione.

Le risorse per gli investimenti

Come anticipato, uno degli elementi caratterizzanti del “Patto per la salute” è stato il rifinanziamento dell'art.20 della L.67/88 relativo al Piano straordinario degli investimenti.

La strategia descritta è stata supportata prevedendo con la L.F. per il 2007 l'importo complessivo di 2,350 Miliardi di Euro e con la L.F. per il 2008 ulteriori 3 miliardi di euro.

La disponibilità di queste risorse permette di rilanciare il Programma regionale degli investimenti quale strumento per supportare in modo decisivo il processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, attraverso il miglioramento dei presidi ospedalieri e delle strutture territoriali.

Esito del precedente ciclo programmatico

Il programma ex art.20 della legge 67/88.

Il ciclo programmatico derivante dal decorso Piano sanitario è stato caratterizzato prevalentemente dall'impiego dei fondi della II fase del programma originario ex art.20 della L.67/88, cui si sono aggiunti altre fonti derivanti da specifiche politiche di settore nazionali, quali i fondi per la realizzazione delle strutture per l'attività libero-professionale ex L. 254/2000, le risorse per il Piano alla lotta all'AIDS ex legge 135/90 e le risorse per il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative ex legge 39/99.

L'utilizzo delle risorse citate, integrate dalle risorse regionali derivanti dalla L.7/2004, ha sostenuto un vasto programma di ammodernamento e qualificazione che ha determinato il pressoché integrale rinnovo della rete ospedaliera regionale, a partire dalla realizzazione del Polo unico ospedaliero-universitario della città di Perugia.

Di seguito si riporta lo stato degli interventi programmati ex art.20:

INVESTIMENTO IN MIGLIAIA DI EURO								
	PROGRAMMA	SUPERF. INTERV. (mq)	POSTI LETTO (n. p.l.)	1° TRIENIO (Migliaia di Euro)	2° FASE – 1° TRANCHE (Migliaia di Euro)	2° FASE - 2° TRANCHE (Migliaia di Euro)	TOT ART 20 (Migliaia di Euro)	STATO ATTUAZ.
1	ADEGUAMENTO IMPIANTI VARI	0	0	4.200	0	400	4.600	Concluso
2	OSP. CASTELLO	31.000	307	26.600	0	0	26.600	Concluso
3	OSP. CASTELLO POTENZ TECNO	0	0	4.100	0	0	4.100	Concluso
4	OSP. PERUGIA	103.000	500	19.800	70.200	0	90.000	Concluso
5	RSA MAGIONE	700	12	0	0	950	950	Concluso
6	OSP. FOLIGNO	53.000	400	11.000	55.000	0	66.000	Concluso
7	OSP. FOLIGNO POTENZ TECNO	0	0	0	0	4.600	4.600	Concluso
8	U.O.RIABIL. TREVI	6.200	40	7.400	2.500	0	9.900	Concluso
9	OSP. SPOLETO	10.000	200	5.400	5.100	0	10.500	In fase conclusiva
10	OSP. ORVIETO	25.000	200	22.300	0	0	22.300	Concluso
11	OSP. ORVIETO POTENZ TECNO	0	0	2.100	0	0	2.100	Concluso
12	OSP. TERNI REALIZZAZIONE DEU	– 8.500	0	3.600	1.100	7.400	12.100	In fase conclusiva
13	RSA Le Grazie-TR	2.100	20	0	3.800	0	3.800	Concluso
	TOTALE	239.500	1.679	106.500	137.700	13.350	257.550*	

Gli ulteriori investimenti programmati dalla Regione

Congiuntamente al Piano pluriennale investimenti in edilizia sanitaria – derivante dall'art. 20 della legge 67/88, che rimane il programma base del processo di ammodernamento delle strutture sanitarie – la normativa nazionale ha previsto altri programmi mirati ad interventi per il miglioramento di strutture specifiche nel campo sanitario.

Interventi che la Regione Umbria ha programmato e attuato di concerto con le aziende sanitarie ed avviato nel tempo secondo la tempistica stabilita dalle stesse norme.

Il piano di lotta e prevenzione AIDS L. 135/90

Il piano ha previsto il finanziamento a totale carico dello Stato per la realizzazione di 4 interventi, per complessivi 87 nuovi posti letto per malati AIDS, così suddivisi:

PROGRAMMA	POSTI LETTO	INVESTIMENTO A TOTALE CARICO DELLO STATO	STATO ATTUAZIONE
CITTA' DI CASTELLO	7	685.733,18	CONCLUSO
PERUGIA	52	9.815.434,97	CONCLUSO
SPOLETO	7	1.293.472,82	CONCLUSO
TERNI	21	3.364.911,82	CONCLUSO
TOTALE	87	15.159.552,79	

(Importi espressi in euro)

I programmi sono stati completati e nonostante l'emergenza dell'AIDS sia rientrata rispetto alle proiezioni iniziali le strutture, dato le caratteristiche sanitarie e tecniche con le quali sono stati realizzati, svolgono attività di trattamento e cura delle malattie infettive.

Il piano di intervento nel settore materno-infantile

Con DGR 6081 del 23 settembre 1997, la Regione ha adottato il Programma di interventi per l'Area Materno Infantile di cui all'art. 3 della Legge 30 giugno 1996 n° 34. Il programma prevede la destinazione di risorse dell'art. 20 legge 67/88, per 1.674.000 euro (3.241 milioni di lire), per il potenziamento delle aree materno-infantile (consulitori, parto assistito, ecc.) delle aziende sanitarie umbre.

Il finanziamento, come i fondi art. 20 legge 67/88 prevede una quota del 95% a carico dello Stato ed il 5% a carico della Regione.

INTERVENTO	STATO 95%	REGIONE 5%	TOTALE	STATO ATTUAZIONE
AZ OSP PERUGIA	319.000,00	17.000,00	336.000,00	CONCLUSO
AZ OSP TERNI	175.000,00	9.000,00	184.000,00	CONCLUSO
ASL 1	85.500,00	4.500,00	90.000,00	CONCLUSO
ASL2	160.500,00	8.500,00	169.000,00	CONCLUSO
ASL 3	663.000,00	35.000,00	698.000,00	CONCLUSO
ASL 4	187.000,00	10.000,00	197.000,00	CONCLUSO
TOTALE	1.590.000,00	84.000,00	1.674.000,00	

(Importi espressi in euro)

Il programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative (art. 1 L. 39/99)

Il programma ha previsto la realizzazione di strutture da destinare ai pazienti sottoposti a cure palliative nelle aziende USL, per i seguenti importi:

INTERVENTI	POSTI LETTO	1^ TRANCHE FINANZ.TO	2^ TRANCHE FINANZ.TO	TOTALE	STATO ATTUAZIONE
ASL 1	5	326.893,79	182.915,04	509.808,84	CONCLUSO
ASL 2	12	784.498,03	438.969,10	1.223.494,13	CONCLUSO
ASL 3	7	457.580,81	256.081,06	713.661,87	CONCLUSO
ASL 4	9	588.408,83	329.247,08	917.655,91	IN FASE CONCLUSIVA
TOTALE	33	2.157.381,46	1.207.239,28	3.364.620,75	

(Importi espressi in euro)

La concreta realizzazione di attività di cure palliative su tutto il territorio della Regione Umbria mira ad estendere le esperienze già maturate nella nostra Regione spostando risorse su una fascia di cittadini fino ad oggi emarginati, per superare la settorializzazione organizzativa attualmente prevalente.

Visto l'alto grado di integrazione che tale attività richiede il programma punta alla costruzione di una rete, come aggregazione funzionale di servizi distrettuali e ospedalieri, in sinergia con la rete di solidarietà sociale presente nel territorio, a garanzia della continuità di cura del paziente terminale, superando un assetto basato nella migliore delle ipotesi su cure palliative collocate in sedi ospedaliere, con proiezioni territoriali per assistenza domiciliare.

Il completamento delle opere strutturali oggetto avverrà entro il 2009.

Il programma per la realizzazione delle strutture sanitarie per l'attività libero-professionale (d.lgs. 254/2000).

Il programma ha finanziato la realizzazione di nuovi interventi o la ristrutturazione di spazi nelle attuali strutture sanitarie, con l'acquisto di attrezzature, da destinare all'attività

libero-professionale intramuraria. Gli investimenti complessivi sono stati superiori a 27 milioni di euro suddivisi tra le 6 Aziende Sanitarie, nei seguenti termini:

INTERVENTO	STATO 95%	REGIONE 5%	TOTALE	STATO ATTUAZ.
AZ OSP PERUGIA	6.845.119,74	360.269,46	7.205.389,20	CONCLUSO
AZ OSP TERNI	5.164.568,99	271.819,42	5.436.388,41	CONCLUSO
ASL 1	1.803.983,95	94.946,52	1.898.930,47	IN ATTUAZIONE
ASL2	4.669.803,28	245.779,12	4.915.582,40	CONCLUSO
ASL 3	4.652.760,20	244.882,12	4.897.642,32	CONCLUSO
TOTALE*	25.677.941,61	1.351.470,61	27.029.412,21	

(Importi espressi in euro)

Il programma per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani - (art. 71 l. 448/98).

L'art.71 della L.448/98 ha previsto la realizzazione di un Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

Il Piano si è prefisso tale scopo assumendo un approccio spiccatamente integrato tra i diversi segmenti di offerta assistenziale ed estendendosi a ricoprendere nella propria sfera di applicabilità anche interventi di tipo non strettamente sanitario ma comunque rilevanti ai fini dell'accessibilità ai servizi da parte dell'utenza.

La Regione dell'Umbria, è stata inserita nel programma con la città di Perugia destinando i fondi ottenuti ai seguenti interventi:

- Ristrutturazioni interne e sistemazione viaria area ex-Silvestrini;
- Realizzazione RSA "Il Grocco";
- Front -office e adeguamento funzionale e tecnologico poliambulatorio Europa;
- Servizio per le tossicodipendenze asl 2;
- Organizzazione/acquisizione/ristrutturazione Centri Salute;
- Strutture residenziali area psichiatrica parco S. Margherita;
- Centro residenziale riabilitazione neuromotoria.

Il piano di intervento prevede una spesa complessiva di circa 46 milioni di euro di cui 31 a carico dello Stato e 15 milioni di euro di cofinanziamento a carico delle due Aziende (ASL 2 ed Azienda Ospedaliera di Perugia), del Comune di Perugia della Regione e di soggetti privati.

Il Piano, suddiviso in 36 sottoprogetti, è stato approvato dalla Regione Umbria, con atto n. 462 del 12 aprile 2000 e nel 2001 il Ministero della salute ha ripartito le risorse finanziarie destinate alla Regione:

	INVESTIMENTO	STATO ATTUAZIONE
ASL 2	16.345.860,86	CONCLUSO

* N.B. Gli importi totali sono comprensivi anche degli importi riferiti alla ASL 4, seguenti:

ASL 4	2.541.705,44	133.773,97	2.675.479,41	IN ATTUAZIONE
-------	--------------	------------	--------------	---------------

AZIENDA OSP. PG	11.362.051,78	CONCLUSO
PRIVATI	2.324.056,05	CONCLUSO
COMUNE DI PERUGIA	16.110.872,97	CONCLUSO
TOTALE	46.142.841,65	

(Importi espressi in euro)

Il programma finanziato con i fondi INAIL

L'INAIL, di concerto con il Ministero della Salute, pone a disposizione delle Regioni finanziamenti da destinare a strutture sanitarie. Nell'ambito di questo Programma l'Umbria ha realizzato il Nuovo Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino, attivo dal 2008, con un investimento di circa 39 milioni di euro che, entrato già in funzione, ha sostituito i due ospedali di Gubbio e Gualdo Tadino.

La legge Regionale n. 7 del 26 maggio 2004 e l'ammodernamento delle strutture sanitarie attraverso l'implementazione tecnologica.

Come anticipato, il Piano investimenti in edilizia sanitaria ex art. 20 è stato uno strumento fondamentale per supportare il processo di razionalizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari regionali al quale si sono aggiunti nel tempo gli ulteriori finanziamenti descritti, derivanti da leggi statali volte a completare il disegno di modernizzazione e miglioramento della qualità dei servizi.

I finanziamenti descritti, pur integrati dal cofinanziamento regionale e aziendale, non sono stati sufficienti a coprire le reali esigenze della regione, data l'obsolescenza della rete ospedaliera e delle tecnologie disponibili.

Perciò, la Regione Umbria, con propria legge n. 7 del 26 maggio 2004, ha dettato disposizioni in materia di finanziamento degli investimenti del servizio sanitario regionale, assicurando così la copertura finanziaria integrativa, necessaria a rafforzare il processo di riqualificazione edilizia, strutturale e tecnologica del patrimonio pubblico destinato all'erogazione dei servizi socio-sanitari.

In particolare sono stati assegnate nel periodo 2004-2007 le seguenti risorse, per un totale di € 74.900.000:

- ASL n.1 - € 3.830.000 - implementazione tecnologica e delle attrezzature del nuovo ospedale comprensoriale di Gubbio-Gualdo Tadino;
- ASL n.2 - € 7.000.000 – quota- parte per realizzazione ospedale di territorio del lago Trasimeno e realizzazione Palazzo della Salute di Bastia;
- ASL n.3 - € 12.400.000 – potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione Ospedale di Foligno;
- ASL n.4 - € 5.000.000 – Attrezzature ed implementazione tecnologica ospedale comprensoriale di Narni-Amelia;
- Azienda Ospedaliera di Perugia - € 43.670.000 - Potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione Polo Unico Silvestrini;

- Azienda Ospedaliera di Terni - € 3.000.000 - Potenziamento tecnologico ed attrezzature per attivazione DEU.

Il Piano Investimenti nel suo complesso, inteso come insieme dei finanziamenti concessi e totalmente utilizzati con un apporto significativo di finanziamenti regionali, ha consentito all'Umbria di ammodernare la sua rete ospedaliera e sanitaria collocando la nostra Regione tra le prime per capacità attuativa e progettuale.

I progetti hanno avuto tutti un forte indirizzo verso la centralità del paziente e l'umanizzazione dell'assistenza, la qualità e la professionalità del personale curante. mantenendo e migliorando il già elevato standard qualitativo dell'assistenza umbra.

In particolare gli interventi realizzati hanno tenuto conto dell'integrazione con il territorio, la capacità del rinnovamento tecnologico con conseguente impatto positivo sugli aspetti gestionali delle Aziende Sanitarie e la salvaguardia dei valori paesaggistici della zona circostante.

Il programma degli ospedali di territorio.

La realizzazione degli ospedali di territorio che andranno a sostituire ed accorpate i presidi già esistenti consentirà alla Regione dell'Umbria la completa attuazione delle proprie linee programmatiche attinenti la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

Gli ospedali previsti sono:

Nuovo Ospedale di Todi-Marsciano, già in fase di realizzazione entrerà in funzione nel 2009;

Nuovo Ospedale Narni-Amelia, attualmente in fase di progettazione;

Nuovo Ospedale del Trasimeno (Castiglion del Lago-Città della Pieve) attualmente in fase di progettazione.

Il programma degli investimenti 2009-2011.

Le risorse stanziate dalle leggi finanziarie 2007-2008, ammontanti per la Regione dell'Umbria a circa 83,7 milioni di euro, permettono di iniziare un nuovo ciclo di programmazione degli investimenti che, nel rispetto dei criteri stabiliti dalle leggi nazionali, consentirà di completare il processo di razionalizzazione e qualificazione della rete assistenziale, attraverso l'innalzamento della qualità del sistema, dell'innovazione tecnologica, dell'accreditamento, della qualificazione delle reti ospedaliere e del potenziamento dei servizi territoriali.

Alle fonti statali vanno aggiunti fondi derivanti dall'applicazione della L. 7 del 2004 che integra per circa 21,9 milioni di euro le disponibilità necessarie a garantire la completa attuazione degli interventi programmati.

Tenuto conto dello stato di attuazione dei programmi e delle esigenze prospettate dalle aziende sanitarie, la programmazione del triennio, oltre a garantire il finanziamento per il completamento della rete degli ospedali di territorio, sarà orientata alla messa a norma delle strutture e al potenziamento tecnologico.

2.2 Le caratteristiche demografiche

La popolazione che abita un determinato territorio è il principale fruitore delle strutture sanitarie e dei servizi assistenziali e per la salute e le sue caratteristiche determinano e condizionano la domanda di salute e di assistenza; pertanto l'analisi della struttura e dei fenomeni di transizione demografica, che influenzano la corrispondenza dell'offerta dei servizi alla richiesta effettiva della popolazione, è di importanza fondamentale per un'adeguata programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria nella regione.

Dal punto di vista sanitario, la distribuzione territoriale, la struttura della popolazione per età e sesso e il rapporto popolazione attiva e dipendente costituiscono un riferimento essenziale per valutare potenzialità e bisogni. La distribuzione della popolazione sul territorio regionale influenza sulla distribuzione e l'accessibilità dei servizi; l'invecchiamento comporta un aumento dei carichi assistenziali, in particolare per quanto riguarda la cura delle malattie croniche e disabilitanti e determina la richiesta di servizi specifici. D'altra parte uno squilibrio tra la componente attiva della popolazione e quella dipendente può comportare un aumento della richiesta di assistenza sanitaria e sociale.

Scopo del presente capitolo è quello di delineare, attraverso la descrizione delle caratteristiche demografiche della popolazione umbra, lo scenario dal quale potrebbero svilupparsi eventuali problemi di salute nella popolazione e dal quale possono arrivare utili indicazioni per la programmazione dell'assistenza sanitaria.

In particolare, per descrivere la struttura della popolazione sono stati utilizzati il rapporto di mascolinità, la composizione percentuale per grandi classi di età e l'indice d'invecchiamento, la piramide delle età, la speranza di vita alla nascita, l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza; l'andamento nel tempo di tali indicatori è stato descritto facendo un confronto tra il dato più recente disponibile, relativo al 1 gennaio 2007, e i dati dei due precedenti censimenti del 2001 e del 1991.

Le principali informazioni sulla dinamica demografica sono state tratte dal calcolo del bilancio demografico, dai tassi di fecondità, di natalità e di mortalità; il trend temporale prende in considerazione il periodo 2000 – 2006.

La struttura della popolazione e la dinamica demografica sono state descritte utilizzando i dati ISTAT riguardanti la popolazione residente al 1° gennaio 2007 per sesso, classe di età quinquennale e comune e i censimenti ISTAT 1991 e 2001; il bilancio demografico anno 2006 e la popolazione residente al 31 dicembre 2006 per comune; la popolazione straniera residente al 1 gennaio 2007 per comune.

La struttura della popolazione

La popolazione residente in Umbria al 1° gennaio 2007 è di 872.967 abitanti; il 52% della popolazione umbra è di sesso femminile con un rapporto medio di mascolinità di 93,7 maschi ogni 100 femmine; il 7,3% della popolazione residente è rappresentato da stranieri, il 23% dei quali ha meno di 18 anni.

La quota di popolazione con più di 65 anni è aumentata di 4 punti percentuali dal 1991 al 2007, passando dal 19% al 23% (fig.1); l'invecchiamento costante nel tempo della

popolazione è dovuto prevalentemente alla componente dei grandi anziani, ovvero dei soggetti con più di 75 anni.

La struttura della piramide delle età evidenzia il peso consistente della componente femminile nelle classi più anziane; sopra i 75 anni di età il 4,5% sono uomini a fronte di un 7,4% di donne (fig. 2). La speranza di vita alla nascita in Umbria è infatti, secondo i dati ISTAT del 2004, di 78,7 anni per gli uomini e di 84,3 anni per le donne, in miglioramento rispetto ai dati del 1999 e con valori superiori sia a quelli nazionali sia a quelli del Centro Italia (tab. 1).

Figura 1 - Indice di invecchiamento: trend 1991-2007

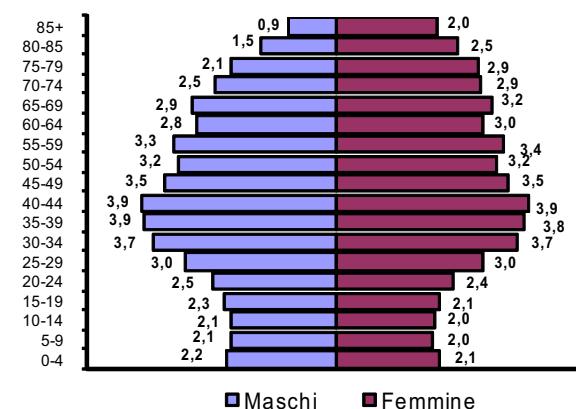
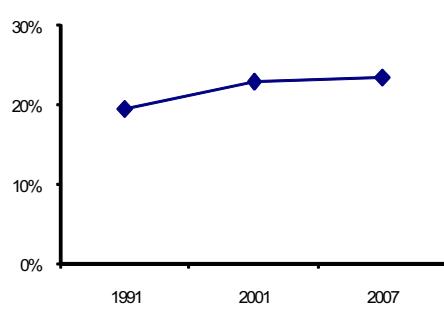


Tabella 1 – Speranza di vita alla nascita (in anni): confronto 1999-2004

	UMBRIA		CENTRO		ITALIA	
	M	F	M	F	M	F
1999	76,9	82,8	76,4	82,5	76,0	82,1
2004	78,7	84,3	78,2	83,8	77,9	83,7

Per descrivere ulteriormente la struttura della popolazione, ed in particolare il fenomeno del costante invecchiamento, possono essere utilizzati alcuni indici quali l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza.

L'indice di vecchiaia, che è passato da un valore di 142,4% nel 1991 ad un valore di 185,9% nel 2007, mostra una leggera flessione rispetto al 2001 (186,3%), con una tendenza quindi ad una stabilizzazione del fenomeno dell'invecchiamento nella popolazione umbra (fig.3).

L'indice di dipendenza totale, che è soprattutto di rilevanza economica e sociale, è in continuo aumento dal 1991, soprattutto nella sua componente senile; nel 2007 ci sono 56 persone cosiddette dipendenti ogni 100 persone nella fascia di età considerata attiva (fig. 4).

Figura 3 – Indice di vecchiaia: trend 1991-2007

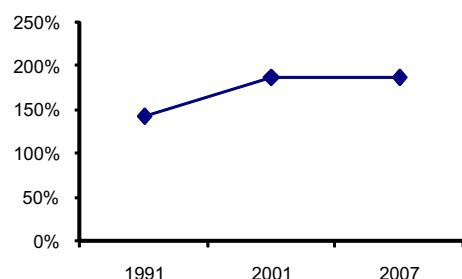
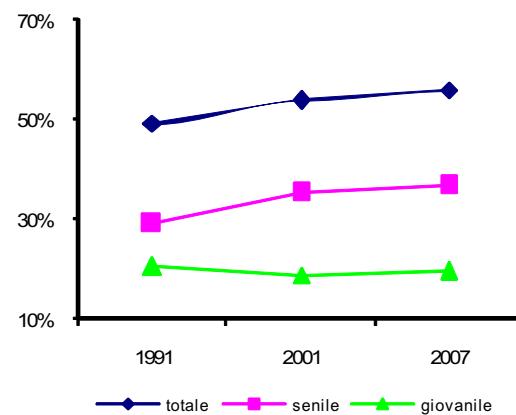


Figura 4 – Indice di dipendenza: trend 1991-2007



Il confronto tra le ASL e la media regionale mette in evidenza il maggior invecchiamento della popolazione sul territorio della ASL 3 e soprattutto della ASL 4, che hanno per lo più valori degli indici allineati o superiori alla media regionale (figg.5-7).

Figura 5 – Indice di invecchiamento per ASL: Umbria 2007

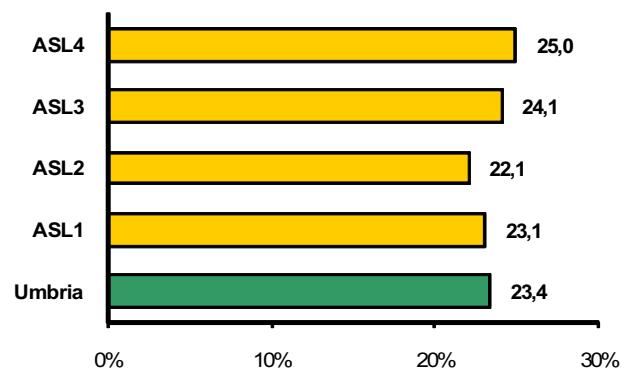


Figura 6 – Indice di vecchiaia per ASL: Umbria 2007

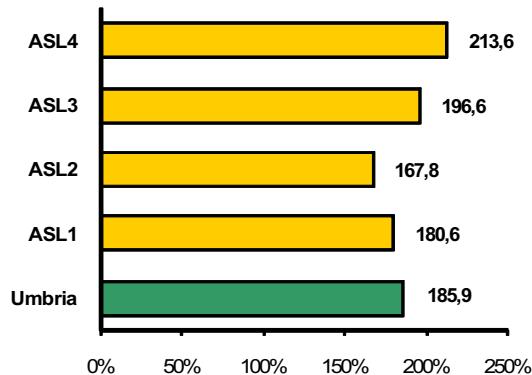
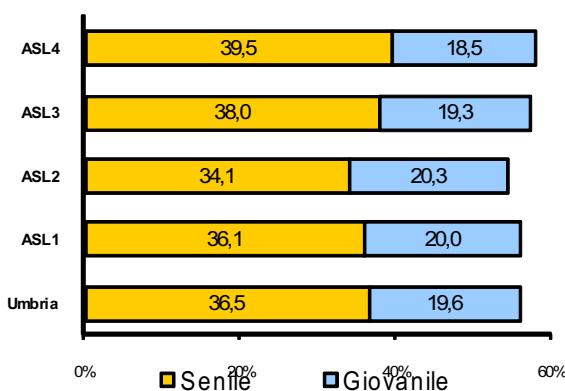


Figura 7 – Indice di dipendenza per ASL: Umbria 2007



La dinamica demografica

La popolazione umbra è in costante crescita; dal 2000 al 2006 è passata da 840.482 a 872.967 abitanti, con un incremento di 32.485 unità pari al 3,9%; tale crescita è dovuta al fatto che il flusso migratorio compensa il saldo naturale negativo, anche se dal 2003 il flusso di immigrati è andato via via diminuendo. Nel 2001 si è verificata una lieve flessione del saldo demografico dovuta al fatto che il censimento ha probabilmente riallineato i dati del precedente periodo intercensuario (fig. 8).

Il saldo naturale, pur restando negativo, tende a crescere per un costante seppur lieve aumento del tasso di natalità ed una sostanziale stabilità del tasso di mortalità; nel 2006 in Umbria, secondo i dati ISTAT, sono nati 7.822 bambini, il 15% dei quali sono stranieri; il tasso di natalità è passato da 8,1 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2000 a 9,0 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2006, con un andamento sovrapponibile a quello italiano e del Centro Italia, anche se con valori sempre lievemente inferiori (fig. 9). Parallelamente, il tasso di fecondità è progressivamente aumentato, passando da 35,5 nati vivi per 1.000 donne in

età feconda nel 2000 a 40,0 nel 2006, in linea con i valori medi italiani e del Centro Italia (fig. 10).

Il tasso di mortalità mostra, nel complesso del periodo considerato, una tendenza alla stabilità con valori nel 2000 di 10,8 e nel 2006 di 10,9 morti ogni 1.000 abitanti; i valori umbri restano tuttavia più elevati rispetto sia a quelli medi nazionali sia a quelli del Centro Italia (fig. 11).

Figura 8 – Bilancio demografico: trend 2000-2006

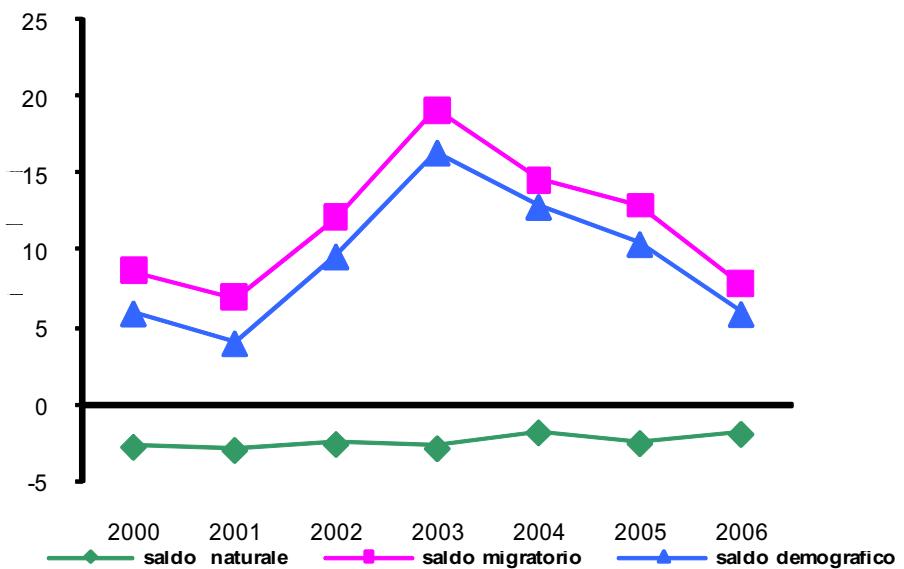


Figura 9 – Tasso di natalità: trend 2000-2006

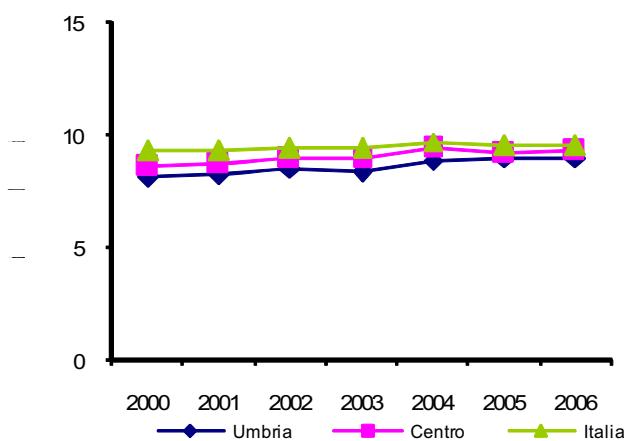


Figura 10 – Tasso di fecondità: trend 2000-2006

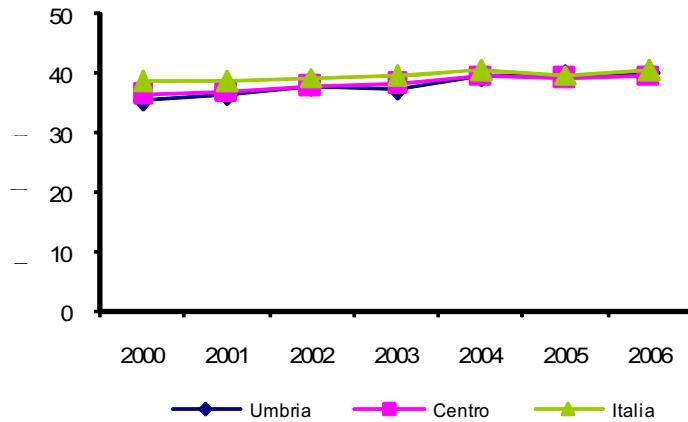
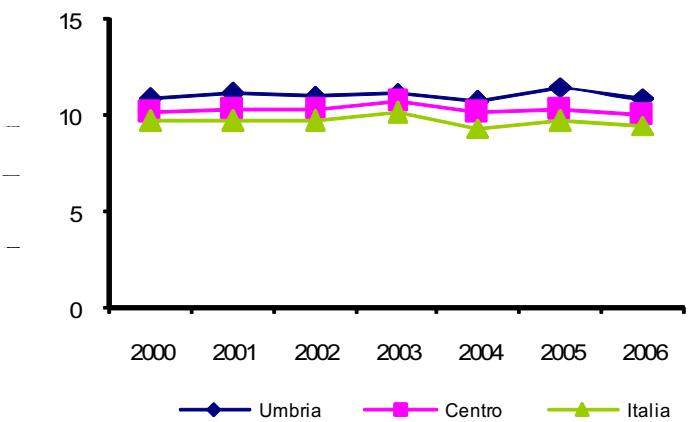


Figura 11 – Tasso di mortalità: trend 2000-2006



2.3 L'evoluzione delle dinamiche sociali e i segnali di malessere in Umbria

L'Integrazione sociale e il “modello NEC”

In epoca contemporanea, le fasi di mutamento che hanno attraversato la nostra regione sembrano seguire un andamento carsico: dopo periodi in cui affiora la discontinuità con il passato, ne succedono altri, in cui il cambiamento – pur profondo – pare più latente, tanto da consentire uno sviluppo tendenzialmente più tranquillo ed “equilibrato”.

Forti tensioni sociali e “salti” che segnano marcate discontinuità rispetto al passato si riscontrano negli squilibri e nelle forti tensioni sociali a partire dal secondo dopoguerra e dagli anni ‘50: in quella fase le lotte mezzadrili, la smobilitazione dell’apparato industriale di origine bellica, le ondate di emigrazione, la trasformazione profonda dei rapporti di forza fra ceti e classi (Covino 1995, 65-72; idem 2005, 33) rendono evidenti molti costi sociali

rilevanti (“de-ruralizzazione”, urbanizzazione²³), entro un quadro demografico in movimento.

Durante i decenni successivi e in una cospicua parte della nostra regione subentra un secondo tipo di mutamento, simile a quello di altre regioni del NEC (Nord Est e Centro)²⁴: cioè un equilibrio meno traumatico perché senza cesure laceranti rispetto alla nostra tradizione secolare. Diffondono e fanno prosperare la piccola e media impresa rilevanti risorse endogene, materiali e immateriali, tratte dal passato artigiano e rurale: le virtù dell’ethos contadino, la tenuta della famiglia di origine mezzadrile, l’attitudine al risparmio, la propensione alla pluriattività, l’atteggiamento imprenditoriale nelle “famiglie-imprese” dei contadini autonomi e dei mezzadri (Bagnasco 1996, 62)²⁵, «una capacità di lavoro per alcuni aspetti inesauribile» (Covino 1995, 75), una forza lavoro abbondante, flessibile e a basso costo, etc.

L’equilibrio del sistema sociale si rafforza ulteriormente grazie allo stretto intreccio fra la tradizione culturale, l’economia e la politica. Non si assiste all’avvento di un mercato economico “puro” (*laissez-faire*); piuttosto, l’utilizzo di quelle risorse – di natura non solo economica, ma anche sociale e istituzionale – innesca la “costruzione sociale del mercato”²⁶, ossia un sistema locale fortemente integrato e innervato da fitti legami fiduciari (Bagnasco 1996, 203).

Da qui deriva un «particolare tessuto socio-economico che si caratterizza per una peculiare miscela di elementi tradizionali e moderni e per un elevato grado di integrazione sociale» (Trigilia, 1996, 157). «Dal lavoratore non completamente proletarizzato perché dotato di risorse familiari, all’impresa artigianale, alla piccola e poi media impresa industriale esiste un continuum sociale e culturale che rende sfumati i rapporti. La struttura delle parentele e delle amicizie rivela legami fra le classi. L’insieme di questo contesto e la possibilità di mobilità sociale rendono non polarizzata la struttura sociale. L’erosione del mercato che deriva dalle conseguenze culturali e politiche della polarizzazione di classe rimane dunque più contenuta» (Bagnasco 1988, 54-5).

Con l’unica vistosa eccezione di Terni, nel resto dell’Umbria quasi ovunque è assente la concentrazione industriale²⁷; comunque i fenomeni di urbanizzazione, pur talvolta

23 «Perugia ha conosciuto una ipertrofizzazione di funzioni che non ha mancato di alimentare uno sviluppo edilizio disordinato, un inglobamento di fatto rapido e incontrollato dei piccoli centri limitrofi, creando una conurbazione urbana non sempre di facile gestione. Terni ha conosciuto, invece, un processo di progressivo smarrimento della sua identità di città industriale» (Covino 1995, 80).

24 Il mutamento che ha attraversato l’Umbria è simile ma sotto vari aspetti non coincide esattamente con quello del NEC: il dualismo Perugia-Terni (cfr. Gallo 1997, 320 ss.); il basso livello di tecnologia e ricerca incorporate nella produzione; la caratterizzazione merceologica delle imprese; la scarsa connessione settoriale d’area, la meno diffusa maglia imprenditoriale caratterizzata da bassa capitalizzazione, etc. (Montesperelli 1999).

25 «Si trattava di vere e proprie unità produttive, con divisione interna del lavoro e strutture di autorità ben definite. Nonostante alti e bassi economici nel corso del tempo, tali famiglie erano organismi capaci di un certo controllo sul proprio destino, abbastanza autonomi da sperimentare capacità organizzative, abbastanza stabili nel tempo da sedimentare le proprie esperienze, durati abbastanza a lungo per arrivare all’appuntamento con mutate condizioni generali» (Bagnasco 1988, 52).

26 «La differenza è che un assoluto liberalismo di mercato consiste nel gioco di numerose imprese in concorrenza fra loro, a fronte delle quali stanno attori sociali isolati, in qualità di prestatori di lavoro e consumatori. Nel nostro caso, invece, di fronte a numerose imprese in concorrenza abbiamo una situazione sociale più strutturata, con presenza di organizzazioni e istituzioni che aggregano interessi e identità» (Bagnasco 1988, 61).

27 Cfr. Becattini (2007)

consistenti, non sono certo così massicci come in altre aree del Paese²⁸, l'ampia capacità di valorizzare le “risorse di identità locale” e le relazioni fiduciarie che attraversano l'intera comunità accentuano le capacità di conoscere il mercato, e al contempo attenuano le incognite e l'incertezza collettiva; anche l'alto rendimento istituzionale e la cultura civica (Putnam, 1993), la buona qualità dei servizi alla persona (scuola, sanità, trasporti, assistenza agli anziani, etc.), le funzioni di “ammortizzatore sociale” garantite dalla famiglia concorrono a prevenire o a contenere gli squilibri sociali, che altrimenti sarebbero molto più laceranti. Un'ampia flessibilità nel mercato del lavoro ed altre difficili condizioni lavorative (scarsa protezione, bassi salari, flessibilità dell'offerta, precarietà, lavoro nero, etc.) certamente non mancano, ed anzi talvolta sono favoriti dal nostro particolare tessuto socio-economico; ma le conseguenze più pesanti vengono spesso stemperate da un ambiente sociale non particolarmente traumatico²⁹. Anche quando diviene più difficile per la politica orientare l'economia regionale e più complesso mantenere una stabile convergenza fra attori politici, economici e sociali, il welfare locale svolge un ruolo centrale nella tenuta del tessuto sociale e dell'insieme della vita civile (Carnieri 1990 e 1992)³⁰.

Questi sono stati – e in parte lo sono tuttora – gli ingredienti di una formula a lungo vincente, perché ha consentito una crescita economica forte, diffusa e “dal basso”, accettata e sostanzialmente condivisa perché capace di diffondere i suoi frutti a gran parte della popolazione, di solito senza gravi scompensi sociali.

I mutamenti della società umbra

Nella fase qui descritta cambia l'intero volto della struttura socio-demografica. Intorno agli anni '60 inizia a diventare evidente anche per l'Umbria il passaggio da una società “progressiva di transizione” all'odierna società “maturo-stazionaria”, tipica di una realtà post-industriale (v. p. es. Livi Bacci 1981; Poursin 1989). Quest'ultima è una società con bassa fecondità; sono poche le nascite, pochi i giovani e perciò le famiglie si assottigliano; oggi in Umbria la famiglia media è composta da appena 2,6 componenti, cioè si è dimezzata rispetto ad un secolo fa.

Inoltre aumenta la speranza di vita. Una donna umbra nata nel '51 aveva buone probabilità di vivere fino a 69 anni; una donna umbra nata ora, con ogni probabilità varcherà la soglia di 83 anni. Poche nascite e poche morti comportano sia un saldo naturale prossimo allo zero³¹, sia l'invecchiamento della popolazione (su cui torneremo fra poco).

28 Ad esempio, più che di urbanizzazione come concentrazione massiccia dalla campagna alla città, Becattini preferisce parlare di “campagna urbanizzata” (1975).

29 Vedi Bagnasco (1977); Bracalente (1986); Montesperelli (1988, 479 ss.); Carnieri (1990, 108 ss.); Paci (1992, 19 ss.); Covino (1995, 75-77).

30 «L'intervento politico ha seguito ed assecondato la crescita spontanea e i suoi meccanismi, piuttosto che averla orientata e regolata. Le regioni hanno scarsa possibilità istituzionale di pianificazione economica in senso stretto; esse hanno però la possibilità di intervenire in varie forme (...). Le regioni e gli altri enti territoriali forniscono un contributo rilevante nella costruzione sociale del mercato in ambiti istituzionali non economici (...). Le regioni della piccola impresa sono spesso con standard di servizi fra i migliori del Paese; il welfare state è diventato qui una realtà più consistente che altrove. Questo ha conseguenze sulla forma dell'integrazione sociale e sul funzionamento del modello economico» (Bagnasco 1988, 59).

31 L'Umbria ha un saldo leggermente negativo, perché le nascite sono lievemente inferiori alle morti.

La morte spostata fino ad un'età molto avanzata, accanto ad un livello di benessere incomparabile rispetto al passato, fanno sì che le persone abbiano a disposizione molto più tempo: per il non-lavoro, per i consumi anche voluttuari, per soddisfare nuovi bisogni non più legati a beni materiali ma all'espressività e alla socialità, per i rapporti con gli altri (Inglehart 1983). Le relazioni interpersonali oggi assumono un ruolo centrale nella costellazione dei valori e delle attese, talvolta fino a sfociare nella “eterodirezione” (Riesman 1967): l'individuo diviene molto più sensibile all'approvazione, al riconoscimento, ai “segnali”, ai messaggi che provengono dai suoi simili (amici, coetanei, agenzie di socializzazione, mass-media, etc.)³².

Gli stessi consumi si modellano su stili relazionali, identitari, immateriali; diventano segno, linguaggio, comunicazione; tendono a distaccarsi dalla standardizzazione di massa per personalizzarsi, per plasmarsi sulle peculiarità di ciascun individuo (Fabris 2003). In questo nuovo humus culturale si colloca anche la domanda crescente di “personalizzazione” dei servizi, di accoglimento della propria peculiare identità e dei propri specifici bisogni, in nome di valori quali il riconoscimento reciproco, la collaborazione anche su piani nuovi e diversi, la fiducia personale.

Quanto all'invecchiamento della popolazione, esso dipende soprattutto dalla riduzione della mortalità e dalla natalità stazionaria o in calo. Nel 1971 in Umbria gli anziani erano il 12,4%; in 25 anni sono quasi raddoppiati (23,2%): sicché oggi la nostra regione è la più anziana (subito dopo la Liguria) nella nazione più anziana.

Questa tendenza non sembra congiunturale: secondo l'Istat, al 2050 si avrà un incremento di quasi il 44% degli anziani maschi e del 39% delle anziane. Poiché nel contempo l'insieme della popolazione tenderà a decrescere, il peso relativo degli anziani sarà ancora più rilevante: oggi il rapporto è di un anziano ogni quattro umbri, ma fra meno di cinquanta anni avremo un anziano ogni tre umbri.

L'invecchiamento della popolazione e la ridotta natalità accrescono il numero delle famiglie e delle reti parentali “multigenerazionali”: in esse i bambini e gli adolescenti sono sempre meno, ma vengono posti al centro dell'attenzione di sempre più adulti e anziani, con conseguenze rilevanti sui modelli educativi e sul “carattere sociale” della nostra società (come già rilevava Riesman, proprio questi mutamenti demografici accentuano la “eterodirezione”).

Per continuare ad elencare i più rilevanti mutamenti, va aggiunto che, data la incidenza crescente degli anziani, non è lontano il momento in cui essi diventeranno un target elettivo del mercato; conseguentemente, essi definiranno nuovi “stili di vita” e contribuiranno ad una più accentuata segmentazione dei consumi. Già ora la famiglia di origine, composta dagli anziani genitori, svolge un ruolo significativo nell'influire sui consumi delle giovani coppie, soprattutto per spese finanziariamente significative: acquisto della casa, rinnovo dei mobili, emergenze a carattere eccezionale, etc. (Fabris 2003, 327).

32 Secondo Riesman, le caratteristiche della “società eterodiretta” sarebbero: declino quasi totale dei modelli tradizionalisti; secolarizzazione della morale; acuta sensibilità alla socialità, alle relazioni interpersonali non gerarchiche e al riconoscimento da parte dei “pari”; abilità comunicativa; “psicologia dell'abbondanza e dell'opulenza”; “cultura metropolitana”, cosmopolitismo.

Una quota così consistente di anziani costituisce sicuramente un segno di benessere, di alta qualità della vita, di assistenza efficiente, di intensa integrazione sociale, etc.³³. Ma l'invecchiamento comporta anche l'incremento di persone molto anziane, di solito bisognose di assistenza. La quota di anziani con 75 anni e più è cresciuta in tutta Italia; in Umbria costituisce l'11,4% della popolazione: ci precede solo la Liguria (12,8%), mentre a breve distanza ci seguono la Toscana (11,3%) e le Marche (10,8%).

Fra pochi anni un ultrasessantenne su tre avrà più di 80 anni. Allora non sarà più sufficiente parlare di anziani tout court, perché dentro questa denominazione generale troveremo classi d'età e quindi condizioni socio-sanitarie profondamente differenti. Avremo a che fare anche con relazioni complesse fra generazioni d'anziani: una donna ultrasessantenne su due avrà la madre, di 85-90 anni, ancora viva, con evidenti conseguenze sul piano della cura e del sostegno: infatti «una persona vecchia graverà da molti punti di vista, a partire da quello psicologico, su una persona che comincia ad essere anziana» (Golini 2003, 98).

L'invecchiamento della popolazione rafforza un altro mutamento forse di pari importanza: l'ingresso degli immigrati stranieri. Infatti l'assottigliamento delle classi più giovani invoca l'arrivo di immigrati giovani nel nostro mercato del lavoro, una tendenza che si rafforzerà in futuro³⁴, ma che è già ora in atto, in tutto il Paese e specialmente in alcune aree come la nostra. L'inserimento degli immigrati nel mercato del lavoro copre classi d'età e settori marginali, che altrimenti sarebbero rimasti più scoperti. In secondo luogo, l'invecchiamento della nostra popolazione, oltre a liberare posti di lavoro per gli stranieri, ne crea di nuovi: si pensi al reclutamento di donne immigrate come collaboratrici familiari e per l'assistenza agli anziani. In tal modo si vengono a saldare due realtà diverse e complementari³⁵: da un lato, la ricerca di lavoro da parte degli immigrati; e, dall'altro, le carenze del welfare italiano, che non sempre è riuscito a tener dietro all'evoluzione demografica della nostra società e ai nuovi bisogni sociali (Montesperelli 2006 e 2007).

Per quanto gli immigrati comportino alcuni problemi sociali, l'Umbria sembra rispondere meglio delle altre regioni alle esigenze di accoglienza: ad esempio, nell'indice di integrazione degli immigrati, elaborato da Ricolfi (2007), la nostra regione può vantare il primo posto. Ciò che è più rilevante nei recenti flussi migratori ha una valenza culturale: l'ingresso in Umbria di religioni, culture, modelli di comportamento diversi, talvolta assai differenti dai nostri. Già ora nelle scuole umbre coesistono circa 110 nazionalità diverse, e 115 nel mondo del lavoro. Ciò può arricchire il nostro orizzonte culturale, rompere un certo tradizionalismo "etnocentrico", superare un modello di sviluppo in precedenza quasi tutto endogeno.

33 Ad esempio, l'Umbria si caratterizza per una buona qualità dell'assistenza sanitaria, come indica una stretta relazione virtuosa fra spesa sanitaria e mobilità sanitaria attiva (Ricolfi 2007, 96 – 97).

34 Un rapporto dell'ONU (1999) conferma la necessità per tutta l'Italia di forza lavoro immigrata. Ad analoghe conclusioni giunge nel 2005 la Commissione Europea (cit. in Caritas / Migrantes 2005, 28-9; v. anche: Golini 2003, 98; Pugliese 2006, 168-9).

35 Ciò non significa che si sia raggiunto un equilibrio ottimale fra le esigenze fondamentali delle parti in causa. Spesso il lavoro delle "badanti" è particolarmente pesante: «Un unico lavoratore non può occuparsi 24 ore su 24 di una persona sola o di un malato, se non con serio pregiudizio della sua salute mentale: nel reparto psichiatrico della ASL di Perugia sono ricoverate continuamente donne straniere che vengono lasciate sole presso anziani molto malati senza nessun'altra persona a cui poter fare riferimento» (Cerasa 2005, 406).

Un altro aspetto da annoverare fra i mutamenti recenti concerne la crescita della società civile organizzata: circa il 10% degli Umbri si impegna gratuitamente in qualche associazione. Non si tratta di un fenomeno del tutto inedito³⁶: le associazioni e le organizzazioni di volontariato prendono origine dalle antiche tradizioni solidaristiche, nonché – come già accennato – dal tessuto fiduciario e dall'integrazione fra economia, società e cultura (cfr. Cotesta, 1998; Bagnasco, 1999; Pendenza, 2000). La modernizzazione ha sviluppato grandi organizzazioni formali, basate su relazioni per lo più indirette e fredde, e su posizioni nelle quali gli individui si succedono; ma queste caratteristiche, riducendo il senso profondo delle norme e dell'interazione diretta interpersonale, a lungo andare hanno consumato il capitale sociale generato da quelle stesse organizzazioni. Da qui la ricerca di altre strade per alimentare il “senso” dello stare insieme, il primordial social capital (Coleman 1990; Bagnasco 2006, 28). Anche altre cause hanno impresso un ulteriore impulso alla volontà della società civile di organizzarsi: la “secolarizzazione politica”, la fine dei partiti di massa, la progressiva autonomia sindacale, il ridimensionamento della cultura politica³⁷ (evidente soprattutto nelle nuove generazioni: cfr. Buzz et al. 2007), il maggior tempo a disposizione. In più, l'emergere di nuove forme di marginalità, la ridefinizione dello Welfare hanno coagulato nuove domande sociali, organizzatesi “a latere” o “oltre” le forme più istituzionali di rappresentanza politica (cfr. Sciolla 2004, 146-151).

Il mutamento delle famiglie in Umbria

Entro questo scenario di ampi cambiamenti, le famiglie svolgono una parte da protagonista, in quanto rappresentano tuttora un'importante cerniera fra pubblico e privato, fra domanda sociale e offerta, fra società civile e istituzioni, fra il tessuto sociale e quello economico. Per comprenderne le ragioni, occorre ricordare il passato, le “famiglie estese” e le loro caratteristiche già accennate: l'estrazione mezzadrire, le virtù dell'ethos contadino, l'attitudine al risparmio e alla pluriattività. Secondo criteri dettati da esigenze di “economia domestica di scala” e da rapporti al tempo stesso gerarchici e solidariastici, i redditi familiari derivavano dalla composizione di un variegato ventaglio di risorse (salari, pensioni, auto-consumo, impegno domestico, etc.). Queste risorse familiari venivano ridistribuite lungo le maglie di una fitta rete di solidarietà interna, pronta ad intensificarsi nei momenti di emergenza e a contenere il disagio derivante dal ciclo economico e dalle fluttuazioni del mercato del lavoro.

36 Lo sviluppo dell'associazionismo è un fatto recente per tutto il nostro Paese. Negli anni '50 il tessuto associativo era molto più povero di quello allora riscontrato in tanti altri Paesi occidentali. Questa scarsità era dovuta soprattutto al fascismo, che aveva ridotto al minimo l'autonomia della società civile nei confronti dello Stato. L'Italia ha iniziato a colmare il proprio ritardo solo negli anni '60 e '70, grazie soprattutto ai “nuovi movimenti sociali” e ai sindacati. Ma si è trattato pur sempre di un recupero parziale. Infatti ancora negli anni '80 e '90 il nostro Paese risultava agli ultimi posti fra 15 nazioni ad economia avanzata. La dotazione di capitale associativo ha continuato a crescere soprattutto negli ultimi due decenni

37 Alla “secolarizzazione politica” non è subentrata l'estraneità nei confronti della polis e delle istituzioni pubbliche. Anzi, di solito oggi si assiste ad una più stretta collaborazione reciproca fra associazioni ed enti locali in svariati terreni d'impegno e nel reperimento delle risorse necessarie (cfr. Diamanti e Neresini 1994, 8).

In tal modo, la famiglia ha messo a disposizione una forza lavoro abbondante, flessibile e a basso costo, che ha contribuito in maniera determinante allo sviluppo della nostra regione. Nella società rurale e mezzadrile, e poi durante lo sviluppo industriale della piccola impresa, la famiglia è stata determinante nel sostenere i propri membri più deboli, nel partecipare ai sistemi di protezione sociale, venendosi a configurare come uno dei maggiori "ammortizzatori sociali" (Paci 1982; Bagnasco 1988, 52-3).

I successi che essa ha ottenuto sul piano economico e sociale hanno rafforzato un'analoga riuscita sul piano dei valori. Infatti tuttora alla famiglia si riconosce la possibilità di orientare le strategie di vita, di radicare identità collettive e codici comportamentali comuni, mediante la socializzazione e la condivisione di legami affettivi.

L'importanza strategica della famiglia non si è però tradotta in una chiusura familistica. Ciò per almeno due importanti ragioni. Nel quadro della complemetarietà tra produzione, società e tradizione culturale, la famiglia ha collaborato attivamente alle funzioni di sviluppo³⁸ e d'integrazione sociale, sicché a lungo ha contribuito ad alimentare l'identificazione verso la collettività, la condivisione di valori comuni e la partecipazione civica³⁹. In secondo luogo, nel Sud (Banfield 1976) e nel Nord-Ovest i rapporti familiari erano concentrati nel nucleo familiare in senso stretto⁴⁰; invece in tutto il NEC è prevalsa la famiglia estesa "di tipo patriarcale", in cui avevano grande rilevanza anche i rapporti con gli altri parenti, con i quali si cooperava abitualmente, si lavorava e si agiva "in modo organizzato". Ciò ha consolidato un modello familiare che, oggi, non ritroviamo più nella famiglia patriarcale, pressoché scomparsa; ma che comunque si continua a riscontrare nella famiglia "allargata", ove cioè sono intensi i rapporti parentali fra nuclei diversi. Da queste origini scaturisce il "capitale sociale" (Coleman 1990), cioè la "cultura della cooperazione", la capacità di cooperare, la qualità fiduciaria delle relazioni, altrove meno diffuse.

Se, quindi, non si può parlare di familismo, è più corretto il concetto di "famiglia forte", perché in grado di condizionare profondamente la vita sia dei singoli, sia dell'intera organizzazione sociale. Questa sua forza si è protratta nel tempo, grazie ad una grande capacità di adattarsi e rinnovarsi (Barbagli – Castiglioni – Della Zuanna 2003).

Soprattutto nel campo della cura e assistenza, la famiglia riveste tuttora un ruolo di primaria importanza, ovunque ma soprattutto in Umbria (Barbieri 2007). Non a caso gli anziani che coabitano con un nucleo familiare (p. es. con figlia, genero e nipoti) in Umbria sono il doppio rispetto alla media nazionale. Osservazioni analoghe valgono per la presenza di famiglie composte da più nuclei.

Molte famiglie, anche recentemente costituite, hanno optato per un'organizzazione familiare "allargata", nella quale coabitano tre generazioni: nonni, genitori, figli. Di frequente i genitori adulti devono impegnarsi nel sostegno dei figli che – ovunque in Italia,

38 Il familismo, invece, costituisce una causa e – nel contempo – un effetto dell'arretratezza economica e della mancanza di reazione a quella arretratezza (Bagnasco 2006, 8).

39 L'attaccamento alla famiglia può andare di pari passo con una migliore cultura civica, come confermano da diversi anni i riscontri empirici (cfr. Sciolla e Negri 1996):

40 Marselli (1976) e Sennett (1970) osservano che anche nelle zone "familiste" e "arretrate" possono generarsi forme d'intensa solidarietà. Ma qui vogliamo sottolineare il nesso fra famiglia "non familista" e sviluppo socio-economico.

ma specialmente in Umbria (Montesperelli - Carlone 2003, 68-70) – restano in casa fino in età aduta (spesso perché in attesa di lavoro). In misura crescente gli anziani, e soprattutto le anziane, prestano sostegno gratuito ai nipoti, ai figli, ai generi e alle nuore, specialmente quando questi ultimi hanno figli piccoli. Ricevono, per converso, sostegno e cura quando raggiungono un'età avanzata e si trovano in cattiva salute (Sabbadini 2002).

Questo tipo di “famiglia allargata” rappresenta ancora la seconda forma di convivenza in Umbria, perché coinvolge un quarto di tutte le famiglie (Acciari – Orlandi, 2005).

Quando i figli sposati non coabitano con i genitori, abitano comunque molto vicino a loro. Soprattutto nel NEC la prossimità abitativa è un fenomeno recentemente in crescita, che conferma quanto siano stabili e straordinariamente forti i legami di reciproco sostegno parentale (Barbagli – Castiglioni – Dalla Zuanna 2003, 174, 196 ss.; Sabbadini 2002).

Questa fitta rete di mutua solidarietà presenta però rilevanti mutamenti rispetto al passato pur recente. Innanzitutto le relazioni fra parenti diventano più numerose, variegate e complesse, per varie ragioni: le generazioni coesistenti più numerose, le separazioni e i divorzi, le coabitazioni, i secondi matrimoni, etc. Questa maggiore complessità da una parte moltiplica i rapporti e le occasioni d'incontro; ma dall'altra li rende tendenzialmente più saltuari e indiretti.

Inoltre, per effetto del calo di natalità, si restringono le generazioni giovani e adulte, le più attive nel “sistema di sostegno per la famiglia” e nelle cure di lungo periodo a favore dei soggetti più deboli⁴¹. Se – come è assai probabile – rimarranno stabili le tendenze demografiche già richiamate nelle pagine precedenti, allora continueranno ad aumentare gli anziani, ma diminuirà il numero di parenti in grado di aiutarli (Barbagli – Castiglioni – Dalla Zuanna 2003, 204).

Negli ultimi tempi proprio gli anziani ricevono minori aiuti. In parte ciò può essere dettato dal miglioramento del loro benessere. Come già richiamato, la “terza età” gode di condizioni di salute e di reddito nettamente migliori rispetto agli anziani di vent'anni fa; e quindi gli attuali anziani hanno minore bisogno di essere assistiti, o possono più facilmente ricorrere a personale retribuito (come mostra la forte espansione di “badanti” e domestici stranieri)⁴². Ma la riduzione degli aiuti parentali agli anziani non risale solo a queste cause, così positive. In realtà, secondo i dati nazionali, diminuisce sensibilmente il numero di anziani soli o di famiglie di anziani beneficiari di aiuto gratuito da parte di parenti. Ma la diminuzione di aiuti ha colpito anche le famiglie senza anziani e senza bambini (Barbagli – Castiglioni – Dalla Zuanna 2003, 198 ss.).

In parallelo, nell'ultimo ventennio le attività familiari di cura alla persona sono aumentate, gravando sugli adulti maturi e, specialmente, sulle donne occupate. Da qui la

41 Ad esempio, nel 1900 le nonne ottantenni potevano contare mediamente su 38 discendenti viventi; nel 2010 le nuove nonne ottantenni potranno appoggiarsi solo a 25 discendenti, sebbene esse siano state protagoniste del baby boom degli anni Sessanta; le loro figlie — partecipi della bassissima fecondità di fine Novecento — nel 2040 avranno solo 16 discendenti viventi, di cui 3,4 fra figli, generi o nuore (Barbagli et al. 2003, 200-1).

42 Una condizione di maggiore benessere degli anziani umbri rispetto ai coetanei di altre regioni può derivare anche dai processi di composizione dei redditi nelle famiglie multi-generazionali, come già accennato poco sopra. Inoltre in alcune aree della nostra regione (p. es. nel ternano) la presenza di aziende pubbliche ha consentito un'occupazione regolare fin dall'inizio della carriera lavorativa, con successivi effetti benefici sull'ammontare delle retribuzioni pensionistiche. Analoghi vantaggi sono derivati dal riscatto del lavoro mezzadrile (che poteva cominciare a 12 anni d'età) e dal ricongiungimento, a fini pensionistici, di quest'ultimo al lavoro nell'industria.

“fragilizzazione della famiglia”, le difficoltà nel continuare a svolgere la sua funzione di “ammortizzatore sociale” (Ranci 2002, pp. 49 ss.; Barbagli-Castiglioni-Dalla Zanna 2003, pp. 202 ss.; Paci, 2005, pp. 72-73). Non a caso, attraverso un ricco paniere d’indicatori, di recente è emerso che l’Umbria è al 2° posto in un indice di stress familiare (Montesperelli - Carlone 2003, 67 ss.).

Accanto a questo “disagio dei normali”, vanno annoverate le varie forme di disagio conclamato, a partire da quelle legate ai processi di mobilità sociale discendente, alla precarizzazione e alle povertà. Alcune debolezze strutturali dell’Umbria risalgono agli anni del suo avvicinamento al “modello NEC”: quest’ultimo, oltre alle grandi potenzialità di sviluppo e d’integrazione già citate, racchiudeva in se stesso alcune possibilità di regressione⁴³. Tuttora i concetti di “rischio”, “flessibilità”, “vulnerabilità” sembrano attagliarsi soprattutto, anche se non esclusivamente, all’area territoriale del NEC (Ricolfi 2007, 62)⁴⁴.

Inoltre l’Umbria presenta ulteriori punti di debolezza: la sua struttura economica si rivela per certi aspetti fragile (bassi investimenti, organizzazione del lavoro non aggiornata, diffusione in settori maturi, a basso contenuto di ricerca e d’innovazione, scarso terziario avanzato, micro-imprese che raramente collaborano fra di loro, etc.). Sicché, già dal suo ingresso nel modello-NEC, per l’Umbria tutto ciò ha comportato esiti più incerti, un difficile equilibrio fra crescita e debolezza, che per decenni ha attribuito alla nostra regione il profilo di una “medietà non mediocre”, ma con alcuni rischi non trascurabili di fragilità sociale. Ciò si ripercuote sulla stratificazione sociale, riproducendo, in termini sia tradizionali sia nuovi, varie forme di esclusione sociale⁴⁵ e di povertà.

I mutamenti demografici, insieme ai fenomeni di disoccupazione e precarizzazione del lavoro⁴⁶, aiutano a spiegare l’incidenza delle famiglie a rischio di esclusione sociale⁴⁷. Oltre il 7% delle famiglie residenti in Umbria è al di sotto della soglia di povertà (media Italia: 11,7%). Dentro questa percentuale, più di un terzo (2,8%) è costituito da famiglie molto povere (Calzola 2007).

Ai poveri (appena poveri + molto poveri) va aggiunto un altro 7% circa di quasi-poveri, ossia di famiglie che si collocano appena al di sopra di tale soglia e che hanno

43Già a partire dagli anni ’70 alcuni studiosi cominciavano a chiedersi se l’espansione del NEC non ne avrebbe minacciato l’integrazione sociale: vedi Bagnasco, (1977 e 1985); Trigilia (1985); Paci (1992, 189).

44 L’altra area che presenta in maniera spiccata queste caratteristiche è costituita dal Lazio e dalle regioni meridionali a minore insediamento mafioso: la Sardegna, l’Abruzzo, il Molise, la Basilicata. Ricolfi include le regioni a forte insediamento mafioso in un’altra area socio-territoriale, in cui vige il «monopolio dell’uso illegittimo della forza» ed in cui «lo Stato esiste nei limiti in cui le organizzazioni “mafiose” gli consentono di operare» (*ibidem*).

45 Particolare rilievo, a questo proposito, va dato ai processi di de-industrializzazione nel ternano, soprattutto con riferimento al settore siderurgico (e al suo indotto), così rilevante nell’economia e nel tessuto sociale di quel territorio.

46 In riferimento alle varie regioni e sulla base di una “storia dei non garantiti” ricostruita in base a vari dati in sequenza cronologica, Ricolfi conclude amaramente: «A quanto pare i non garantiti sono condannati a oscillare tra Scilla e Cariddi. Quando prevalgono le spinte alla deregolamentazione aumentano le occasioni di lavoro, ma i posti creati sono più o meno precari. Quando prevalgono le spinte alla regolamentazione i posti diventano meno precari, ma le occasioni di lavoro crescono più lentamente». In periodi di stagnazione della crescita economica, come quello in cui probabilmente stiamo entrando, la tendenza torna a privilegiare la precarizzazione (2007, 67-8).

47 Il quarto Rapporto sulle povertà in Umbria registra il crescente ruolo della “emergenza lavoro” nel determinare l’ingresso in una condizione di povertà. La presenza di occupati al di sotto della soglia di povertà attesta come sia incisiva non solo la “quantità” ma anche la “qualità” del lavoro (Montesperelli e Tondini 2007).

caratteristiche molto simili a chi è già povero; sicché basta poco perché cadano in una condizione di indigenza.

Per ragioni campionarie, è difficile individuare con certezza se, nel corso degli ultimi anni, la povertà sia aumentata o diminuita in Umbria; ciò comunque significa che non si riscontrano mutamenti particolarmente marcati. Grazie alle rilevazioni ricorrenti dell’Osservatorio sulle povertà in Umbria, è possibile stimare alcune significative tendenze. Rispetto a 10 anni fa, affiora con più forza la “emergenza lavoro”; inoltre, fra le povertà estreme cresce sensibilmente la componente degli immigrati; infine, assistiamo alla “femminilizzazione” della povertà, ossia al fatto che la quantità di donne povere ha oltrepassato quella degli uomini (AA. VV. 2007).

Il rischio di varcare la soglia di povertà è più incombente sia sulle famiglie monogenitoriali (di solito il genitore è la madre, spesso separata o divorziata); sia sulle famiglie unipersonali, quasi sempre composte da donne anziane: ciò non solo perché di solito esse sono più longeve dei loro coniugi; ma anche perché nel passato poche di loro avevano un posto di lavoro, e oggi vivono più a lungo degli eventuali risparmi della coppia. La relazione fra povertà e famiglie anziane sembra destinata ad intensificarsi nel futuro: lo svantaggio delle donne anziane potrebbe estendersi quando, accanto alle vedove, entreranno nelle classi d’età avanzate anche le divorziate (anch’esse a più alto rischio di povertà: Golini 2003, 86-90)⁴⁸.

Come rileva lo stesso Osservatorio, la mobilità sociale in Umbria è alquanto ridotta. Il 53% degli Umbri non ha migliorato la propria condizione rispetto a quella dei propri genitori; il 10,4% l’ha perfino peggiorata (AA. VV. 2004). Oggi corriamo il rischio di vedere ampliarsi la quota di coloro che sono colpiti da mobilità discendente, non solo per la precarizzazione del lavoro, ma anche per un fenomeno ad essa connesso: in tutta Italia stiamo entrando in una fase di «rendimenti decrescenti del capitale umano» (Livi Bacci 2005), dovuta alla qualità decrescente della formazione scolastica e delle opportunità offerte dal mercato del lavoro. Quindi, per la prima volta dopo tanti decenni, i figli sembrano avere alte probabilità di collocarsi in una condizione sociale peggiore di quella dei padri⁴⁹.

La necessità di sostegno economico, insieme alla ricerca di rassicurazione, di riconoscimento e al desiderio di sentirsi accettati (con i rischi di “eterodirezione”) aiutano a comprendere perché in Umbria ben il 62% dei giovani e dei giovani-adulti (da 18 a 34 anni d’età) non sposati continui a rimanere nella propria famiglia d’origine (questa percentuale

48 Anche altri indicatori costituiscono segnali di allarme: si pensi alle sofferenze bancarie, la cui proporzione oggi supera la media nazionale.

49 A fronte di questi maggiori rischi di regresso che gravano sulle nuove generazioni, gioca un ruolo di grande rilievo la nuova “ideologia dominante”, che pervade gli adulti, la famiglia, la scuola e che impone l’imperativo della competizione a tutti i costi. Questo imperativo detta le condizioni per l’accettazione dei giovani da parte degli adulti e del loro “affetto condizionato”. Ciò comporta molti costi per i giovani, in termini di disistima e di fragilità emotiva. Per giunta la competizione non è per tutti e soprattutto non seleziona i migliori: troppe volte premia solo i meno sensibili; gli altri rimangono in posizioni più marginali. Fra gli altri autori, lo denuncia con toni molto preoccupati Paolo Crepet (2006).

è superiore alla media nazionale⁵⁰), spesso accentuando in tal modo l'affanno delle famiglie umbre.

La fatica di queste ultime brucia spazi e tempi per l'ascolto reciproco fra generazioni, riduce gli ambiti e i momenti di socializzazione⁵¹. Accanto alle risorse economiche e a quelle demografiche (generazioni più giovani) che si riducono, vi è un terzo tipo di risorse che diviene sempre più prezioso: il tempo, la possibilità di allineare i tempi di vita e di lavoro. Come in ogni passaggio cruciale da una fase all'altra del mutamento sociale, anche oggi permane un'organizzazione temporale che è il retaggio della fase precedente: a mutare la struttura sociale sono intervenute le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione; ma l'organizzazione dei tempi di lavoro è ancora "fordista" (rigidità; dominanza del tempo di lavoro sugli altri tempi sociali; sperequazioni di genere e d'età). Ciò crea molti attriti fra i numerosi impegni della vita quotidiana⁵². Affermare che il tempo diviene una risorsa scarsa non contraddice quanto scritto a proposito della dilatazione dei tempi dovuta ad una vita più lunga. Proprio questa disponibilità maggiore determina più frequenti richieste rivolte all'individuo, che così è costretto ad organizzare una propria "pluri-appartenenza"⁵³, un difficile, precario e stressante "pendolarismo" fra impegni diversi.

La rapidità del mutamento

I cambiamenti fin qui descritti per l'Umbria non sono molto diversi da quelli in tante altre regioni d'Italia. Peculiare dell'Umbria è la rapidità del mutamento: in pochissimi decenni siamo passati da una società rurale ad una post-industriale, come dimostrano molti indicatori che concernono la struttura economica e sociale (occupati per settore, terziarizzazione, composizione e tipologia familiare, invecchiamento, natalità, consumi, scolarizzazione, secolarizzazione, urbanizzazione, etc.: v. Montesperelli 1999, 10-21).

50 A sua volta l'Italia è il Paese con la percentuale più alta rispetto agli altri Paesi europei, secondo quanto rilevato da un'indagine dell'European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

51 In una ricerca su studenti delle Scuole Medie Superiori in Umbria, il tempo dedicato a parlare con i genitori durante la cena è stato considerato un indicatore di incidenza della socializzazione familiare e del dialogo fra generazioni. La media umbra è di 8 minuti al giorno (probabilmente alcuni anni fa sarebbe stata di 13 minuti). Invece per Internet la media sale a 60 minuti; per la Tv a 100 minuti (Addeo – Montesperelli 2006). Il rischio è che si stia smarrendo la capacità di ascoltare e di raccontare, cioè di dar senso al proprio vissuto.

52 Così «gli uomini adulti sono schiacciati dal lavoro (...). La vita dell'uomo adulto italiano è caratterizzato da una iperpartecipazione al lavoro e da una forte marginalità delle altre sfere di vita. Le donne, a loro volta, sono schiacciate dalle attività domestiche. E questo è vero, sia che esse siano pienamente casalinghe, sia che abbiano un lavoro esterno. Esse appaiono, ancora più degli uomini, vincolate nel loro tempo, ricorrendo spesso ad orari atipici nello svolgimento del lavoro esterno e di quello domestico (svolto sempre più di sera, il sabato e la domenica)» (Paci 2005, 152).

53 La moltiplicazione dei sotto-sistemi sociali impone ad ogni individuo un regime di "pluri-appartenenze" in ruoli, istituzioni, gruppi molteplici. Ne consegue che una quota crescente di risorse individuali, a partire dal tempo, sia investita dai singoli in una molteplicità via via più ampia di attori collettivi. In presenza di una domanda crescente di tempo e di un'offerta sostanzialmente rigida (il tempo quotidiano che il singolo può spendere non può variare molto), «il costo marginale del tempo – risorsa scarsa e inestensibile (...) – sale notevolmente», la risorsa-tempo diviene sempre più preziosa, e ciò impone al singolo che il suo tempo venga amministrato in maniera molto oculata (Gallino 1987, 60, 62)

Siccome i processi economici di solito sono molto più veloci di quelli culturali, la struttura socio-economica è mutata più velocemente delle “mappe cognitive”⁵⁴ di cui la collettività dispone per leggere quei mutamenti. Questo divario si è rafforzato in ragione di alcuni limiti derivanti dal modello-NEC: la valorizzazione di risorse endogene – che abbiamo richiamato all'inizio e che riguarda non solo l'economia, ma anche il sociale e l'identità culturale – è stata una formula vincente in una prima fase di grande impulso allo sviluppo; ma nel corso del tempo corre il rischio di indurre la società locale a ripiegarsi in se stessa, trasformando le risorse di sviluppo in modelli tendenzialmente localistici, irrigiditi⁵⁵ e cristallizzati (cfr. Bracalente 1986, 16-7; Trigilia 1996, 164).

Questo gap fra realtà nuova e mappe vecchie ha infuso la sensazione collettiva che molto sfugga, ha propagato un più o meno lieve senso di disorientamento, ha instillato un allarme sociale o un vago disagio collettivo “senza oggetto”. L'integrazione sociale, fondata sulla identificazione e sulla condivisione di codici e identità⁵⁶, ha subito alcune incrinature, riconducibili al concetto sociologico di “anomia” (da *a-nòmos*, mancanza di norme), termine usato per significare alcune forme di disorientamento collettivo che abbasserebbero il grado d'integrazione sociale. Tale concetto è tratto da una lunga tradizione teorica ed empirica che lo ricollega agli effetti patologici di un mutamento rapido e/o di un sistema differenziato⁵⁷; l'anomia viene di solito rilevata mediante il tasso di suicidio⁵⁸ e/o attraverso alcuni indicatori relativi a comportamenti criminogeni⁵⁹.

54 Anche Carnieri (2008) adotta il concetto di “mappe cognitive” per analizzare alcuni importanti aspetti del mutamento in Umbria.

55 Sul concetto di ‘rigidità’ di un sistema socio-culturale: Crespi (1993, 108-11).

56 Già nella ricerca di Putnam (1993), l’Umbria si caratterizzava per un’apparente contraddizione: un alto rendimento istituzionale, ma una più bassa soddisfazione dell’opinione pubblica verso le istituzioni. Successivamente, in una rilevazione Istat del 2003, l’80% dei giovani e dei giovani-adulti umbri manifestava diffidenza verso gli altri, come se questi ultimi apparissero un’incognita, un moltiplicatore di complessità, una fonte di imprevedibilità. Ci paiono due corposi indizi sull’affievolirsi delle identificazioni.

57 Secondo Durkheim (1897) lo stato “anomico” si verifica quando valori e norme sociali – prima comunemente accettate – mutano in maniera repentina, così che singoli e gruppi si trovano senza alcun punto di riferimento significativo. Il venir meno di codici condivisi produce fenomeni di disagio, fra cui il suicidio. Ovviamente togliersi la vita è un gesto individuale estremo e molto minoritario, che però diventa significativo agli occhi del sociologo in quanto indicatore di fenomeni “macro”. Anche per Riesman quando nel giro di due generazioni — o, a maggior ragione, nella biografia di una sola generazione — avviene il passaggio da una società all’altra, traumi e tensioni divengono inevitabili e ciò può generare una condizione di “anomia” (1967, 42-3). Merton (1949) ha rafforzato il concetto di anomia, introducendo un ulteriore riferimento: i processi anomici possono essere ricollegati anche alla “differenziazione” del sistema sociale. Proprio il mutamento si definisce come crescente moltiplicazione dei sottosistemi, come progressiva articolazione e segmentazione della società. L’abbassamento del grado d’integrazione, la perdita di uniformità e di coerenza interna, il disorientamento collettivo, creerebbero nel singolo una divaricazione fra finalità (valori, mete culturalmente indotte) e norme di comportamento, mezzi effettivamente disponibili al loro conseguimento. L’esito “anomico” di tale situazione, sempre secondo Merton, starebbe proprio nel conseguente venir meno dell’efficacia goduta dai riferimenti normativi del sistema culturale. Da qui l’uso (rischioso) di mezzi istituzionalmente proibiti ma potenzialmente utili al perseguitamento degli scopi. Ancora più recentemente, vari autori (Giddens 1966; Cavalli 1969; Izzo 1996) sottolineano l’attualità del concetto di “anomia” e le definizioni operative suggerite da Durkheim e da Merton (v. note successive).

58 «Il suicidio varia in ragione inversa al grado di integrazione dei gruppi sociali di cui fa parte l’individuo» (Durkheim 1897/1969, 257). L’attualità del tasso di suicidio come indicatore di “anomia versus integrazione sociale” è ribadita molto recentemente da Ricolfi, secondo il quale dopo Durkheim, «nessun sociologo, da allora, è stato in grado di proporre una misura altrettanto sintetica, profonda e soprattutto altrettanto sensibile al cambiamento sociale» (2005, 71-2). Anche il precedente Piano Sanitario Regionale 2003/2005 riconosce che “secondo una consolidata letteratura sociologica, il tasso di suicidio costituisce un valido indicatore di questo stato di “anomia” (Piano Sanitario Regionale 2003/2005, p. 21).

Considerando il primo indicatore, si potrebbe affermare che l'anomia in Umbria si è manifestata con forza negli anni ottanta (che, infatti, sono stati anni di grandi mutamenti strutturali), quando il tasso di suicidio (9,9) ci collocava al 3° posto fra tutte le regioni, assai al di sopra della media nazionale (allora in Italia il tasso era di 6 suicidi ogni 100mila abitanti). Successivamente queste tendenze si sono fatte meno preoccupanti, anche se tuttora costituiscono un fenomeno per nulla trascurabile: secondo i dati più recenti (2004), l'Umbria è al 5° posto, con un tasso dell'8,4 per mille, mentre la media nazionale resta ferma a 6.

Quanto – in secondo luogo – all'indice di delittuosità e al tasso d'incarcerazione, essi non presentano situazioni allarmanti per l'Umbria. Anche questi dati sembrerebbero confermare che i fenomeni anomici non raggiungono livelli straordinariamente gravi, almeno in termini generali; ma in alcuni ambiti specifici la situazione si mostra diversa. Infatti un po' più preoccupanti sono le informazioni sui minori denunciati, per cui l'Umbria si trova in una posizione quasi mediana rispetto a tutte le altre regioni. Ancora più allarmante è l'ambito delle dipendenze. L'Umbria è la regione con un alto quoziente di criminalità legata alla produzione e allo spaccio di droga, e ad esserne coinvolta è una proporzione molto elevata di minorenni. Inoltre la nostra regione è al vertice nei decessi per overdose (al 2006: 7 decessi per 100mila residenti tra i 15 ed i 64 anni d'età) e fra i primi posti quanto a percentuale di poliassuntori⁶⁰ (Ministero della Solidarietà Sociale 2007)⁶¹.

La differenziazione nel mutamento

Molti autori hanno sottolineato come un tratto fondamentale del mutamento sociale sia la crescente “differenziazione” della società, cioè la moltiplicazione dei suoi sotto-sistemi (v. p. es. Merton 1949; Parsons 1973; Berger – Berger – Kellner 1973; Sciolla 1983).

Sul solco di questi concetti sistematici generali, altri autori descrivono l'attuale società italiana come una realtà complessa, perché caratterizzata dalla coesistenza di formazioni sociali differenti, senza possibilità che questo scenario venga semplificato da una selezione “evoluzionistica”. Infatti la complessità non sarebbe provvisoria, non deriverebbe

59 «La struttura sociale che abbiamo esaminato produce l'inclinazione all'anomia ed al comportamento deviante (...). Quando l'importanza culturale attribuita alle soddisfazioni che derivano di per sé dalla competizione si trasforma in una quasi esclusiva preoccupazione del risultato, la tensione che ne segue porta verso una rottura della struttura regolativa. Attenuandosi i controlli istituzionali ci si approssima (...) a una situazione in cui il calcolo degli interessi personali e il timore del castigo rappresentano i soli centri regolativi (...). Dovrebbe essere chiaro che [questa analisi] non si è posta su un piano moralistico (...). E' evidente che l'imperfetta coordinazione dei due elementi [cioè mete e mezzi] conduce all'anomia» (Merton 1949/1959, 340-4).

60 Nell'ambito della selezione degli indicatori di anomia, quelli attinenti alle tossicodipendenze potrebbero essere considerati in posizione intermedia fra gli indicatori di suicidio e gli indicatori concernenti la devianza.

61 A nostro avviso fanno parte dell'anomia anche alcuni fenomeni che si insinuano talvolta nelle nuove generazioni e che potremmo chiamare “destrutturazione temporale”. Con tale espressione intendiamo la scissione, nel vissuto temporale dell'individuo, fra memoria del passato, vita quotidiana e progettualità per il futuro. La quotidianità viene concepita come il tempo dell'attesa passiva, della noia, della rabbia per trovarsi dentro un presente labirintico, dominato da altri o posseduto dal destino. L'unica scorciatoia sarebbe affidarsi alle sensazioni, alle emozioni forti, agli abusi, magari anche a qualche gesto deviante. Inoltre la vita quotidiana non viene concepita come un intreccio fra tempo individuale e tempo sociale; quest'ultimo viene invece scisso dal primo: è il tempo degli “altri”, delle norme da evitare, dei ritmi collettivi da cui sottrarsi, anche a costo di emarginarsi (la “destrutturazione temporale” è ben descritta da Cavalli 1985).

dal momentaneo affastellarsi di formazioni residuali e arcaiche, in procinto di scomparire, accanto a formazioni “moderne”, destinate a svilupparsi e a predominare. Le une e le altre, piuttosto, tenderebbero a stabilire reciproci rapporti di interpenetrazione, combinazione, cooperazione, conflitto e reciproca trasformazione⁶². Poiché ogni “formazione sociale” costituirebbe il portato di peculiari tratti della politica, della produzione economica, socioculturale e biopsichica, ne deriva che l'intrecciarsi di più formazioni sociali renderebbe la nostra società molto eterogenea e poco prevedibile sotto ogni suo rilevante aspetto (Gallino 1987).

Purtroppo ad oggi non esiste per l’Umbria un riscontro empirico sistematico dell’analisi proposta da quegli autori; esistono però alcuni corposi indizi. Ad esempio, considerando un ampio paniere di indicatori relativi ai rischi di esclusione sociale, il territorio umbro appare alquanto eterogeneo: i comuni umbri si distinguono in ben sei gruppi diversi, peraltro non ordinabili secondo qualche gerarchia (come invece potrebbe essere un continuum, dai comuni meno “a rischio” fino a quelli più vulnerabili); invece ogni gruppo ha un profilo peculiare, rischi specifici, un’identità difficilmente comparabile con quella degli altri gruppi (Calzola 1997; De Lauso 2007).

Un altro esempio di differenziazione riguarda la dimensione culturale. La nostra regione è stata investita da un grande impulso verso la scolarizzazione: un impegno di straordinario rilievo, ma profuso in tempi relativamente recenti: ciò ha determinato marcati dislivelli fra coorti. Così coloro che hanno conseguito il diploma di Media Superiore costituiscono ben il 76,4% degli umbri fra 20 e 24 anni d’età, ed appena il 7,7% dei 65-74enni. Sempre confrontando le stesse classi d’età, coloro che si sono fermati alla Licenza elementare sono l’1% dei giovani e il 54,8% degli anziani.

Questi scarti così elevati possono essere considerati non solo in termini di divario sociale, ma anche come differenze culturali: chi è andato poco a scuola ha una cultura assai differente da chi deriva da una lunga socializzazione scolastica.

La differenziazione della società riguarda culture, valori, stili di vita, identità, linguaggi compresenti e non storicamente o cronologicamente successivi (cfr. Sciolla 1983)⁶³. Infatti la rapidità del mutamento fa sì che coesistano fianco a fianco generazioni culturalmente molto diverse e, per certi versi, incomunicabili, perché formatesi in base a vissuti, esperienze, riferimenti assai diversi. Questo gap di culture, di riferimenti si ripercuote anche nella sfera dei linguaggi, determinando un gap linguistico. Ciò spiega perché gli adulti decodifichino poco i linguaggi dei giovani (musica, abbigliamento, altri consumi culturali, corporeità, modi di relazionarsi, etc.); sovente gli adulti non sono in grado di tradurre neanche il linguaggio del disagio latente delle nuove generazioni, per prevenirlo in tempo, prima che diventi disagio conclamato.

In realtà, sembra differenziarsi l’intera organizzazione sociale. Bagnasco (2003) descrive il nostro Paese nei termini di una “società fuori squadra”: lasciato spazio ai meccanismi automatici di regolazione sociale e agli aggiustamenti a posteriori, la componente intenzionale dell’organizzazione sociale sta regredendo; sicché diventa

62 Anche alla luce di queste considerazioni andrebbe riletta quella peculiare miscela di elementi tradizionali e moderni che caratterizza lo sviluppo del NEC.

63 Le differenze fra generazioni ne sono solo un aspetto: si pensi anche all’immigrazione, perciò all’introduzione nell’Umbria di molteplici culture assai differenti perché provenienti da società lontane.

complicato ordinare la società su un territorio, tenere le sue diverse componenti su uno stesso asse. Ciò nonostante – continua l'autore – affiorano alcuni esperimenti innovativi di riorganizzazione sociale e spaziale.

La complessità sociale si riflette sugli studiosi e sui decisor: infatti la società appare tendenzialmente molto ricca, variegata, imprevedibile, sfuggente e “complicata”, senza più un punto di vista privilegiato da cui osservarla, né un perno da cui si diramano univocamente e ordinatamente tutte le prospettive, né una chiave di lettura per decifrarla in tutte le sue parti. Ciò rafforza quanto prima illustrato a proposito dell'attuale inadeguatezza delle mappe cognitive collettive. Ne deriva il profilo di una società che corre il rischio di essere “a bassa riflessività sistemica”, ossia di riflettere scarsamente su se stessa⁶⁴ e quindi di metabolizzare poco il mutamento (Montesperelli 1995 e 1999).

Analizzare i bisogni legati alla salute entro lo scenario socio-economico e, anche su questa base, programmare la sanità in Umbria può quindi rispondere a queste esigenze, se riesce a costituirsi come esperienza di grande rilievo per alimentare la riflessività della società locale e per cercare di riorganizzarla. Sarebbe velleitario qualunque tentativo di giungere ad atti d'indirizzo dando per scontato un profilo della società che, intanto, è così profondamente mutata. Fa parte della complessità il fatto che non esiste alcuna sede depositaria del sapere sui cambiamenti in corso; la differenziazione moltiplica e decentra i saperi che così diventano particolari, disseminati, dislocati nei vari gangli della società; tutto ciò induce a concepire le decisioni d'indirizzo come il portato di un sapere plurale e partecipato, secondo le migliori esperienze della nostra cultura regionalista.

2.4 Il capitale sociale in Umbria

Capitale sociale è una nozione che negli anni recenti ha acquisito un'ampia popolarità e diffusione nelle politiche della salute. In generale, con “capitale sociale” si intendono le risorse derivanti dall'appartenenza alle reti sociali e dalle norme di reciprocità e dalla fiducia negli altri che vi sono implicate. Questa nozione ha fatto il suo ingresso nel campo della salute pubblica soprattutto nell'accezione proposta dal politologo statunitense Robert Putnam⁶⁵ che ne ha enfatizzato gli effetti positivi sia, in generale, sul rapporto fra cittadini e istituzioni sia, in particolare, sulle condizioni di salute della popolazione. Sulla proposta di Putnam, tuttavia, si è aperto un acceso dibattito internazionale che ha impegnato un gran numero di scienziati sociali e di epidemiologi. Due aspetti problematici appaiono particolarmente significativi: a) la rappresentazione di una comunità coesa e integrata, sottesa alla visione di Putnam, porta a trascurare una serie di fenomeni (mobilità sociale e territoriale, migrazioni, residenzialità temporanea) oggi particolarmente rilevanti nel

64 In termini generali la ‘riflessività’ non indica la capacità, che ha un soggetto, di pensare; ma quell’attitudine particolare volta a riflettere sul proprio pensiero. In termini sistematici, una società a bassa riflessività non è una società che “pensa poco” (che ha un basso livello d’istruzione, o che svolge scarsa attività di ricerca, oppure che promuove poche manifestazioni culturali, etc.); ma è una società con scarse occasioni per riflettere sulle rappresentazioni che ha di se stessa.

65 Putnam R.D., Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America, Il Mulino, Bologna, 2004 (ediz. orig. 2000)

determinare le possibilità di esercizio effettivo della cittadinanza e della partecipazione⁶⁶; b) l'enfasi posta sugli effetti positivi del capitale sociale ha come conseguenza quella di distogliere l'attenzione dalle cause strutturali delle disuguaglianze e di ignorare i conflitti che vi sono legati (fra gruppi diversi della società in competizione per le risorse, fra la società civile e la società politica e anche, potenzialmente, fra diverse posizioni di potere all'interno delle stesse reti sociali).

A partire da queste critiche si è osservato che il capitale sociale non è da intendere come una proprietà uniforme delle comunità (che potrebbero averne molto, poco, in declino, in aumento), ma piuttosto come un prodotto delle relazioni fra attori sociali che occupano posizioni diverse nella struttura gerarchica della società. In questo senso la nozione di capitale sociale può in effetti arricchire la riflessione sui determinanti sociali della salute a condizione di essere intesa come indissociabile dal capitale economico e culturale di cui dispongono gli individui, le famiglie e i gruppi⁶⁷.

Si tratta in altri termini di riconoscere che se da una parte è vero che le reti "corte" e i legami forti (come quelli familiari) risultano decisivi nella gestione di molti problemi di salute dall'altra è altrettanto vero che il capitale di obbligazione morale, di solidarietà, di capacità di assistenza o di surroga dei vuoti dei servizi pubblici che i gruppi familiari possono mettere in campo dipende in larga misura dal capitale economico di cui dispongono. D'altra parte, proprio perché molecolare e diffuso nella ordinarietà e nella informalità della vita quotidiana, il lavoro di cura e l'impegno di solidarietà messo in atto all'interno delle reti "corte" tende a sfuggire all'osservazione e alla considerazione dei servizi e, in particolare, a ogni tentativo di rilevazione di tipo quantitativo.

Questa è una delle ragioni per cui i servizi, quando cercano di conoscere il capitale sociale del territorio in cui operano, tendono a concentrare l'attenzione sul livello formale e pubblico delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni di cittadini. Tuttavia, i dati prodotti in questo modo se da un lato possono essere utili per disegnare un'immagine di insieme delle potenziali risorse di capitale sociale presenti in un determinato territorio, dall'altro non sono in grado di descrivere il carattere dinamico dei processi di aggregazione e di mobilitazione dei cittadini. Visto che le relazioni capaci di costituire capitale sociale non costituiscono un patrimonio dato una volta per tutte che si tratta semplicemente di mantenere, ciò che i dati quantitativi non sono in grado di cogliere sono proprio gli aspetti più dinamici e produttivi delle reti sociali, vale a dire i processi e le modalità di costruzione delle relazioni e la specificità delle situazioni in cui soggetti volta a volta diversi fanno rete. Per fare solo un esempio, il panorama d'insieme che risulterebbe da un eventuale "censimento" delle associazioni di volontariato non riuscirebbe a cogliere la diversa rilevanza di quelle che contano pochi membri molto attivi e partecipi rispetto a quelle che hanno molti membri ma sono meno attive e lavorano in modo più discontinuo.

66 Navarro V. A critic of social capital, "International Journal of Health Services", vol. 32, n. 3, 2002, pp. 423-432; Muntaner C. – Linch J.W., Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling alone's implications for social epidemiology", "International Journal of Epidemiology", vol. 31, n. 1, 2002, pp. 261-267

67 Bourdieu P., The forms of capital, pp. 241-258 in Richardson J.G. (curatore). Handbook of theory and research for the sociology of education, Greenwood Press, New York, 1986; Bibeau G., Le «capital social»: vicissitudes d'un concept, "Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé", vol. 10, n. 2, 2005, pp. 134-168

Alle difficoltà appena richiamate va aggiunta quella riguardante la grande eterogeneità di indicatori empirici via via proposti per misurare la “quantità” di capitale sociale di un determinato territorio. Esiste in proposito una vastissima letteratura che nel suo complesso disegna una situazione di notevole problematicità riguardo alla possibilità di intraprendere misurazioni del capitale sociale affidabili e realmente utilizzabili. I problemi che si presentano sono riferibili a due ordini principali di scelte che si tratta di operare rispetto a ciascun progetto di ricerca; bisogna, infatti, decidere preliminarmente: a) se misurare il capitale sociale a livello degli individui o di piccoli gruppi di individui oppure a livello della comunità, o della regione, o dell'intera nazione (vedi per es. Amaturo 2003, 18); b) se ricorrere a metodologie quantitative oppure qualitative oppure ad ambedue (vedi per es. Baron, Field e Schuller 2000, 27). Un' analisi anche rapida della letteratura internazionale mostra una netta prevalenza degli studi quantitativi rispetto agli studi qualitativi, anche se, bisogna sottolineare, molti autori sostengono che questi ultimi sono i più appropriati per cogliere una realtà dinamica, multidimensionale, contestuale quale quella che la nozione di capitale sociale cerca di cogliere (Baum e Ziersch 2003). Gli studi quantitativi (in particolare quelli condotti a livello regionale o nazionale) si basano generalmente su database molto ampi che sono il risultato di interviste condotte su grandi campioni di popolazione (per esempio la World Values Survey di Ronald Inglehart, la General Social Survey) e si fondano su elaborazioni di secondo grado di dati prodotti da ricerche a vasto raggio non specificamente finalizzate allo studio del capitale sociale. L'esempio che meglio illustra questa tendenza e che domina il dibattito internazionale relativo alle possibilità di operazionalizzare il concetto di capitale sociale è il lavoro di Putnam sul declino del capitale sociale negli Stati Uniti. Putnam ritiene di poter calcolare un “Indice di capitale sociale” dei diversi Stati del suo Paese sulla base di “14 indicatori di reti formali o informali di comunità e di fiducia sociale a loro volta sufficientemente correlati fra loro da suggerire l'esistenza di un'unica dimensione sottostante”, la dimensione, appunto, del capitale sociale (Putnam 2004, 350-351). Gli indicatori sono raggruppati nelle seguenti cinque categorie: la vita organizzativa della comunità (come il numero di organizzazioni civiche e sociali e il numero di persone appartenenti a qualche gruppo), l'impegno nella vita pubblica (come la partecipazione alle elezioni presidenziali), il volontariato nella comunità (come il numero di organizzazioni no-profit ogni 1000 abitanti), la socialità informale (come il tempo trascorso a casa di amici), la fiducia sociale (come il grado di accordo con l'affermazione “ci si può fidare della maggior parte delle persone”).

La prospettiva di Putnam, che molti autori apprezzano e molti altri criticano, porrebbe una serie di problemi una volta che dovesse essere utilizzata per una ricerca sul capitale sociale in Umbria. Al di là del fatto che riproporre le sue procedure di ricerca in ambito regionale comporterebbe un notevole dispendio di risorse umane ed economiche, sembra verosimile che i risultati così conseguiti soffrirebbero di una serie di limiti che possono essere così schematizzati: le surveys possono descrivere più o meno adeguatamente assetti organizzativi o strutturali del capitale sociale (per esempio: il numero di associazioni o il numero di iscritti a gruppi di volontariato), atteggiamenti (per esempio: la fiducia), possono anche quantificare certi tipi di comportamenti (per esempio: numero della attività di volontariato oppure delle visite a casa di amici) ma in nessun modo sono in grado di dare conto delle pratiche reali degli attori, e tanto meno della qualità, dei

significati, dei contenuti delle pratiche e delle reti che le persone contribuiscono a costruire (Baron - Field - Schuller 2000, 27); la rilevazione del capitale sociale sulla base di indicatori standardizzati appare inadeguata a coglierne aspetti pur fondamentali, quali il legame con il contesto, la pluralità dei meccanismi di formazione, e in definitiva il suo carattere intrinsecamente processuale (Piselli 2001) rimane in ogni caso aperto il problema del rapporto di causalità fra le variabili messe in gioco nella ricerca; per esempio, la significativa correlazione tra reddito procapite e atteggiamento fiducioso messo in luce dai dati del World Values Study può essere interpretato sia come una verifica dell'ipotesi secondo cui la fiducia genera benessere, sia, come forse è più probabile, che è la condizione di benessere a generare fiducia.

Se si tengono ben presenti i limiti appena segnalati, può comunque essere utile, in fase di programmazione sanitaria regionale, delineare un quadro generale della situazione in Umbria ricorrendo a una serie di ricerche che hanno tentato di misurare, sulla base di indicatori diversi, la dotazione di capitale sociale delle singole regioni italiane. In tale quadro, e nonostante i limiti detti sopra, si può assumere che una serie di caratteristiche socioculturali dei territori, in vario modo riferiti dagli autori al capitale sociale (fiducia, reciprocità, partecipazione politica, senso civico), possano essere positivamente correlate con le condizioni e le possibilità di salute della popolazione.

La ricerca forse più completa è quella intitolata “Un atlante del capitale sociale italiano”, pubblicata in rete nel dicembre 2005 da Fabio Sabatini del Dipartimento di Economia Pubblica della Università di Roma “La Sapienza”⁶⁸. L’analisi si è basata su un dataset formato da circa duecento indicatori di cinque dimensioni fondamentali del capitale sociale: i legami familiari, i rapporti informali con amici e conoscenti, le organizzazioni volontarie, la partecipazione politica attiva e la coscienza civica. I dati sono tratti dalle indagini multiscopo condotte dall’Istat tra il 1998 e il 2002 su un campione di circa ventimila famiglie italiane.

Per quanto riguarda la posizione dell’Umbria nella classifica delle regioni italiane, in sintesi la situazione è la seguente: occupa il 13° posto per “coscienza civica”, il 14° per “partecipazione politica”, l’11° per “partecipazione associativa”, il 9° per “capitale sociale amicale”, e infine il 7° per “capitale sociale familiare”; si colloca, infine, all’11° posto per “dotazione complessiva di capitale sociale”. L’autore della ricerca sottolinea la netta distinzione tra due tipi di rete, rispettivamente formate dai legami “forti” tra familiari e parenti e dai legami “deboli” che mettono in relazione amici, conoscenti e membri delle organizzazioni volontarie: queste due forme di capitale sociale risultano diversamente – anzi, inversamente- distribuite sul territorio italiano nel senso che le regioni più ricche di legami forti sono più povere di legami deboli e viceversa. In effetti una delle conclusioni che Sabatini trae dai dati della sua ricerca è che l’interesse per la politica e per gli affari della comunità in cui si vive risultano significativamente e negativamente correlati con l’intensità dei legami familiari mentre, al contrario, una maggiore intensità dei legami deboli tende ad accompagnarsi a più elevati livelli di coscienza civica e di partecipazione associativa. Per quanto riguarda l’Umbria e la tenuta dell’istituzione familiare come risorsa di cura e di solidarietà, i risultati di Sabatini sembrano confermare le valutazioni di Paolo

68 <http://w3.uniroma1.it>

Montesperelli: "Nell'ambito delle risorse interne, spicca la famiglia che anche in Umbria svolge funzioni indispensabili. Esse riguardano: la raccolta di risorse diverse e la loro ridistribuzione interna (salari, pensioni, auto-consumo, impegno domestico, etc.); la grande flessibilità nelle strategie di vita; le molteplici capacità di fronteggiare le situazioni critiche del ciclo economico; la possibilità di radicare identità collettive e codici valoriali comuni, mediante la condivisione di legami affettivi e la socializzazione; la partecipazione ai sistemi di protezione sociale; la possibilità di sostenere i membri più deboli nelle situazioni di bisogno, etc." ⁶⁹.

Che la famiglia "tradizionale" continui a giocare in Umbria un ruolo fondamentale nelle attività di solidarietà e di assistenza è testimoniato anche da una ricerca condotta alla fine degli anni '90⁷⁰ che ha prodotto, tra l'altro, i seguenti dati, particolarmente interessanti per ragionare sul capitale sociale: a) per quanto riguarda le azioni di aiuto da parte della famiglia di origine nei confronti delle giovani coppie con figli piccoli, a fronte di una media nazionale del 20,8%, in Umbria sono il 35,8% i genitori che hanno potuto contare sull'aiuto gratuito di qualche familiare; b) per quanto riguarda la cura e l'assistenza ai familiari ammalati risulta che oltre un quarto degli intervistati (per l'esattezza il 28,5%) ha prestato assistenza almeno una volta per un periodo superiore al mese, di contro a una media nazionale del 18,6% e del 21,1% dell'Italia Centrale. Sono dati, questi, che se da una parte parlano di una forte tenuta del tessuto familiare umbro nelle prestazioni solidaristiche, dall'altra rilevano anche una serie di elementi problematici riconducibili, secondo gli autori della ricerca, a due questioni fondamentali: a) la carente e diseguale distribuzione e il costo dei servizi pubblici di assistenza penalizzano le famiglie che dispongono di minori risorse economiche e che si trovano dunque costrette a sopperire ai vuoti dell'assistenza con il proprio "capitale umano"; b) è proprio all'interno di queste famiglie che si genera una più forte disegualanza di genere visto che il lavoro di cura (dei figli, del coniuge anziano, dei propri genitori, dei propri suoceri, ecc.) ricade quasi esclusivamente sulla donna.

E' da osservare, tuttavia, che anche in Umbria, come nel resto del Paese, la famiglia è sempre più intensamente investita da processi di cambiamento (riduzione del numero dei coabitanti, espulsione degli anziani, mobilità territoriale e dispersione dei nuclei parentali, ecc.) che tendono a ridurne le capacità di aiuto e di assistenza. In questo quadro va assumendo una rilevanza sempre maggiore, in particolare per quanto riguarda gli anziani soli, il fenomeno dei "badanti" stranieri. Si tratta di una presenza che si incrocia per più di un aspetto con la questione del capitale sociale, della salute e della disegualanza. Da una parte, infatti, i "badanti" garantiscono assistenza e compagnia a persone particolarmente vulnerabili e a forte rischio di isolamento: non si limitano infatti a fornire cura e aiuto alla persona ma funzionano anche come "facilitatori" delle relazioni sociali degli anziani che sono loro affidati. E tuttavia, visto che si tratta di servizi privati e a pagamento, anche su questo terreno si manifestano gli effetti della disegualanza sociale.

69 Montesperelli P., La struttura sociale in Umbria: spunti di riflessione per una lettura "trasversale", pp. 135-161, in Rapporto economico e sociale dell'Umbria 2004, AUR, Perugia, 2005 (AUR Rapporti), p. 140

70 Cobalti A. – Bison I. /AUR Agenzia Umbra Ricerche. Osservatorio sulle povertà in Umbria, La società umbra agli inizi del 2000. Indagine retrospettiva sulle famiglie umbre, Agenzia Umbra Ricerche, 2004 (Quaderni AUR. Welfare e Società, 1)

Dall'altra parte, se ci si colloca nel punto di vista dei badanti, risulta evidente che uno dei nodi particolarmente problematici di questa professione è proprio la modalità domiciliare del suo svolgimento. La coresidenza con le famiglie e con le persone da assistere implica intensità relazionali e ambiguità che possono causare isolamento, mancanza di privacy e addirittura sfociare in situazioni di soprusi e violenza; il lavoro tende a riempire ogni momento della vita dei lavoratori rendendo molto difficile una netta scansione tra tempo del lavoro e tempo libero. In questo modo spesso accade che a una ritrovata socialità dell'anziano italiano – resa possibile dalla attività di cura del badante - corrisponda un impoverimento delle reti di relazioni del lavoratore.

Risultati più positivi per l'Umbria emergono dal recentissimo lavoro di Roberto Cartocci⁷¹, pubblicato nel 2007 ma basato su dati rilevati negli anni 1999-2002. La quantità di capitale sociale nelle diverse aree del Paese, individuate a livello delle Province, è stata misurata per mezzo dei seguenti quattro indicatori: 1) diffusione della stampa quotidiana; 2) livello di partecipazione elettorale; 3) diffusione delle associazioni sportive; 4) diffusione delle donazioni di sangue. Per quanto riguarda quello che Cartocci definisce "indice finale di capitale sociale" l'Umbria si colloca all'8° posto, preceduta da tutte le regioni del Nord e dalla Toscana, e seguita dalle Marche, dal Lazio e da tutte le regioni del Sud e insulari. L'indice della provincia di Perugia è quasi il doppio di quello della provincia di Terni. Per quanto riguarda i quattro indicatori presi in considerazione dalla ricerca la posizione dell'Umbria nella graduatoria delle regioni italiane è la seguente: 13° posto nella lettura dei quotidiani (leggero vantaggio di Terni su Perugia); 3° posto nella partecipazione al voto (pressoché identica a Perugia e a Terni); 7° posto nella donazione di sangue (significativo vantaggio di Perugia su Terni); 8° posto per numero di iscritti a società sportive (leggero vantaggio di Terni su Perugia).

A differenza di Sabatini, Cartocci non si preoccupa di misurare anche il "capitale sociale familiare", espressione, secondo lui, priva di senso e intrinsecamente contraddittoria. Questo autore, infatti, ritiene cruciale, nell'analisi del capitale sociale, distinguere i legami ascrittivi da quelli elettivi: i legami familiari sono evidentemente di tipo ascrittivo e in quanto tali non manifestano la libera scelta dell'individuo di associarsi in vista di un vantaggio o un bene più ampio dell'ambito familiare (e dunque, a rigor di termini, non costituiscono capitale sociale); capitale sociale è, invece, quello creato dai legami elettivi, e cioè da quelle relazioni, formali o informali, cui le persone accedono volontariamente, quando, per fare gli esempi di Cartocci, si associano a un club di scacchi, si iscrivono a un sindacato o partecipano a una protesta contro la costruzione di un inceneritore⁷².

2.5 Il contesto epidemiologico

I fattori di rischio

In Umbria si è evidenziato negli ultimi anni un quadro epidemiologico decisamente grave rispetto all'abuso di sostanze stupefacenti e ad alcune dipendenze (alcool, fumo).

71 Cartocci R., *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2007

72 ibidem, pp. 28-29 e 54-55

I dati relativi alla mortalità per overdose indicano come, a fronte di una costante diminuzione del tasso di mortalità in Italia dal 1996 fino al 2002 (anno in cui si è rilevato un tasso di 1,3 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni), con lievi oscillazioni negli anni successivi, in Umbria il tasso è rimasto costantemente elevato, con una particolare accentuazione negli ultimi anni, mantenendo una forbice molto ampia rispetto al dato nazionale. Si è avuto un picco di 5,0 decessi per 100.000 abitanti di 14-64 anni nel 2000, leggere variazioni fino al 2005, un tasso di 5,3 nel 2006 (con un numero assoluto di 30 decessi) e 6,2 nel 2007 (n. 35 decessi; il tasso di mortalità in Italia è 1,5).

Esaminando le caratteristiche dei deceduti, si evidenzia come il fenomeno interessi diverse fasce di età, diverse provenienze, e veda una molteplicità di sostanze assunte; l'eroina è la principale causa di morte, ma nella maggior parte dei casi associata ad altre sostanze: cocaina, alcol, benzodiazepine, barbiturici; nel 2006 sono documentati 3 decessi nei quali la sostanza primaria è la cocaina⁷³.

I dati relativi alla diffusione dei fenomeni di consumo confermano l'ipotesi in Umbria di un quadro multiproblematico, a rapida evoluzione, che coinvolge ampi e variegati gruppi di popolazione, sia riguardo l'uso di sostanze legali che illegali, all'interno di stili di consumo variegati e spesso caratterizzati dal poliabuso.

Nel 2005 il 22,1% della popolazione umbra di età maggiore di 15 anni, cioè una percentuale leggermente inferiore alla media nazionale, dichiara di fumare; le donne tuttavia presentano una prevalenza di consumo maggiore rispetto alla media nazionale⁷⁴. Osservando i dati del 2006 relativi ai giovani di 15-19 anni, la quota dei fumatori sale al 27,1% ed anche in questo caso sono le donne a presentare una prevalenza maggiore (30%), di 3 punti superiore alla media nazionale⁷⁵.

Il consumo di tabacco è la principale causa di morte prematura, in particolare tra gli uomini; tuttavia nella nostra regione negli ultimi 10 anni si è evidenziata tra gli uomini una diminuzione dei tassi standardizzati di mortalità, passati da 90,6 per 100.000 abitanti nel 1994 a 80,2 nel 2004, mentre tra le femmine, pur rimanendo su livelli molto più bassi, si è avuto un aumento da 13 decessi per 100.000 abitanti nel 1994 a 15,7 nel 2004⁷⁶.

Per quanto riguarda il consumo di alcolici, nel 2006 il 33,5% degli umbri di più di 11 anni dichiara un consumo giornaliero di alcol, dato superiore alla media nazionale. Il consumo di oltre ½ litro di vino al giorno in Umbria interessa il 4,5% dei bevitori, il consumo di birra tutti i giorni interessa il 4,3% dei bevitori ed il consumo di alcolici fuori pasto il 25,9%⁷⁷.

Il consumo di alcol tra i giovani risulta preoccupante, più che per l'uso di lungo periodo, in relazione al quantitativo assunto per singolo episodio, ai comportamenti correlati, come la guida in stato di ebbrezza, al consumo contemporaneo di altre sostanze stupefacenti. In Umbria nel 2006 il 45% dei ragazzi e il 39% delle ragazze di 15-19 anni dichiara più di un episodio di ubriacatura negli ultimi 12 mesi⁷⁸.

73 Decessi per overdose in Umbria. - Elaborazione dell'Osservatorio Epidemiologico regionale su dati degli Istituti di Medicina Legale di Perugia e di Terni per gli anni 2006 e 2007.

74 Indagine multiscopo ISTAT "Le condizioni di salute della popolazione". 2005.

75 Dati ESPAD Italia 2006.

76 Elaborazione dati ReNCaM.

77 Indagine multiscopo ISTAT "Le condizioni di salute della popolazione". 2006.

78 Dati ESPAD Italia 2006.

Nella Relazione al Parlamento relativa al 2006, l’Umbria è citata tra le regioni che presentano stime maggiormente elevate per le seguenti tipologie di consumo:

nella popolazione generale di 15-54 anni, per l’uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, allucinogeni, e per il policonsumo⁷⁹;

nella popolazione scolarizzata di 15-19 anni, per l’uso una o più volte negli ultimi 12 mesi di eroina, cocaina, cannabis, anabolizzanti, stimolanti di sintesi, policonsumo⁸⁰.

L’Umbria è tra le regioni che presentano contemporaneamente prevalenze maggiori di utilizzatori di eroina, di soggetti eleggibili al trattamento per uso problematico di eroina, e più alti tassi di mortalità per overdose, prevalentemente da eroina⁸¹; dal 2001 si evidenzia un costante aumento dei sequestri di tale sostanza, anche se nel 2006 l’eroina sequestrata in Umbria rappresentava solo lo 0,4% di quella sequestrata a livello nazionale⁸².

E’ segnalata, inoltre, un’alta prevalenza di persone eleggibili al trattamento per cocaina⁸³.

Si rivolgono ai servizi, infine, numeri crescenti di persone che chiedono un aiuto per problemi connessi al gioco d’azzardo problematico e altre dipendenze non da sostanze, come pure preoccupa la diffusione del doping tra gli sportivi di livello amatoriale.

Si configura, quindi, un complesso insieme di fenomeni e di problematiche correlate, non riconducibile ad una lettura univoca né ad ipotesi interpretative semplificative. I fenomeni di uso/abuso/dipendenze oggi sono frequentemente inseriti nel contesto di modelli di vita di apparente benessere e di buona integrazione sociale; interessano, oltre alle fasce giovanili, quote consistenti del mondo adulto; in molti casi l’uso della sostanza è solo uno tra i diversi elementi problematici compresi.

Per una lettura il più possibile esaustiva del quadro regionale, occorre richiamare infine alcuni elementi di contesto.

Il territorio regionale, ed in particolare la città di Perugia, è oggetto di un narcotraffico marcatamente aggressivo, connesso ad infiltrazioni della criminalità organizzata afferenti a cosche di provenienza extra regionale.

Alcuni fenomeni in sé positivi, poi, possono comportare in alcuni casi una condizione di accentuata vulnerabilità; in primo luogo la numerosa popolazione studentesca che afferisce alle sedi universitarie presenti a Perugia, come tutte le popolazioni giovanili non esente da forme di disagio; inoltre, il rilevante fenomeno immigratorio, laddove accanto ad esperienze di positiva integrazione nel tessuto cittadino, sono identificabili aree di marginalità sociale, anche grave, connesse in genere ad esperienze di fallimento del progetto migratorio personale.

79 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati IPSAD Italia 2005.

80 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2005.

81 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

82 Rapporto annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero degli Interni - 2006.

83 Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. 2006 - Progetto SIMI, condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Infine, occorre dare attenzione agli elementi che caratterizzano l'evoluzione della società umbra degli ultimi decenni, esposti diffusamente in precedenti capitoli, che si riflettono anche su questa tematica specifica.

Al quadro descritto, complesso e multidimensionale, è necessario rispondere con una strategia, specularmente, "di sistema". Sul piano dei contenuti, occorre abbandonare ogni visione di tipo ideologico, mantenendo un solido riferimento nelle acquisizioni della comunità scientifica internazionale; sul piano organizzativo, occorre superare quelle dicotomie che tendono oggi ad immobilizzare il sistema di intervento, come ad esempio tra sociale e sanitario, tra settore pubblico e privato sociale, tra Distretto e Dipartimento, tra operatori ed utenti, tra professionisti e volontari.

Occorre sottolineare, infine, come la Giunta regionale, attraverso la Deliberazione n.1613 del 2007 di acquisizione del documento "I diritti delle persone utenti del sistema dei servizi per le dipendenze" elaborato dal Laboratorio permanente pubblico - privato sociale, ha posto in evidenza la tutela dei diritti della persona quale valore fondamentale, anche in questo campo, nell'orientare le scelte di politica sanitaria e sociale.

La morbilità

Solo per pochi settori esistono validi flussi informativi relativi alla incidenza e prevalenza delle patologie e dei traumatismi:

- per i tumori, grazie alla presenza di un registro regionale;
- per gli infortuni sul lavoro, grazie alla banca dati flussi informativi INAIL – ISPESL – Regioni elaborata dall'Osservatorio integrato sugli infortuni sul lavoro;
- per le malattie infettive soggette a notifica;
- per alcune patologie animali di interesse per la salute umana e soggette a programmi di sorveglianza e profilassi.

Incidenza dei tumori in Umbria

Per descrivere la frequenza dei tumori maligni in Umbria sono stati utilizzati i dati di incidenza e di mortalità del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) e del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) relativi al periodo 2003-2005.

Nel triennio 2003 -2005, il numero medio annuo di casi, esclusi i carcinomi della pelle, in Umbria è stato di 2986 nei maschi e di 2302 nelle femmine.

Nei maschi il tumore più frequente è quello della prostata, seguito da quello del colon retto e del polmone; tali sedi rappresentano la metà di tutti i tumori negli uomini. L'incidenza, infatti del tumore della prostata e del colon retto è andata aumentando mentre quella del tumore al polmone ha subito un notevole decremento.

Nel sesso femminile la graduatoria della frequenza delle diverse sedi di neoplasia è rimasta pressoché invariata: rimane al primo posto la mammella, che rappresenta un terzo di tutti i tumori, seguita dal colon retto e dallo stomaco. Nelle femmine è aumentata l'incidenza di tumore della mammella e di tumori alla tiroide mentre è diminuita notevolmente l'incidenza del tumore allo stomaco.

Fig. 1 – Tassi standardizzati di incidenza nel 2003-2005 (Fonte RTUP)

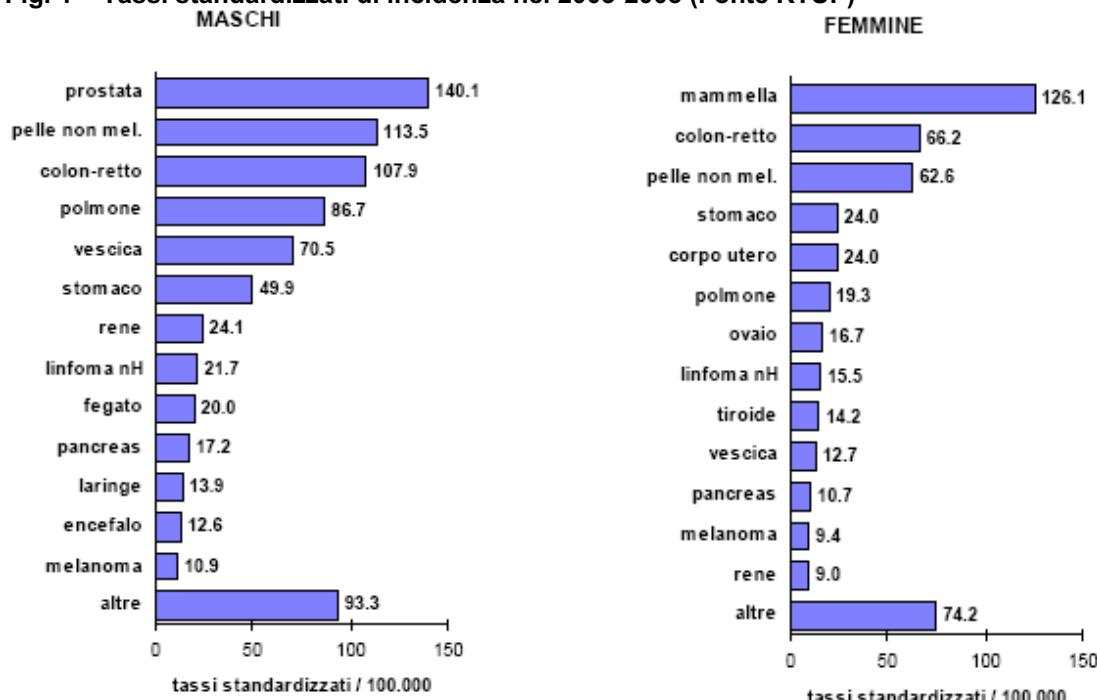
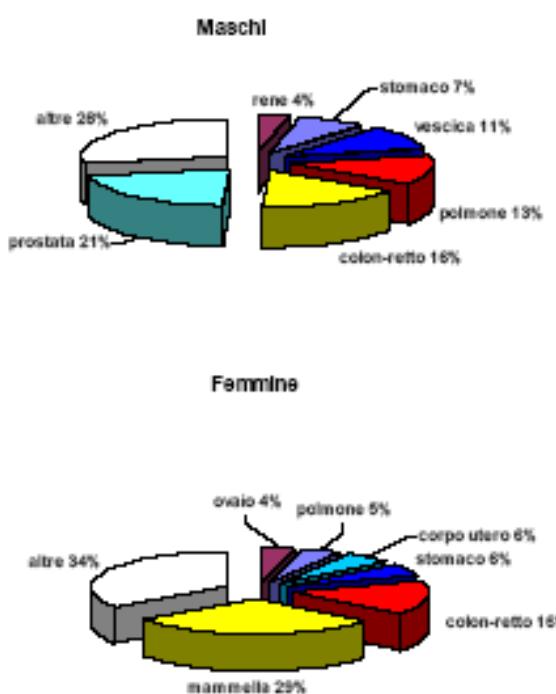


Fig. 2 - Distribuzione percentuale dei tassi standardizzati di incidenza nel 2003-2005 (escluso i carcinomi della pelle, C44, ICD-10) (Fonte RTUP)

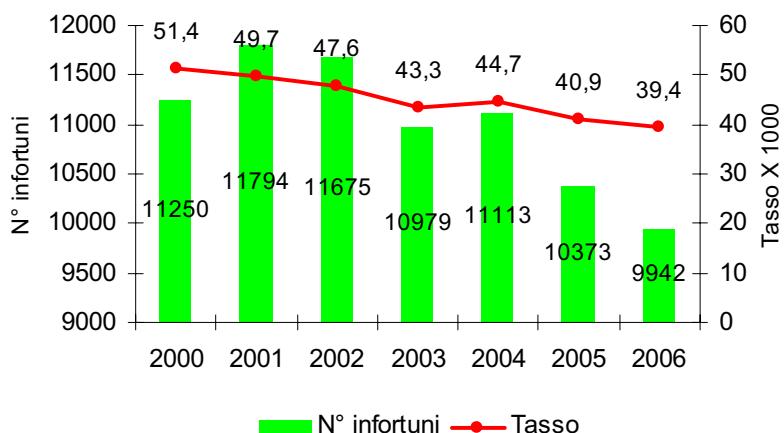


Gli infortuni sul lavoro in Umbria - anni 2000/2006

In Umbria nel 2006, ultimo anno nel quale si può ammettere che tutti gli infortuni abbiano completato l'iter amministrativo-sanitario dell'INAIL sono stati denunciati circa 20.500 infortuni, di cui circa 16.100 nel settore industria e servizi, 2.000 in agricoltura e 2.400 nella gestione INAIL per conto stato; di questi ne sono stati definiti positivamente, ovvero si è dimostrato un nesso di causa con l'attività lavorativa, circa 15.000, di cui circa 1.300 sono stati infortuni in itinere (accaduti nel percorso casa-lavoro, lavoro- casa e quindi non direttamente correlati all'attività lavorativa), mentre fra gli infortuni in occasione di lavoro 10.700 si sono verificati nel macrosettore industria e servizi, 1.650 in agricoltura e circa 350 fra i dipendenti dello stato.

L'andamento del fenomeno infortunistico degli ultimi anni, misurato attraverso il tasso di infortunio (rapporto fra il numero di infortuni e la popolazione lavorativa) dimostra un trend in riduzione: nella gestione industria e servizi la frequenza di infortuni ogni 1000 addetti INAIL è passata da 51,4 nel 2000 a 39,4 nel 2006, mentre in agricoltura da 36,8 a 30 infortuni ogni 1000 addetti ISTAT; pur considerando una certa sottostima dei dati del 2006 non ancora "stabilizzati", esso si caratterizza per la più bassa frequenza infortunistica del periodo in esame (figura 1).

Fig. 1 Tasso standardizzato e numero di infortuni definiti positivamente*, industria e servizi, 2000-2006



* Esclusi infortuni in itinere, ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori appartenenti a polizza speciali

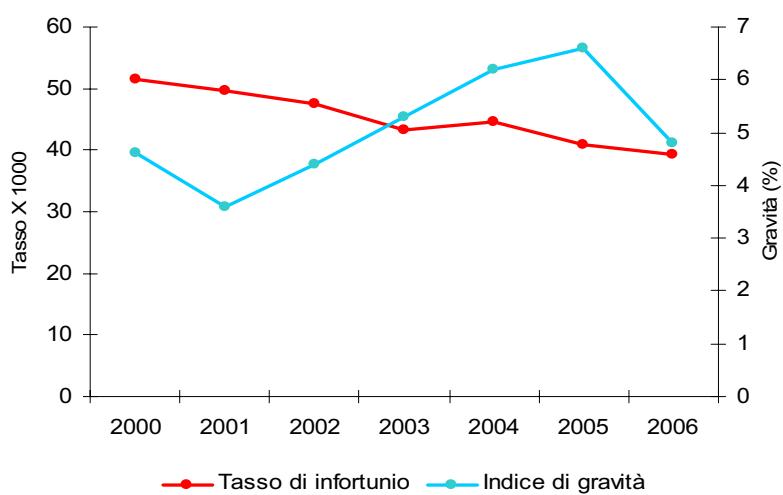
Il decremento del fenomeno infortunistico nel 2006 è evidente anche dal confronto con le altre regioni: infatti il calo degli infortuni denunciati nella gestione industria e servizi (-3,2%, pari a 528 infortuni in meno) è di gran lunga superiore a quello registrato a livello nazionale, dove si ha un decremento pari solo all'1,0% (tabella 1). In agricoltura il decremento è ancora più marcato, -8,5% rispetto al 2005 contro una media nazionale di -5,2%, pari a 183 infortuni denunciati in meno.

Tab. 1 Infortuni denunciati per regione, industria e servizi, 2005-2006

	Anno 2005	Anno 2006	Differenza 2006-2005	Variazione% 2006-2005
Piemonte	67.870	66.464	-1.406	-2,1
Valle d'Aosta	2.437	2.388	-49	-2,0
Lombardia	149.722	149.065	-657	-0,4
Liguria	28.303	28.049	-254	-0,9
Trentino Alto Adige	26.302	26.237	-65	-0,2
Veneto	105.737	105.446	-291	-0,3
Friuli V. G.	26.254	26.414	160	0,6
Emilia Romagna	123.774	121.759	-2.015	-1,6
Toscana	65.762	65.395	-367	-0,6
Umbria	16.761	16.233	-528	-3,2
Marche	29.989	29.422	-567	-1,9
Lazio	52.323	52.338	15	0,0
Abruzzo	20.690	20.481	-209	-1,0
Molise	3.217	3.064	-153	-4,8
Campania	27.991	27.090	-901	-3,2
Puglia	36.937	35.617	-1.320	-3,6
Basilicata	5.315	5.350	35	0,7
Calabria	12.021	11.938	-83	-0,7
Sicilia	28.212	28.755	543	1,9
Sardegna	15.334	14.861	-473	-3,1
Italia	844.951	836.366	-8.585	-1,0

Merita attenzione il fatto che la diminuzione del fenomeno infortunistico nel complesso non si accompagna ad una corrispondente riduzione degli infortuni di elevata gravità con una evidente discordanza fra frequenza degli infortuni (in diminuzione) e la gravità (in aumento); il dato del 2006 relativo alla gravità non può considerarsi ancora affidabile, essendo più lungo l'iter sanitario-assicurativo per la definizione degli infortuni gravi (figura 2).

Fig. 2 Tasso di infortunio e indice di gravità (% infortuni con esiti permanenti e mortali sul totale degli infortuni), industria e servizi, 2000-2006



I settori produttivi dove si concentra maggiormente il rischio infortunistico, ovvero quelli nei quali si ha la più elevata frequenza, gravità e numero di infortuni, sono il settore metalmeccanico, delle costruzioni, del legno e dei trasporti (tabella 2).

Tab. 2 Frequenza (F) e gravità (G) degli infortuni per attività economica, anni 2000-2003 (tra parentesi la % di infortuni del settore sul totale)

F G \	< 20	20-39	40-59	60-79	80-99	>100
0-1,9	M Istruzione (0,3)	B Pesca (0,0)	DF Fabbr. coke,petrolio (0,0)			
2-3,9	DC Ind. Conciarie (0,1) DE Fabbr. carta(1,8) DL Elettromeccanica (1,3) K Immobili.Informatica.Ricerca	O Altri servizi pubblici (3,8) H Alberghi e ristoranti (3,5)	DA Ind. alimentari (4,0)	DJ+DK+DM Metalmeccanica (17,3) DI Ind. della trasformazione (4,2) DN Altre industrie manifatturiere (3,0) DH Fabbr. gomma(1,0) E Elettrica,gas,acque (0,7)		
4-5,9	DB Ind. tessili (1,8) L Pubbl.amministrazione (5,6) DG Ind. chimica (0,6)	G Commercio.Riparazioni (10,8)	N Sanità (2,2) CB Estraz. minerali non energetici (0,4)	I Trasporti (7,6)		
6-7,9			A Agrindustria (1,1)	F Costruzioni (20,2) DD Legno (2,2)		
8-9,9	J Intermediazione finanziaria (0,4)					
>9,9						

Rispetto alle differenze territoriali, il confronto fra le quattro USL dimostra un tasso standardizzato più elevato nella ASL 1, seguita dalla ASL 3; la ASL 2 e la ASL 4 hanno dei tassi di infortunio complessivamente più bassi (tabella 3); in ciascuna ASL è evidente la riduzione della frequenza di infortunio dal 2000 al 2005.

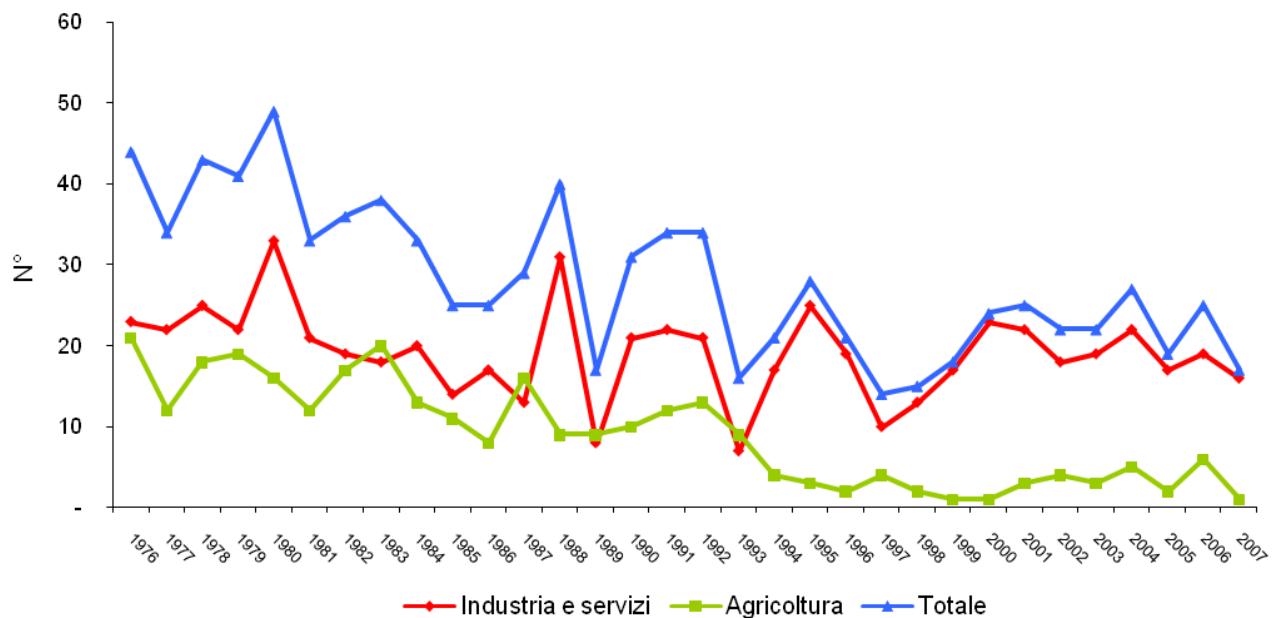
Tab. 3 Tasso standardizzato di infortunio definito positivamente per 1000 addetti per ASL, industria e servizi, 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ASL 1	67,4	64,4	67,0	58,7	60,2	55,9
ASL 2	49,9	49,3	46,8	41,7	42,6	38,0
ASL 3	71,3	63,3	61,0	53,8	56,9	52,4
ASL 4	35,1	36,5	35,3	32,9	34,2	31,6
Umbria	51,4	49,7	47,6	43,5	44,5	40,9
Italia	33,0	31,2	30,7	29,0	28,0	26,8

Una attenzione particolare meritano gli infortuni mortali sul lavoro: negli ultimi 30 anni dal 1976 al 2007, nelle due gestioni, industria e servizi e agricoltura, pur evidenziando ampie oscillazioni da un anno all'altro attribuibili ai piccoli numeri, si osserva, a fronte di un

ampliamento della popolazione lavorativa assicurata, un generale trend in diminuzione del numero di eventi mortali (figura 3).

Figura 3 Infortuni mortali (esclusi in itinere) indennizzati, industria-servizi -agricoltura, 1976-2007



Prendendo in esame il periodo più recente, dal 2004 al 2007 si è passati da 25 a 18 infortuni mortali, il più basso numero degli ultimi 10 anni, con una riduzione rispetto al 2006 di oltre il 30%; inoltre 6 di questi decessi sono causati da incidenti stradali accaduti nello svolgimento dell'attività lavorativa (in occasione di lavoro) o in itinere, (tabella 4).

Tab. 4 UMBRIA: infortuni mortali, tutte le gestioni, 2004-2007

	2004	2005	2006	2007*
Infortuni non stradali	25	14	16	12
Infortuni stradali in occasione di lavoro	3	5	9	4
Infortuni stradali “in itinere”	10	7	1	2
Infortuni totali	38	26	26	18

*Dati non consolidati

Dei 12 infortuni in luogo di lavoro 6 sono accaduti nei territori di competenza della ASL 4, 3 della ASL 3 e 3 della ASL 2 (tabella 5)

Tab. 5 UMBRIA: infortuni mortali per ASL, anno 2007*

	Infortuni non stradali	Infortuni stradali in occasione di lavoro	Infortuni stradali "in itinere"	Infortuni totali
ASL 1	0	1	0	1
ASL 2	3	3	2	8
ASL 3	3	0	0	3
ASL 4	6	0	0	6
UMBRIA	12	4	2	18

*Dati non consolidati

Rispetto ai settori produttivi nei quali più si è concentrato il fenomeno degli infortuni mortali, 7 casi ovvero oltre la metà, sono accaduti nel settore dell'edilizia e in 4 di questi la modalità di accadimento è risultata la caduta dall'alto, da tetto o ponteggio (tabella 6), confermando così la criticità delle problematiche di sicurezza in questo comparto.

Tab. 6 UMBRIA: infortuni mortali per settore produttivo e modalità di accadimento, anno 2007*

Settore produttivo	N° infortuni
Edilizia	7
Caduto dall'alto (da tetto o ponteggio)	4
Travolto da autopompa	1
Travolto da frana	1
Investito da camion	1
Metalmeccanica	2
Schiacciato da lastra di acciaio	1
Schiacciato da lamiera	1
Agricoltura	1
Travolto da trattore	1
Dipendenti stato	2
Caduto da scala	1
Investito da treno	1
TOTALE	12

Nonostante quindi le statistiche dimostrino un decremento del fenomeno infortunistico nella Regione Umbria, a testimonianza di un miglioramento dei livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro, la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali rappresenta un'area di intervento estremamente rilevante in questa regione: infatti le statistiche INAIL collocano ancora l'Umbria ai vertici del fenomeno infortunistico, con una frequenza media di infortunio che è di 15 punti superiore rispetto a quella nazionale; la differenza con la media nazionale e con le altre regioni è meno importante se si considera l'indice di gravità. Le distorsioni originate dalle modalità di attribuzione territoriale degli infortuni da parte dell'INAIL, che penalizzano nei confronti geografici le regioni piccole e a

prevalente importazione di manodopera e la diversa distribuzione del fenomeno del lavoro "in nero" che fa apparire meno "virtuose" proprio le regioni a minor tasso di irregolarità nelle quali è meno rilevante la sottodenuncia degli infortuni, spiegano solo in parte questo primato negativo.

Vanno infatti segnalate alcune caratteristiche del sistema produttivo umbro, che possono amplificare il rischio di infortunio sul lavoro. In primo luogo la parcellizzazione delle imprese, fenomeno molto spiccato in Umbria dove oltre il 95 % delle oltre 70.000 imprese del territorio ha meno di 10 dipendenti: questa tipologia di impresa tende ad avere un rischio per la salute e la sicurezza più elevato rispetto alle grandi aziende sia per la difficoltà nell' applicare le norme antinfortunistiche e nel programmare investimenti per la sicurezza, che per la scarsa rappresentatività degli RLS e RSPP.

Inoltre le aziende umbre assumono sempre più frequentemente manodopera straniera (che costituisce circa il 23 % di tutte le nuove assunzioni), occupandola prevalentemente in professioni a bassa qualifica professionale, nei settori lavorativi più rischiosi (come le costruzioni e l'agricoltura), con frequenti cambiamenti di lavoro e con contratti temporanei, spesso in assenza di un addestramento e di una formazione adeguata.

Le malattie infettive in Umbria

La sorveglianza delle malattie infettive in Umbria è affidata sostanzialmente al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), istituito sulla base del DM del Ministero della Sanità del 15/12/1990, che prevede "l'obbligo per il medico di notificare all'autorità sanitaria competente qualunque malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione".

Anche se il sistema - peraltro in corso di revisione a livello nazionale - soffre di alcune carenze "storiche", quali la sottostima dei casi per mancata notifica da parte dei medici, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, è stato comunque utilizzato per valutare l'andamento delle malattie nel tempo e il risultato di tale valutazione è contenuto nello specifico Atlante della Prevenzione dedicato alle Malattie infettive in Umbria e pubblicato nel 2007, cui si rimanda per una analisi più approfondita.

L'Atlante contiene anche i dati derivanti da altri sistemi di sorveglianza, definiti come Sistemi di Sorveglianza Speciale, che però non prevedono l'adesione obbligatoria da parte delle Regioni, quali per esempio quello per le meningiti, quello per la legionellosi, alcune sorveglianze attivate dall'Istituto Superiore di Sanità che riguardano le epatiti virali acute (SEIEVA) e il Registro regionale dei casi di AIDS. Di seguito si riporta un aggiornamento delle notifiche pervenute negli ultimi due anni relative a: morbillo, parotite, rosolia, TBC, meningiti meningococciche.

Morbillo

Si riportano pertanto, di seguito, le notifiche dei casi di morbillo, parotite e rosolia registrati in Umbria dal 1996 al 2007 (i dati 2007 sono divenuti definitivi al 30.06.08).

Distribuzione dei casi di morbillo, parotite e rosolia per fasce di età. Anni 1999/2007. Umbria

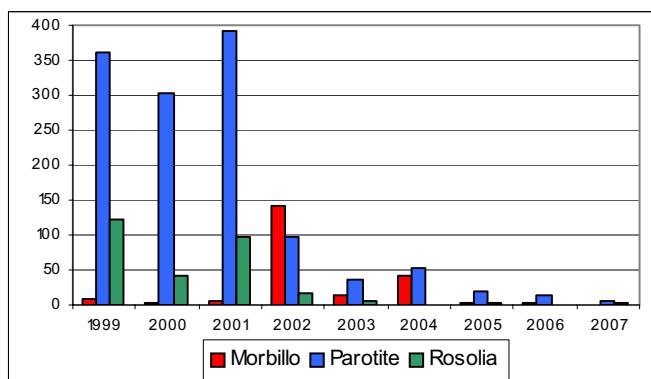
		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Morbillo	0-14	4	3	2	120	5	25	0	1	0
	15-24	2	0	2	13	6	11	1	3	1
	25-64	1	0	1	6	4	3	0	0	0
	> 65	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ns	0	0	0	3	0	3	1	0	0
	Totalte	7	3	5	142	15	42	2	4	1
Parotite	0-14	235	268	354	84	24	48	13	10	6
	15-24	5	10	10	3	7	0	1	1	0
	25-64	17	19	24	10	4	2	4	1	0
	> 65	0	0	1	1	0	1	1	1	0
	ns	5	6	2	0	0	1	1	0	0
	Totalte	362	303	391	98	35	52	20	13	6
Rosolia	0-14	103	28	64	8	2	1	0	1	1
	15-24	15	11	29	5	1	0	3	0	1
	25-64	3	2	4	3	1	0	0	0	0
	> 65	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ns	0	0	1	1	1	0	0	0	0
	Totalte	121	41	98	17	5	1	3	1	2

Le notifiche relative agli ultimi 3 anni, dopo i due episodi epidemici verificatisi nel 2002 e nel 2004 che avevano coinvolto molti bambini, riguardano, con esclusione di un caso nel 2006, giovani dai 15 ai 24 anni.

Dal 2007 è in corso un'altra epidemia a livello europeo, si potrebbero registrare dei casi anche nel nostro territorio, soprattutto in alcune zone dove i livelli di copertura non ottimali hanno permesso l'accumularsi di un certo numero di suscettibili.

Di seguito il grafico descrive l'andamento dei casi di morbillo, parotite e rosolia aggiornati al 2007

Notifiche casi morbillo, parotite, rosolia. Anni 1999/2007 - Umbria



L'analisi dei casi di morbillo, parallelamente a quella dei livelli di copertura vaccinale raggiunti per le coorti oggetto della campagna, contribuisce alla valutazione dei risultati raggiunti con il Piano regionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita.

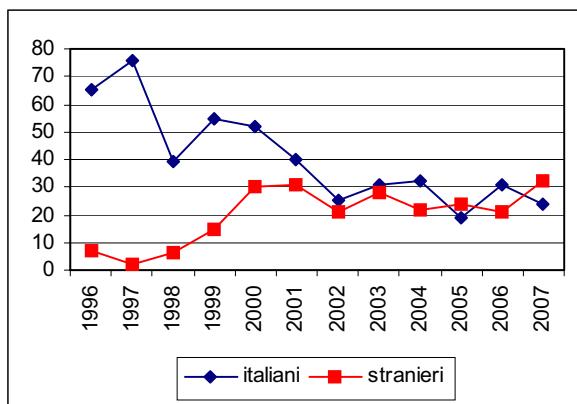
Tubercolosi

In Umbria, negli anni che vanno dal 1996 al 2007 sono stati notificati con il SIMI un totale di 713 casi.

L'andamento del numero di notifiche, anche se quasi sicuramente i dati sono sottostimati, mantiene comunque un trend pressoché costante.

A partire dal 1999 fino al 31.12.2007 (dati provvisori fino a giugno 2008) sono anche state registrate 77 recidive, che, per quanto riguarda i cittadini italiani, sono riferite a soggetti di età quasi sempre maggiore di 65 anni, mentre quelle osservate negli stranieri riguardano, nella maggior parte dei casi, soggetti più giovani e l'intervallo fra la prima e la seconda infezione è più basso.

Casi di TBC notificati dal 1996 al 2007 in cittadini italiani e stranieri - Umbria

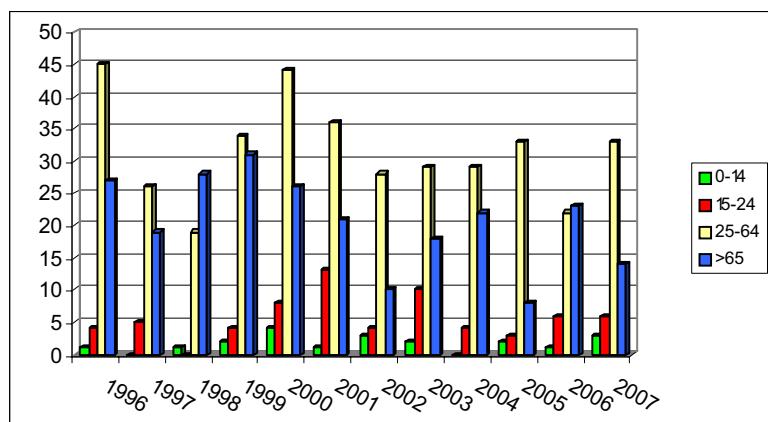


Analizzando i casi rispetto alla diversa nazionalità si nota un netto decremento del numero di infezioni nei cittadini italiani a partire dall'anno 1999, mentre, già dal 1998, si è registrato un progressivo aumento delle notifiche di malattia in cittadini stranieri.

Negli ultimi quattro anni studiati i casi di infezione in cittadini stranieri hanno equiparato quelli in cittadini italiani e, nel 2005 e nel 2007, hanno rappresentato la maggioranza dei casi.

L'incidenza per età negli anni 1995-2007 mostra una discreta tendenza al decremento nella classe di età >65, mentre si mantiene stabile ed elevata nella classe immediatamente precedente e ciò sembra derivare soprattutto dal numero dei casi di infezione in cittadini stranieri.

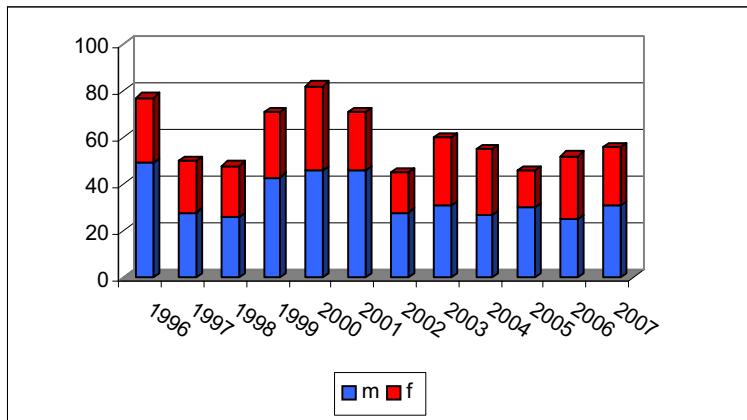
Casi TBC notificati per classi di età dal 1996 al 2007- Umbria



L'incidenza complessiva per sesso, per tutte le forme di TBC, sembra rispecchiare la tendenza, rilevata nel resto del Paese, alla prevalenza dei casi in soggetti di sesso

maschile (del totale), anche se negli ultimi anni il numero delle donne è decisamente aumentato.

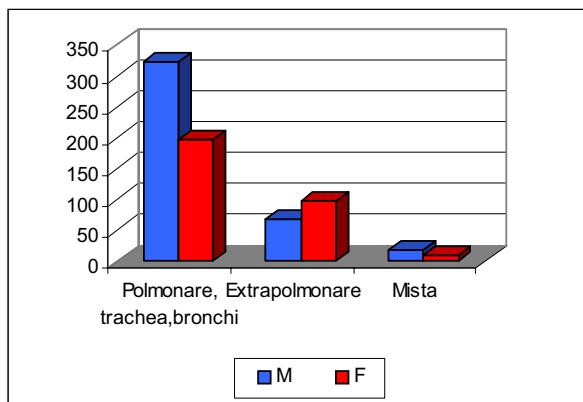
Casi TBC notificati per sesso dal 1996 al 2007- Umbria



Per quanto concerne la localizzazione anatomica si evidenzia che in Umbria, nel periodo considerato, le forme di TBC polmonare rappresentano il 73% del totale e sono riferite soprattutto a soggetti di sesso maschile.

L'incidenza per sesso nelle forme extra - polmonari mostra una leggera prevalenza nel sesso femminile e l'andamento degli ultimi due anni è in linea con quello degli anni precedenti.

Casi notificati dal 1996 al 2007 per localizzazione anatomica e sesso



Meningiti

Per quanto concerne i casi di meningite meningococcica si è creato, in passato, un notevole allarme per i 22 casi del 2004 e per gli 11 casi del I semestre 2005. Sono quindi state elaborate e approvate le linee guida vincolanti per la sorveglianza e prevenzione delle meningiti meningococciche nella Regione Umbria (DGR 27/07/2005 n.1264), con le

quali, tra l'altro veniva data indicazione per procedere sempre, laddove possibile, alla tipizzazione.

Di seguito si riportano due tabelle riguardanti la distribuzione dei casi per fasce di età e le tipizzazioni eseguite.

Distribuzione dei casi di meningite meningococcica per fasce di età . Anni 1999 – 2007. Umbria.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-14	1	2	0	1	2	12	4	2	4
15-24	0	1	0	2	1	6	6	1	1
25-64	0	6	0	1	1	2	1	3	2
> 65	2	1	1	0	1	2	0	0	0
Totale	3	10	1	4	5	22	11	6	7

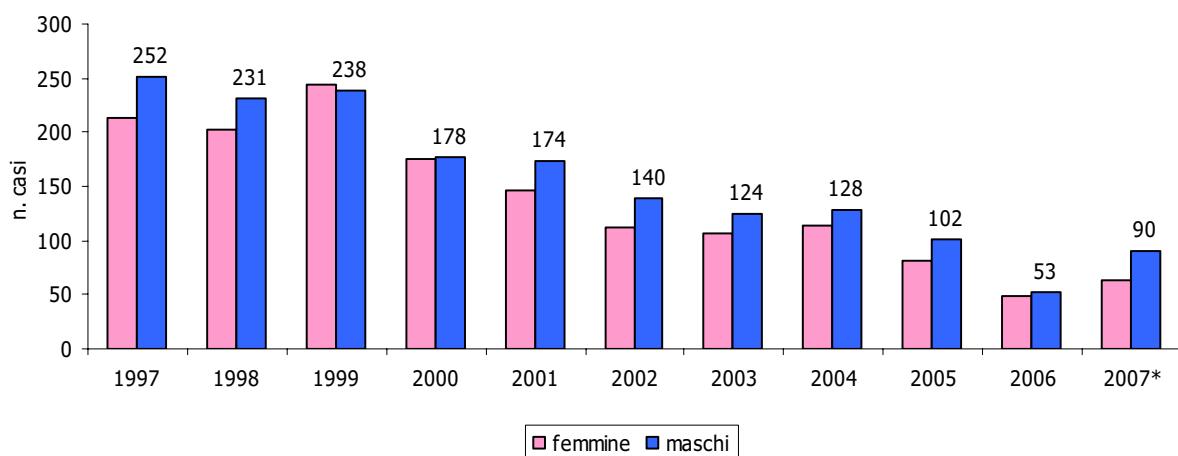
Tipizzazione dei casi di meningite meningococcica. Anni 2004 – 2007. Umbria.

	2004	2005	2006	2007
B	4	6	3	2
C	2	2	0	1
Y	1	0	0	0
W	0	1	1	0

Salmonella non tifoidea

In Umbria rappresentano il germe più isolato dagli ospedali, dalle matrici alimentari e dai mangimi per animali. Tuttavia come si può facilmente evincere dalla figura seguente, il trend della malattia è in forte diminuzione, considerando come periodo di riferimento di partenza l'anno 1997 dove è iniziata l'applicazione sistematica del Piano di Autocontrollo basato sul sistema HACCP.

Figura : Trend salmonellosi umana 1997-2007



* L'anno 2007 è definitivo a giugno

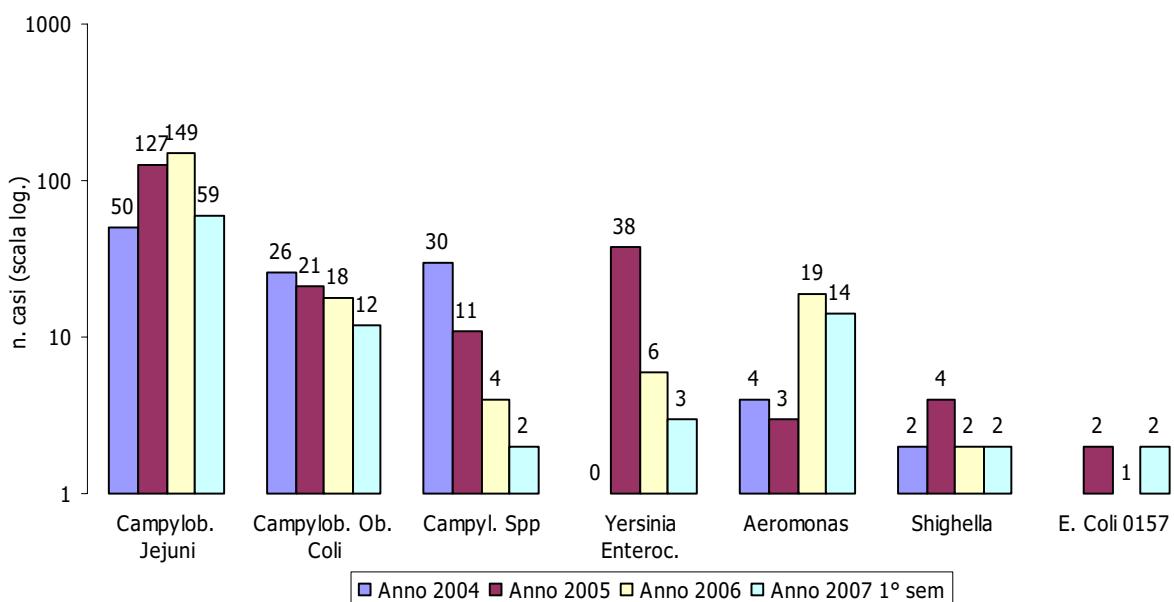
Un fenomeno importante che è stato monitorato continuamente è l'antibioticoresistenza, i principi attivi verso cui le Salmonelle mostrano maggiore sensibilità risultano essere: cefalosporine, ciprofloxacina, gentamicina, in misura lievemente minore cefalotina e, in ambito veterinario, enrofloxacina, ceftazidime e colistina.

I ceppi con 4 o più resistenze sono rappresentati per la maggior parte da *S. Typhimurium* e dal nuovo sierotipo [O:4; H1:i; H2: -], in molti dei quali si osservano fino a 6 resistenze; si trovano ceppi multiresistenti anche in *S. Bredeney*, *S. Derby*, *S. Bovismorbificans* e *S. Hadar*.

Altri germi enteropatogeni

Alcuni patogeni cosiddetti “emergenti”, quali *Campylobacter* e *Yersinia* siano isolati molto frequentemente (figura), tanto è vero che la Campilobacteriosi, nel rapporto dell’Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) sulle zoonosi, anno 2006, la rileva come prima zoonosi in Europa subito davanti alle salmonellosi. E’ evidente quindi che l’attenzione non può essere ridotta. Anche se in Umbria e in Italia i casi di patologie umane sono rari, questo potrebbe essere dovuto ad una modalità diversa di consumo di carni avicole (sempre ben cotte) e alla sottonotifica degli episodi.

Figura : Isolamento di germi enteropatogeni in Umbria2006 - primo semestre 2007



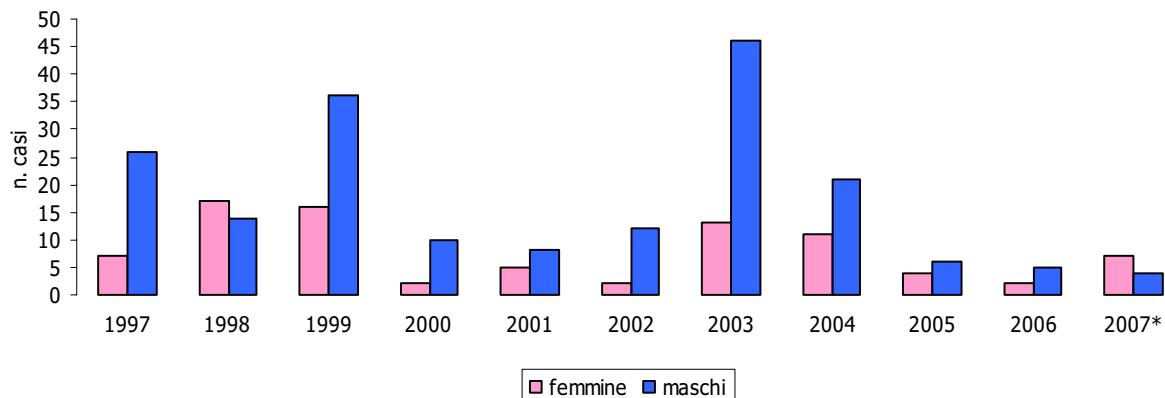
Le malattie virali trasmesse con gli alimenti

Sono diverse le patologie virali trasmissibili con gli alimenti e che non hanno dei sistemi attivi di sorveglianza per cui sono effettivamente poco conosciute da un punto di vista epidemiologico. Ricordiamo comunque i Rotavirus e i Coronavirus ed in particolare i Norovirus che sono in grado di provocare infezioni diffuse ed eclatanti con diffusione

anche inter-umana; il virus dell'epatite A umana; il virus dell'epatite E del suino che sembra sia trasmissibile all'uomo e da molti altri.

I casi umani riscontrati sono soprattutto legati all'epatite A molto spesso correlata all'ingestione di molluschi crudi. Nella figura seguente è evidenziato il trend dei casi di epatite A in Umbria (dati SIMI).

Figura : Trend dei casi di epatite A in Umbria (dati SIMI)



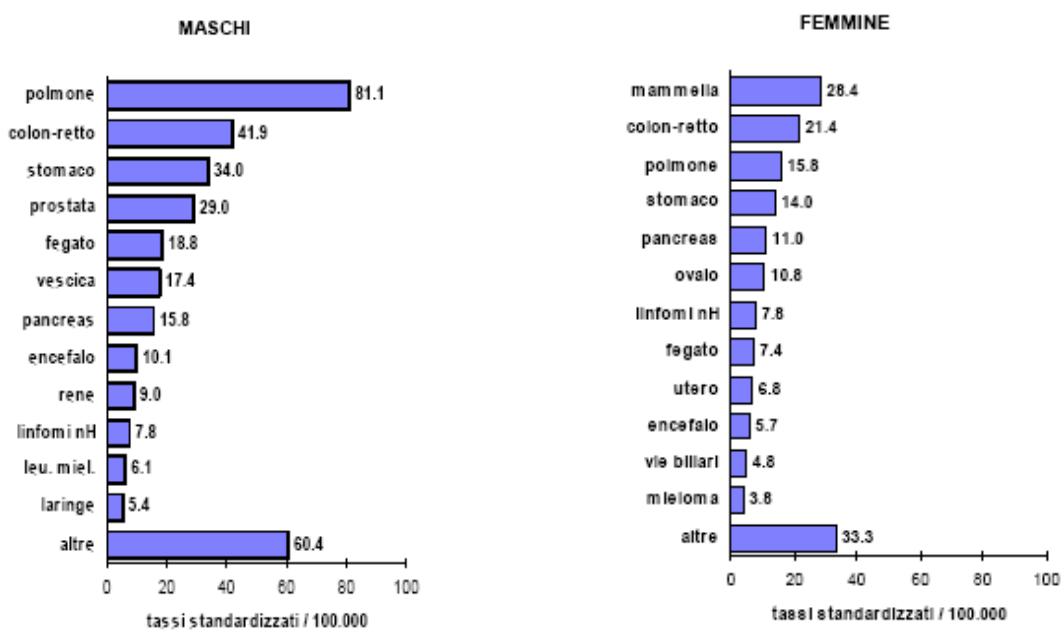
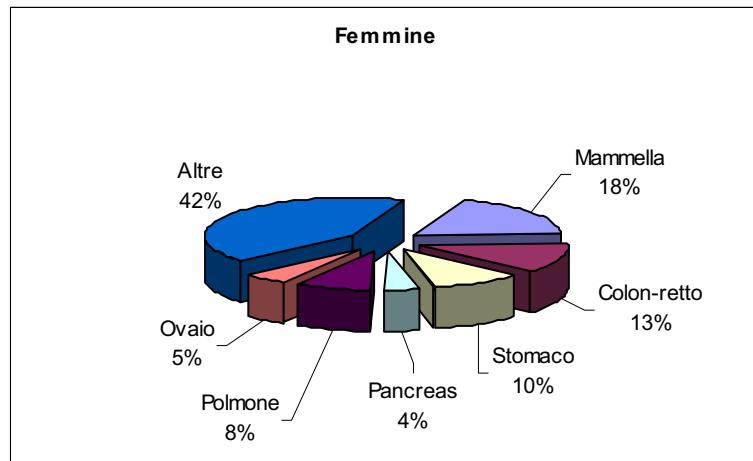
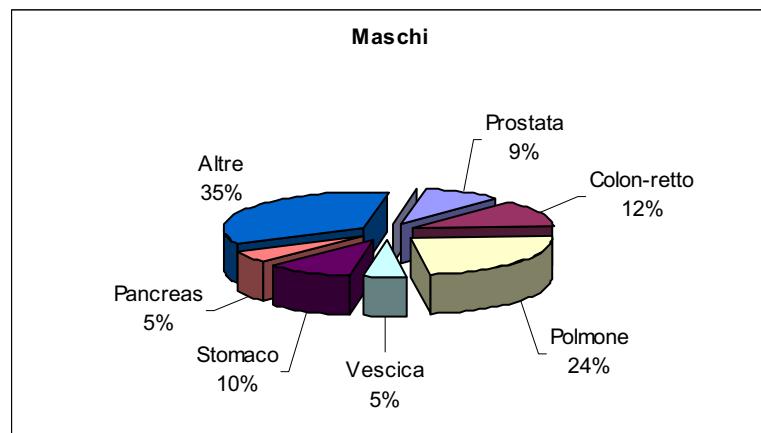
La mortalità

In Umbria l'attesa di vita è leggermente più elevata della media nazionale.

Le patologie che maggiormente contribuiscono alla mortalità precoce sono i tumori, le malattie cardiovascolari e gli incidenti. A tumori ed incidenti sembra che si possano attribuire gli eccessi (relativi) di mortalità nelle ASL 1 e 4 rispetto alla media regionale.

Inoltre, le malattie cardiovascolari, per le quali in passato l'Umbria presentava una situazione di vantaggio rispetto al quadro nazionale, mostrano un allineamento con la media italiana. In tutti i casi però si parla di dati in diminuzione.

I dati di mortalità per tumori, resi disponibili dal RTUP, evidenziano che il cancro del polmone nei maschi e quello della mammella nelle femmine sono ancora le prime cause di morte per tumore in Umbria, seguite dal cancro del colon retto per entrambe i sessi.



Tuttavia, i trend temporali descrivono una diminuzione consistente della mortalità nei maschi per il cancro al polmone, in aumento invece nelle femmine , per cancro alla prostata e allo stomaco e nelle femmine per il cancro della mammella

La disabilità

Il nuovo concetto di disabilità

La salute, definita dall'OMS, come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia», viene considerata un diritto e, come tale, si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che devono essere riconosciuti alle persone.

La salute riguarda anche il funzionamento, la capacità di ognuno di vivere la propria vita pienamente e come membro della società.

L'OMS ha proposto la classificazione dello stato di salute frutto dell'interazione tra le funzioni e strutture del corpo, delle attività e della partecipazione. Tale classificazione configura un superamento della “vecchia” classificazione della disabilità (ICDH, 1980).

Secondo questo nuovo concetto la disabilità non è più relativa alla capacità della persona ma il frutto dell'interazione tra persona e ambiente. La persona può essere disabile sia per problemi del suo funzionamento condizionato dalla malattia ma anche dalle “barriere” ambientali.

Lo stato di salute è conseguenza, quindi, di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive.

La “disabilità”, può essere una condizione ordinaria dell'essere umano, ed è caratterizzata dalla perdita o la limitazione delle opportunità di prender parte alla vita della comunità ad un livello paritario rispetto alle altre persone, causata dalle barriere fisiche, sociali, attitudinali e culturali che incontrano le persone aventi menomazioni fisiche, sensoriali, psicologiche, neurologiche, di sviluppo, di apprendimento, o di qualsiasi altro genere (compresa la presenza nel corpo di un organismo o di un agente causa di malfunzioni o malattia), che possono essere di natura permanente, temporanea, episodica o transitoria.

In particolare, i fattori personali sono il background della vita e dell'esistenza di un individuo. I fattori ambientali sono tutti gli aspetti del mondo esterno ed estrinseco che formano il contesto della vita di un individuo (ambiente fisico e sue caratteristiche, atteggiamenti, valori, politiche, sistemi sociali e servizi, ecc.); come tali, hanno un impatto sulle sue possibilità di raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione, poiché incidono sulla capacità dell'individuo di eseguire azioni o compiti.

Ne consegue che ogni individuo, data la propria condizione di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.

Quando ad una persona viene negato il diritto alla piena partecipazione ai contesti di vita, per il solo motivo di un'alterazione delle funzioni e delle strutture corporee, in questo caso si ha una condizione di disabilità.

La disabilità, quindi, può essere la conseguenza di una inadeguatezza di fattori contestuali rispetto a specifiche esigenze imputabile a modalità di programmazione delle politiche, costruzione degli ambienti fisici, progettazione di beni e servizi, trattamento che si traducono in una negazione di diritti.

Il modello culturale che consente una lettura olistica della condizione di disabilità è frutto dell'integrazione del modello bio-medico (che analizza solo le componenti biologiche) e del modello sociale (che focalizza solo gli aspetti legati all'ambiente). L'OMS propone, quindi, il modello «bio-psico-sociale» per la definizione stessa della condizione di disabilità, considerando il livello di attività e partecipazione della persona (qualificati in termini di capacità e performance) in relazione all'effetto facilitatore o di barriera che l'ambiente esercita nei suoi confronti.

La Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità (ONU), entrata in vigore lo scorso 3 maggio, adotta questo modello, raccomandando agli Stati di attuare tutte le politiche e gli interventi necessari per contrastare i fattori che determinano una riduzione di livelli di attività e partecipazione, e quindi di disabilità.

La disabilità, qualità della vita e presa in carico globale

Il concetto di qualità della vita non può essere assoluto, ma deve essere rapportato allo specifico ambiente di appartenenza di una persona. In questo senso, per ambiente si intendono: gli atteggiamenti, l'ambiente fisico, individuale e sociale, in cui le persone vivono e conducono la propria esistenza. Inoltre, i fattori che vengono inclusi e valutati a questo livello sono: strutture e funzioni corporee, supporto sociale e situazione socio-economica. A livello di comunità, invece, la qualità della vita è dipendente da fattori socio-culturali (risorse, politiche, ecc.).

La qualità della vita, pertanto, è condizionata dai livelli di partecipazione ai contesti di vita.

La Convenzione ONU, all'articolo 25, afferma che «le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità». È essenziale, quindi, predisporre, a livello territoriale, delle politiche capaci di realizzare un sistema di servizi inclusivo, che riconosca l'importanza dell'auto-valutazione della qualità della vita da parte delle persone con disabilità, in modo da riconoscere loro una partecipazione attiva a tutti i livelli, dalla programmazione alla valutazione del sistema dei servizi.

Per far ciò, è necessario superare la criticità legata ad un inadeguato governo della complessità delle competenze istituzionali che si riflette in debolezza della rete e che si traduce in conseguente frammentazione e standardizzazione dell'offerta dei servizi.

Garantire centralità alla persona, ai suoi diritti e alla sua vita richiede il pieno superamento di un modello in cui la persona può trovare risposte solo all'interno di un sistema di offerta precostituito, e il passaggio ad un modello che si fonda sulla capacità di leggere le esigenze delle persone. Tale capacità permette di costruire e valutare il sistema dei servizi.

Tale sistema, che si fonda sulla centralità della persona nella presa in carico, deve saper leggere i bisogni espressi dalle persone attraverso lo strumento della

Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF), che si ispira al modello «bio-psico-sociale».

La complessità dei fattori, che incidono sulla qualità della vita e che caratterizzano i bisogni espressi dalle persone, deve trovare la propria risposta in una presa in carico in grado di guardare alla globalità della persona e della sua vita e soprattutto capace di adottare un approccio multidimensionale ed una metodologia multidisciplinare per riuscire ad affrontare complessivamente, anche in termini di prospettiva temporale, i diversi aspetti che determinano la qualità della vita di ogni persona.

Per tale ragione il Progetto Individuale rappresenta uno strumento irrinunciabile a garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza ad un sistema di servizi ed interventi oggi compreso tra le sollecitazioni della domanda e la contrazione delle risorse a disposizione.

La disabilità in Umbria

In merito alla disabilità, i dati più recenti e affidabili in nostro possesso, concernenti l'Italia e l'Umbria, provengono dall' "Indagine Multiscopo sulle famiglie: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Anni 2004-2005" realizzata dall'ISTAT. Per rilevare il fenomeno della disabilità l'ISTAT fa riferimento ad una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE sulla base della classificazione ICIDH dell'OMS, che consente di studiare specifiche dimensioni della disabilità: la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione, che nelle situazioni di gravi limitazioni si configura come confinamento; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura della persona; la dimensione della comunicazione che riguarda le funzioni della vista, dell'udito e della parola.

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'inabilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone). Per una corretta interpretazione dei dati è rilevante sottolineare che, per ciascuna domanda, l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. Tale valutazione può variare non solo in funzione delle diverse condizioni di salute e di livello di autonomia, ma anche per differenze culturali e cognitive o per disparità nel disporre di sostegni materiali e relazionali di cui il disabile può avvalersi per far fronte alle proprie limitazioni.

Nell'ambito dell'indagine viene assunta questa definizione:

è definita disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.).

A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, sono state costruite quattro tipologie di disabilità: confinamento, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana, difficoltà della comunicazione.

Per confinamento si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; coloro che risultano confinati rispondono solo ai quesiti sull'attività motoria compatibili con la relativa tipologia di confinamento.

Le persone con difficoltà nel movimento hanno problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra.

Le difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana riguardano la completa assenza di autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo.

Nelle difficoltà della comunicazione sono infine comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

È infine importante precisare che, poiché nel set di quesiti per rilevare la disabilità è inclusa la scala ADL (Activities of Daily Living – Attività della Vita Quotidiana) costruita per valutare il grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, tale strumento non è adatto alla somministrazione ai bambini di età inferiore ai 6 anni. Pertanto la consistenza numerica dei disabili non include questo segmento di popolazione. La scala inoltre consente solo in modo parziale di cogliere le disabilità connesse a patologie psichiatriche e ad insufficienze mentali. A ciò occorre aggiungere che la stima derivante dall'indagine si riferisce alle persone che vivono in famiglia - le unità finali di campionamento sono infatti le famiglie - e non tiene conto quindi degli individui residenti permanentemente in istituzioni. Tra questi ultimi sono senz'altro presenti quote non trascurabili di disabili presumibilmente con elevati livelli di gravità (basti pensare alle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti). Tuttavia, poiché in Italia i disabili vivono molto frequentemente in famiglia, l'effetto in termini di sottostima della consistenza del fenomeno risulta abbastanza contenuto.

L'indagine comunque, pur tenendo conto dei limiti degli strumenti utilizzati e della complessità ed eterogeneità del fenomeno, rappresenta la principale fonte statistica a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche socio-demografiche, degli stili di vita e dello stato di salute delle persone disabili.

Accanto al fenomeno della disabilità, l'indagine rileva anche alcuni specifici tipi di invalidità: invalidità di tipo motorio, insufficienza mentale, cecità, sordomutismo e sordità. Si tratta di dimensioni non perfettamente sovrapponibili alle corrispondenti tipologie di disabilità, e ciò sia per il differente approccio concettuale sottostante i due fenomeni, sia per le differenze negli strumenti adottati. Rilevare la disabilità significa valutare il livello di riduzione dell'autonomia nello svolgere le principali funzioni, conseguente al deficit o menomazione dovuta alla malattia, tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi. L'invalidità, invece, è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza. Il fenomeno quindi è rilevato, a differenza di quanto avviene per la disabilità, anche per i bambini fino a 6 anni. Inoltre gli strumenti adottati per la rilevazione non sono confrontabili: la disabilità deriva infatti da una sintesi di quesiti, l'invalidità è rilevata invece in termini di presenza e assenza della specifica menomazione dichiarata dagli intervistati. In altri termini può accadere che una persona presenti un'invalidità motoria per mancanza o anchilosì di un arto, ma

ricorrendo al supporto di una protesi o di altro apparecchio, risulti non dipendente al punto da presentare una disabilità motoria. Al contrario, una persona che non presenta menomazioni negli arti ma, ad esempio, a causa dell'avanzata età, non riesce a muovere qualche passo senza ricorrere all'aiuto di altre persone, presenta una disabilità motoria pur non dichiarandosi invalido motorio.

Per un dimensionamento del fenomeno è stato rilevato il numero di disabili per tipologia e incidenza sulla popolazione (Tabella 1) e di disabili per numero di tipologie presenti e incidenza sulla popolazione (Tabella 2) per l'Umbria e per l'Italia.

TABELLA 1 – Disabili per tipologia e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.				
	Frequenza		% Popolazione	
Compresenza di disabilità	Umbria	Italia	Umbria	Italia
Confinamento	23.854	1.141.538	2,8	2,0
Difficoltà nel movimento	18.465	1.240.460	2,2	2,1
Difficoltà nelle funzioni	35.114	1.669.523	4,1	2,9
Difficoltà della comunicazione	13.163	576.796	1,5	1,0
Disabili	48.207	2.609.372	5,7	4,5

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, anni 2004 – 2005

TABELLA 2 – Disabili per numero di tipologie presenti e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.				
	Frequenza		% Popolazione	
Compresenza di disabilità	Umbria	Italia	Umbria	Italia
Una sola disabilità	20.279	1.235.247	2,4	2,1
Due disabilità	14.433	819.307	1,7	1,4
Tre disabilità	11.179	464.817	1,3	0,8
Quattro disabilità	1.866	90.001	0,2	0,2
Disabili	48.207	2.609.372	5,7	4,5

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, anni 2004 – 2005

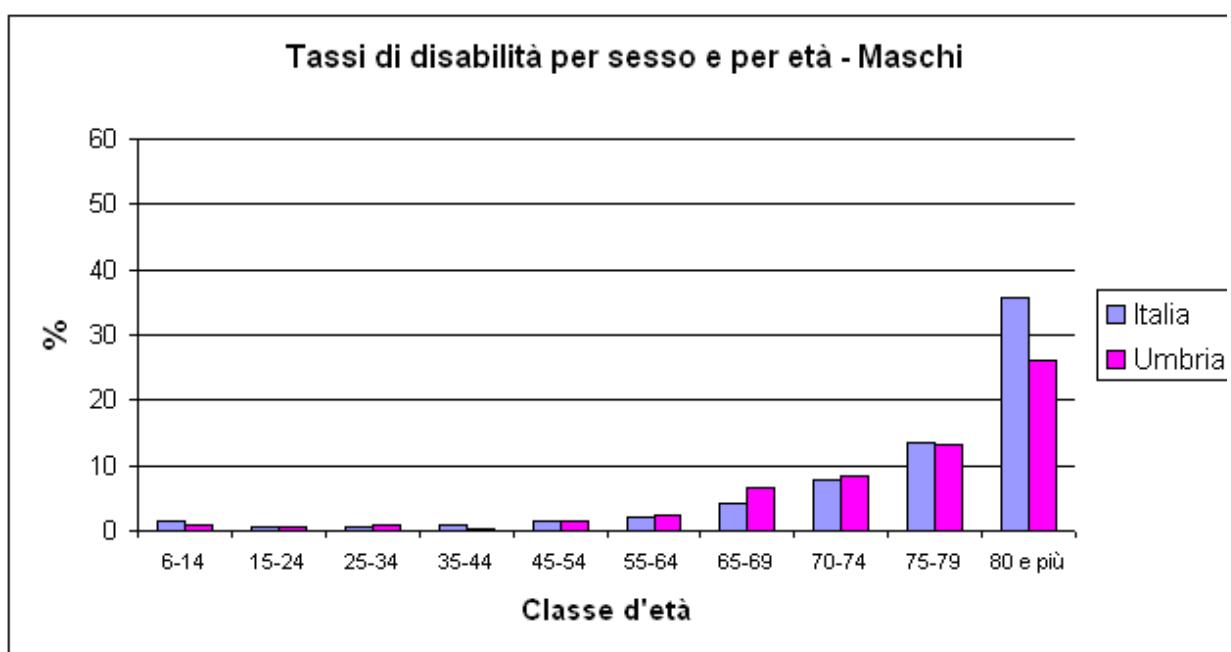
Sono stati stimati inoltre i tassi di disabilità per sesso e classe d'età per cento persone (Tabella 3 - Figura 1). L'incidenza della disabilità in Umbria sembra in larga parte ascrivibile alle donne anziane.

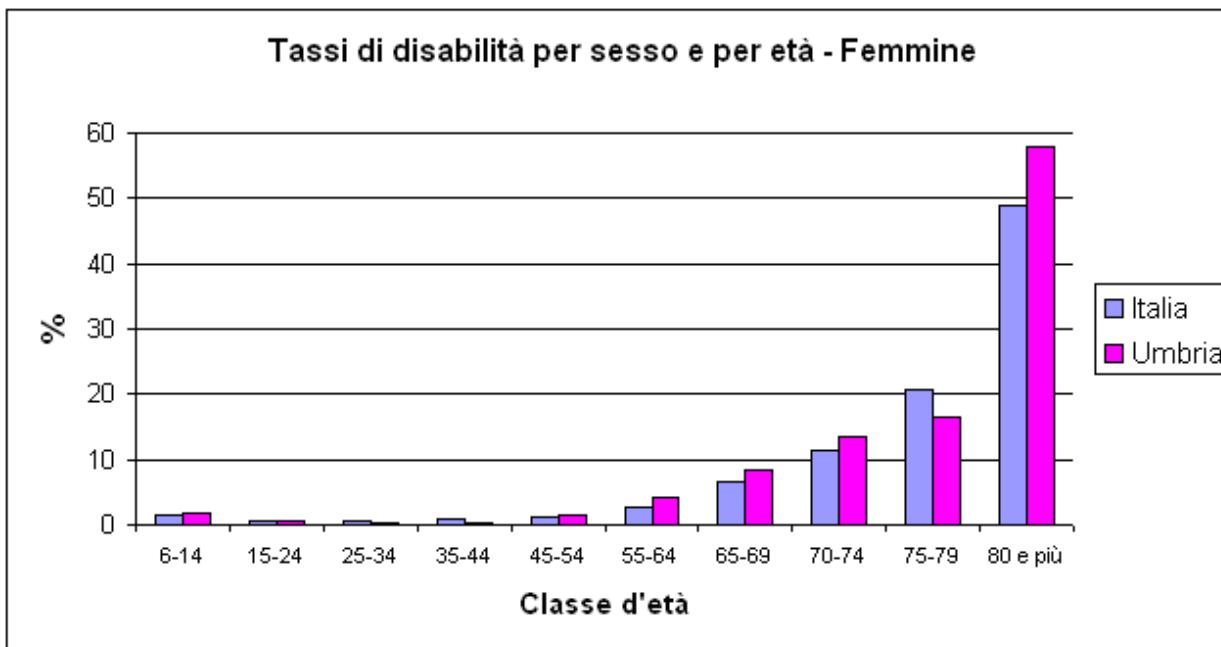
TABELLA 3 – Tassi di disabilità per sesso e classe d'età per cento persone, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.

Classi d'età	Maschi		Femmine	
	Umbria	Italia	Umbria	Italia
6-14	0,8	1,6	1,7	1,6
15-24	0,5	0,6	0,7	0,6
25-34	0,9	0,7	0,4	0,6
35-44	0,4	1	0,3	0,9
45-54	1,4	1,4	1,4	1,3
55-64	2,4	2,2	4,2	2,7
65-69	6,5	4,3	8,4	6,5
70-74	8,5	7,7	13,4	11,4
75-79	13,2	13,4	16,6	20,8
80 e più	26,0	35,8	57,8	48,9

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005

FIGURA 1 - Tassi di disabilità per sesso e classe d'età, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.





Sono stati stimati inoltre i tassi di invalidità per cento persone (Tabella 4 - Figura 2). Se confrontiamo l’Umbria con l’Italia notiamo una presenza di invalidità sempre superiore alla media nazionale indipendentemente dalla tipologia di invalidità considerata. Se facciamo il confronto con altre regioni per tipo di invalidità emergono i seguenti risultati:

- per invalidità motoria risultano colpiti il 3,51 per cento degli umbri e siamo secondi solo al Veneto;
- per insufficienza mentale siamo al 1,29 per cento superati solo da Calabria, Basilicata e Provincia di Bolzano;
- per malattia mentale siamo terzi con 1,3 per cento;
- per sordità siamo primi con il 3,25 per cento.

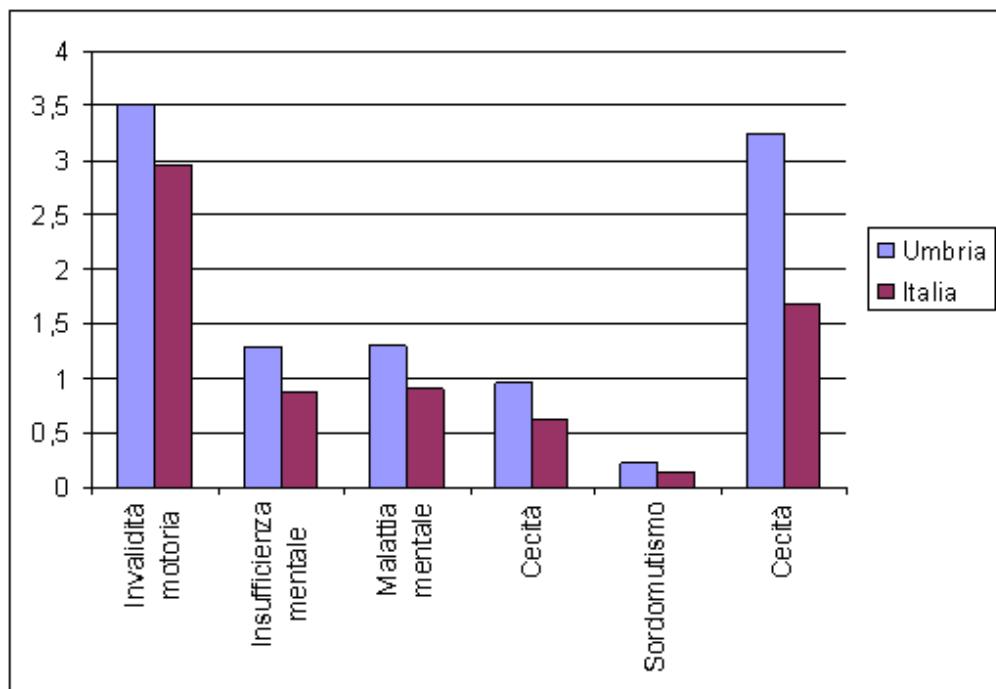
Va detto che le osservazioni derivano da un contesto epidemiologico in cui la variabilità territoriale è ampia e difficilmente interpretabile.

TABELLA 4 – Invalidi per tipologia e incidenza sulla popolazione. Anni 2004-2005.

Invalidità	% Popolazione	
	Umbria	Italia
Invalidità motoria	3,51	2,96
Insufficienza mentale	1,29	0,87
Malattia mentale	1,3	0,9
Cecità	0,95	0,62
Sordomutismo	0,23	0,14
Cecità	3,25	1,67

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, anni 2004 – 2005

FIGURA 2 - Invalidi per tipologia e incidenza sulla popolazione, confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.



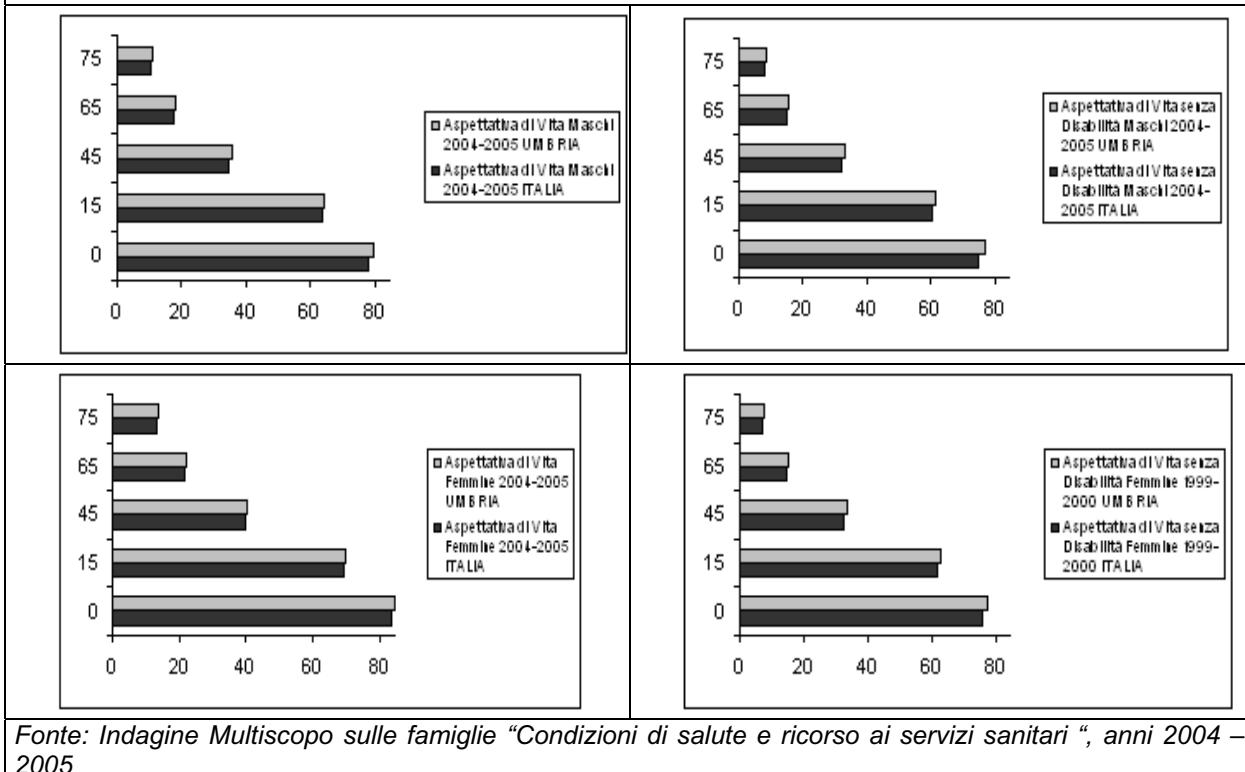
Inoltre è stata stimata la speranza di vita totale e senza disabilità in anni (Tabella 5 – Figura 3). In termini assoluti l’Umbria presenta, in confronto con l’Italia una aspettativa di vita totale e libera da disabilità più elevate sia per i maschi che per le femmine, tuttavia la percentuale di vita attesa senza disabilità sul totale presenta in Umbria percentuali inferiori per la popolazione femminile (conseguenza della maggiore disabilità stimata per le femmine nelle varie classi di età). Il PSR 2003-2006 si prefiggeva un’incremento per i maschi e per le femmine della speranza di vita libera da disabilità. La speranza di vita libera da disabilità viene stimata usando due informazioni: la frazione di popolazione sopravvivente a ciascuna età, calcolata con i tassi di nascita e di morte e la prevalenza di disabilità a ciascuna età.

TABELLA 5 - Speranza di vita totale e senza disabilità (in anni), confronto Italia e Umbria. Anni 2004-2005.

Età	Classe di età	Aspettativa di Vita Totale		Aspettativa di Vita senza Disabilità		% Aspettativa di Vita senza Disabilità Aspettativa di Vita Totale	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
		Italia					
0	0-14	77,9	83,7	74,8	77,9	96,0%	93,1%
15	15-24	63,4	69,1	60,5	63,5	95,4%	91,9%
45	45-64	34,7	39,7	32,2	34,3	92,8%	86,4%
65	65-74	17,4	21,4	14,9	16,1	85,6%	75,2%
75	75	10,6	13,3	8,1	8,3	76,4%	62,4%
Umbria							
0	0-14	79,7	84,3	77,0	77,8	96,6%	92,3%
15	15-24	64,2	69,7	61,6	63,4	96,0%	91,0%
45	45-64	35,4	40,4	32,9	34,1	92,9%	84,4%
65	65-74	18,1	22,1	15,7	16,0	86,7%	72,4%

75	75	10,9	13,8	8,8	8,3	80,7%	60,1%
Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 2004 – 2005							

**FIGURA 3 - Speranza di vita totale e senza disabilità (in anni) , confronto Italia e Umbria.
Anni 2004-2005.**



Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari ", anni 2004 – 2005

Il PSR 2003-2006 si prefiggeva un incremento significativo dell'aspettativa di vita senza disabilità, obiettivo lontano stando alle stime 2004 ed inferiore al dato nazionale (Tabella 6).

**TABELLA 6 – Incrementi speranza di vita senza disabilità (in anni), confronto Italia e Umbria.
Anni 1999-2000 vs. 2004-2005.**

Età	Classe di Età	Incrementi Speranza di Vita senza Disabilità Umbria		Incrementi Speranza di Vita senza Disabilità Italia	
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	0-14	2,3	0,5	2,0	1,9
15	15-24	1,3	0,4	1,8	1,7
45	45-64	1,2	0,3	1,8	1,6
65	65-74	1,1	0,6	1,4	1,4
75	75	0,9	0,8	1,1	1,2

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari ", anni 2004 – 2005

Nella tabella 7 si riportano infine i rapporti percentuali tra anni vissuti in disabilità e anni totali, sia per la popolazione italiana che per quella umbra, confrontati per gli anni 1999-2000 e 2004-2005, che rappresentano un indicatore molto importante ai fini della valutazione dell'incidenza sulla programmazione sanitaria. Ovviamente la percentuale di anni attesi vissuti in disabilità cresce con l'età raggiungendo valori più elevati nel casi delle

donne anziane a causa della loro maggiore longevità. In pratica la proporzione tra anni vissuti in disabilità e anni in totale è rimasta invariata mentre sarebbe stato preferibile che gli anni vissuti in disabilità non fossero aumentati in valore assoluto.

TABELLA 7 – Rapporto speranza di vita con disabilità/speranza di vita totale (percentuale), confronto Italia e Umbria. Anni 1999-2000 vs. 2004-2005

Età	Classe di Età	Umbria				Italia			
		1999-2000		2004-2005		1999-2000		2004-2005	
		Maschi	Femmi ne						
0	0-14	3,0	6,7	3,4	7,6	4,2	7,4	4,0	6,9
15	15-24	3,7	8,0	4,1	9,1	4,7	8,7	4,6	8,1
45	45-64	6,8	14,0	7,2	15,5	8,2	14,8	7,2	13,6
65	65-74	13,3	25,7	13,4	27,5	16,7	27,2	14,4	24,8
75	75	21,7	40,3	19,5	40,3	27,8	42,3	23,6	37,6

Fonte: Indagine Multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, anni 2004 – 2005

In Umbria la disabilità è una priorità più che altrove:

- in termini assoluti il numero di disabili da assistere rispetto alla popolazione è il più alto del paese;
- in termini di tassi per età si verifica comunque un eccesso rispetto ad altre regioni centrosettentrionali;
- la disabilità appare essere in parte una causa ed in parte una conseguenza della disuguaglianza delle opportunità.

2.6 I risultati

Le coperture vaccinali

Livelli di copertura vaccinale nelle coorti dei nati dal 1995 al 2005*

*dati morbillo fino al 2003 da cartaceo

NATI	POLIO	DT	PERTOSSE	EPATITE B	MORBILL O	HIB
1995	98,3	NR	81,6	97,9	81,2	NR
1996	98,6	98,6	96,2	98,5	81,6	14,3
1997	98,7	98,7	97,6	98,2	82,5	23,7
1998	97,7	98,5	97,8	98,0	84,4	41,3
1999	97,4	97,4	97,0	97,0	84,5	73,9
2000	97,7	98,2	97,4	97,9	88,1	73,3
2001	97,2	97,0	96,3	97,0	88,1	87,9
2002	97,9	97,9	97,6	97,8	92,2	96,7
2003	97,9	97,8	97,6	97,8	93,2	97,1
2004	97,5	97,3	97,1	97,3	93,0	97,1
2005	97,8	97,7	97,6	97,5	94,4	97,4

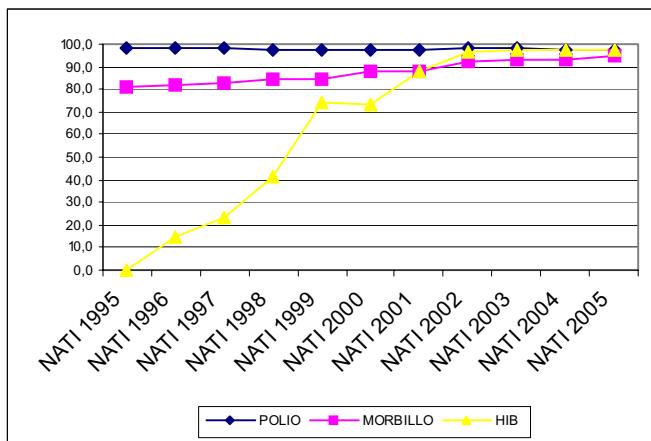
Come si evince dalla serie storica le coperture vaccinali, sia per le vaccinazioni obbligatorie per legge che per le altre, comunque fortemente raccomandate in Umbria, si mantengono sempre al di sopra del 95% e a livello nazionale, collocano la nostra Regione

fra quelle che hanno raggiunto gli obiettivi di copertura previsti dal Piano Nazionale Vaccini 2005/2007.

Per quanto concerne il morbillo si è già detto, nel paragrafo precedente, come si sia stato dato l'input alle Az. USL che ancora non sono allineate di migliorare le coperture così come previsto dal Piano regionale di eliminazione.

A titolo esemplificativo del trend di copertura degli ultimi anni si riportano nel grafico che segue i livelli di copertura vaccinale per polio, morbillo ed emofilo nelle coorti dei nati dal 1995 al 2005. Umbria

Coperture vaccinali nati 1995- 2005. Umbria

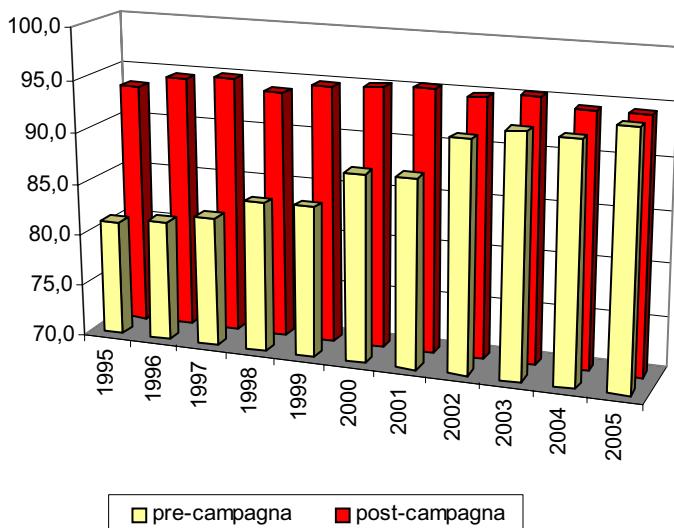


Si riportano pertanto, di seguito, i livelli di copertura vaccinale rilevati prima e dopo l'attuazione del Piano regionale di eliminazione del morbillo.

Incremento Coperture per I dose dopo la campagna di eliminazione- coorti 1995-2005.

Coorti dei nati	Rendiconti annuali	Situazione al 31.12.2007**
1995	81,2*	93,4
1996	81,6*	94,5
1997	82,5*	94,9
1998	84,4*	93,8
1999	84,5*	94,8
2000	88,1*	95,1
2001	88,1*	95,3
2002	92,2*	94,9
2003	93,2*	95,3
2004	93,0**	94,4
2005		94,4

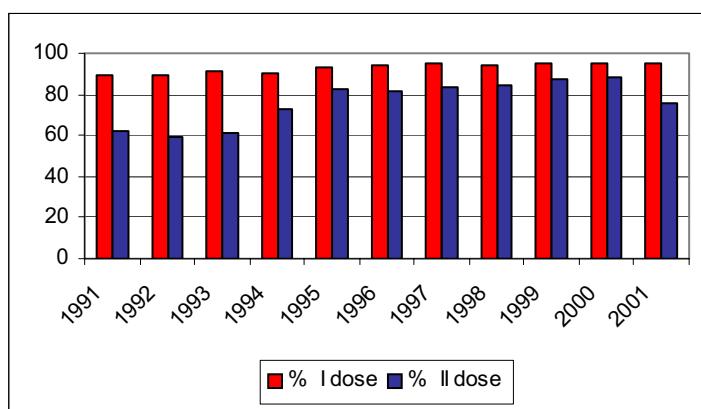
* periodici cartacei dalle Az. USL fino alla coorte 2003- ** da S.I. Vaccinazioni :residenti al 31.12.2007



Per quanto concerne la I dose di vaccino è evidente che, pur non essendo molto basse le coperture raggiunte in Umbria nelle coorti dei nati dal 1995 in poi (derivanti, fino alla coorte 2003, dai rendiconti annuali delle Az. USL), il recupero dei non vaccinati prima ha permesso di incrementare notevolmente, nel complesso, i livelli di copertura.

In particolare l'analisi delle percentuali dei vaccinati, ci pone, soprattutto per quanto riguarda la II dose, nettamente al di sopra del livello medio nazionale di copertura raggiunto.

Coorti oggetto della campagna: % vaccinati con I e II dosi al 31.12.2007



Tuttavia l'analisi dettagliata delle coperture raggiunte nelle quattro Az. USL non è uniforme e, soprattutto in alcune zone delle Az. USL 1 e 4, rimane un discreto numero di suscettibili: pertanto, in occasione di una ricognizione regionale sui Servizi Vaccinali, è stato suggerito ai Direttori Generali di procedere rapidamente al recupero dei non vaccinati.

Vaccinazione antinfluenzale

Si riportano di seguito alcuni dati relativi all'andamento della campagna antinfluenzale 2007/2008.

Vaccinati < 65 anni per classi di età 2007/2008 per Az. USL e Regione

	0-4a	5-14a	15-24a	25-64a
Az. USL 1	19	98	121	4935
Az. USL 2	94	262	271	9969
Az. USL 3	29	113	150	4961
Az. USL 4	180	430	416	12757
REGIONE	322	903	958	32622

Vaccinati <65 anni campagna 2006-2007 – per Az. USL e Regione.

	0-4	5-14	15-24	25-64
Az. USL 1	39	120	235	5260
Az. USL 2	110	311	315	11603
Az. USL 3	56	149	149	5340
Az. USL 4	299	483	381	11949
REGIONE	504	1063	1084	34152

Vaccinati per categorie di rischio e classi di età – Campagna 2007/2008 . Umbria

Categorie	0-4a	5-14a	15-24a	25-64a	TOTALE
Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti di età inferiore ai 65 anni affetti da condizioni morbose predisponenti alle complicanze (come indicato in Circolare)	283	776	686	24242	25987
Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale	6	28	7	1	42
Donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica	0	0	0	18	18
Medici e personale sanitario di assistenza	0	0	18	1287	1305
Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti	0	12	40	360	412
Contatti familiari di soggetti ad alto rischio	7	30	66	1056	1159
Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo	0	0	38	2703	2741
Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani	0	0	7	262	269
Altro	26	56	97	2693	2872
TOTALE	322	902	959	32622	34805

Vaccinati ultrasessantacinquenni nella campagna 2007/2008

	Vaccinati	Residenti	%	Vaccinati da MMG	%	Vaccinati da CdS	%
Az. USL 1	20446	30279	67,53	18900	62,42	1546	5,11
Az. USL 2	55420	80226	69,08	55306	68,94	114	0,14
Az. USL 3	26975	38469	70,12	25623	66,61	1349	3,51
Az. USL 4	40891	57363	71,28	37615	65,57	3289	5,73
REGIONE	143732	206337	69,66	137444	66,61	6298	3,05

Dal confronto dei dati relativi alla campagna vaccinale 2007/2008 con quella degli anni precedenti si evidenzia un incremento di copertura pari a 5 punti % nella popolazione anziana , diversamente distribuito nelle 4 Az. USL.

Confronto coperture ultra sessantacinquenni per popolazione residente

	Vaccinati 2004/2005	%	Vaccinati 2005/2006	%	Vaccinati 2006/2007	%	Vaccinati 2007/2008	%
Az. USL 1	19530	62,14	20360	64,78	20112	63,77	20446	67,53
Az. USL 2	47291	58,12	50139	61,62	52468	63,66	55420	69,08
Az. USL 3	23041	57,69	24119	60,39	25654	64,25	26975	70,12
Az. USL 4	32708	55,65	37084	63,10	39566	66,24	40891	71,28
REGIONE	122570	57,95	131702	62,27	137800	64,51	143732	69,66

L'attività dei Servizi Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro della regione ormai da molti anni forniscono dati analitici relativi alle attività di prevenzione e vigilanza sul territorio, che hanno consentito oltre che il monitoraggio delle azioni intraprese, anche la pianificazione e programmazione a livello locale delle stesse.

La necessità di poter pianificare e programmare le iniziative di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e di poter monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti su tutto il territorio nazionale, come quelli indicati dal Patto per la salute nei Luoghi di lavoro (DPCM 17 dicembre 2007) o dal Piano Nazionale Triennale Edilizia, ha costituito la spinta per la realizzazione di un Sistema Informativo Integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro.

Con l'approvazione all'inizio di dicembre 2007 delle Regioni, ISPESL e INAIL del Protocollo d'Intesa sul Sistema Informativo Nazionale di Prevenzione (Sinp), è stata avviata in tutte le regioni con modalità definite, condivise ed omogenee su tutto il territorio nazionale una raccolta dettagliata e retrospettiva di dati relativi alla organizzazione e all'attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro nel biennio 2006-2007, sulla base di una scheda condivisa a livello nazionale tra le regioni. Tale flusso diverrà sistematico a partire dal 2008.

I dati di attività raccolti per l’Umbria, dimostrano che vengono ispezionate ogni anno dai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro circa 3.700 aziende con una percentuale di “copertura” del territorio, ovvero di aziende ispezionate rispetto a quelle complessive del territorio, pari a circa il 6%, che arriva al 9% se si considerano solo le aziende con dipendenti che in effetti erano nel biennio preso in considerazione le destinatarie delle azioni di vigilanza dei Servizi PSAL (figura 1).

Il confronto con il dato nazionale, che evidenzia una copertura del 3% e di circa il 5% per le aziende con dipendenti, pone l’Umbria ad un livello molto elevato rispetto alla intensità dell’attività di vigilanza svolta dai Servizi, in particolare se si considera che è già stato ampiamente raggiunto l’obiettivo nazionale previsto dal Patto succitato, ovvero quello di ispezionare ogni anno almeno il 5 % delle aziende (figura 2).

**Figura 1 Numero totale di aziende ispezionate, 2006-2007
(tra parentesi la percentuale di aziende del territorio ispezionate)**

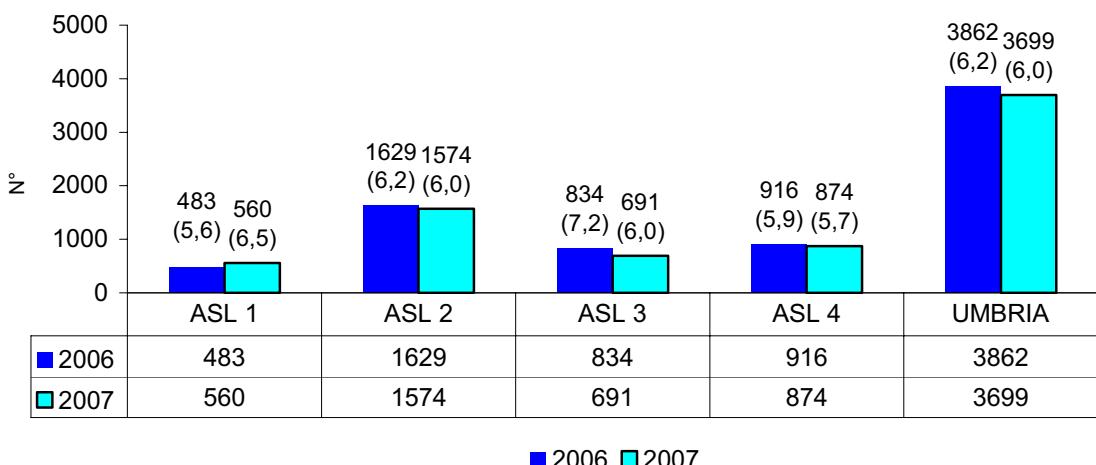
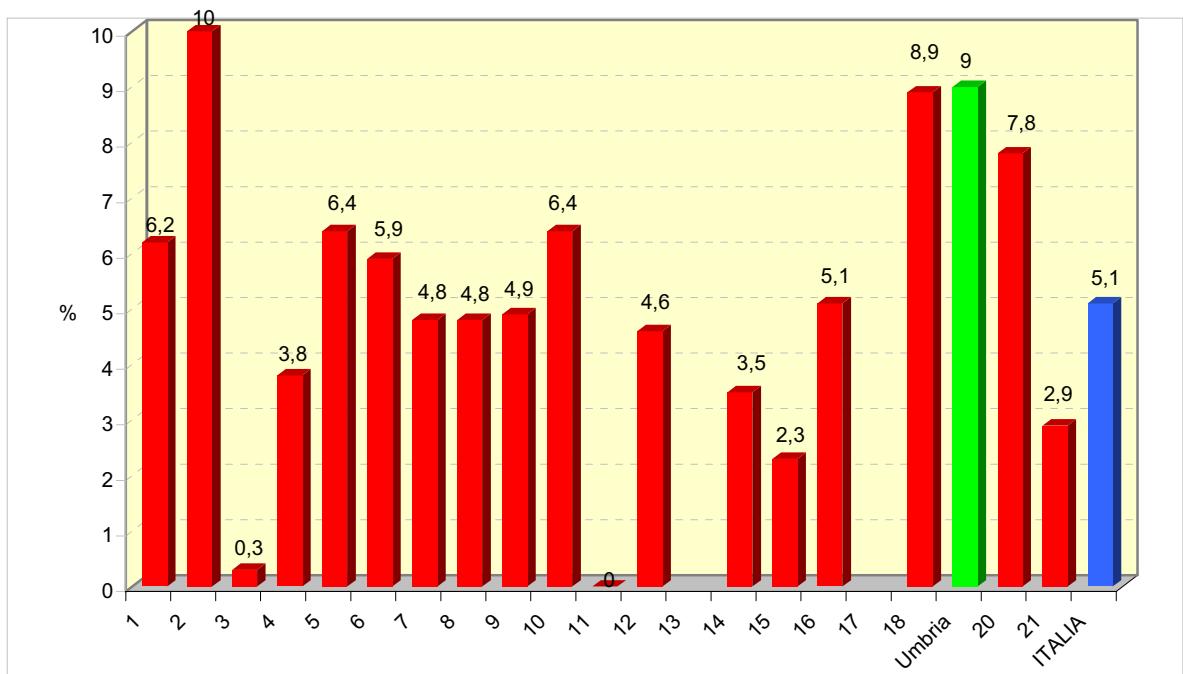


Figura 2 Percentuale di aziende del territorio sottoposte ad ispezione, anno 2007



Rispetto all'attività in edilizia, settore particolarmente rischioso sia per la concentrazione degli infortuni che delle malattie professionali, al quale i Servizi PSAL dedicano da sempre una particolare attenzione, la percentuale di "copertura" delle aziende edili è pari al 20% (i dati nazionali dimostrano una copertura pari all'8%) con un oltre 2700 aziende edili ispezionate ogni anno (figura 3); rapportando invece il numero di cantieri notificati, quindi i più "significativi" rispetto alla sicurezza, si hanno percentuali che nel 2007 hanno raggiunto il 24 % (figura 4).

Figura 3 N° di aziende ispezionate, 2006-2007
 (tra parentesi % di aziende edili del territorio ispezionate)

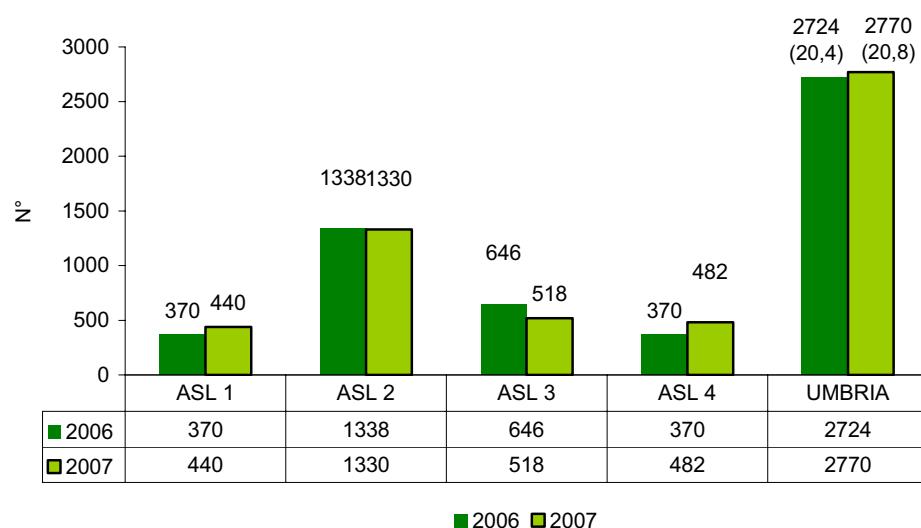
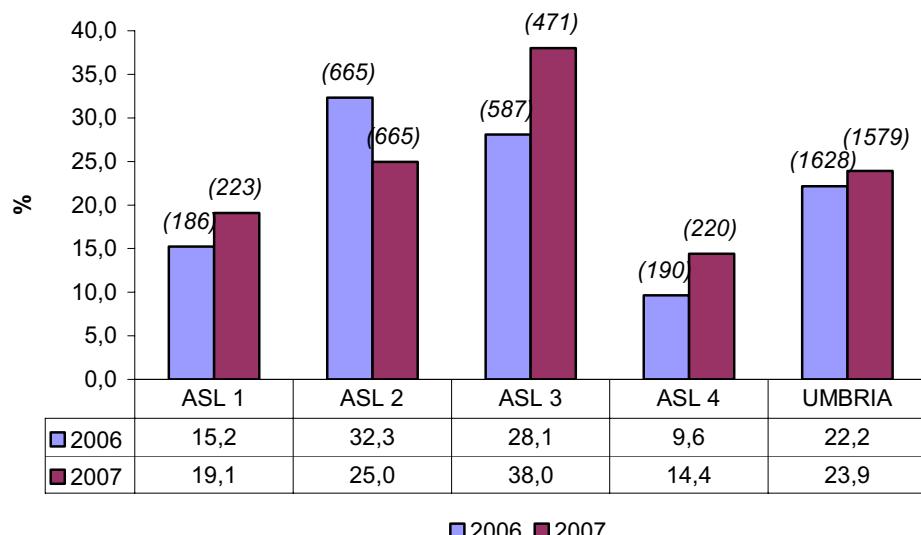


Figura 4 Percentuale di cantieri ispezionati rispetto ai notificati, 2006-2007
 (tra parentesi N° cantieri ispezionati)



I programmi di screening in Umbria: risultati e criticità

In Umbria sono stati attivati tutti i programmi di screening indicati come efficaci nel panorama scientifico nazionale ed europeo: lo screening del carcinoma della mammella, lo screening del carcinoma della cervice uterina e lo screening del carcinoma del colon retto; i primi due sono stati avviati nel periodo 1997-2000, mentre il terzo è partito nel secondo semestre del 2006.

Gli obiettivi di salute dei due programmi di screening del cancro della cervice uterina e del colon retto sono l'individuazione ed il trattamento delle lesioni precancerose, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza dei tumori invasivi, mentre nel caso dello screening del carcinoma della mammella l'obiettivo è l'identificazione precoce dei tumori maligni e l'eventuale intervento con terapie chirurgiche e mediche, il più possibile conservative ed accettabili.

Il monitoraggio costante di una serie di indicatori, che possono valutare precocemente e periodicamente la qualità del programma, ed il loro confronto con i dati nazionali dell'Osservatorio Nazionale Screening svolge una funzione essenziale per la corretta conduzione dei programmi di screening e delle relative politiche; tali indicatori forniscono infatti la base di conoscenza per fare scelte volte a migliorare ed eventualmente correggere gli aspetti problematici del funzionamento dei programmi e contribuiscono quindi a promuoverne la qualità.

Per descrivere complessivamente i tre programmi di screening sono stati utilizzati alcuni indicatori, quali l'estensione, l'adesione, la percentuale di invio al II livello e l'adesione al II livello, che forniscono un quadro allo stesso tempo sintetico e esauriente dell'attuale stato dei programmi, anche perché i dati con i quali sono costruiti sono qualitativamente affidabili.

Lo screening del carcinoma della mammella

Il programma di screening biennale del carcinoma della mammella, detto di seguito "mammografico" per brevità, alla fine del 2007 ha completato il 4° round nella ASL 1, nella ASL 3 e nella ASL 4 e il 5° nella ASL 2; i dati riportati nel presente paragrafo sono relativi all'ultimo round completato nelle singole ASL ed in particolare al biennio 2006-2007 per la ASL 1, la ASL 2 e la ASL 3 e al 2005-2006 per la ASL 4.

I tumori maligni individuati nel corso di questo ultimo round sono stati complessivamente 172, più della metà di quelli attesi nella quota di popolazione esaminata; occorre tuttavia considerare che le singole ASL non hanno ancora recuperato tutte le informazioni riguardanti i casi identificati dallo screening di popolazione.

Le donne nella fascia di età 50 – 69 anni invitate a sottoporsi alla mammografia di screening sono state circa 97.500, pari al 93% circa della popolazione elegibile⁸⁴ (figura 1), con un tasso di partecipazione del 65,4% (figura 2) nettamente superiore al dato medio nazionale del 59,6%, registrato nel 2006.

⁸⁴ La popolazione bersaglio del programma di screening meno la popolazione esclusa prima dell'invito secondo i criteri di esclusione del programma

Fig. 1 – Estensione dello screening mammografico⁸⁵

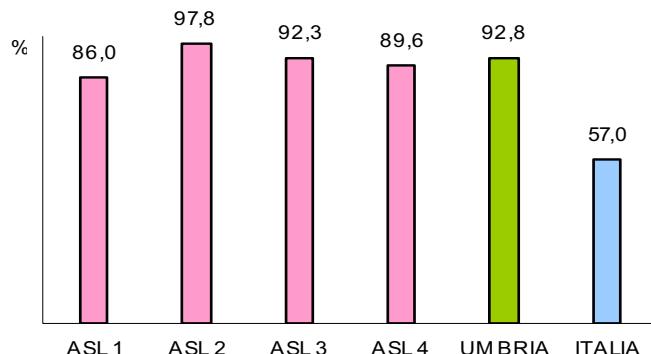
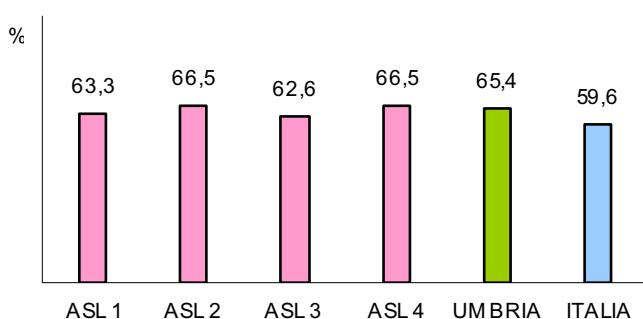


Fig. 2 – Adesione corretta per lo screening mammografico⁸⁶



Una stima della copertura di popolazione della mammografia si può avere considerando i dati del PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) del 2006, uno studio trasversale su un campione della popolazione umbra al quale è stato sottoposto telefonicamente un questionario per conoscere la distribuzione nella collettività esaminata dei principali fattori di rischio comportamentali. Secondo questo studio in Umbria l'85% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia e il 69% l'ha eseguita negli ultimi due anni; il 74% di questa popolazione ha fatto una mammografia su invito, il 14% per iniziativa personale e l'11% per consiglio del medico.

Le donne che hanno effettuato il test di screening richiamate per sottoporsi ad ulteriori approfondimenti diagnostici sono state circa 3.000 con un tasso medio di richiami del 4,8%, caratterizzato tuttavia da una variabilità interaziendale; è importante sottolineare però che una discreta variabilità tra programmi a livello di singole Aziende USL è presente anche a livello nazionale.

Per quanto riguarda i tempi di attesa, che valutano l'efficienza del programma e rappresentano uno degli aspetti fondamentali con cui viene percepita la qualità del servizio da parte delle utenti, la percentuale di referti negativi inviati entro 21 giorni dall'effettuazione della mammografia è stata del 95% circa, notevolmente migliore del valore consigliato dal GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico).

Lo screening del carcinoma della cervice uterina

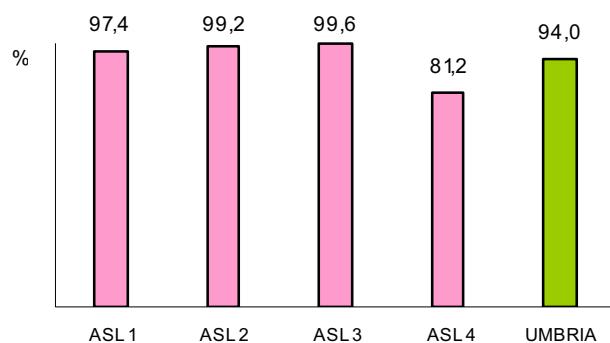
Il programma dello screening triennale del carcinoma della cervice uterina, detto anche “citologico” alla fine del 2007 ha completato il 3° round in tutte le quattro ASL della regione; i dati riportati sono relativi all’ultimo round completato ed in particolare al triennio 2005-2007 per tutte le ASL.

Nel corso del 3° round nelle donne che hanno effettuato un test di screening sono state identificate complessivamente 433 lesioni precancerose con alto rischio di evoluzione maligna (CIN 2 e CIN 3) e 30 carcinomi, circa il 75% di quelli attesi nella quota di popolazione esaminata; la percentuale di diagnosi positive al test di screening citologico poi confermate all’istologia è pari al 23,2%, quindi superiore al valore medio italiano per il 2005 (16,7%) anche se permane una discreta variabilità interaziendale.

Nel corso del 3° round sono state invitate ad effettuare il Pap-test di screening circa 192.000 donne di età compresa fra 25 e 64 anni, pari al 94% della popolazione elegibile (figura 3); nonostante le differenze tra ASL è rilevante lo sforzo compiuto dalla maggioranza dei programmi di screening per mantenere un’adeguata estensione del programma, che può essere garantita soltanto da una regolare spedizione degli inviti.

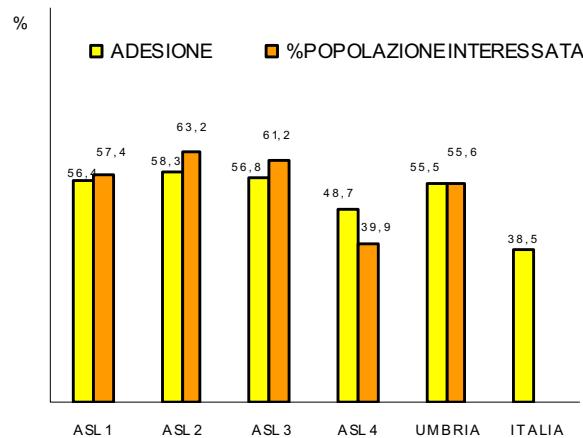
Le donne che hanno aderito allo screening su invito sono state circa 106.000, con un’adesione media regionale pari al 55,5% nettamente superiore al dato medio italiano del 2006, pari al 38,5%, e tra i valori più alti a livello nazionale; se si sommano alle donne che hanno aderito su invito le 21.000 donne che hanno effettuato spontaneamente il Pap-test nel 3° round, la percentuale di popolazione esaminata presenta valori intorno al 60% della popolazione elegibile in quasi tutte le ASL (figura 4).

Fig. 3 – Estensione dello screening citologico *⁸⁵



85 La percentuale di popolazione elegibile che ha effettivamente ricevuto un invito ad effettuare un Pap-test

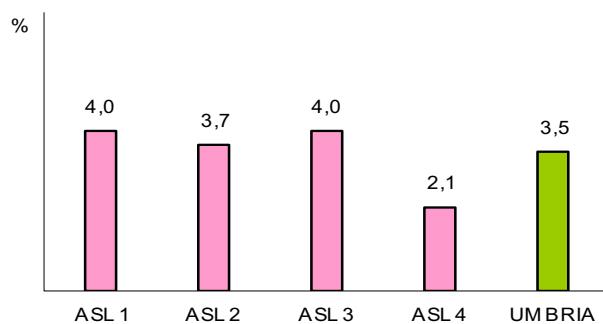
Fig. 4 – Adesione corretta all'invito⁸⁶ e popolazione esaminata⁸⁷ per lo screening citologico



Secondo il rapporto PASSI del 2006, in Umbria l'89% delle donne di 25-64 anni ha eseguito almeno un Pap-test e l'81% l'ha eseguito negli ultimi tre anni come raccomandato; il motivo principale dell'esecuzione del Pap-test è stato l'invito della ASL nel 57% dei casi, l'iniziativa personale nel 29% e il consiglio del medico nel 14%.

La qualità del prelievo citologico rappresenta un importante indicatore del programma (figura 5): la proporzione di Pap-test inadeguati nelle quattro ASL dell'Umbria è ampiamente entro lo standard desiderabile del 5%, definito dal GISCI (Gruppo Italiano Screening Citológico).

Fig. 5 – Proporzione di Pap-test inadeguati per ASL



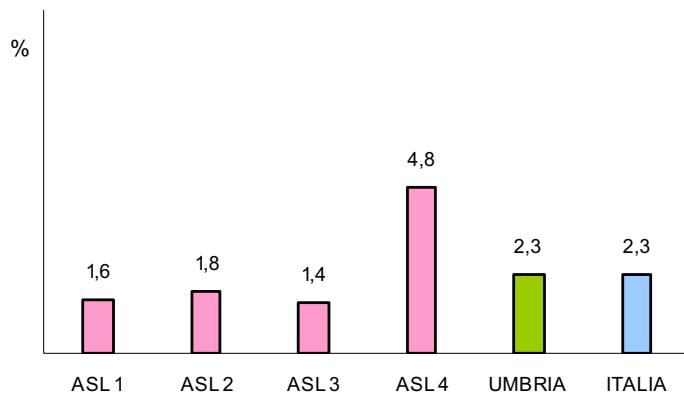
La percentuale di donne inviate in colposcopia complessivamente per la regione Umbria è pari al 2,3% (figura 6), in linea con il valore medio nazionale; il dato medio regionale è tuttavia caratterizzato, come peraltro a livello nazionale, da una modesta variabilità interaziendale.

⁸⁶ La percentuale di donne che ha effettuato un Pap-test di screening sul totale delle donne invitate

⁸⁷ La percentuale di popolazione elegibile che ha effettuato un Pap-test sia su invito sia spontaneamente

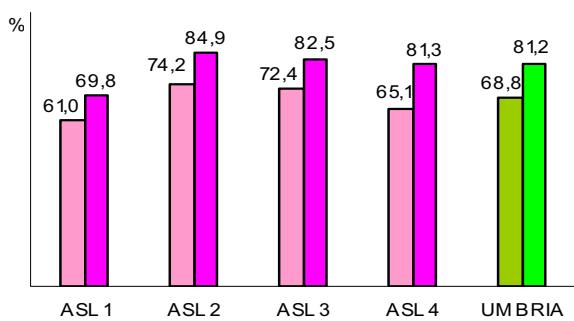
* non sono disponibili dati per il confronto su scala nazionale

Fig. 6 – Percentuale di invio in colposcopia



Le donne con un Pap-test positivo per lesioni di alto grado (HSIL+) hanno un rischio molto elevato di sviluppare un tumore invasivo in assenza di trattamento, quindi una compliance alla colposcopia molto elevata è un requisito indispensabile perché un programma di screening sia in grado di ridurre l'incidenza di tumori invasivi nella popolazione; il valore medio regionale di adesione alla colposcopia per tutte le lesioni è pari al 69%, mentre la compliance tra le donne inviate in colposcopia per citologia di alto grado (HSIL+) è stata dell'81% (figura 7). Entrambe i valori sono inferiori a quelli medi nazionali (rispettivamente 84,7% e 90,0%), probabilmente anche per un recupero incompleto delle informazioni sulle donne che effettuano una colposcopia dovuto ad un difficoltoso ritorno dei dati dal II livello.

Fig. 7 – Compliance alla colposcopia per tutte le lesioni e per HSIL+⁸⁸



Per tutti i programmi di screening citologico della regione Umbria è stato calcolato l'intervallo tra l'effettuazione del Pap-test e l'invio alla donna del referto negativo; i programmi della ASL 1, della ASL 2 e della ASL 3, che condividono il centro di lettura di Perugia, mediamente hanno un intervallo test-referto inferiore o uguale a 4 settimane per oltre l'80% degli esami, mentre lo standard si abbassa per il programma della ASL 4 rivelando in tal senso una criticità da risolvere.

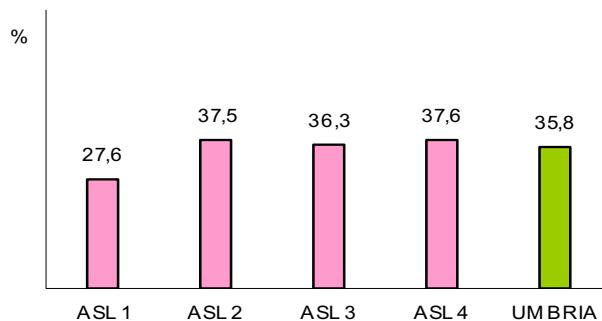
88 La percentuale di donne inviate a colposcopia per tutte le lesioni e per HSIL+ che ha effettuato una colposcopia

Lo screening del carcinoma del colon retto

Il programma di screening del carcinoma del colon retto, detto anche colorettale biennale è stato avviato dalle ASL nel secondo semestre del 2006; la ASL 2 e la ASL 4 hanno avviato le procedure di invito il 1° giugno 2006, la ASL 1 il 1° settembre 2006 e la ASL 3 il 1° novembre 2006. I dati riportati descrivono l'attività relativa al primo anno del round in modo ancora parziale, anche per il recupero incompleto delle informazioni riguardanti i soggetti inviati ad approfondimento.

Le persone nella fascia di età 50 – 74 anni invitate a sottoporsi al test di screening nel primo anno di attività sono state circa 117.500, pari al 91 % circa della popolazione elegibile (figura 8), con un'adesione all'invito del 36% circa (figura 8). Il valore dell'adesione è tuttavia parziale anche perché dipende dalle classi di età della popolazione che sono invitate per prime: va ricordato infatti che nella Azienda USL 1 all'avvio della campagna è stata fatta la scelta di invitare per prime le persone appartenenti alle classi di età più alte, che però hanno avuto una adesione inferiore. Per calcolare tale indicatore è quindi più utile attendere la fine del round. Peraltro lo studio PASSI per il 2006 ha fornito alcuni dati pre-screening che possono contribuire a stimare la copertura della popolazione; in Umbria il 27 % delle persone di 50-69 anni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto (FOBT) o una colonscopia a scopo preventivo, il 17% ha effettuato uno di questi accertamenti negli ultimi due anni.

Fig. 8 – Adesione corretta per lo screening colorettale⁸⁹



Delle circa 40.000 persone che hanno eseguito correttamente il test di screening, sono risultate positive, e pertanto inviate ad approfondimento, circa 2.200 persone (5,4%) (figura 9) e di queste circa 1.400 (64%) hanno effettuato una colonscopia di approfondimento (figura 10); nel 43% circa di coloro che hanno effettuato la colonscopia sono stati individuati tumori maligni o lesioni precancerose ad alto rischio, ovvero sono stati identificati complessivamente 147 adenocarcinomi e 463 adenomi avanzati.

89 La percentuale di popolazione effettivamente invitata che ha effettuato un test di screening (FOBT)

Fig. 9 – Percentuale di positivi al FOBT⁹⁰

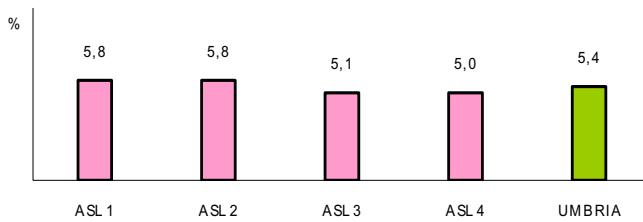
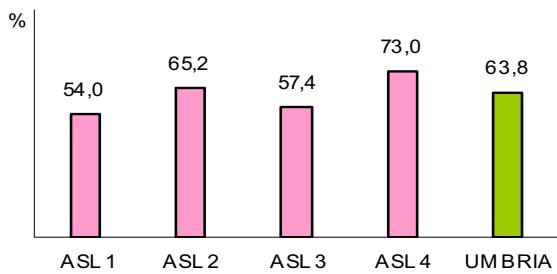


Fig. 10 – Adesione alla colonoscopia⁹¹



La nascita

L'attuale rilevazione dati del certificato di assistenza al Parto (CEDAP) ha avuto inizio dal 1992. Tale strumento, aggiornato nei contenuti e nelle modalità di trasmissione, fornisce informazioni sia di carattere sanitario ed epidemiologico sia di carattere socio-demografico, molto importanti ai fini della sanità pubblica e della statistica sanitaria e necessarie per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Si riportano alcuni sintetici dati relativi al 2006, anno in cui in Umbria sono stati effettuati nelle strutture umbre 8091 parto.

Dall'analisi complessiva dei dati raccolti si evince che, in analogia a quanto accade nelle regioni limitrofe, il 20 % dei parto è relativo a madri di cittadinanza non italiana, provenienti per la maggior parte dall'Europa dell'Est. Per quanto riguarda l'età i dati confermano che la fascia di età maggiormente rappresentata è quella dei 30 – 39 anni, e risulta essere più elevata per le donne italiane.

Più dell'80% delle madri non aveva precedenti aborti spontanei.

Per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, in circa il 90% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite e nel 50% delle gravidanze sono state effettuate 4-6 ecografie. In Umbria per il 23% delle gravidanze è stata effettuata amniocentesi prevalentemente in classi di età avanzate, mentre esami più specifici (Villi corali, fetoscopia, funicolocentesi) sono stati effettuati molto raramente.

90 La percentuale di soggetti con FOBT positivo tra coloro che hanno effettuato correttamente il test

91 La percentuale della popolazione positiva al FOBT che esegue una colonoscopia di approfondimento

I dati permettono anche di rilevare indicatori più strettamente legati ai servizi, quali la presenza di varie figure professionali (quasi sempre ginecologo e neonatologo), la presenza di familiari (partner 90%), o il ricorso all'espletamento del parto per via chirurgica (intorno al 30%).

Dati più completi sono indicati nei rapporti predisposti dalla Direzione regionale Sanità e Servizi sociali.

Tabella: Distribuzione dei partì per Punto Nascita di evento					
		2004		2006	
Azienda di evento		Numero Parti	%	Numero Parti	%
ASL 1	Città Di Castello	641	8,4	805	9,9
	Gubbio	357	4,7	352	4,4
ASL 2	Cartiglion del Lago	453	5,9	513	6,4
	Assisi	746	9,8	644	8,0
	Marsciano	389	5,1	502	6,2
ASL 3	Foligno	777	10,2	899	11,1
	Spoletto	462	6,1	476	5,9
ASL 4	Orvieto	375	4,9	319	3,9
	Narni	576	7,6	656	8,1
AOSP Perugia	Az. Ospedaliera Di Perugia	1.812	23,8	1926	23,8
AOSP Terni	Az. Ospedaliera Di Terni	1.032	13,5	999	12,3
Totale		7.620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione dei partì per età materna				
Età	2004		2006	
	N°	%	N°	%
<20 anni	105	1,4	136	1,7
20-29 anni	2539	33,3	2830	35,0
30-39 anni	4559	59,8	4732	58,5
≥ 40 anni	383	5,0	359	4,4
Non rilevato	34	0,5	34	0,4
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione dei partì per cittadinanza materna				
Cittadinanza	2004		2006	
	N°	%	N°	%
Italiana	6197	81,3	5925	73,2
Straniera	1413	18,6	1650	20,4
Non rilevata	10	0,1	516	6,4
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Durata della gravidanza per cittadinanza della madre

Cittadinanza	2004				2006			
	EG< 37 settimane		EG≥ 37 settimane		EG< 37 settimane		EG≥ 37 settimane	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Italiana	302	4,9	5.875	95,1	331	5,6	5570	94,4
Straniera	115	8,2	1.293	91,8	112	6,8	1529	93,2
Totale	417	5,5	7.168	94,5	443	5,9	7099	94,1

Tabella: Numero di visite di controllo effettuate in gravidanza

N° visite	2004		2006	
	N°	%	N°	%
Nessuna	61	0,8	59	0,7
≤4	574	7,5	593	7,3
>4	6965	91,4	7417	91,7
Non rilevato	20	0,3	22	0,3
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione delle partorienti secondo l'epoca gestazionale di esecuzione della prima visita di controllo

Prima visita in gravidanza	2004		2006	
	N°	%	N°	%
EG<12 settimane	6711	88,1	7437	91,9
EG ≥ 12 settimane	687	9,0	641	7,9
Non rilevato	222	2,9	13	0,2
TOTALE	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Età gestazionale di esecuzione della prima visita di controllo per cittadinanza della madre

Cittadinanza della madre	2004				2006			
	Prima visita in gravidanza (sett.)				Prima visita in gravidanza (sett.)			
	<12 Settimane		≥ 12 Settimane		< 12 Settimane		≥ 12 Settimane	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Italiana	5651	93,6	388	6,4	5602	94,7	315	5,3
Straniera	1055	68,0	297	22,0	1331	80,9	314	19,1
Totale	6706	90,7	685	9,3	6933	91,7	629	8,3

Tabella: Distribuzione dei parto secondo la modalità del parto

Modalità parto	2004		2006	
	N°	%	N°	%
Spontaneo	5004	65,8	5402	66,8
Taglio Cesareo d'elezione	1384	18,2	1504	18,6
Taglio Cesareo in travaglio	976	12,8	999	12,4
Parto operativo	110	1,5	146	1,8
Altro modo	6	0,1	11	0,1
Non rilevata	140	1,8	29	0,3
Totale	7620	100,0	8091	100,0

Tabella: Distribuzione dei partì secondo la modalità del parto								
Modalità parto	2004				2006			
	Cittadinanza della madre				Cittadinanza della madre			
	Italiana		Straniera		Italiana		Straniera	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Spontaneo	4044	65,3	960	68,0	3900	65,8	1139	69,0
Taglio Cesareo d'elezione	1172	18,9	212	15,0	1167	19,7	247	15,0
Taglio Cesareo in travaglio	782	12,6	194	13,7	724	12,0	219	13,3
Parto operativo	89	1,4	21	1,5	105	1,8	34	2,1
Altro modo	4	0,1	2	0,1	6	0,1	5	0,3
Non rilevata	106	1,7	24	1,7	23	0,4	6	0,3
Totale	6197	100,0	1413	100,0	5925	100,0	1650	100,0

Le interruzioni volontarie di gravidanza

Nel 2007 sono state notificate in Umbria 2119 IVG, con un leggero decremento rispetto agli anni precedenti.

Il tasso di abortività (numero delle IVG per 1'000 donne in età feconda tra 15-49 anni), indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2007 è risultato pari a 9,2 per 1'000, con un decremento dello 0,5% rispetto al 2006.

I tassi di abortività sono diminuiti in tutti i gruppi di età, più marcatamente in quelli centrali. Sono state 49, confermando un comportamento degli anni precedenti, le IVG effettuate da minorenni.

L'analisi delle caratteristiche delle IVG, conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuato da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2007 il 40% del totale delle IVG. Questo fenomeno influenza sull'andamento generale dell'IVG in Italia determinando una stabilità nel numero totale degli interventi e nasconde la diminuzione presente tra le sole donne italiane.

Nel corso degli anni le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate tra le donne più istruite, tra le occupate e tra le coniugate, per le quali, anche grazie a una maggiore competenza di partenza, sono risultati più efficaci i programmi e le attività di promozione della procreazione responsabile, principalmente svolti dai consultori familiari.

La sempre maggiore incidenza tra le donne con cittadinanza estera impone, inoltre, una particolare attenzione nel confronto nel tempo delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, hanno una diversa composizione socio-demografica, che

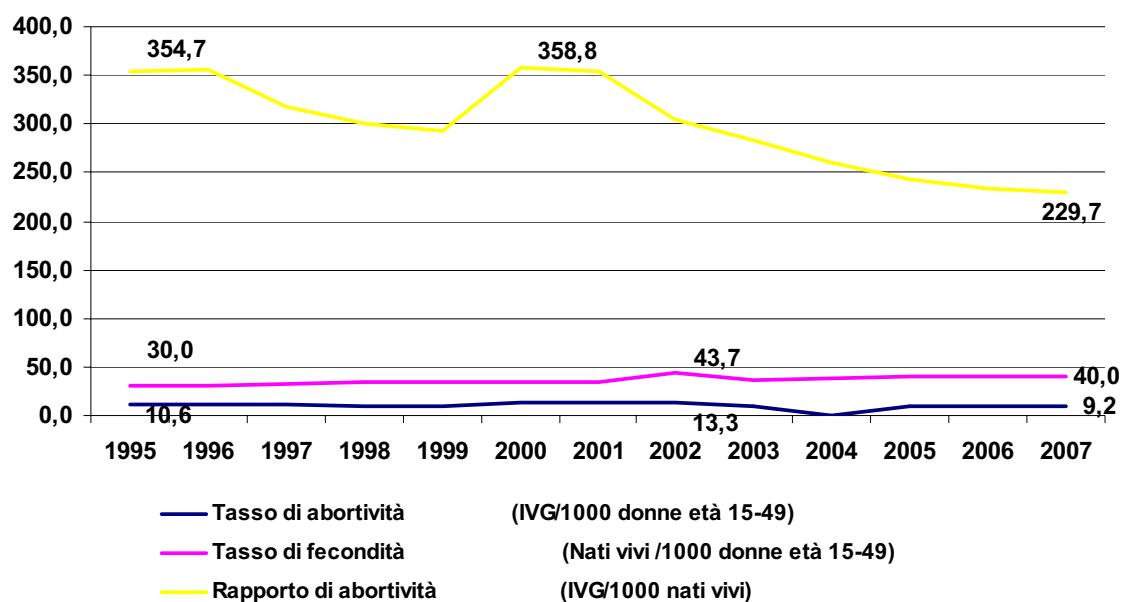
muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

I dati sulle metodiche adottate per l'IVG e sull'efficienza dei servizi, se confrontati con quelli degli anni precedenti, hanno subito solo modeste variazioni.

Nella maggior parte dei casi la degenza è risultata inferiore ad 1 giorno e l'isterosuzione, in particolare la metodica secondo Karman, rappresenta la tecnica più utilizzata, comportando rischi minori di complicanze per la salute della donna.

Permane elevato il ricorso all'anestesia generale per espletare l'intervento.

Abortività e fecondità in Umbria. Anni 1992 - 2007



I.V.G. effettuate in Umbria, per luogo dell'intervento - Anni 1992-2007

Aziende Sanitarie	1992	1995	1998	2001	2004	2005	2006	2007	Variaz. 92-2007	
									N.	%
Città di Castello	146	76	98	97	5	16	11	14	-132	-90,41
Umbertide	70	109	94	116	179	141	128	176	106	151,43
Gubbio	80	78	58	79	109	135	105	104	24	30,00
Azienda USL 1	296	263	250	292	293	292	244	294	-2	-0,68
Castiglione del Lago	156	112	130	145	161	174	189	145	-11	-7,05
Città della Pieve	42	54	43	43	26	8	6	-		
Assisi	138	182	175	213	176	154	98	134	-4	-2,90
Marsciano	91	1	73	76	91	56	3	7	-84	-92,31
Todi	64	109	107	135	132	146	212	190	126	196,88
Azienda USL 2	491	458	528	612	586	538	508	476	-15	-3,05
Foligno	387	291	270	272	326	258	236	202	-185	-47,80
Spoleto	67	86	80	101	94	83	103	129	62	92,54
Cascia e Norcia	-	15	20	14	12	9	-	-		
Azienda USL 3	454	392	370	387	432	350	339	331	-123	-27,09
Orvieto	87	91	93	78	74	66	70	67	-20	-22,99
Amelia*	16	-	-	-	-	-	-	-		
Narni	201	213	214	210	207	206	189	177	-24	-11,94
Azienda USL 4	304	-132	307	288	281	272	259	244	-60	-19,74
Azienda Osp. Perugia	895	719	625	553	606	551	547	521	-374	-41,79
Azienda Osp. Terni	499	436	333	275	296	276	281	253	-246	-49,30
Umbria	2.939	2.136	2.413	2.407	2.494	2.279	2.178	2.119	-820	-27,90

* nell'ospedale di Amelia dal 1993 è stata interrotta l'attività dell'U.O. di ostetricia e ginecologia

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT

Elaborazione: Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG di donne residenti e non residenti. Umbria, 1992 - 2007

	Residenti		Non residenti		Non indicato		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	
1992	2.470	84,0	469	16,0	-	-	2.939
1993	2.219	81,4	508	18,6	-	-	2.727
1994	2.117	80,3	514	19,5	5	0,2	2.636
1995	2.051	79,7	512	19,9	9	0,3	2.572
1996	2.084	78,9	555	21,0	2	0,1	2.641
1997	2.041	79,7	510	19,9	10	0,4	2.561
1998	1.938	80,3	472	19,6	3	0,1	2.413
1999	1.938	82,4	401	17,0	14	0,6	2.353
2000	2.046	84,5	366	15,1	10	0,4	2.422
2001	2.055	85,4	350	14,5	2	0,1	2.407
2002	2.067	84,1	375	15,3	16	0,7	2.458
2003	1.935	84,4	341	14,9	17	0,7	2.293
2004	2.126	85,2	350	14,0	18	0,7	2.494
2005	1.883	82,6	362	15,9	34	1,5	2.279
2006	1.824	83,7	329	15,1	25	1,1	2.178
2007	1.797	84,8	308	14,5	14	0,7	2.119

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT

Elaborazione: Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG di donne minorenni residenti. Umbria, 1992 - 2007

	Totale IVG	IVG effettuate da donne minorenni	
		N.	%
1992	2.470	58	2,3
1993	2.219	46	2,1
1994	2.117	34	1,6
1995	2.051	52	2,5
1996	2.084	42	2,0
1997	2.041	40	2,0
1998	1.938	40	2,1
1999	1.938	47	2,4
2000	2.046	47	2,3
2001	2.055	45	2,2
2002	2.067	44	2,1
2003	1.935	40	2,1
2004	2.494	42	1,7
2005	2.279	57	2,5
2006	2.178	50	2,3
2007	2.119	49	2,3

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT

Elaborazione: Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG per IVG precedenti e cittadinanza della donna. Umbria, 1992 - 2007

IVG precedenti	Cittadinanza																			
	1992				2004				2005				2006				2007			
	Italiane		Straniere		Italiane		Straniere		Italiane		Straniere		Italiane		Straniere		Italiane		Straniere	
	N.	%	N.	%																
0	2.120	78,2	161	70,3	1.184	75,6	544	59,8	1.113	79,0	533	63,3	1.043	79,7	498	58,3	995	78,8	503	59,7
1	464	17,1	46	20,1	237	15,1	214	23,5	180	12,8	172	20,4	163	12,5	211	24,7	148	11,7	206	24,4
2	99	3,7	18	7,9	49	3,1	74	8,1	29	2,1	79	9,4	33	2,5	81	9,5	39	3,1	71	8,4
3	19	0,7	2	0,9	11	0,7	24	2,6	4	0,3	21	2,5	11	0,8	18	2,1	3	0,2	35	4,2
>=4	8	0,3	2	0,9	4	0,3	26	2,9	3	0,2	17	2,0	3	0,2	24	2,8	4	0,3	11	1,3
Non indicato	-	-	-	-	82	5,2	27	3,0	79	5,6	20	2,4	56	4,3	22	2,6	74	5,9	17	2,0
Totale	2.710	100,0	229	100,0	1.567	100,0	909	100,0	1.408	100,0	842	100,0	1.309	100,0	854	100,0	1.263	100,0	843	100,0

Mancano i casi in cui non è stata indicata la cittadinanza

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT

Elaborazione: Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

IVG per cittadinanza della donna. Umbria, 1992 - 2007

Cittadinanza	1992		2003		2004		2005		2006		2007	
	N.	%										
Italiana	2.710	92,2	1.471	65,1	1.567	63,3	1.408	62,6	1.309	60,5	1.263	60,0
Straniera	229	7,8	788	34,9	909	36,7	842	37,4	854	39,5	843	40,0
Totale (*)	2.939	100,0	2.259	100,0	2.476	100,0	2.250	100,0	2.163	100,0	2.106	100,0

* Mancano i casi in cui la cittadinanza non è stata specificata

Fonte dei dati: Scheda di notifica di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) Mod. D12 dell'ISTAT

Elaborazione: Servizio V - Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria

La prescrizione farmaceutica

Nel 2006 la spesa farmaceutica a carico dell'SSN è stata in Italia di 12,3 miliardi di euro, con un incremento del 3,5% rispetto all'anno precedente; in Umbria l'aumento è stato del 3,1% (Tabella 2).

Tabella 2. Consumi farmaceutici SSN in Italia e in Umbria* nel 2006

	Italia	Umbria
Spesa a carico SSN (milioni)	12.327	172
Spesa pro capite pesata (grezza)	209,81	184,51 (197,94)
Scostamento % 2006-2005	3,5	3,1
Ticket (milioni)	414	1,6 **
Ticket su spesa lorda	3,1	0,9
Sconto farmacie (milioni)	699,2	7,7
Sconto su spesa lorda	5,2	4,3
Spesa lorda (milioni)	13.440	181
Spesa pro capite pesata (grezza)	228,76	194,62 (208,75)
Scostamento % 2006-2005	-0,2	0,5
Ricette (migliaia)	503.307	8.764
Scostamento % 2006-2005	5,3	4,2
Ricette pro capite	8,6	9,4^
Confezioni (milioni)	953	15
Scostamento % 2006-2005	6,1	5,8
Confezioni pro capite	16	16
DDD/1000 abitanti die	857,4	864,1
Scostamento % 2006-2005	7,3	8,2
Farmaci equivalenti		
Spesa pro capite	40,58	38,98
DDD/1000 abitanti die	235,8	248,5
Distribuzione diretta		
Spesa pro capite	21,81	6,04
DDD/1000 abitanti die	11,1	5,4
Farmaci con Nota		
Spesa pro capite	70,57	49,34
DDD/1000 abitanti die	165,2	134,0
Popolazione ISTAT 1/1/2006 pesata (grezza)	58.751.711	930.901 (867.878)

* al fine di rendere confrontabili i valori pro capite dell'Umbria e dell'Italia, è stata utilizzata la popolazione pesata. Per la spesa netta e lorda è stata calcolata anche la spesa pro capite grezza

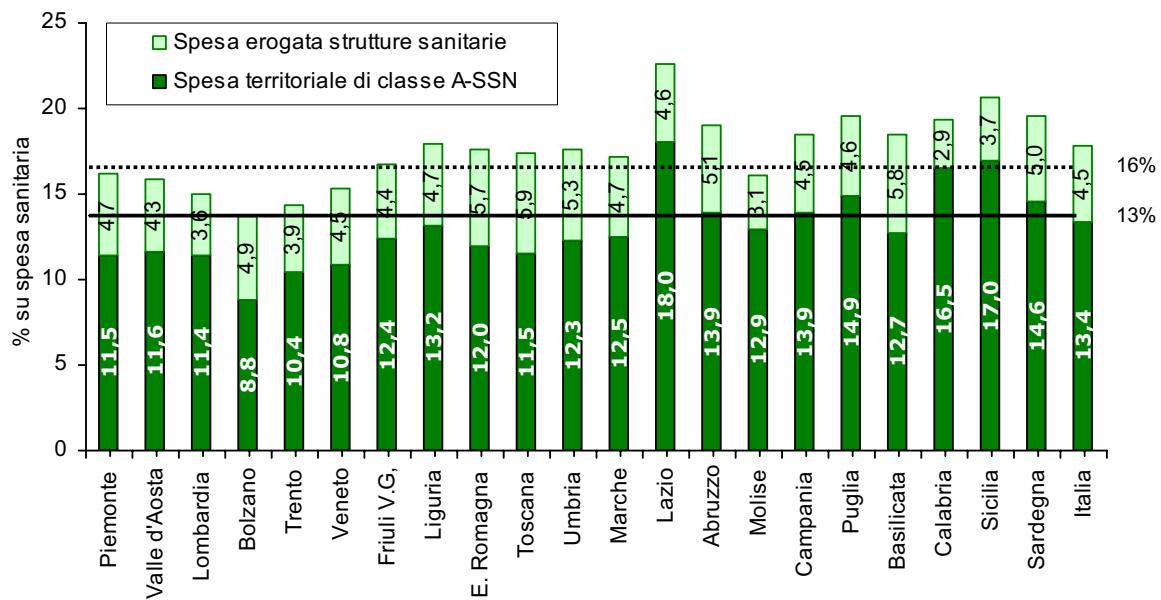
** differenza rispetto al prezzo di riferimento per i farmaci equivalenti

^ la prescrizione è limitata a 2 pezzi per ricetta o 2 mesi di terapia

Per quanto riguarda la quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa programmata dell'SSN, nel 2006 l'Umbria si pone al di sotto del tetto del 13% per la spesa territoriale,

mentre raggiunge il 17,6% quando si considera anche la spesa erogata attraverso le strutture sanitarie. L'obiettivo del rispetto del tetto di spesa del 16% stabilito dalla Legge 405/2001 è stato raggiunto solo da una parte delle Regioni del Nord e dal Molise. A livello nazionale il maggiore "sfondamento" è stato osservato nel Lazio (22,6%) e in Sicilia (20,7%) (Figura 1).

Figura 1. Stima della quota di spesa farmaceutica a carico dell'SSN sulla spesa complessiva programmata dell'SSN (2006)



Se si estende il confronto fra l'Umbria e l'Italia al periodo 1990-2006 si rileva che le differenze riguardano solo gli ultimi sei anni, mentre nel corso degli anni '90 la spesa pro capite dell'Umbria era sostanzialmente sovrapponibile con quella italiana (Figura 3 e Tabella 3).

Figura 2. Scostamento della spesa lorda pro capite pesata dal valore medio nazionale: confronto 2000-2006

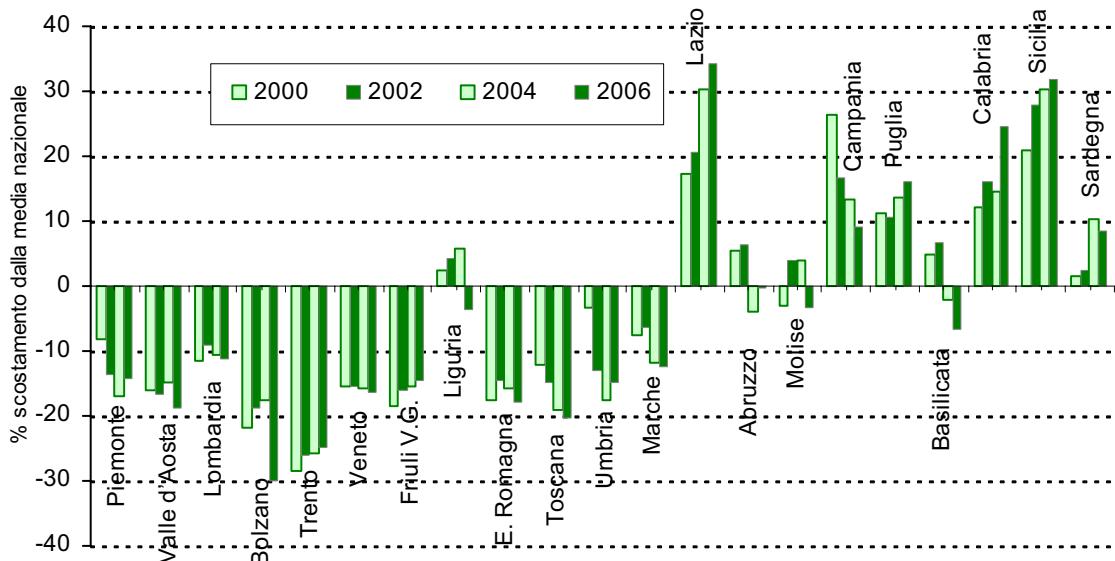


Figura 3. Andamento della spesa farmaceutica linda SSN in Italia e in Umbria nel periodo 1990-2006

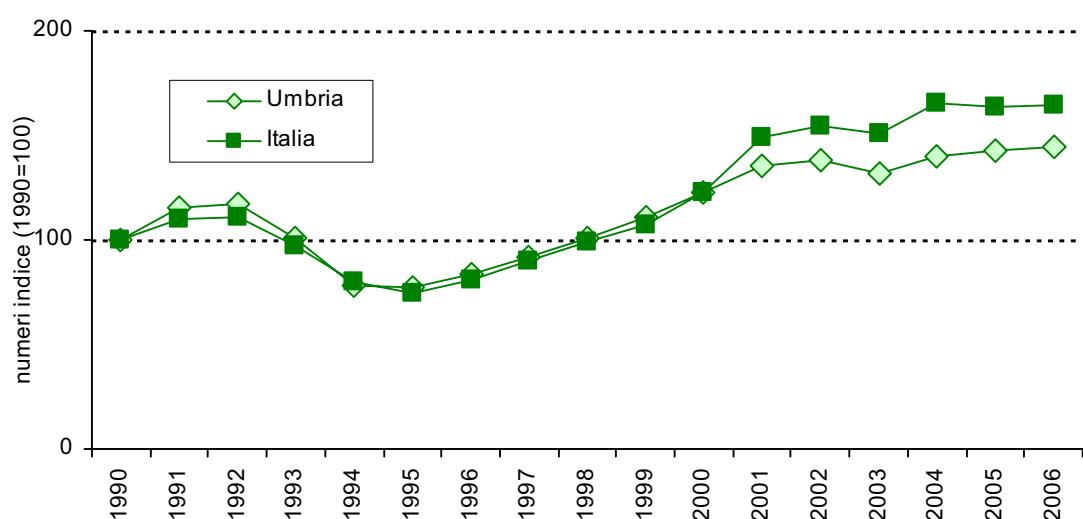


Tabella 3. Spesa farmaceutica SSN in Umbria nel periodo 1990-2006

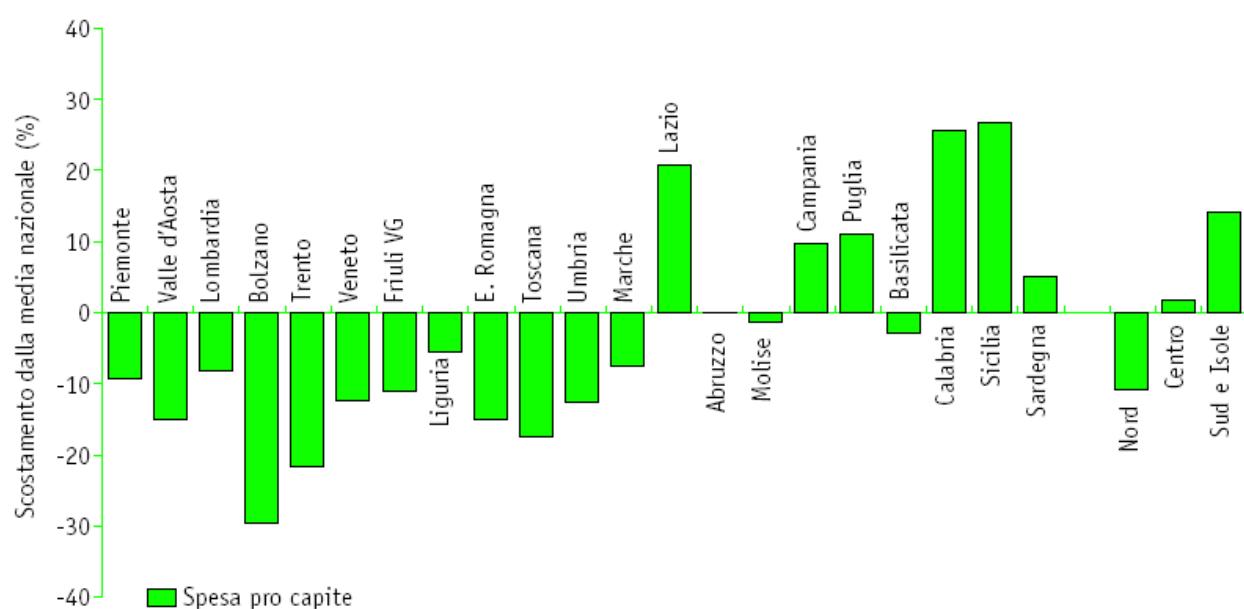
Anno	Spesa SSN €*	linda	Ticket		Sconto^		
			€*	% su linda	€*	% su linda	
1990	126		12,8	10,2	-	-	
1991	145		17,3	11,9	-	-	
1992	147		24,8	16,9	-	-	
1993	127		21,5	17,0	-	-	
1994	99		12,8	12,9	-	-	
1995	97		14,0	14,5	-	-	
1996	105		14,3	13,6	-	-	
1997	116		11,2	9,7	3,9	3,4	
1998	127		12,2	9,6	4,2	3,3	
1999	140		12,6	9,0	4,7	3,4	
2000	154		13,1	8,5	5,1	3,3	
2001	170		0,2	0,1	5,9	3,4	
2002	174		0,9	0,5	6,8	3,9	
2003	165		1,4	0,9	6,3	3,8	
2004	176		1,5	0,8	10,0	5,7	
2005	179		1,6	0,9	12,0	6,7	
2006	181		1,6	0,9	7,7	4,3	

* in milioni di euro

^ per gli anni 2005 e 2006 comprende oltre le trattenute alle farmacie anche lo sconto a carico dei produttori

*Spesa e consumi (Tavola) territoriali^A di classe A-SSN 2007 (popolazione pesata)
e variabilità regionale della spesa pro capite (Figura)*

	Spesa linda pro capite	Scostamento % dalla media nazionale	Confezioni pro capite	DDD/1000 ab die
Piemonte	195,0	-9,3	14,2	785,8
Val d'Aosta	182,5	-15,1	14,6	815,8
Lombardia	197,5	-8,1	13,9	776,8
Bolzano	151,6	-29,5	11,6	669,5
Trento	168,3	-21,7	13,5	747,8
Veneto	188,4	-12,4	14,7	823,5
Friuli VG	191,4	-11,0	14,9	837,7
Liguria	203,0	-5,6	15,8	855,8
E. Romagna	182,8	-15,0	15,5	866,2
Toscana	177,5	-17,4	15,8	852,3
Umbria	187,8	-12,6	16,5	902,4
Marche	198,9	-7,5	16,1	855,9
Lazio	259,4	20,7	19,3	1019,3
Abruzzo	215,3	0,1	16,9	878,8
Molise	212,1	-1,3	16,2	838,5
Campania	235,7	9,7	19,1	944,6
Puglia	238,6	11,0	18,8	949,2
Basilicata	208,7	-2,9	17,1	887,0
Calabria	270,3	25,7	19,5	976,7
Sicilia	272,3	26,7	19,8	999,4
Sardegna	225,9	5,1	17,2	920,5
Italia	215,0		16,5	880,5
Nord	191,9	-10,8	14,5	806,8
Centro	218,8	1,8	17,5	933,2
Sud e Isole	245,2	14,1	18,8	952,0



Fonte: Rapporto Osmed 2007

Dati di attività dei servizi

Gli Ospedali

Le informazioni rilevate dal flusso della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ci permettono di analizzare l'attività svolta dalle nostre strutture di ricovero sia in termini di numerici sia in termini di tipologia di casi trattati.

Si riportano qui di seguito i dati di struttura e di attività degli ospedali Umbri relativi al triennio 2005-2007.

Nell'ottica della deospedalizzazione il numero dei posti letto è andato progressivamente riducendosi. Nel periodo 2003-2007 si è avuta una riduzione di circa 200 letti pari al 6% della dotazione iniziale. Nella tabella 1 sono riportati i posti letto delle aziende suddivisi tra quelli per acuti e quelli di riabilitazione e lungodegenza.

L'incremento che si è avuto nell'ultimo anno è dovuto quasi esclusivamente all'aumento dei posti letto di riabilitazione di cui la nostra regione è carente e comunque la dotazione di posti letto per mille abitanti è al di sotto del limite del 4,5 x mille stabilito dal Ministero tabella 2.

La figura 1 mostra il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per la Regione Umbria dal 2005 al 2007, con il confronto con l'ultimo dato disponibile per l'Italia. Il dato umbro, già nel 2004 al di sotto della media nazionale, si attesta al di sotto dei 180 ricoveri per mille stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 23-3-2005 .

Le tabelle 3 - 8 mostrano i dati di attività suddivisi per presidi ospedalieri. Sono stati riportati per gli anni 2005 – 2007 il numero di ricoveri, la degenza media, il tasso di utilizzo. I dati risultano relativamente stabili nel tempo. Anche la composizione della casistica dei primi 20 DRG non mostra sostanziali variazioni nel corso degli ultimi anni, sia nella degenza ordinaria che nel Day Hospital.

Per quanto riguarda l'attività di day hospital la tabella 6 mostra come la percentuale di DRG chirurgici sia aumentata nei tre anni riducendo la quota dei casi medici nei quali si possono annidare fenomeni di inappropriatezza. La figura 2 evidenzia però comportamenti diversi tra gli ospedali con valori che vanno da un minimo del 42,6 % all'82,1% di casi chirurgici. Diversità si evidenziano anche dalla tabella 7 che mette a confronto il numero di accessi medi tra pazienti con DRG chirurgico e non. Le differenze maggiori, come era prevedibile, si evidenziano nella casistica medica con valori che vanno da 6 accessi a 2 con una media regionale per il pubblico nel 2007 di 3,9 .

A parte (tabella 9) sono riportati, con la stessa modalità di rappresentazione, i dati di attività relativi alla Riabilitazione, Lungodegenza e Servizi Psichiatrici.

Per la Riabilitazione si evince che la casistica in termini numerici è aumentata negli ultimi anni, sottolineando la forte richiesta di assistenza in tale ambito, richiesta che porta anche ad un elevato numero di residenti che si ricovera fuori regione, determinando un aumento della mobilità passiva.

TAB. 1 POSTI LETTO UMBRIA

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2005						
	acuti			riabilitazione/lungodegenza			
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	
Azienda USL 101	372	77	449	56	5	61	510
Azienda USL 102	241	65	306	31		31	337
Azienda USL 103	390	94	484	32	7	39	523
Azienda USL 204	271	45	316	20		20	336
Azienda Ospedaliera di Perugia	761	89	850	6	2	8	858
Azienda Ospedaliera di Terni	511	90	601		4	4	605
Case di cura private	199	33	232	12		12	244
Totale	2.745	493	3.238	157	18	175	3.413

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2006						
	acuti			riabilitazione/lungodegenza			
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	
Azienda USL 101	359	63	422	56	5	61	483
Azienda USL 102	227	63	290	33	2	35	325
Azienda USL 103	338	94	432	32	7	39	471
Azienda USL 204	252	57	309	20		20	329
Azienda Ospedaliera di Perugia	710	92	802	10	2	12	814
Azienda Ospedaliera di Terni	483	90	573		4	4	577
Case di cura private	196	33	229	32	-	32	261
Totale	2.565	492	3.057	183	20	203	3.260

Aziende Sanitarie	1-gennaio-2007						
	acuti			riabilitazione/lungodegenza			
	ordinari	day hospital	totali	ordinari	day hospital	totali	
Azienda USL 101	341	50	391	72	6	78	469
Azienda USL 102	220	63	283	33	2	35	318
Azienda USL 103	382	94	476	32	7	39	515
Azienda USL 204	248	63	311	20		20	331
Azienda Ospedaliera di Perugia	706	92	798	10	2	12	810
Azienda Ospedaliera di Terni	478	89	567		4	4	571
Case di cura private	199	33	232	32		32	264
Totale	2.574	484	3.058	199	21	220	3.278

Fonte: modelli HSP 12 inviati dalle aziende al NSIS

TAB. 2 DOTAZIONE POSTI LETTO x mille abitanti

2005

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2005	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	130.682	3,4	0,5	3,9
Azienda USL 102	347.870	3,9	0,1	4,1
Azienda USL 103	156.192	3,3	0,2	3,5
Azienda USL 204	224.194	4,1	0,1	4,2
Totale Umbria	858.938	3,8	0,2	4,0

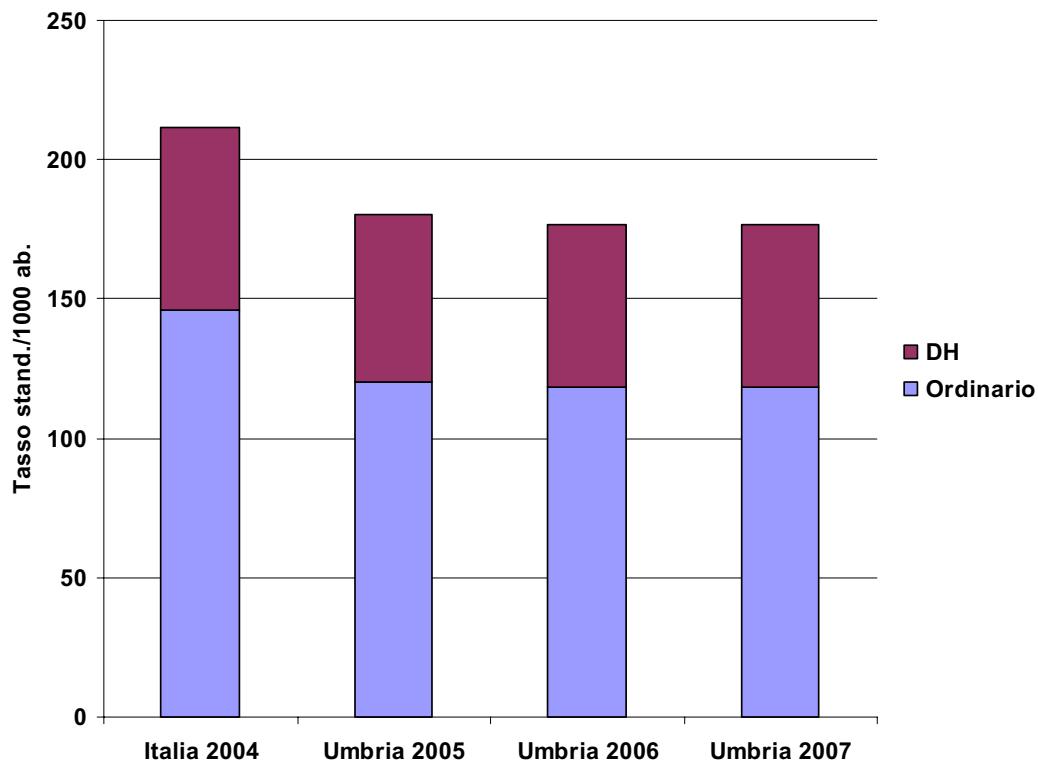
2006

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2006	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	131.460	3,2	0,5	3,7
Azienda USL 102	354.015	3,6	0,2	3,9
Azienda USL 103	157.169	2,9	0,2	3,2
Azienda USL 204	225.234	3,9	0,1	4,0
Totale Umbria	867.878	3,6	0,2	3,8

2007

Aziende Sanitarie	popolazione ISTAT al 1-1-2007	Posti letto per acuti X 1000 Ab	Posti letto di riabilitazione X 1000 Ab	Dotazione totale posti letto x 1000 Ab
Azienda USL 101	131.890	3,0	0,6	3,6
Azienda USL 102	357.008	3,6	0,2	3,8
Azienda USL 103	158.435	3,2	0,2	3,4
Azienda USL 204	225.634	3,9	0,1	4,0
Totale Umbria	872.967	3,5	0,3	3,8

FIG 1. TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE STANDARDIZZATO



TAB. 3 CASI TRATTATI IN REPARTI PER ACUTI

Presidio Ospedaliero	2005			2006			2007		
	ordinari	dh	totale	ordinari	dh	totale	ordinari	dh	totale
Città di Castello	9.737	3.703	13.440	10.158	3743	13.901	9746	3713	13.459
Gubbio	7.056	2.550	9.606	6.760	1862	8.622	6170	1705	7.875
ASL 2 di Perugia	10.202	7.333	17.535	9.615	7113	16.728	9455	7138	16.593
Foligno	10.410	6.027	16.437	9.680	5407	15.087	10251	5856	16.107
Spoletto	6.022	3.300	9.322	5.899	2997	8.896	5993	2844	8.837
Orvieto	5.051	2.860	7.911	5.039	2526	7.565	5312	2413	7.725
Narni-Amelia	4.942	2.598	7.540	5.157	2386	7.543	4945	2432	7.377
AZ. OSP. di Perugia	32.751	12.862	45.613	32.903	12528	45.431	32476	10945	43.421
AZ. OSP. di Terni	19.964	10.635	30.599	19.914	11535	31.449	21360	12350	33.710
Totali	106.135	51.868	158.003	105.125	50.097	155.222	105.708	49.396	155.104
Case di cura private	5.320	4.835	10.155	5.067	5.040	10.107	5.231	5.040	10.271
UMBRIA	111.455	56.703	168.158	110.192	55.137	165.329	110.939	54.436	165.375

TAB. 4 INDICATORI DI ATTIVITA'

Degenza ordinaria	2005		2006		2007	
Presidio Ospedaliero	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Città di Castello	5,9	79,9	5,7	88,7	5,7	81,4
Gubbio	5,6	67,1	5,6	72,4	5,4	69,2
ASL 2 di Perugia	5,2	73,5	5,2	73,0	5,0	73,1
Foligno	6,0	83,2	6,2	79,5	6,4	85,0
Spoletto	5,2	73,8	5,1	86,0	5,0	81,1
Orvieto	8,5	80,0	8,4	87,2	7,7	84,8
Narni-Amelia	6,9	79,3	6,6	84,5	6,8	84,2
AZ. OSP. di Perugia	6,5	85,1	6,8	88,2	7,1	88,7
AZ. OSP. di Terni	7,3	85,0	7,1	83,3	7,2	89,1
Totale	6,4	81,0	6,4	83,5	6,5	84,6
Case di cura private	4,3	31,8	3,9	28,7	3,9	28,2

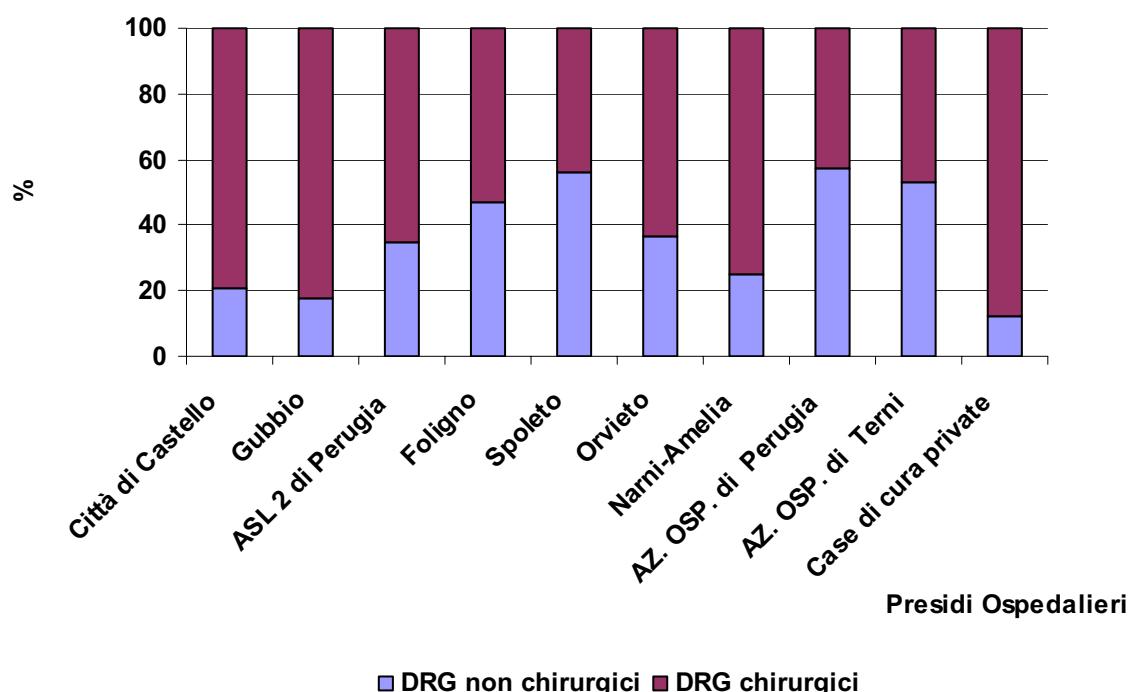
TAB. 5. PRIMI 20 DRG IN DEGENZA ORDINARIA

tipo	DRG	Descrizione	casi	rango	casi	rango	casi	rango
			2005	2005	2006	2006	2007	2007
M	391	Neonato normale	5.550	1	5.906	1	6.048	1
M	373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	5.371	2	5.411	2	5.581	2
C	209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori	2.687	4	2.749	4	3.009	3
M	127	Insufficienza cardiaca e shock	2.944	3	3.202	3	2.883	4
C	371	Parto cesareo senza CC	2.196	6	2.387	5	2.346	5
M	14	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	2.415	5	2.383	6	2.333	6
M	183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	2.135	7	2.133	7	1.980	7
C	359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie	1.471	11	1.562	8	1.563	8
M	390	maligne, senza CC	1.613	10	1.471	10	1.541	9
M	88	Neonati con altre affezioni significative	1.744	8	1.418	11	1.486	10
M	139	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.317	13	1.352	12	1.483	11
M	139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	1.317	13	1.352	12	1.483	11
C	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	1.313	14	1.313	14	1.482	12
C	494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	1.226	15	1.296	15	1.281	13
M	89	Attacco ischemico transitorio e occlusioni precerebrali	1.105	17	989	19	1.198	14
M	15	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	1.369	12	1.350	13	1.177	15
M	243	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.167	16	1.040	17	1.044	16
C	87	Interventi sul piede	985	19	1.004	18	1.036	17
M	225	Dolore toracico	896	21	837	24	1.021	18
M	143	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	891	22	981	21	1.019	19
C	503		1.706	9	1.500	9	984	20

TAB. 6. PERCENTUALE DRG CHIRURGICI IN DAY HOSPITAL

Presidio Ospedaliero	Percentuale DRG chirurgici		
	2005	2006	2007
Città di Castello	77,9	75,8	79,0
Gubbio	70,0	70,2	82,1
ASL 2 di Perugia	62,4	64,0	65,0
Foligno	56,0	53,1	53,3
Spoletto	55,8	43,2	44,2
Orvieto	63,0	65,4	63,6
Narni-Amelia	74,5	75,7	74,7
AZ. OSP. di Perugia	37,5	40,6	42,6
AZ. OSP. di Terni	45,0	47,5	47,2
Totale	53,6	53,7	55,0
Case di cura private	89,3	89,5	87,8

**FIG. 2. PERCENTUALE DI RICOVERI CHIRURGICI E NON IN DAY HOSPITAL.
UMBRIA, ANNO 2007**



TAB. 7. DAY HOSPITAL - ACCESSI MEDI

Presidi ospedalieri	2005		2006		2007	
	DRG chirurgici	DRG non chirurgici	DRG chirurgici	DRG non chirurgici	DRG chirurgici	DRG non chirurgici
Città di Castello	1,4	5,8	1,4	4,7	1,4	4,5
Gubbio	1,4	2,0	1,4	1,7	1,4	2,0
ASL 2 di Perugia	2,1	3,0	2,1	2,9	2,2	3,0
Foligno	1,1	3,6	1,1	3,2	1,1	3,8
Spoletto	1,1	3,5	1,1	3,5	1,0	3,7
Orvieto	1,1	3,2	1,1	4,5	1,1	4,7
Narni-Amelia	1,3	5,5	1,3	6,1	1,3	6,0
AZ. OSP. di Perugia	1,6	6,1	1,6	4,4	1,6	4,1
AZ. OSP. di Terni	1,1	4,2	1,0	4,0	1,1	4,0
Totali	1,4	4,5	1,4	3,9	1,4	3,9
Case di cura private	1,2	1,0	1,2	1,0	1,0	1,0

TAB. 8. PRIMI 20 DRG IN DAY HOSPITAL

tipo	DRG	Descrizione	casi	rango	casi	rango	casi	rango
			2005	2005	2006	2006	2007	2007
C	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	6494	1	4971	1	4708	1
		Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	2726	2	2638	2	2559	2
C	381	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2412	3	2426	3	2437	3
M	410	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni	2194	4	1941	4	2049	4
C	162	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	919	14	1295	9	1635	5
C	266	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1397	8	1482	6	1477	6
M	323	Interventi sul piede	1558	5	1723	5	1473	7
C	225	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infusione	1379	9	1366	8	1464	8
C	503	Legatura e stripping di vene	1374	10	1443	7	1250	9
C	119	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	1413	7	1261	10	1113	10
C	364	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	974	13	1098	12	1069	11
M	229	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	1038	11	1007	13	1069	12
M	384	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	813	16	939	14	1065	13
M	301	Malattie endocrine, senza CC	814	15	856	15	973	14
C	6	Decompressione del tunnel carpale	1473	6	1108	11	875	15
C	270	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	577	24	770	16	817	16
C	359	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e Cristallino	398	35	570	24	786	17
M	42	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1004	12	744	17	743	18
C	404	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	602	21	708	19	723	19
C	60	Interventi su ano e stoma, senza CC	659	20	656	21	662	20

TAB.9. RICOVERI RIABILITAZIONE, LUNGODEGENZA E SERVIZI PSICHiatrici.

RIABILITAZIONE

Degenza ordinaria		2005			2006			2007		
Strutture di riabilitazione	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	
Riabilitazione Motoria - Umbertide	827	30,9	125,1	903	29,4	129,7	925	28,1	98,1	
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	303	21,1	91,2	316	18,7	92,5	356	17,5	86,4	
Neuroriusabilitazione - Trevi	232	24,9	83,4	321	17,7	81,9	328	15,4	72,7	
Riabilitazione Neuromotoria - Cascia	241	10,0	65,8	267	8,9	64,9	239	11,0	72,1	
Riabilitazione - Domus Gratiae	173	36,9	87,5	162	39,5	87,6	175	36,0	86,4	
Unità Spinale - Perugia	46	65,1	91,1	41	87,3	98,1	32	101,0	88,6	
Totalle	1.822	27,2	101,9	2.010	25,1	104,3	2.055	24,0	89,5	
Case di cura private	503	11,7	50,6	573	12,5	61,4	696	12,7	75,4	

Day hospital

2005		2006			2007				
Strutture di riabilitazione	D.H. totali	Accessi totali	Numero medio accessi	D.H. totali	Accessi totali	Numero medio accessi	D.H. totali	Accessi totali	Numero medio accessi
Riabilitazione Motoria - Umbertide	46	1.105	24,0	81	2.309	28,5	75	1.632	21,8
Riabilitazione Cardiologica - Gualdo	592	6.216	10,5				178	1.746	9,8
Centro Osp. Riabilitazione Intensiva Passignano	12	108	9,0	161	2.332	14,5	155	2.408	15,5
Neuroriusabilitazione - Trevi	313	3.674	11,7	344	3.340	9,7	403	3.822	9,5
Unità Spinale	19	29	1,5	30	38	1,3	37	61	1,6
Riabilitazione - AO Terni	112	3.153	28,2	112	3.180	28,4	125	3.123	25,0
Totalle	1.094	14.285	13,1	728	11.199	15,4	973	12.792	13,1

LUNGODEGENZA

2005		2006			2007				
Strutture di lungogenza	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %
Castiglione del Lago	63	19,5	112,2	45	15,8	64,9	16	15,4	33,8
Città della Pieve	27	35,5	87,5	66	24,1	87,1	96	21,3	112,2
Assisi	31	20,4	86,7	94	17,1	196,3	75	17,4	119,5
Todi	42	20,2	77,6	46	20,9	87,9	48	20,5	89,8
Totalle	163	22,5	91,4	251	19,4	100,8	235	19,5	96,6

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA

Degenza ordinaria		2005			2006			2007		
Strutture di riabilitazione	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	Dimessi	Degenza Media	Tasso di utilizzo %	
Perugia	502	13,6	77,9	461	14,2	74,8	471	15,1	81,1	
Foligno	71	14,4	35,0	151	16,0	82,6	173	16,5	97,9	
Terni	264	6,7	80,6	257	7,0	81,8	261	6,6	79,2	
Totalle	837	11	69,3	869	12	77,6	905	12,9	84,3	

Day hospital		2005			2006			2007		
Strutture di riabilitazione	D.H. totali	Accessi medi								
Perugia	31	5,0	70	3,4			100	3,9		
Terni	52	1,6	45	1,5			44	1,4		
Totalle	83	2,9	115	2,7			144	3,1		

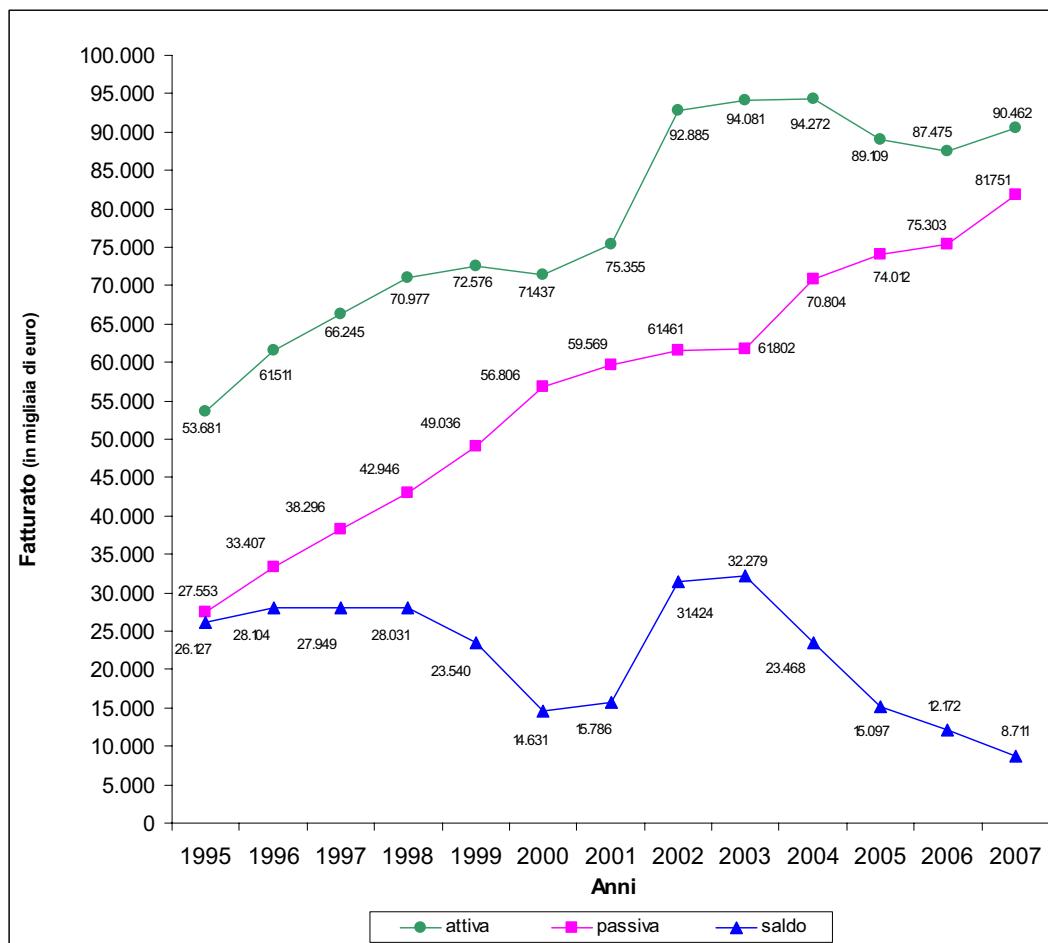
Mobilità Sanitaria Extraregionale

Per una corretta interpretazione dell'analisi della mobilità relativa alla Regione Umbria, occorre tenere presente che, con un numero di abitanti inferiore al milione, è una Regione con una ridotta dimensione demografica. Questa particolare condizione potrebbe avere riflessi sulla mobilità, determinando una limitata capacità di ricezione da parte della rete di strutture di ricovero (influenza verso il contenimento della mobilità attiva) e l'impossibilità di disporre dei servizi di ricovero altamente specialistici con bacini di utenza ampi (sollecitazione delle tendenze verso la mobilità passiva).

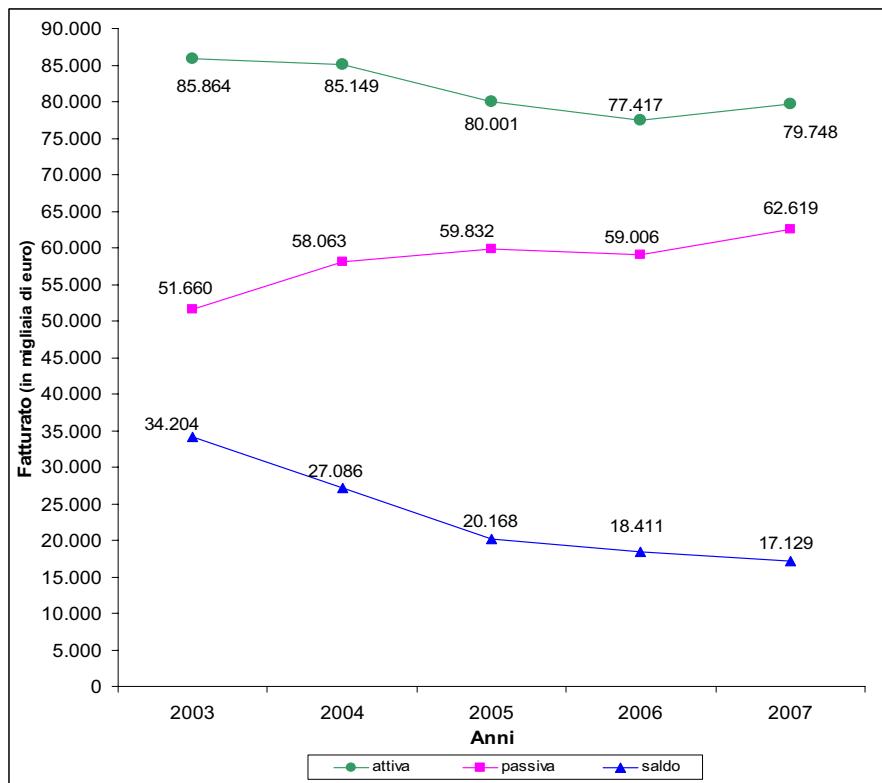
La stessa dislocazione territoriale dell'Umbria, contigua a due Regioni con organizzazione sanitaria altamente sviluppata come il Lazio e la Toscana, è tale da condizionare la mobilità in uscita dei ricoveri in ragione del potere di attrazione che inevitabilmente esercitano alcune strutture di ricovero vicine di grande rinomanza e con amplissimo bacino di utenza.

Ciononostante, una prima analisi dell'andamento della mobilità extraregionale della Regione, effettuata considerando il complesso delle prestazioni (Ricoveri, Medicina di base, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica, Cure Termali, Somministrazione diretta di farmaci, Trasporti con ambulanza ed elisoccorso), mostra un trend con saldo positivo, anche se in diminuzione (Tavola 1). Una analisi più dettagliata mette in evidenza che tale positività è determinata principalmente dai ricoveri (Tavola 2), che mantengono nel tempo un saldo positivo, mentre il saldo della specialistica ambulatoriale (Tavola 3) e della somministrazione diretta di farmaci (Tavola 4), a partire dall'anno 2004, è negativo e in continua crescita.

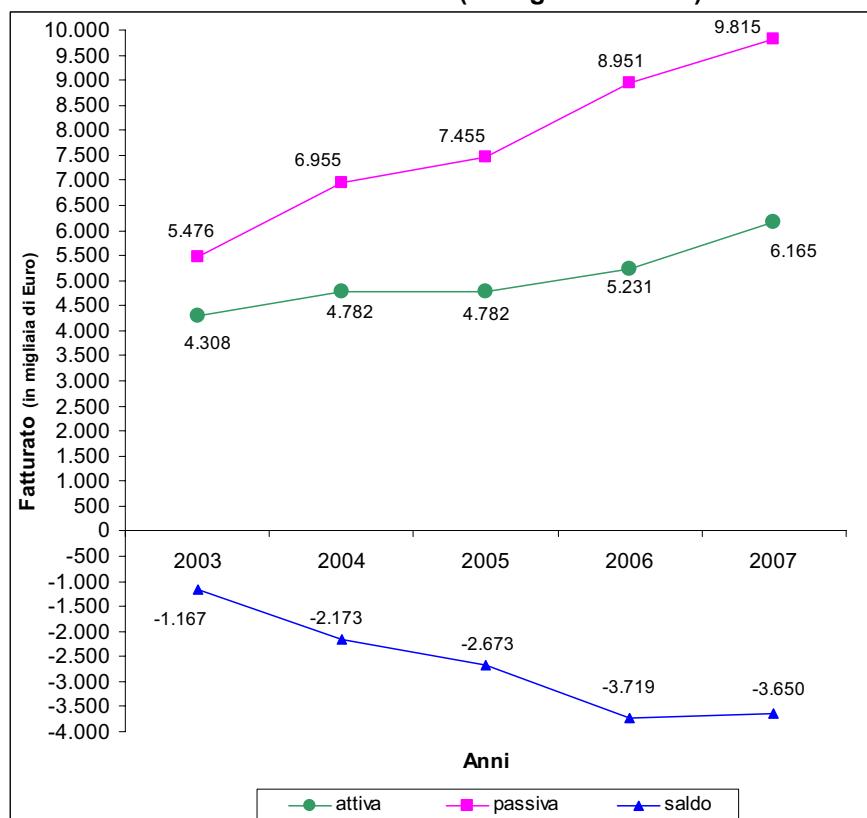
Tav. 1 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Complesso delle prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 1995 - 2007



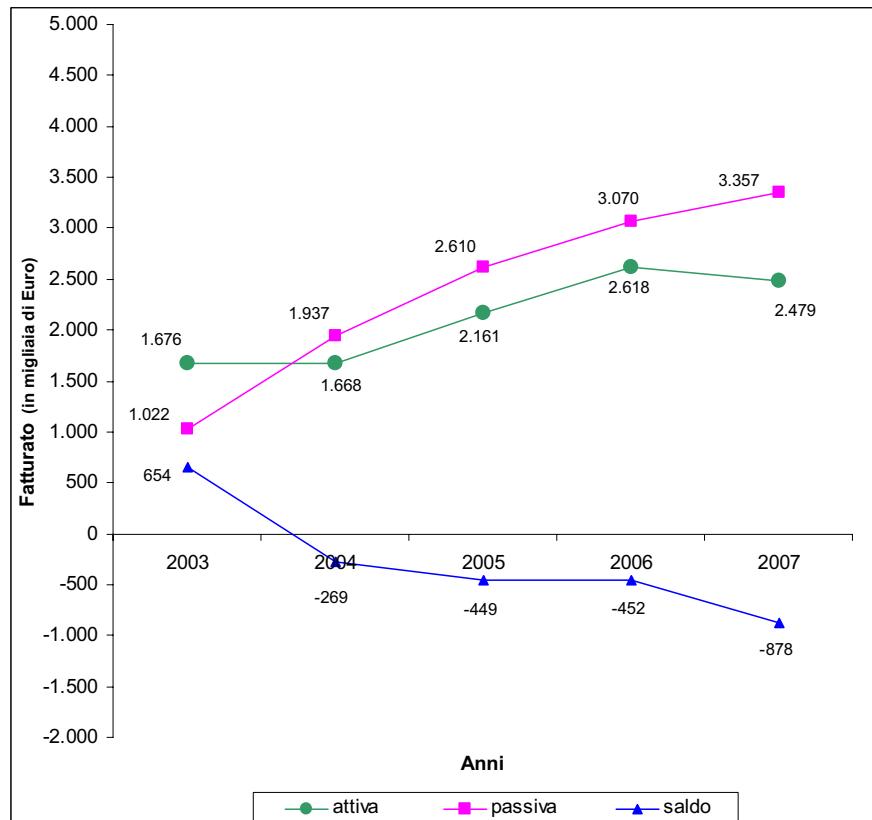
Tav. 2 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni in regime di ricovero - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 - 2007



Tav. 3 - Trend della mobilità sanitaria extraregionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 – 2007

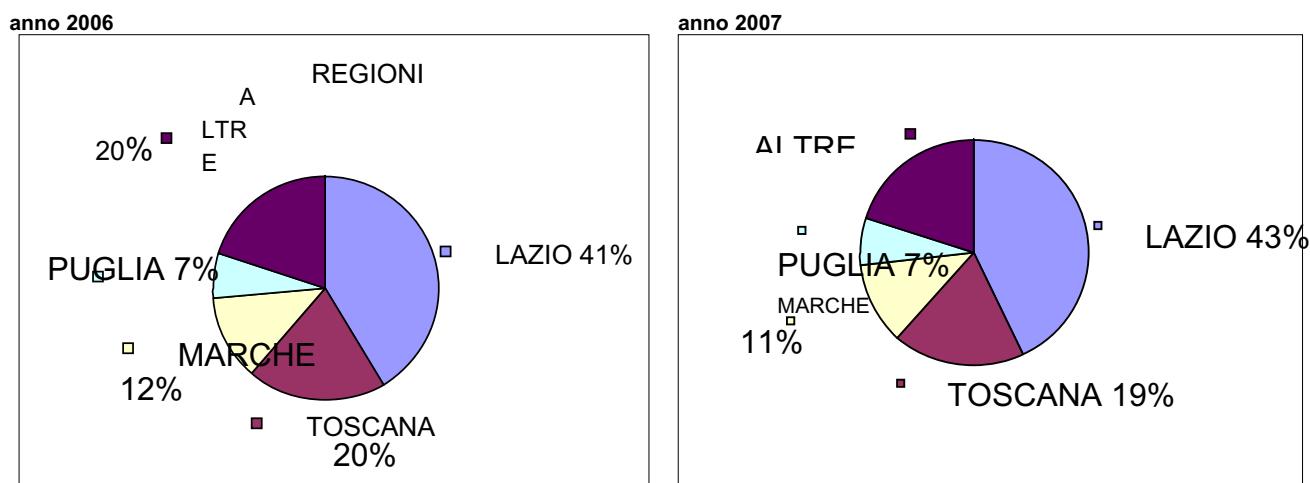


Tav. 4 - Trend della mobilità sanitaria extragionale attiva, passiva e saldo. Prestazioni di Somministrazione diretta di farmaci - Fatturato (in migliaia di euro) 2003 - 2007

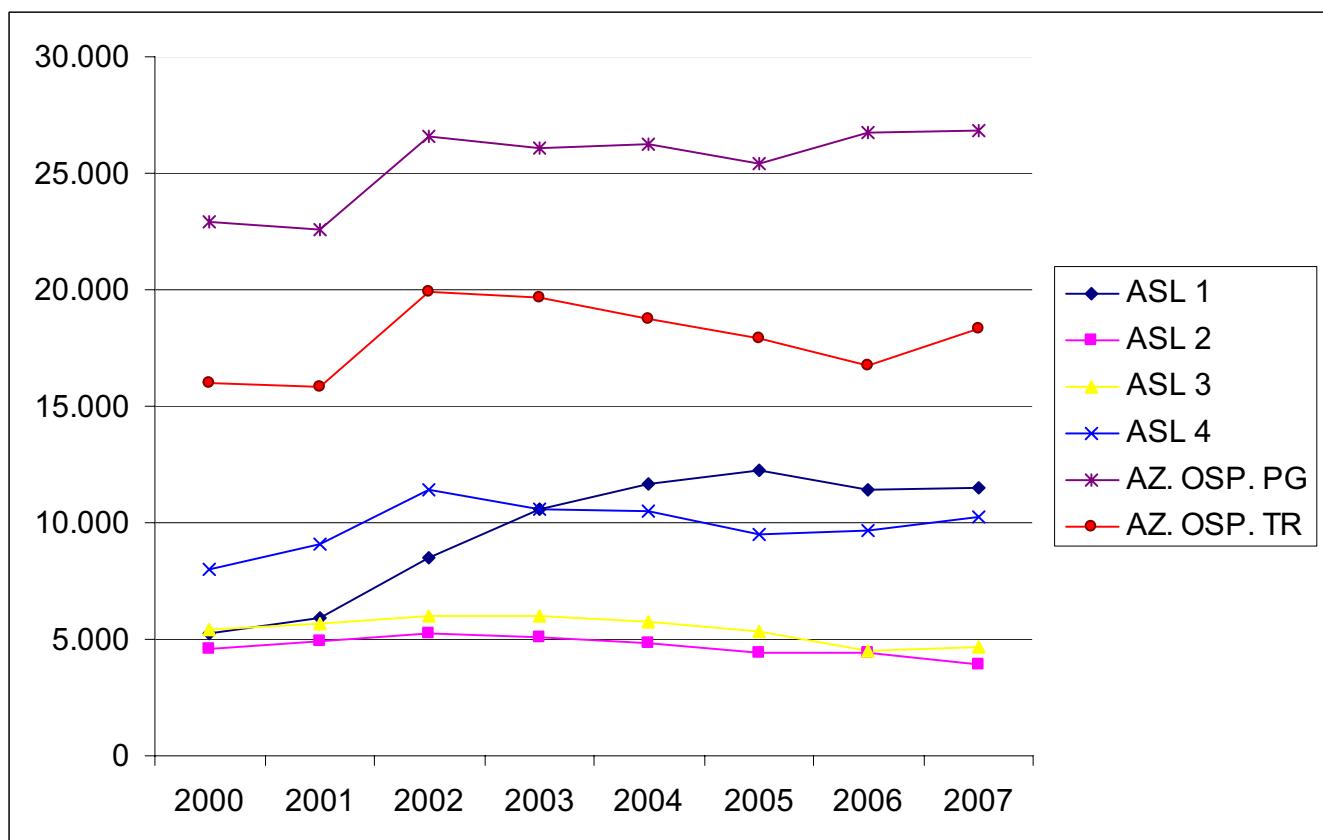


Il potere di attrazione della rete ospedaliera si esercita prevalentemente nei confronti delle Regioni confinanti, in particolare del Lazio, 43% della mobilità attiva complessiva, e la Toscana, con il 20% della mobilità attiva complessiva (Tavola 5). Ciò è evidente anche dalla Tavola 6 la quale mostra che dopo le due Aziende Ospedaliere, le Aziende Sanitarie con maggiore mobilità attiva sono la ASL 1 e la ASL 4, confinanti, rispettivamente, con Toscana e Lazio.

Tav. 5 - Mobilità sanitaria extraregionale attiva



Tav. 6 - Trend della mobilità sanitaria extragionale attiva per Azienda erogatrice. Tutte le tipologie di prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 2000 – 2007 escluse le Case di Cura Private



Tav. 7 - Mobilità sanitaria ospedaliera extraregionale attiva delle Case di Cura private. Trend 2005 - 2007 – Fatturato (in migliaia di euro)

	Case di Cura	2005	2006	2007
ASL 2	Villa Fiorita	2.245,9 7	1.986,8 1	2.022,0 0
	Porta Sole	3.831,1 2	3.514,8 9	3.865,6 3
	Madonna degli Angeli	3.132,7 8	3.111,8 9	3.266,3 8
	Liotti	4.016,5 1	4.096,4 9	4.116,3 8
ASL 3	Villa Aurora	1.016,1 7	1.069,7 2	1.087,7 7

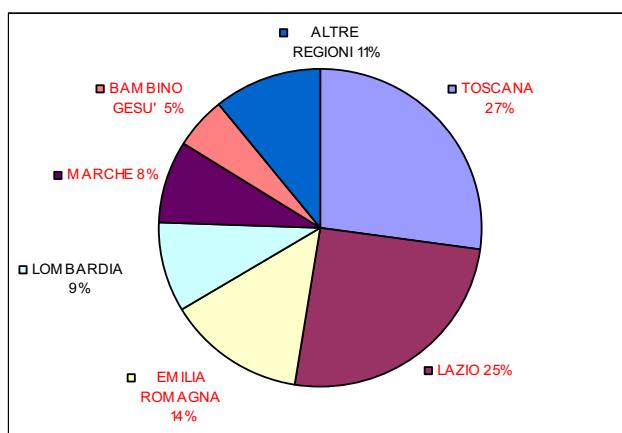
La mobilità ospedaliera passiva (Tavola 8) si manifesta con dimensioni che possono essere considerate contenute. Un'alta percentuale di tale mobilità, inoltre, è fisiologica, in quanto si rivolge con assoluta prevalenza verso le Regioni contigue: decisive al riguardo, anche in questo caso, risultano le relazioni con le Regioni Lazio (27%) e Toscana (23%).

Un potere attrattivo molto importante nei confronti dei ricoveri in esodo è esercitato in maniera particolare dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (6%), motivato anche dall'accordo stipulato tra la regione e l'Ospedale suddetto, con lo scopo di rispondere ad una domanda a carattere pediatrico di alta specializzazione. Le prestazioni di alta specializzazione sono il motivo anche della mobilità passiva verso Lombardia ed Emilia Romagna.

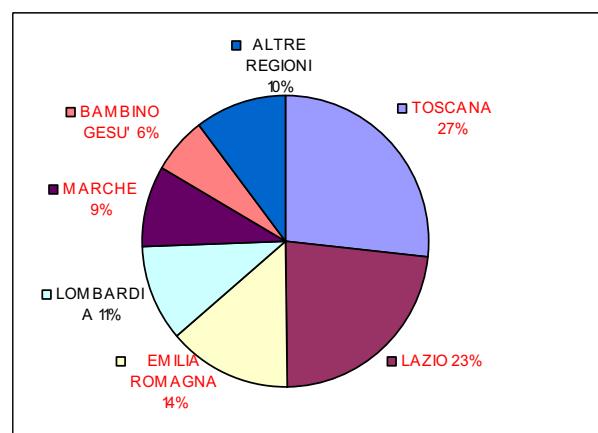
Le Tavole 9 e 10 mettono in evidenza che la ASL con maggiore mobilità passiva, in particolar modo ospedaliera, è quella di Terni.

Tav. 8 - Mobilità sanitaria extraregionale passiva

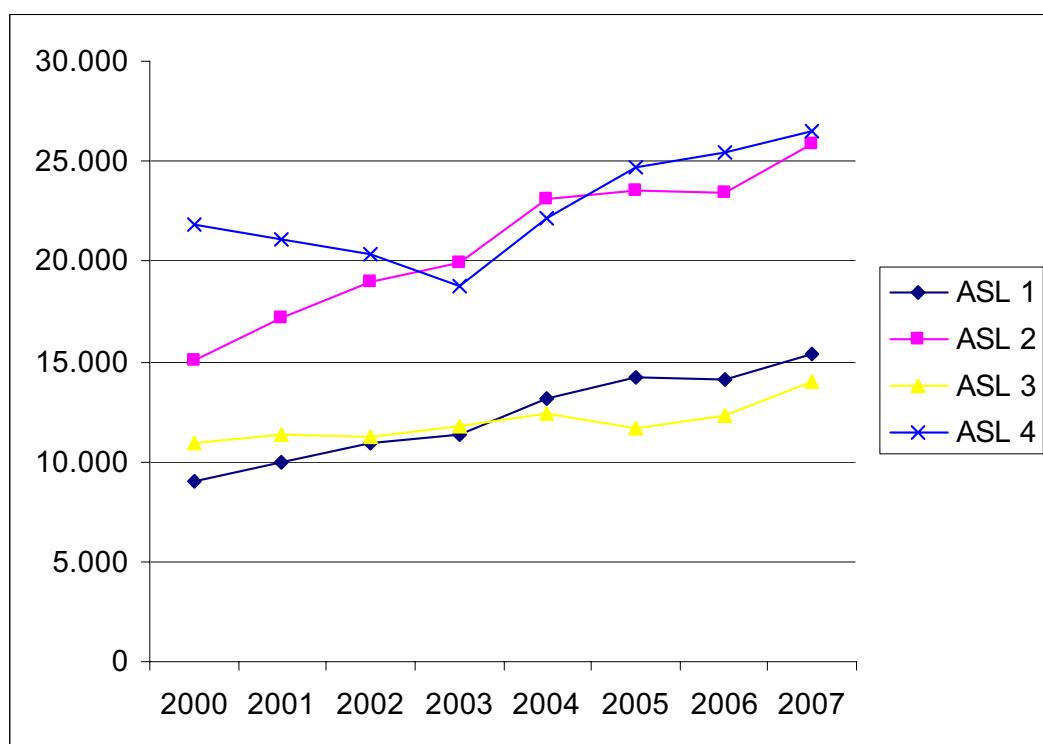
anno 2006



anno 2007

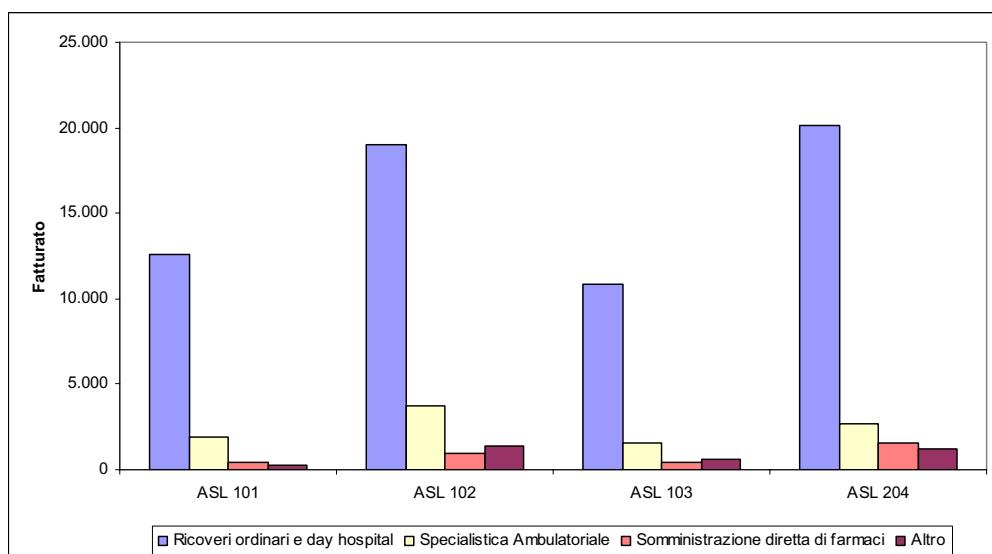


Tav. 9 - Trend della mobilità sanitaria extragionale passiva per Azienda di residenza. Tutte le tipologie di prestazioni - Fatturato (in migliaia di euro) 2000 - 2007



Azienda	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ASL 1	8.961,31	9.935,05	10.868,65	11.352,98	13.144,95	14.182,21	14.119,99	15.332,27
ASL 2	15.099,39	17.187,72	19.025,22	19.916,96	23.131,28	23.489,47	23.437,54	25.837,89
ASL 3	10.887,76	11.387,84	11.196,35	11.725,91	12.370,06	11.686,14	12.333,73	14.038,16
ASL 4	21.857,70	21.058,81	20.370,17	18.805,89	22.157,44	24.653,82	25.411,71	26.542,86
TOTALE	56.806,15	59.569,42	61.460,39	61.801,74	70.803,73	74.011,65	75.302,98	81.751,18

**Tav. 10 - Mobilità sanitaria extragionale passiva per Azienda di residenza e tipo di prestazione.
Fatturato (in migliaia di euro) - anno 2007**



Mobilità Sanitaria Intraregionale

Per ciò che riguarda la mobilità ospedaliera intraregionale, la Tavola 11 mostra un trend 2005-2007 sostanzialmente costante per tutte le Aziende erogatrici della Regione sia relativamente al totale dell'attività erogata che alla distribuzione per residenza dei pazienti.

Lo stesso andamento si può osservare anche per l'attività erogata in Regione dalle strutture private (Tavola 12).

Tav. 11 - Mobilità sanitaria ospedaliera intraregionale di ciascuna Azienda erogatrice. Trend 2005 - 2007 - Fatturato (in migliaia di euro)

ASL 1						
Azienda di residenza	Fatturato			%		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	56.74 3	56.81 1	56.38 4	88	89	88
ASL 2	5.233	5.690	6.030	8	9	9
ASL 3	1.764	1.293	1.314	3	2	2
ASL 4	508	386	363	1	1	1
Totale	64.24 9	64.18 1	64.09 1	100	100	100

ASL 2						
Azienda di residenza	Fatturato			%		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	927	935	858	2	2	2
ASL 2	35.26 2	36.18 7	36.60 8	88	88	90
ASL 3	1.678	1.722	1.390	4	4	3
ASL 4	2.367	2.046	2.019	6	5	5
Totale	40.23 5	40.89 0	40.87 5	100	100	100

ASL 3						
Azienda di residenza	Fatturato			%		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	1.723	2.010	1.908	2	3	2
ASL 2	7.746	8.093	10.35 8	10	11	13
ASL 3	64.54 1	61.21 3	63.47 2	85	84	82
ASL 4	1.926	1.835	2.077	3	3	3
Totale	75.93 6	73.15 0	77.81 5	100	100	100

ASL 4						
Azienda di residenza	Fatturato			%		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	40	35	8	0	0	0
ASL 2	423	423	375	1	1	1
ASL 3	218	221	163	1	1	0
ASL 4	34.69 1	35.15 3	35.01 4	98	98	98
Totale	35.37 2	35.83 1	35.56 0	100	100	100

Azienda Ospedaliera di Perugia

Azienda residenza	di	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1	1	14.30	14.46	13.57	8	8	8
ASL 2	8	133.6	134.1	135.1	79	78	79
ASL 3	5	13.17	13.71	14.09	8	8	8
ASL 4		7.749	8.699	9.066	5	5	5
Totale	1	168.9	171.0	171.8	100	100	100

Azienda Ospedaliera di Terni

Azienda residenza	di	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASL 1		649	884	932	1	1	1
ASL 2		3.173	3.652	3.699	3	4	4
ASL 3		3.072	4.455	4.059	3	5	4
ASL 4	7	90.33	89.68	95.20	93	91	92
Totale	1	97.23	98.67	103.8	100	100	100

**Tav. 12 - Mobilità sanitaria ospedaliera intraregionale delle Case di Cura private. Trend 2005 - 2007
– Fatturato (in migliaia di euro)**

Villa Fiorita			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	148	136	168
ASL 2	980	971	1.020
ASL 3	85	103	108
ASL 4	29	28	44
Porta Sole			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	274	247	255
ASL 2	3.960	3.731	3.834
ASL 3	306	301	377
ASL 4	408	417	425
Madonna degli Angeli			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	112	124	146
ASL 2	3.784	3.661	3.582
ASL 3	316	346	398
ASL 4	222	206	183
Liotti			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	358	329	350
ASL 2	3.394	3.386	3.620
ASL 3	396	410	424
ASL 4	260	260	301
Villa Aurora			
Azienda di residenza	2005	2006	2007
ASL 1	87	63	78
ASL 2	259	235	266
ASL 3	768	804	961
ASL 4	177	193	177