

Esperienze e potenzialità di analisi delle politiche sanitarie attraverso la progettazione e la valorizzazione congiunta (Stato, Regioni, Istat) delle indagini sulle condizioni di salute e sull'uso dei servizi sanitari

Giuseppe Costa

Servizio Regionale di Epidemiologia
Regione Piemonte e Università di Torino

Negli ultimi anni la Conferenza Stato Regioni ha affidato in due occasioni all'Istat, insieme alla Regione Piemonte in qualità di Regione capofila, il compito di realizzare l'indagine sulle famiglie (60.000 famiglie intervistate) riguardante lo stato di salute, gli stili di vita e il ricorso ai servizi sanitari. Si tratta della più grande indagine di questo tipo eseguita nel nostro paese (e anche nel resto dell'Europa). La dimensione campionaria così estesa era stata voluta fin dall'inizio dalle Regioni per consentire un livello più analitico di studio per il confronto tra le regioni e per iniziali valutazioni subregionali. L'indagine si è svolta per la prima volta nel 1999-2000 con successo di partecipazione e di risultati, che sono stati utilizzati per i piani sanitari regionali e nazionale e per la valutazione sulle politiche sanitarie e non sanitarie del paese e delle regioni. Una seconda edizione con le stesse dimensioni e con obiettivi più mirati alla valutazione dell'uso dei servizi sanitari sta per prendere avvio a dicembre 2004.

A conclusione della prima indagine il gruppo di progettazione, composto da rappresentanti dell'Istat, del Ministero della Salute e delle Regioni, ha realizzato un convegno di discussione intorno alla domanda "Qual è il valore dell'informazione statistica sulla salute e sulla sanità per orientare le politiche nel nostro paese e valutare le politiche sulla salute e sulla sanità" (1). In quella sede è stato espresso apprezzamento sia per le innovazioni introdotte con questo modello d'indagine, sia per il valore dei risultati. Dal punto di vista del modello, l'indagine, in entrambe le edizioni, è stata progettata, sia nei suoi contenuti sia nel suo disegno campionario, in modo concertato tra il Ministero della Salute e gli Assessorati alla Sanità delle Regioni insieme con l'Istat, così da corrispondere al fabbisogno conoscitivo della programmazione e della valutazione del sistema sanitario, un fabbisogno particolarmente esigente, soprattutto in questi anni di decentramento progressivo di responsabilità alle regioni delle competenze in materia. Inoltre la prima edizione è stata conclusa con reciproca soddisfazione per l'obiettivo di produrre un dato di qualità e nei tempi dovuti. Intervistare 60.000 famiglie italiane, assicurando buoni standard di qualità, e analizzarne i risultati per restituirli tempestivamente è stata un'impresa impegnativa: la sua riuscita dimostra che la macchina amministrativa e tecnica di una regione può essere adeguata nel valorizzare risorse economico-finanziarie collettive per scopi di studio, in collaborazione con enti di rilievo nazionale come l'Istat.

Inoltre per valorizzare a fondo le potenzialità di questi dati allo scopo di orientare le politiche sanitarie e non sanitarie nel paese sono state coinvolte molte competenze scientifiche dal mondo della sanità di diverse Regioni e dall'Università. E' la prima volta che le regioni danno un contributo così importante e concertato per l'analisi di dati

Istat: su un settore importante come la salute e la sanità sono coloro che stanno sul campo a lavorare sulla pianificazione sanitaria regionale quelli che possono contribuire con maggiore competenza e ricadute dirette ad interpretare ed utilizzare i dati. Lo scambio dei dati, il confronto dei risultati, la collaborazione nell'interpretazione e nella discussione degli aspetti più controversi sono il sale di un modello di governo regionale dei sistemi sanitari che non si accontenti del proprio orto locale, che punti al meglio, imparando dalla esperienza degli altri senza rinunciare alle specificità di contesto e culturali delle singole realtà regionali. La monografia di presentazione dei risultati del convegno succitato (1) dimostra che si è costituita una rete di collaborazioni scientifiche tra le Regioni e il Ministero e tra questi e l'Istat che potrà rappresentare una risorsa preziosa per le sfide che il sistema sanitario italiano dovrà affrontare nei prossimi anni.

In questo quadro bisogna anche sottolineare qualche criticità che è emersa nel corso dei lavori della prima indagine; la prima criticità è che ancora molte Regioni meridionali mancano all'appello nell'utilizzo di questi dati; un'indagine campionaria sulla salute ha un valore politico nella misura in cui i suoi risultati vengono utilizzati (tempestivamente se possibile) per gli scopi di pianificazione e di valutazione sanitaria; in molte regioni questo è accaduto e questi dati sono stati acquisiti nelle analisi dei problemi e nelle valutazioni contenute nelle relazioni regionali sullo stato di salute e nelle proposte di piano sanitario regionale: gli stessi interventi scientifici riportati nella monografia (1) testimoniano di quanti siano gli osservatori e le agenzie regionali che hanno utilizzato i dati; purtroppo si tratta in gran parte di regioni del centro-nord; occorre fare uno sforzo affinché tutte le regioni siano attrezzate con competenze adeguate per valorizzare le opportunità che la ricerca statistica ed epidemiologica rende disponibili. La seconda criticità riguarda il fatto che un'indagine come questa progettata su scala nazionale a volte non si presta a dare risposta a tutte le esigenze conoscitive di maggiore interesse di una regione; questo sia per il tipo di aspetti indagati che potrebbero non sempre corrispondere alle priorità di una regione, sia per la disegno campionario, che, seppure esteso nelle dimensioni, in alcune regioni non raggiungeva la soglia che consentisse lo studio di differenze sub-regionali per quelle aree che sono rilevanti per la programmazione sanitaria regionale. Nello sviluppo della seconda edizione si sono tenute in maggiore considerazione queste esigenze, escogitando soluzioni originali sia nel disegno campionario, fatto su misura delle aree "vaste" di ogni regione, che costituiscono la ripartizione geografica sub-regionale di riferimento per la programmazione; sia negli obiettivi di rilevazione dei contenuti del questionario, che sono venuti incontro alle principali necessità di studio e approfondimento dell'uso del servizio sanitario regionale, soprattutto nei suoi nodi più critici, come i tempi d'attesa, i modelli di consumo, la soddisfazione, alcuni percorsi assistenziali e preventivi. Per quanto riguarda il coinvolgimento di tutte le Regioni, soprattutto di quelle meridionali, è stato utilizzato il canale di un progetto obiettivo nazionale di assistenza tecnica del Ministero della Salute agli osservatori epidemiologici delle Regioni meridionali ex Obiettivo 1 dei Fondi Strutturali (2), inquadrando questo tipo di indagine tra le fonti informative con le quali le regioni possono migliorare la propria capacità di analisi del contesto per la programmazione delle azioni che utilizzano i fondi strutturali europei.

Per quanto riguarda il valore dei risultati il bilancio dell'indagine 2000 sulla salute per le politiche non sanitarie sembra piuttosto stimolante. Non tutte le politiche potenzialmente interessate ai dati di salute trovano adeguata risposta nello strumento

dell'indagine campionaria nazionale, sia per problemi di dimensione campionaria inadeguata alla piccola taglia dei gruppi di popolazione che sono il bersaglio di queste politiche, sia per l'eccessiva specificità dei problemi di salute su cui ci si aspetta un effetto. Viceversa l'indagine sulla salute si presta ad accompagnare con dati sulla salute alcuni fenomeni che sono particolarmente in evidenza nell'agenda delle politiche non sanitarie. Essa fornisce buoni argomenti per discutere di priorità nelle politiche redistributive, con particolare attenzione alle disuguaglianze, soprattutto nel meridione; e di priorità nelle politiche del lavoro e della previdenza dove una maggior cura delle condizioni e dell'organizzazione del lavoro e della capacità funzionale del lavoratore che invecchia si dimostrano ingredienti essenziali sia per promuovere salute e quindi occupabilità e produttività nella forza lavoro, sia per promuovere salute ed eque opportunità di riposo nel lavoratore anziano che va in pensione, secondo formule che dovrebbero essere rispettose delle differenti aspettative di salute delle diverse carriere lavorative. Questo esercizio di valorizzazione dei dati dell'indagine 2000 sulla salute per le politiche non sanitarie ha anche permesso di identificare priorità per le necessità di conoscenza; alcuni esempi tra gli altri riguardano l'impatto atteso sulla salute del lavoro atipico, della nuova disciplina dell'età pensionabile e dell'invecchiamento della forza di lavoro.

Sul versante delle politiche sanitarie l'indagine sulla salute 2000 ha messo in evidenza differenze interessanti: esse configurano modelli di consumo dell'assistenza sanitaria nel paese che sembrano conformarsi alle diverse ripartizioni geografiche del paese. Quanto di queste differenze sia attribuibile all'offerta (e quindi governabile dalle politiche sanitarie) e quanto a radici culturali e sociali più profonde (da influenzare con altre politiche) è un quesito che le successive indagini dovranno esplorare, sia per il settore della spesa pubblica sia per quello della privata. Sarà infatti difficile per il governo della sanità a livello nazionale e regionale trascurare queste differenze, che costituiscono un retroterra di partenza rispetto al quale determinare gli standard di assistenza e di tutela della salute che dovrebbero costituire i livelli essenziali di assistenza.

Raramente nel passato nel nostro paese si è utilizzato il criterio della salute per indirizzare le politiche sanitarie e quelle non sanitarie, eppure i dati elaborati dall'indagine sulla salute dimostrano che una parte importante della salute è influenzata da fatti e circostanze che sfuggono al controllo delle politiche sanitarie e ricadono sotto l'influenza di altre scelte, quelle del lavoro, quelle previdenziali, quelle redistributive, quelle assistenziali, quelle ambientali. Tutte le grandi politiche dovrebbero misurarsi con l'influenza che possono avere sulla salute della popolazione; in un momento in cui molte regioni stanno riscrivendo attraverso gli statuti le regole dell'amministrazione regionale, potrebbe essere opportuno registrare anche in queste carte solenni che della salute dei cittadini sono responsabili l'amministrazione regionale nel suo complesso e tutte le sue politiche di settore, non solo l'assessorato alla sanità e le sue aziende sanitarie; e la valutazione di impatto sulla salute non può prescindere dalla disponibilità di fonti informative capaci di guardare sia alle differenze nel paese sia a quelle nella regione. Del resto anche le trasformazioni che stanno attraversando il sistema sanitario nel nostro paese richiedono di essere monitorate con attenzione: il punto di vista dei cittadini e delle famiglie (come sta la loro salute, quanto e cosa consumano nella sanità, come sanno promuovere la propria salute con comportamenti sani) sono altrettante informazioni indispensabili per questo monitoraggio; è interesse del paese e delle regioni che i processi regionali di riorganizzazione della sanità abbiano un impatto positivo sui livelli di salute e soddisfazione dei cittadini, e non ingenerino nuove disuguaglianze.

Bibliografia

1. Sabbadini LL, Costa G. (a cura di) *“Informazione statistica e politiche per la promozione della salute”*. Atti del convegno 10-12 settembre 2002. Istat, Roma.
2. ESA - Epidemiologia per lo sviluppo e l'ambiente. Progetto:“La standardizzazione delle funzioni di osservazione epidemiologica delle Regioni obiettivo 1 di accompagnamento ai programmi di sviluppo regionali in un’ottica ambientale e della loro messa in rete” Ministero della salute - Pon Atas (Programma Operativo Nazionale Assistenza Tecnica e Azioni di Sistema) 2002-2006 Misura 1.2