



performance
accesso
scenari appropriatezza
innovazione
efficienza integrazione
bisogni SSN
empowerment
regioni
responsabilità HTA
europa salute cura
health investimenti
sviluppo
Italia
valutazioni
cronicità
risorse
economia
federalismo
selettività
sostenibilità welfare
equità crescita

10° Rapporto Sanità

Investimenti, Innovazione e Selettività:
scelte obbligate per il futuro del SSN

10° Health Report

*Investments, Innovation and Selectivity:
mandatory choices for the future of the IT-NHS*

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



A word cloud of various terms related to healthcare, economics, and social services, arranged in a circular pattern. The most prominent word is 'SSN' (National Health Service). Other visible words include 'innovazione', 'bisogni', 'selettività', 'sviluppo', 'economia', 'italia', 'risorse', 'cronicità', 'valutazioni', 'performance', 'accesso', 'appropriatezza', 'efficienza', 'integrazione', 'empowerment', 'regioni', 'federalismo', 'responsabilità', 'europa', 'salute', 'HTA', 'cure', 'sostenibilità', 'equità', 'welfare', 'crescita', 'health', 'investimenti', and 'sviluppo'.

Introduzione

**Investimenti, Innovazione e Selettività:
scelte obbligate per il futuro del SSN**

Introduzione

Federico Spandonaro – CREA Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

1. Il contesto

Il segno di questo ultimo anno di politiche sanitarie sembra essere il mantenimento dell'esistente, ovvero la “resistenza” nei confronti delle crescenti difficoltà create dal contesto economico.

La recessione economica continua, ed è aggravata dalla sua ormai lunga durata, che accumula i suoi effetti sulle famiglie e sulle imprese, ma anche dall'effetto psicologico derivante dai ripetuti ritrattamenti sull'imminenza della ripresa, che fanno progressivamente instaurare un clima di pessimismo.

Non stupisce allora che il “Patto per la Salute” fra il Governo e le Regioni, per il quale va dato atto degli sforzi, positivamente, spesi per arrivarne alla conclusione, rassicuri sulle risorse destinate al SSN (che non vengono tagliate in termini nominali), ma rimandi ancora una volta la (ri)definizione dei LEA: la vera essenza del Patto, che sarebbe dovuta essere l'accordo sul punto di equilibrio fra risorse disponibili e assistenza garantita, resta ancora sospesa.

Inoltre, è prevedibile che in assenza di prospettive credibili di ripresa, ogni decisione sia condizionata, specialmente se poi implica scelte di priorità (sempre politicamente difficili) o la necessità di investimenti (finanziariamente ardui da sostenere in recessione): la scelta,

potremmo dire pilatesca, è quella di rimandare le decisioni strategiche, presumibilmente in attesa di tempi migliori.

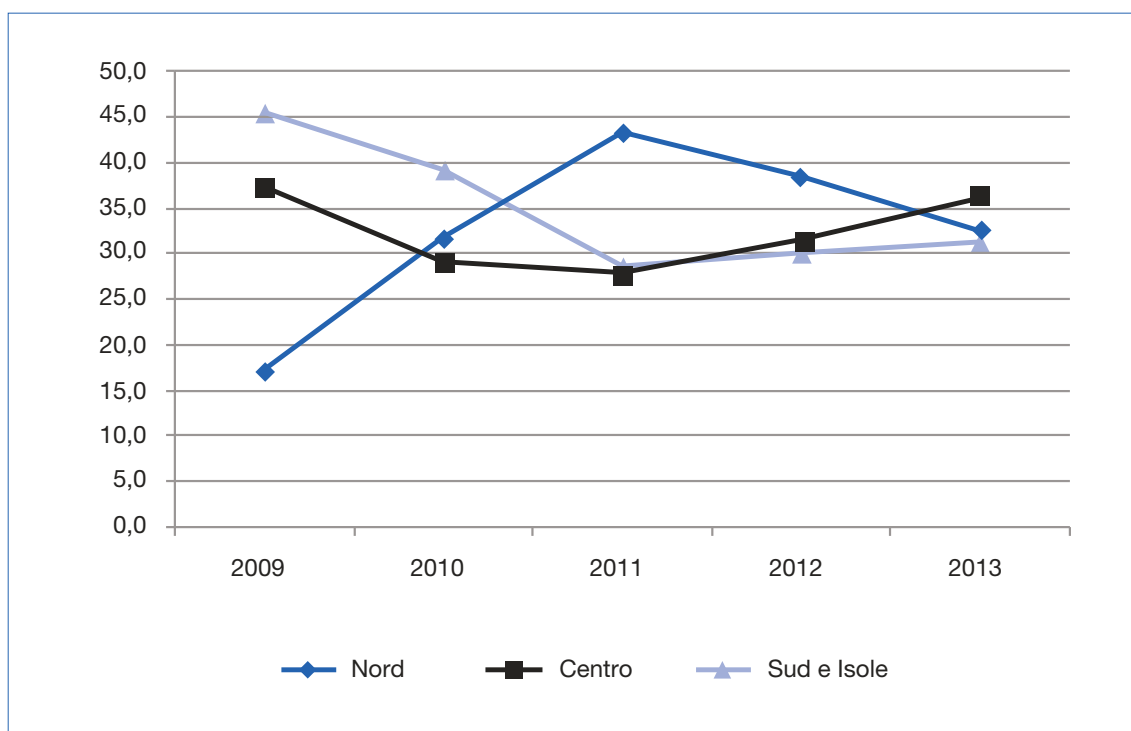
Il Patto apre, però, ufficialmente anche un nuovo fronte istituzionale, di cui si presagiva ormai da tempo "l'inaugurazione".

Seppure con le dovute cautele, nell'incipit della norma si legge chiaramente la maturazione politica della convinzione che il federalismo sia stato un "fallimento", foriero di ingiustificate disparità nell'eleggibilità dei diritti a livello locale; invero, leggendo oltre, la posizione viene sfumata dai ripetuti rimandi alla "intoccabilità" dell'autonomia regionale.

Le posizioni anti federalismo non guardano però con oggettività ai numeri e, se è certamente ragionevole ripensare l'equilibrio fra poteri, non sembra però ci sia ancora alcuna chiarezza sulle modalità e neppure sulla individuazione dei veri punti critici.

È indubbio che il passaggio al federalismo sia stato voluto prioritariamente per ragioni di responsabilizzazione, innanzitutto finanziaria; da questo punto di vista, oggettivamente, non è stato un fallimento: il disavanzo è stato ridotto di circa il 75% dopo l'intervento dei piani di rientro, tanto che oggi può ritenersi un problema, almeno temporaneamente, superato (con alcune specifiche e individuate eccezioni, di cui l'unica quantitativamente rilevante è il Lazio, che da solo somma nel 2013 il 36,2% di tutto il disavanzo nazionale). D'altra parte, è evidente come il federalismo in Italia sia stato inaugurato frettolosamente, e, quindi, è anche normale prevedere un graduale superamento dei fattori critici, primo fra tutti il corretto equilibrio fra autonomia regionale e unitarietà del sistema.

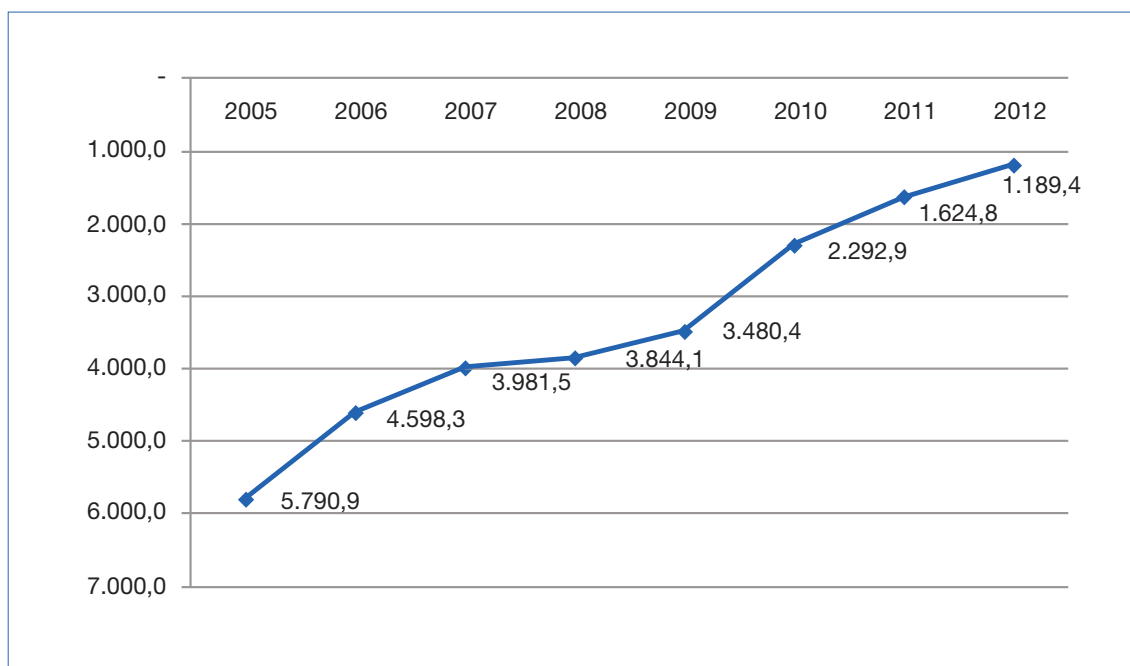
Figura 1. Concentrazione del disavanzo al netto delle coperture per ripartizione geografica. Valori %, anni 2009-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Cortei dei Conti

Tra il 2005 ed il 2012 il deficit complessivo (si fa riferimento alle sole Regioni con un risultato di esercizio negativo) si è ridotto del 79,5% passando da € 5.790,9 mln. a € 1.189,4 mln.

Figura 2. Trend disavanzi. Valori assoluti (€ mln.), anni 2005-2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Il superamento dell'emergenza finanziaria, rappresenta forse l'evoluzione più eclatante delle recenti politiche sanitarie, e finalmente permette il passaggio, non esplicitato, ma evidente, alla "fase due" del risanamento. Si passa, infatti, dalla mera valutazione dei risparmi a quella dell'efficienza, cercando di verificare in che misura il risanamento finanziario sia accompagnato dall'adeguamento quali-quantitativo dei servizi erogati.

Dopo anni di politiche, necessarie, ma a rischio di essere esclusivamente ragionieristiche, è fondamentale il passaggio a ragionamenti di più ampio respiro, anche economico: allo stesso tempo, la sfida della valutazione si fa ora certamente più complessa, sia metodologicamente che in termini di gestione delle sue conseguenze.

In primo luogo va ammesso che, quantitativamente, gran parte dei "risparmi" sono per ora da attribuirsi alle azioni messe in atto nei confronti del privato, ivi comprendendo la spesa farmaceutica e gli acquisti di prestazioni da strutture convenzionate: il dato emerge chiaro dal confronto fra i tassi di crescita di queste voci e da quello della spesa diretta delle

strutture pubbliche.

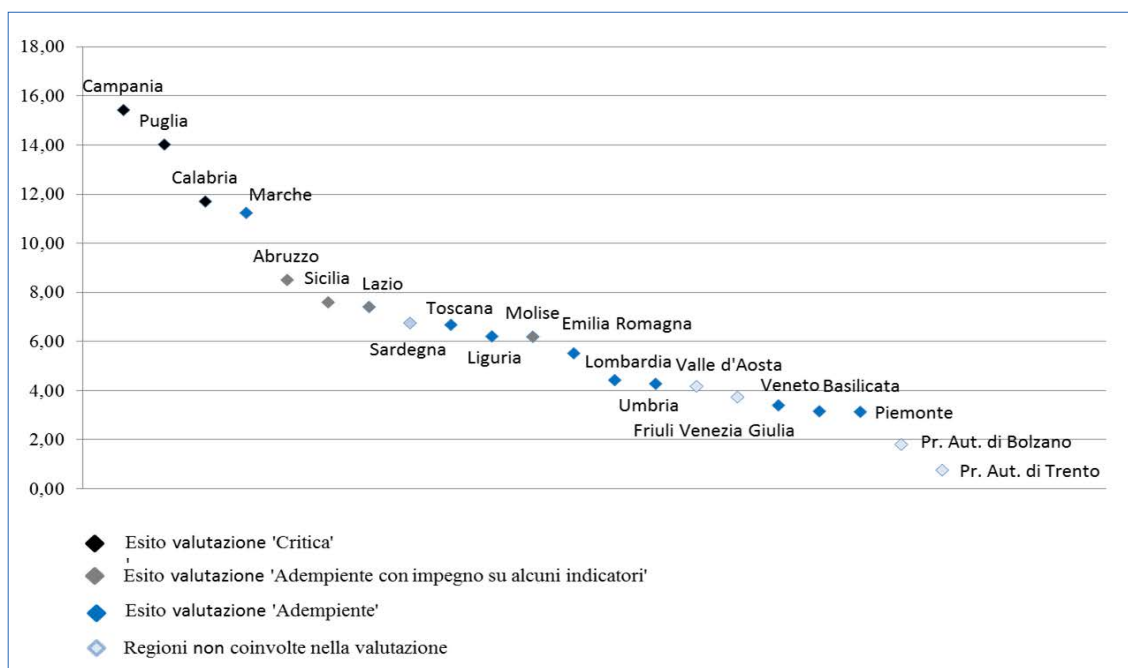
Quindi, non è ovvio che le politiche di accentramento regionale (a partire dalla centralizzazione degli acquisti, ma che comprendono in generale i vincoli sempre più stretti posti all'autonomia delle singole aziende sanitarie e ospedaliere) abbiano prodotto effetti eclatanti di risparmio.

Su un altro versante, la riduzione nell'ultimo decennio di 28.738 posti letto ospedalieri in acuzie (pari al 20,0%) dimostra sì l'impatto positivo delle politiche sanitarie tese alla razionalizzazione del sistema, ma è stata seguita solo parzialmente dalla razionalizzazione degli organici, condizione necessaria per generare risparmi: questi ultimi si sono ridotti solo del 9,0%, ed in larga misura per effetto naturale del blocco delle assunzioni, più che per radicali reingegnerizzazioni.

Dopo oltre 20 anni, l'aziendalizzazione, e con essa il ruolo del *management* aziendale, va rivalutata: certamente, quest'ultimo ha avuto il merito di assecondare le politiche nazionali e regionali, adeguando le organizzazioni in modo da evitare impatti disastrosi sui cittadini; ma con l'assetto attuale (che coinvolge dai rapporti sindacali alle procedure di acquisto) sembra difficile si possa segnare davvero una soluzione di continuità nel sistema dell'erogazione pubblica.

In termini qualitativi, di appropriatezza della risposta assistenziale, lo strumento fondamentale di questa nuova fase è rappresentato dalle cosiddette "griglie LEA": anche qui qualche approfondimento sulla loro capacità di intercettare le carenze appare opportuno, dato che almeno in un caso una Regione promossa a pieni voti (e anche *benchmark* per i costi *standard*) risulta di contro caratterizzata da un eccesso sul fronte delle rinunce ai servizi sanitari per motivi economici.

Figura 3. Quota di popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici vs. esito valutazione ministeriale adempimento “mantenimento erogazione LEA”



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Di fatto il SSN italiano, come riprenderemo nel seguito, è facilmente promuovibile in termini finanziari e, per ora, anche in termini economici, ma la scommessa è ora quella di stimare l'effetto di queste politiche nel medio-lungo periodo, in particolare sui *trend* che hanno portato il Paese in posizioni di eccellenza relativamente a tutti i principali indicatori aggregati di *outcome*: dall'aspettativa di vita, all'aspettativa di vita in buona salute, dalla mortalità infantile a quella evitabile.

Una parte della comunità scientifica paventa che il risanamento abbia già innescato processi di involuzione dei livelli complessivi di salute, ipotesi certamente da considerare attentamente, anche sulla scorta dei drammatici effetti delle riduzioni dei *budget* pubblici in Sanità, che si può constatare osservando i Paesi dell'Est dopo la rottura del blocco sovietico.

In ogni caso, appare scontato osservare che il rischio attuale è quello di una perniciosa involuzione: uscire dalla crisi implica il coraggio di continuare a investire nel futuro, anche in Sanità, spezzando un circolo vizioso che lascia l'economia e, più in generale, la Società italiana scivolare, neppure tanto lentamente, verso il basso.

Da questo punto di vista, la Sanità rappresenta come sempre una preziosa cartina di tornasole, essendo sensibile a tutte le tendenze che permeano la Società.

Sembra, infatti, "resistere" (come testimoniamo in vari capitoli del Rapporto), ma non sembra avere la forza di "rialzare la testa", piegata dal peso della irrisolta questione degli sprechi e dei potenziali di risparmio.

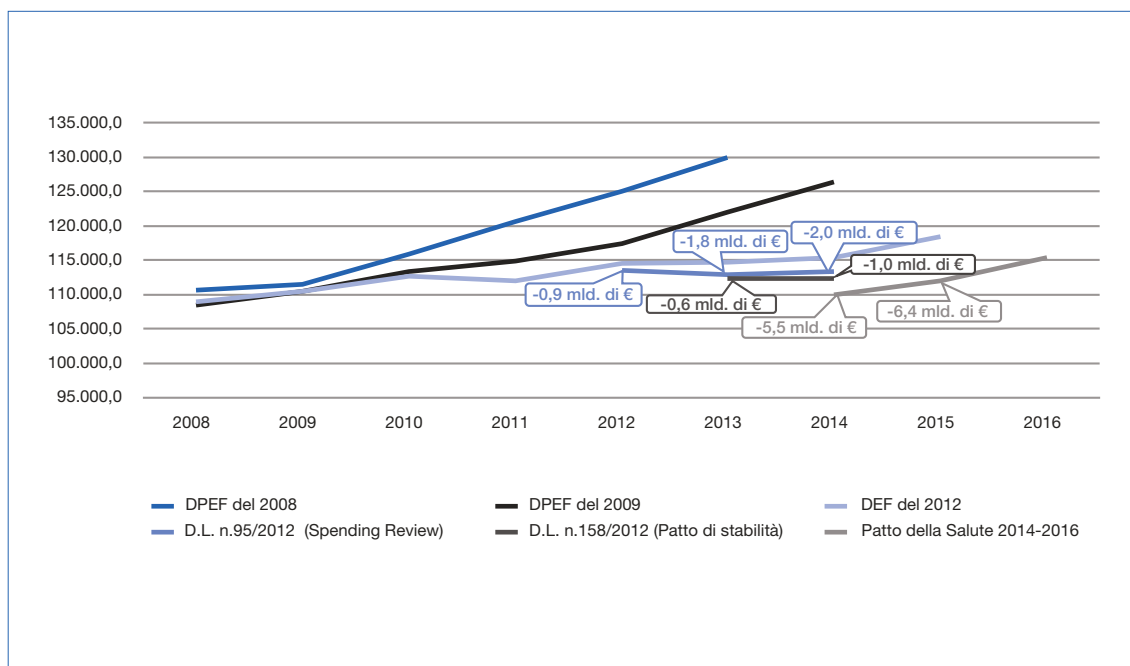
Il Ministro ha coraggiosamente riconosciuto che in Sanità non ci sono più spazi per tagli, e che i recuperi di inefficienza devono rimanere in ambito sanitario.

Malgrado ciò, una quota di indeterminatezza nel dibattito rimane: se recuperi di efficienza sono possibili, e lo sono, perché non dovrebbero trasformarsi in risparmi?

La risposta al quesito, che stenta ad essere pronunciata chiaramente, è che le inefficienze già oggi implicano razionamenti impliciti dei LEA - e ne argomenteremo nel seguito - e quindi diventa un dovere etico ripristinare prioritariamente le corrette condizioni di esigibilità dei diritti.

Qualora si voglia che la *spending review* in atto porti risparmi, mantenendo trasparente il patto sociale, vanno rimodulati esplicitamente i LEA, presumibilmente riducendo alcune coperture: scelta politicamente difficile, che ci fa tornare alla spiegazione della, altrimenti inspiegabile, assenza dell'aggiornamento dei LEA nel Patto della Salute.

Figura 4. Previsioni finanziamento, valori assoluti (€), anni 2008-2016



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati 'Corte dei Conti', 'Spending review' e 'Patto per la Salute'

2. L'aspetto economico

Già da alcuni anni il Rapporto segnala come il dibattito sul sovra-sotto finanziamento della Sanità sia impostato in modo erroneo: l'intervento pubblico ha ragioni essenzialmente equitative, e la sua determinazione finanziaria un contenuto fondamentalmente politico, trattandosi di decidere non l'ammontare globale di spesa sanitaria, che di fatto è composta per circa il 25,0% da spesa privata, ma i livelli delle prestazioni da garantire a tutti, indipendentemente dalle proprie condizioni economiche.

In altri termini, la quota di spesa pubblica regola i livelli redistributivi e, quindi, l'equità del sistema; la quota ottimale (efficiente) di spesa sanitaria dipende, invece, essenzialmente dalle decisioni di spesa diretta delle famiglie, oltre che dalla capacità delle politiche di educazione di abbattere le asimmetrie informative, ovvero rendere le famiglie capaci di allocare

le proprie risorse in modo razionale: per semplificare, assumiamo come razionale un comportamento non miope, che evita di trascurare/posticipare i consumi sanitari, con danni sulla salute a medio-lungo termine, che renderebbero la scelta odierna inefficiente.

Su questo ultimo punto qualche dubbio è, peraltro, lecito.

Sebbene il dato, che ci vede a livello internazionale negli ultimi posti in tema di investimenti in prevenzione - di cui l'educazione è parte integrante e prioritaria - sia probabilmente solo il frutto di una (delle tante) disattenzioni nostrane sull'importanza di fornire dati coerenti con gli *standard* internazionali, è indubbio che negli ultimi anni gli investimenti in prevenzione abbiano segnato il passo.

Se consideriamo la modesta *performance* italiana sul fronte della dinamica di alcuni indicatori attinenti a fattori di rischio (specie obesità infantile e riduzione del consumo di tabacco), considerati qui indicatori di esito delle politiche di promozione della salute, quel che si evince è l'effetto del disinvestimento in corso, che peraltro si scontra con uno dei capisaldi, ancora pienamente moderno, della legge istitutrice del SSN.

In particolare, come riporta uno studio del Ministero della Salute (Okkio alla Salute 2013), dal 2008 a oggi sono diminuiti leggermente i bambini di 8-9 anni in sovrappeso e quelli obesi, «ma l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile».

Tabella 1. Indicatori di esito delle politiche di promozione della salute nei Paesi EU15 – Variazioni %, anno 2012 vs. 2000 (anni più vicini di cui si ha disponibilità di dati)

Paese	Consumo alcool (litri pro-capite) Diff. % 2012 vs. 2000	Fumatori giornalieri anni 15+ (per 100 persone con le stesse caratteristiche) Diff. % 2012 vs. 2000	Popolazione obesa (autodichiarazioni) Diff. % 2012 vs. 2000
Austria	-10,9	n.d.	n.d.
Belgio	-9,3	-3,6	+1,7
Danimarca	-29,0	-9,6	+3,9
Finlandia	+8,1	-6,4	+4,6
Francia	-15,7	-2,9	+5,5
Germania	-14,7	-2,4	n.d.
Grecia	-7,1	+3,9	n.d.
Irlanda	-18,3	+2,0	n.d.
ITALIA	-34,4	-2,3	+1,8
Lussemburgo	-13,0	-9,0	n.d.
Paesi Bassi	-7,9	-13,6	+2,6
Portogallo	-10,7	n.d.	n.d.
Spagna	-11,7	-7,8	+4,0
Svezia	+17,7	-5,8	+2,6
Regno Unito	-1,9	-7,9	n.d.

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD (2014)

Come mostrato nella tabella 1, poi, prendendo in considerazione il *trend* 2000-2012 (o gli anni a questi più vicini di cui si ha disponibilità di dati), se è vero che diminuiscono in Italia i litri di alcool consumati pro-capite tra il 2000 e il 2012 (-34,4%) più che in altri Paesi, è anche vero che la diminuzione della percentuale dei fumatori di 15+ anni nel medesimo periodo (-2,3%) è la più bassa registrata in EU15 (a parte Grecia e Irlanda che registrano un aumento).

Se è difficilissimo trarre conclusioni solide in tema di definizione del livello efficiente di spesa sanitaria, invece appare serenamente sostenibile che per la Sanità in Italia si spende davvero poco (ovviamente con riferimento ai Paesi con analogo livello di sviluppo economico), sia a livello pubblico che a livello privato.

Lo abbiamo segnalato l'anno scorso, cercando di riportare l'annoso dibattito sugli sprechi in Sanità nell'alveo dei ragionamenti supportati da evidenza empirica o almeno da buon senso.

Durante l'anno, il nostro allarme è stato, poi, confermato dalle audizioni dell'OECD presso le Istituzioni: anzi, la stima del *gap* Italia vs. altri Paesi sviluppati fatta dall'organismo internazionale, era stata ancora maggiore di quanto da noi segnalato nel precedente Rapporto.

L'osservazione che l'Italia spende poco per la Sanità, sembra avere pian piano fatto breccia, e può essere perfettamente riassunta nella già citata posizione assunta dal Ministro della Salute.

Sulla dimensione degli sprechi (allocativi), eliminabili e reinvestibili, continua però a non esserci chiarezza, basandosi tutto su "percezioni", "stime aneddotiche" o esercizi di *benchmarking* discutibili (per assenza o carenza di standardizzazione degli indicatori).

Mentre è inoppugnabile che il *gap* fra spesa pro-capite italiana e Paesi EU14 continua ad allargarsi ad un ritmo piuttosto impressionante: nell'ultimo anno rispetto al 2002 si è allargato del 5,7%, arrivando così al 25,2%.

Si noti che il *gap* in termini di PIL si è allargato meno rapidamente: nell'ultimo anno del 4,8%, arrivando al 13,8%.

Se poi rapportassimo il dato di spesa totale alla popolazione *over 65*, il *gap* diventa ancora più drammatico, raggiungendo, nel 2012, il 34,9%.

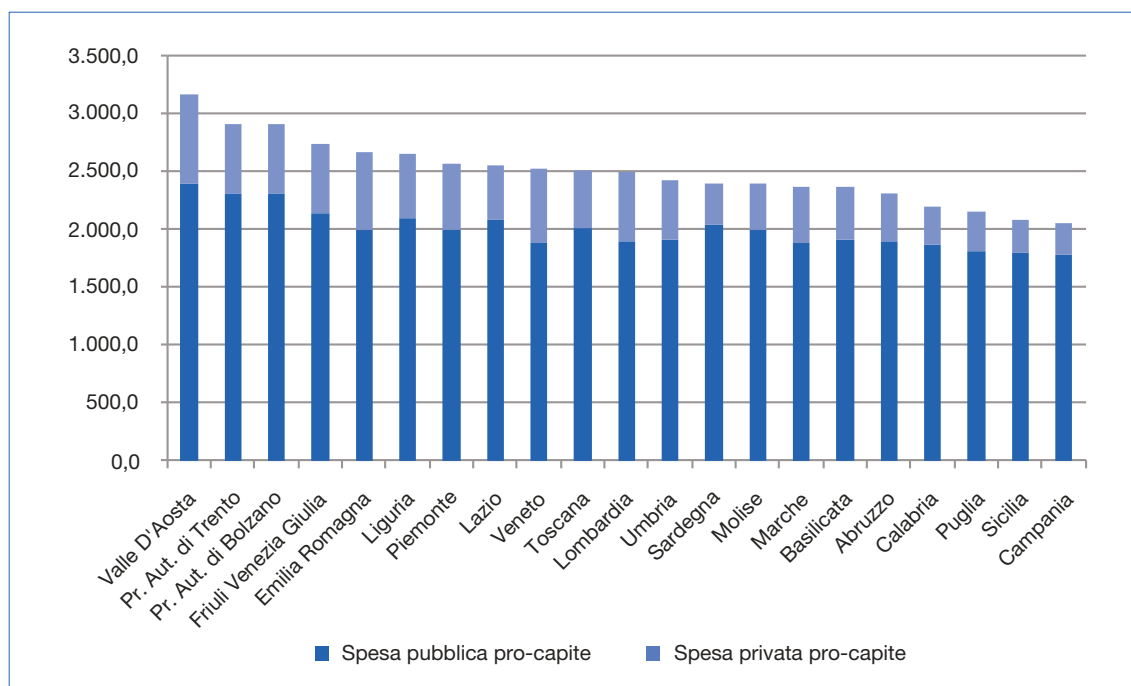
Il dato è di per sé significativo, ma le sue dimensioni su specifiche disaggregazioni, lo sono ancora di più: a livello geografico le Regioni settentrionali hanno un *gap* verso EU14 del 20,1% (a fronte di un *gap* di PIL a favore del Nord del 4,0%), mentre in quelle meridionali il *gap* esplode raggiungendo il 33,3% (a fronte di un *gap* di PIL del 42,1%).

Il dati regionali citati mettono in evidenza come l'assetto istituzionale del SSN italiano

permetta una redistribuzione dimensionalmente molto importante, limitando così l'effetto che il ritardo economico del Sud potrebbe avere sul diritto di accesso all'assistenza sanitaria: ma le differenze rimangono talmente grandi da risultare di fatto incolmabili, ed evidenziando l'ennesimo fallimento delle politiche economiche del Paese che si riverbera direttamente sulla Sanità.

Le differenze di spesa pro-capite fra Regioni settentrionali (e in particolare a statuto speciale) e meridionali rimane davvero importante: fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa è del 53,8% (€ 3.169 vs. € 2.061).

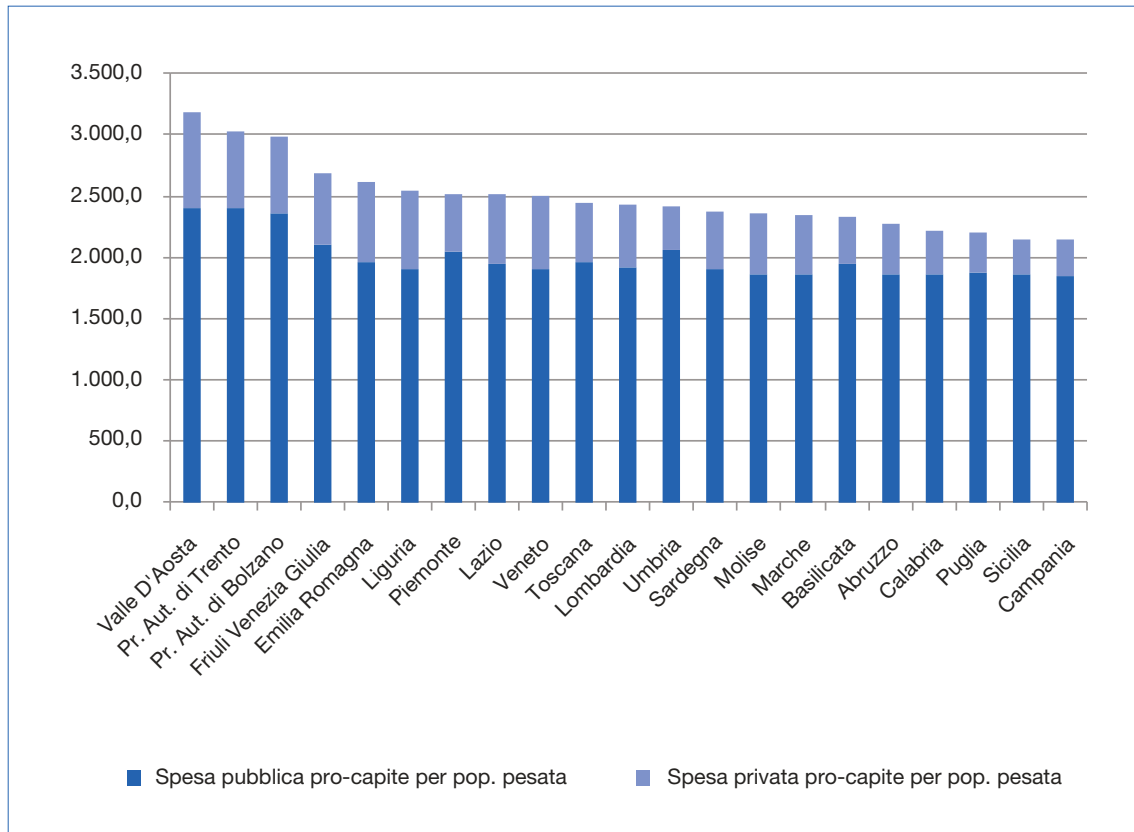
Figura 5. Spesa pubblica e privata pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

Anche eliminando l'effetto demografico, utilizzando i pesi impiegati per l'elaborazione dei costi *standard*, malgrado una riduzione significativa, e qualche spostamento nel *ranking*, si conferma il ragionamento appena fatto: fra la Valle d'Aosta e la Campania il differenziale di spesa è del 48,3% (€ 3.184 vs. € 2.147).

Figura 6. Spesa pubblica e privata pro-capite per popolazione pesata.
Valori assoluti (€), anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

La correlazione fra spesa e qualità dei servizi (peraltro, in assenza di una misura di sintesi condivisa, qui assunta in base a valutazioni aneddotiche) è evidente e “naturale”: spesa e qualità sono associate positivamente, e questo pone il problema della allocazione efficiente delle risorse: in effetti l’art. 119 del nuovo titolo V della Costituzione italiana, prevederebbe la possibilità dell’erogazione da parte delle istituzioni centrali di risorse aggiuntive finalizzate a promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, e rimuovere gli squilibri economici e sociali, ma la congiuntura economica e la scarsità di risorse di fatto svuotano di contenuto lo strumento.

Ne segue il rischio che i *gap* esistenti, che in ultima istanza minano la sostenibilità del federalismo, non trovino modo di essere affrontati e ridotti.

Una delle maggiori ragioni di disparità fra Regioni meridionali e settentrionali, è il diverso ricorso delle famiglie alle spese *out of pocket*.

Queste in misura ormai rilevante, “sgravano” il sistema pubblico da oneri, aiutando a mantenerne la sostenibilità: è il caso dei farmaci di classe A (quindi eleggibili al rimborso pubblico) acquistati direttamente dalle famiglie; fra il 2009 e il 2013, tale spesa è aumentata del 37,8%, incidendo oggi del 6,1% sulla spesa della Regione Liguria (€ 25,5 pro-capite), contro lo 0,8% della Regione Molise (€ 3,0 pro-capite).

Analogamente le compartecipazioni farmaceutiche (utilizzate qui a titolo di esempio) incidono molto più nel meridione che nel settentrione (7,7% sulla spesa farmaceutica della Regione Sicilia, contro il 2,2% della P.A. di Bolzano), e per mantenere livelli pro-capite confrontabili, stante il diverso e maggiore numero di soggetti esenti nella ripartizione meridionale, l'impatto sui paganti diventa davvero significativo e, in ultima istanza, iniquo.

Il *gap* verso EU14 della spesa pubblica è ormai, come sopra ricordato, del 25,2%, ma anche quello della spesa privata è arrivato al 23,3%.

Appare di immediata suggestione collegare il “crollo”, seppure temporaneo, della spesa privata con il fenomeno delle rinunce, ma su questo tema il dibattito si è fermato ad un livello eccessivamente superficiale. Intanto perché, come già evidenziato, le rinunce non dipendono solo dal reddito delle famiglie: la frequenza delle rinunce è notevole anche in alcune delle Regioni considerate efficienti e ricche; inoltre, circa il 38,5% della spesa privata sembra almeno malamente classificata: la spesa per medicinali rilevata dall'Istat, che peraltro fa testo nei confronti internazionali (ribadendosi così la disattenzione delle istituzioni italiane verso tali confronti), supera quella Osmed (classe A privata, classe C e farmaci di automedicazione) di € 4,735 mld.. Appare difficile pensare che si tratti davvero di farmaci (a meno eventualmente di una quota di omeopatici) e questo pone una questione sulla composizione della spesa privata: infatti, questa spesa residuale risulta pari a tre volte quello che le famiglie spendono per le compartecipazioni, pure ritenute da molti già non più sostenibili.

In altri termini, o la spesa privata è ai limiti della non meritorietà, e non è quindi vero che le famiglie (in media) non possono sostenere altre compartecipazioni, o una parte di consumi meritori sfugge completamente alle logiche di rimborso pubblico.

Per chiudere l'aspetto del confronto dei livelli di spesa sanitaria fra Italia e Paesi EU14, si rileva ancora che i *gap* sopra evidenziati sono certamente sottostimati per effetto della demografia italiana più sfavorevole (una più alta età media giustificerebbe, infatti, spese maggiori), ma anche per effetto di scelte fiscali (ad esempio l'IVA sui farmaci in Italia è significativamente maggiore della media, esclusa la Germania, gonfiando artificiosamente la spesa italiana), ed anche a causa di una discutibile omogeneità dei dati italiani rispetto agli *standard* internazionali, come nel caso della spesa privata per medicinali. Malgrado ciò, non c'è dubbio che il *gap*, seppure nominale, sia estremamente significativo e, principalmente, dimostri una dinamica preoccupante di distacco dai livelli europei.

3. Razionamenti

Come argomentato in precedenza, sebbene il sistema sanitario italiano mantenga (in media) alti livelli di *outcome* e negli ultimi anni sia notevolmente migliorato da un punto di vista finanziario, non riesce ancora a ridurre significativamente le differenze regionali e anche locali, quantunque questo traguardo fosse fra i principali obiettivi sottostanti il superamento del sistema mutualistico, e sia certamente quello rimasto più lontano dal raggiungimento.

Adagiarsi sugli allori dei riconoscimenti (più internazionali che nazionali) dell'efficienza del sistema sarebbe, però, miope: la "durabilità" nel tempo del sistema, e dei livelli di salute, è certamente l'esito ultimo, e limitarsi agli aggiustamenti congiunturali è sicuramente insufficiente: le questioni odierne vanno, quindi, analizzate, sempre proiettando i ragionamenti verso le strategie di medio-lungo periodo.

Come già detto, l'elemento "sospeso" del sistema è quello della definizione delle priorità, ovvero della ridefinizione dei LEA; per dovere di completezza, citiamo anche gli incentivi alla qualità, tema anch'esso dimenticato, come è dimostrato dal fatto che le indicazioni della riforma del 1992 sono rimaste quasi completamente "lettera morta": ancora stenta a diffondersi la cultura dell'*accountability* della qualità, come si evince dallo scarso utilizzo e diffusione dei risultati del "Programma Esiti"; non torneremo però in questa sede sul tema, in quanto già affrontato in precedenti Rapporti.

Tornando, allora, alle priorità, per fare posto alle innovazioni che premono per entrare nella pratica clinica, è certamente necessario eliminare dai LEA le prestazioni obsolete o

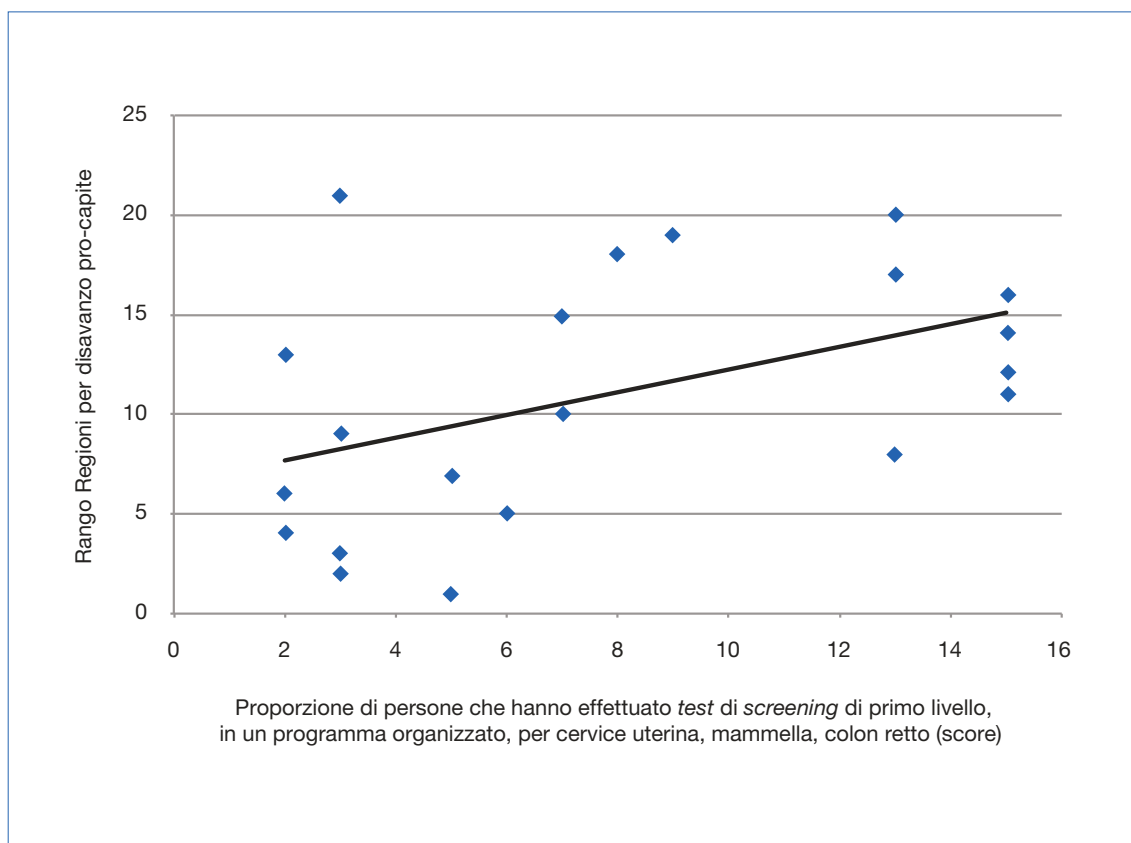
non più dotate di evidenza e di appropriatezza: ma nel processo di sostituzione gioca un ruolo fondamentale anche la dimensione degli attuali razionamenti, ovvero delle prestazioni inserite, ma per le quali rimangono barriere all'accesso da rimuovere; in altri termini, per poter predire se il processo di revisione possa realizzarsi a "costo zero", contano non solo le sostituzioni, ma anche l'effettivo livello di risposta attuale.

Il tema dei razionamenti tende ad essere liquidato disconoscendone l'esistenza, e lasciando ai singoli o alle loro associazioni di *advocacy*, l'onere di presidiare l'area dell'accessibilità dei diritti. Stime aggregate che indichino l'eventuale rischio di razionamento, di conseguenza, sono limitate.

Un dato che può essere portato a sostegno della tesi dell'esistenza di razionamenti, è quello delle adesioni agli *screening* di popolazione, obbligatori per i sistemi regionali sanitari e certamente elemento chiave del concetto di LEA nel campo della prevenzione: indubbiamente il dato è falsato dalla non completa rilevazione del cosiddetto *screening* spontaneo; inoltre, nell'analisi del dato va considerato che anche le differenze nei fattori socio-economici incidono certamente sui comportamenti delle diverse popolazioni regionali; ma nessuno di questi fattori giustifica l'inerzia nella rimozione dei differenziali.

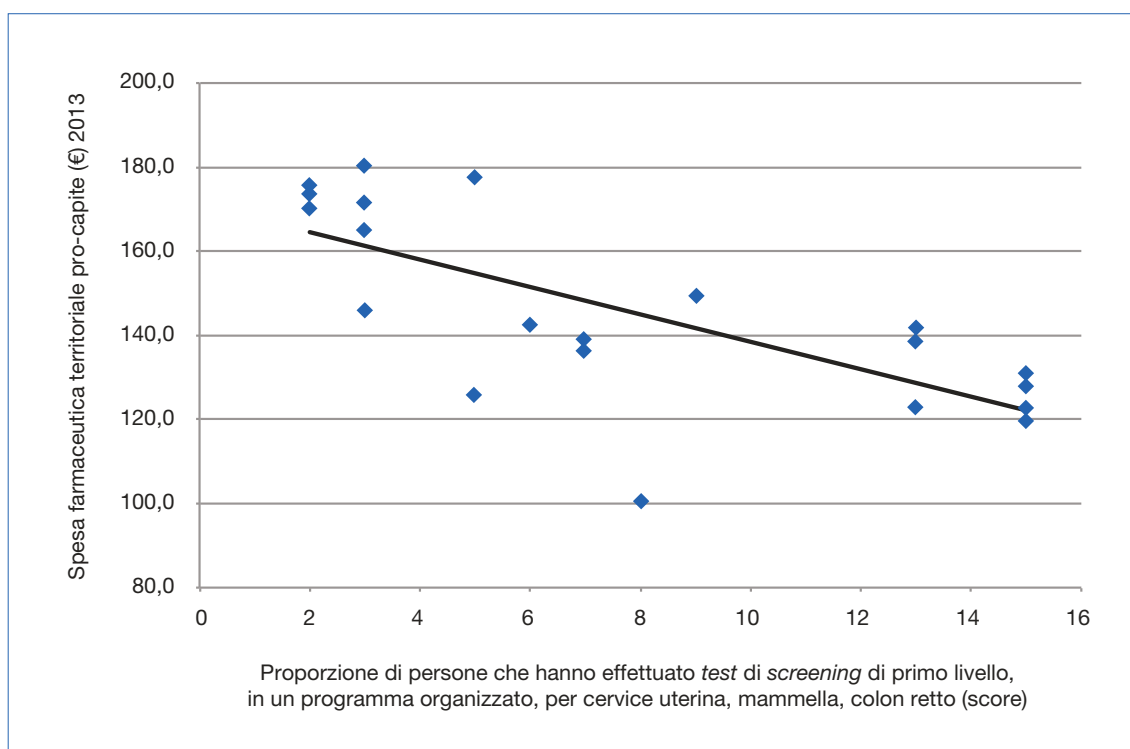
Quello che emerge dai dati è, infatti, una inaccettabile variabilità regionale: se si considera lo *score* assegnato dal Ministero della Salute calcolando la proporzione di persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello (in un programma organizzato) per cervice uterina, mammella, colon retto, si va dal punteggio 2 di Calabria, Puglia e Campania a uno *score* pari a 15 assegnato a Veneto, P.A. Trento, Emilia Romagna e Valle d'Aosta. La poca adesione agli *screening* preventivi si associa positivamente con i disavanzi (Figura 7), e negativamente con un indicatore di appropriatezza come la spesa farmaceutica territoriale pro-capite (Figura 8).

Figura 7. Disavanzo pro-capite (rango) vs. proporzione di persone che hanno effettuato *test di screening* di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score), anno 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Figura 8. Spesa farmaceutica netta territoriale pro-capite (€) 2013 vs. proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto (score) 2012



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e OsMed

In altri termini, si evidenziano ingiustificati razionamenti, associati anche a ragioni di tipo finanziario, malgrado questo atteggiamento sia foriero in prospettiva di sprechi ulteriori (a fronte dei casi evitabili o precocemente diagnosticabili, non intercettati per tempo).

Ancora più evidente è il razionamento sul lato delle innovazioni: in questo ambito, il tema dei ritardi all'immissione in commercio dei farmaci è stato ampiamente analizzato e, malgrado i miglioramenti in alcuni segmenti del processo di *market access*, i tempi medi italiani rimangono superiori alla media.

Ma i tempi di inserimento in prontuario rappresentano una disponibilità "teorica" delle terapie. Il reale accesso al mercato va più correttamente misurato con la "quantità di terapia"

che effettivamente arriva ad essere disponibile per i pazienti: è, infatti, evidente che, anche una volta che il farmaco sia approvato, ed altresì inserito nel prontuario nazionale ed in quelli regionali, questo ancora non implica che sia davvero disponibile “al letto” del paziente: se non altro perché si possono innescare approvvigionamenti insufficienti, qualora i *budget* non abbiano capienza adeguata.

Per comprendere se l’ipotesi possa avere un qualche fondamento, osserviamo il dato dei consumi pro-capite dei prodotti “innovativi”: con un certo grado di approssimazione, consideriamo qui “innovativi” (consci della difficoltà di un accordo sul contenuto del termine) i farmaci autorizzati da EMA negli ultimi 5 anni (quindi più propriamente “nuovi”), confrontandone poi i livelli di consumo in *standard units* italiani con quelli di Francia, Germania, Regno Unito e Spagna.

Tabella 2: Consumi pro-capite in quantità (standard units) in Italia per area terapeutica - Prodotti autorizzati EMA. Numeri indice Big UE=100, anni 2008-2013

Antineoplastici e immunomodulatori	46,6
Antimicrobici	79,1
Sangue e organi emopoietici	29,3
Sistema Nervoso Centrale	43,9
Gastrointestinale e metabolismo	35,7

Fonte: elaborazione Farmindustria su dati IMS

Il quadro che ne risulta appare chiaramente evocativo di una possibile situazione di razionamento implicito: si varia da un livello pari all’80,0% dei consumi pro-capite degli antimicrobici, al 35,7% per i gastrointestinali e metabolismo, con scarti verso gli altri Paesi europei davvero rilevanti, che fanno propendere per l’esclusione di spiegazioni di tipo

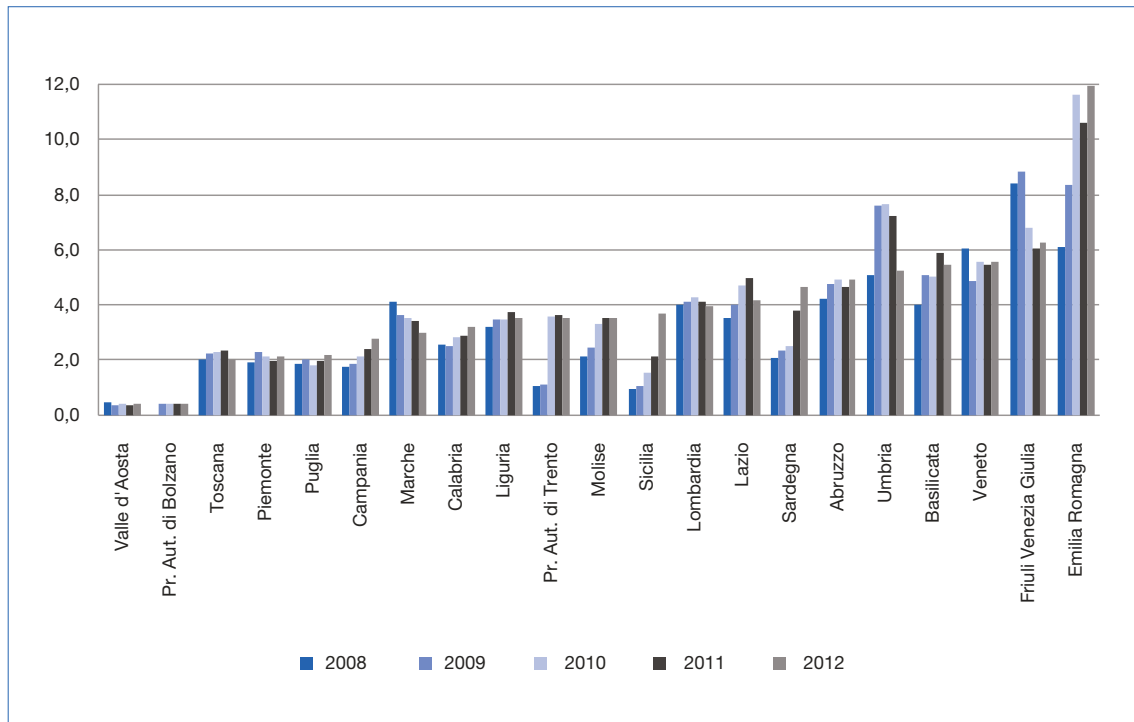
esclusivamente epidemiologico. A meno di non voler attribuire il dato a una improbabile minore propensione dei clinici italiani verso l'innovazione, o verso il "vero valore" dei prodotti recentemente arrivati sul mercato, è doveroso prendere in considerazione anche l'ipotesi che questa prevalenza di consumo di farmaci "vecchi" sia indice di una significativa barriera all'accesso alle terapie più recenti, tipicamente più costose.

Il rischio di razionamenti dovrebbe quindi essere maggiormente monitorato, anche perché, quando coinvolge le innovazioni, ha un impatto rilevante sullo sviluppo industriale e in prospettiva sulla ripresa del Paese.

Un terzo esempio di rischio di razionamento è legato alle risposte fornite alla non-autosufficienza.

In tema di assistenza domiciliare e residenziale, in larga misura deputate a dare risposta a condizioni di non-autosufficienza, malgrado i dati siano largamente incompleti e datati (e anche in questo caso va segnalata sia la insufficiente attenzione delle Istituzioni verso la necessità di monitorare fenomeni importanti come quelli citati, sia uno scarso interesse alla integrazione delle rilevazioni, con il rischio di duplicazioni foriere di sprechi e di dati inconciliabili, come quello della numerosità delle strutture residenziali socio-sanitarie pubbliche, che sarebbe di 1.499 secondo il Ministero, mentre gli ultimi dati Istat riferiscono un numero di strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali finanziate dal settore pubblico pari a 4.582, ovvero il 38,0% sul totale delle strutture censite nel 2011); si desume come esistano evidenti e generali problemi di offerta, aggravati da una enorme disparità territoriale.

Figura 9. Utenti over 65 in assistenza domiciliare integrata (ADI)-Incidenza su popolazione over 65. Valori %, anni 2008-2012



Fonte: Ministero della Salute

Allo stesso tempo emerge come la spesa sostenuta per la non-autosufficienza sia tutt'altro che trascurabile: secondo le nostre stime, nel 2012, ammonterebbe a € 27.742 mln., di cui l'7,5% imputabile alla spesa privata *out of pocket* (dato certamente sottostimato); in particolare, di questa spesa il 28,5% riguarda prestazioni sanitarie e il resto quelle sociali e in denaro (indennità).

In rapporto al PIL, quindi, la spesa per la non-autosufficienza arriva all'1,8%, valore non dissimile da quello medio europeo, di cui l'1,3% per prestazioni non sanitarie; in definitiva, Sanità e assistenza ai non-autosufficienti (spesa socio-sanitaria) complessivamente

assorbirebbero il 10,3% del PIL di cui l'8,4% è riferibile alla spesa pubblica ed il restante a quella privata.

Ma il vero problema rimane l'eccesso di frazionamento dei fondi e delle relative responsabilità: il 7,5% della spesa socio-sanitaria riguarda le indennità di accompagnamento gestite dall'INPS, seguono, con il 2,0% le pensioni di invalidità civile, con il 3,9% l'assistenza domiciliare e residenziale (gestita da Regioni e Comuni), ma poi va considerata anche la L. 104/1992 (circa l'1,0%) e la spesa privata per l'assistenza agli anziani.

Le varie prestazioni si sovrappongono e, peggio, rispondono a requisiti di non-auto-sufficienza disomogenei: ad esempio, alcune sono legate al reddito e altre ne sono del tutto indipendenti, con il rischio di generare razionamenti in alcune aree e privilegi in altre.

In definitiva, anche il sistema socio-sanitario italiano, per quanto sulla carta universale e globale nella risposta, non sembra esente da rischi di razionamenti impliciti, ovvero barriere all'effettivo accesso a prestazioni pure riconosciute come un diritto di cittadinanza: questi fenomeni non fanno che confermare che esiste già un certo livello di sofferenza del sistema.

4. Investimenti e Innovazione

In Italia ci confrontiamo con un finanziamento pubblico e una spesa mediamente inferiore a quella degli altri Paesi e, come appena argomentato, anche con indizi di razionamenti: il quadro farebbe propendere, quindi, certamente per un miglior uso delle risorse, ma anche per la necessità di un maggiore finanziamento.

Ma la "sofferenza finanziaria" attuale, imputabile da una parte alla recessione che riduce gli *input*, e dall'altra alla pressione dei *driver* di crescita della spesa sanitaria, che ampliano la domanda, rende difficile ottemperare.

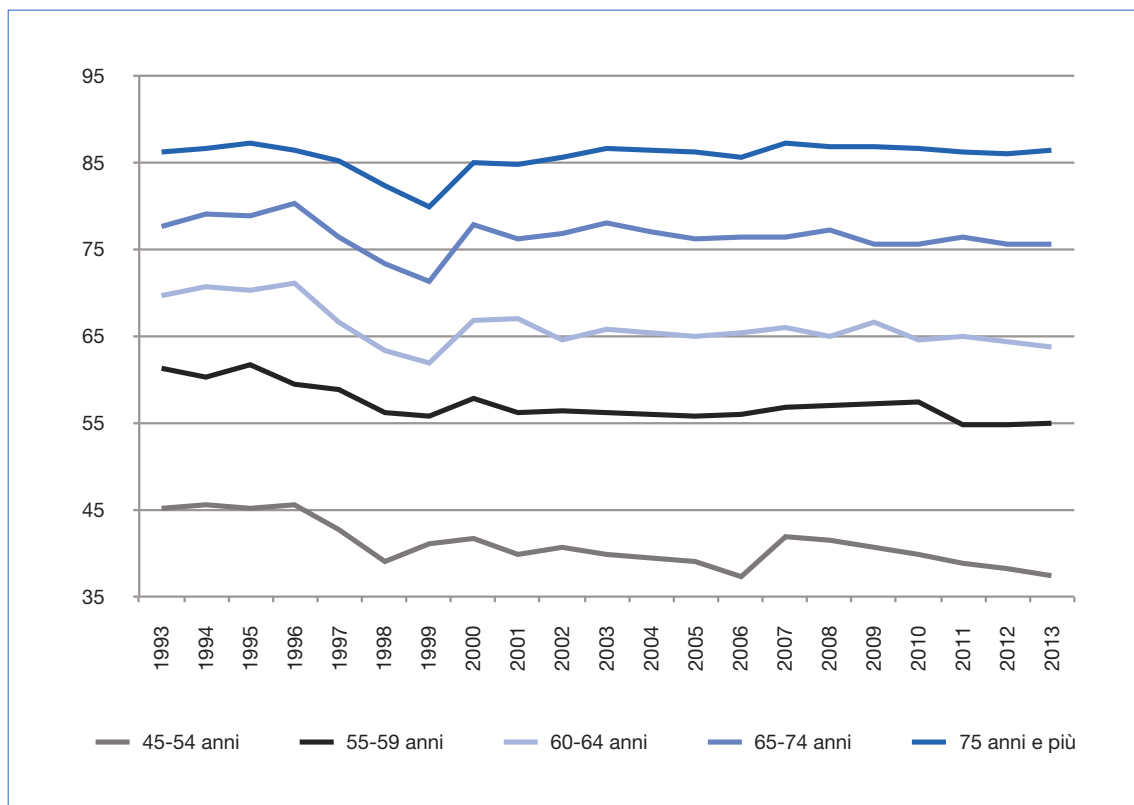
In particolare, in un prossimo futuro, la pressione demografica e l'innovazione tecnologica incominceranno ad esercitare la loro influenza sul lato della domanda, sebbene il contributo dei due fattori risulti alquanto diverso; difatti, l'Italia, pur essendo uno dei Paesi più vecchi al mondo, ha di contro livelli di spesa più bassi, a parziale dimostrazione che, in realtà, sono altre le variabili che incidono con maggior determinazione sulla spesa; verosimilmente, quindi, la "prossima" pressione demografica risulta sovrastimata, mentre l'impat-

to delle innovazioni è sottovalutato.

La proiezione dei livelli di cronicità e disabilità, peraltro, sulla base dei cambiamenti demografici sembra essere esercizio meramente scolastico, smentito dai fatti: la tendenza reale sembra, in generale, essere quella di una riduzione dei tassi di cronicità per le fasce più giovani di età, suggerendo uno spostamento in avanti dell'epoca di insorgenza delle patologie.

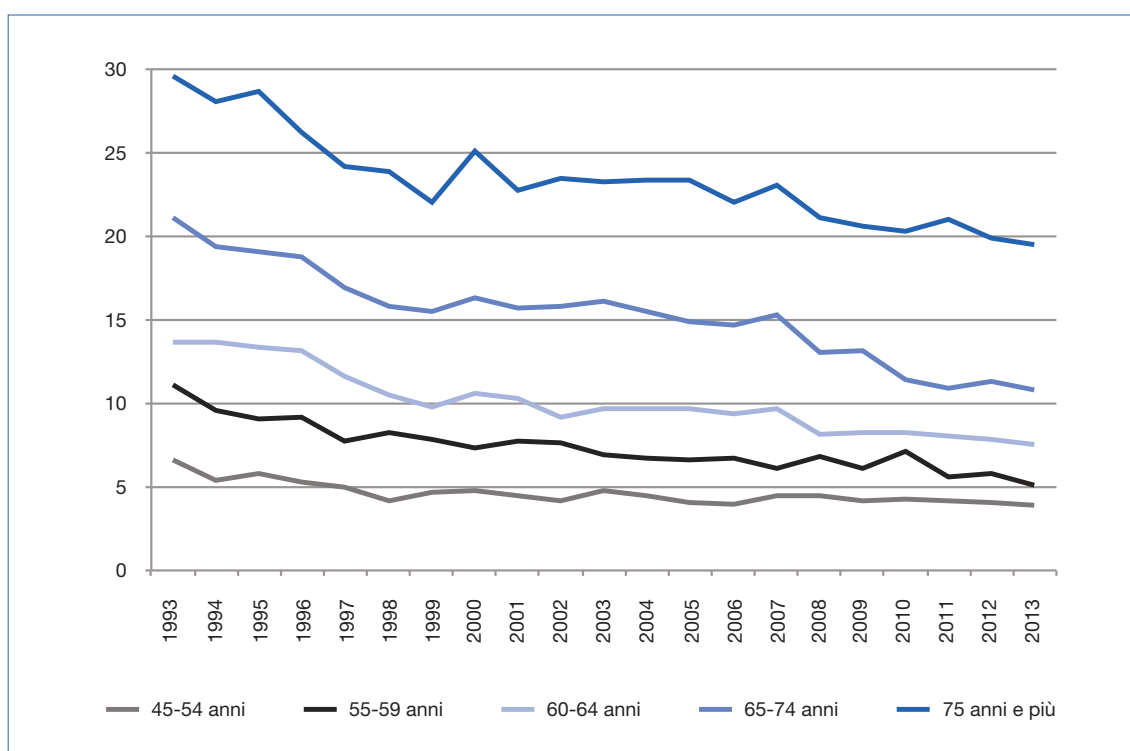
Alcune patologie croniche, come la BPCO, mostrano addirittura una prevalenza decrescente.

Figura 10. Persone con almeno una cronicità (per 100 persone con le stesse caratteristiche) in Italia, anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 11. Persone con BPCO (per 100 persone con le stesse caratteristiche) in Italia, anni 1993-2013

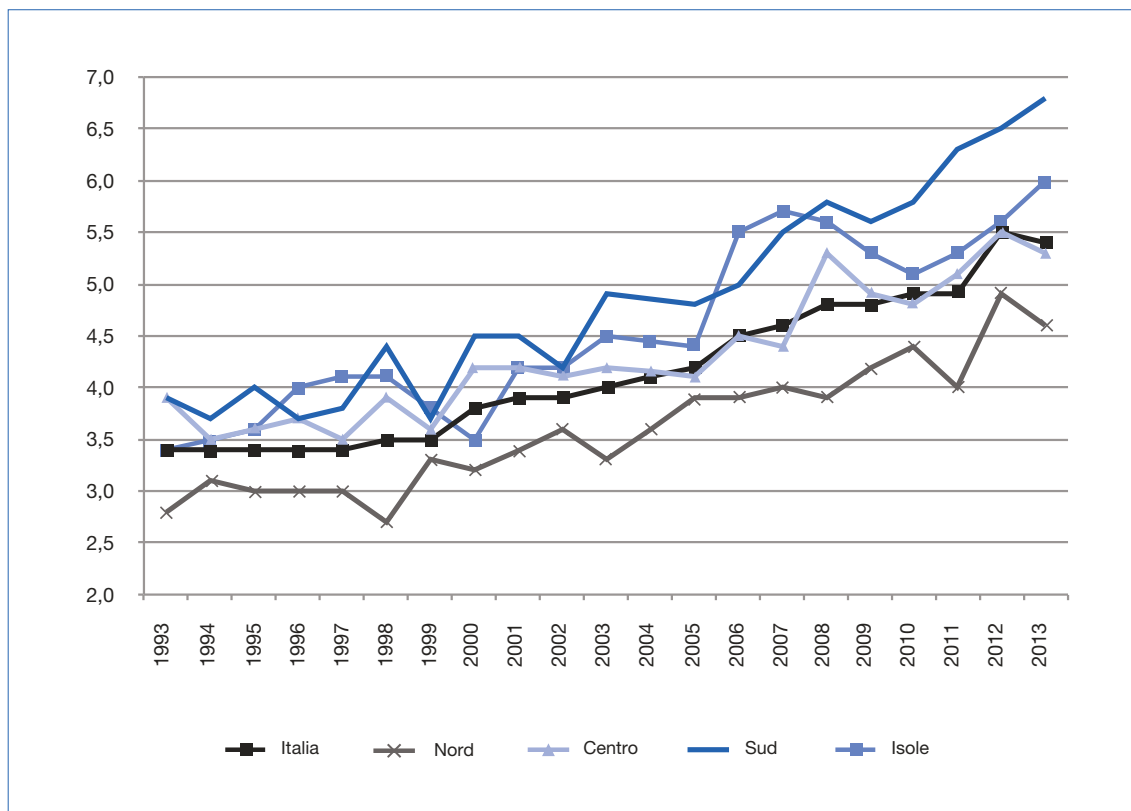


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In generale possiamo notare come, a partire dai tassi di prevalenza per età riferiti alle principali patologie croniche (ipertensione e altre malattie del cuore, diabete, BPCO), in 3 anni abbiamo “risparmiato” circa il 2,0%% dei casi di cronicità, rispetto ad una stima basata sulla pura variazione demografica.

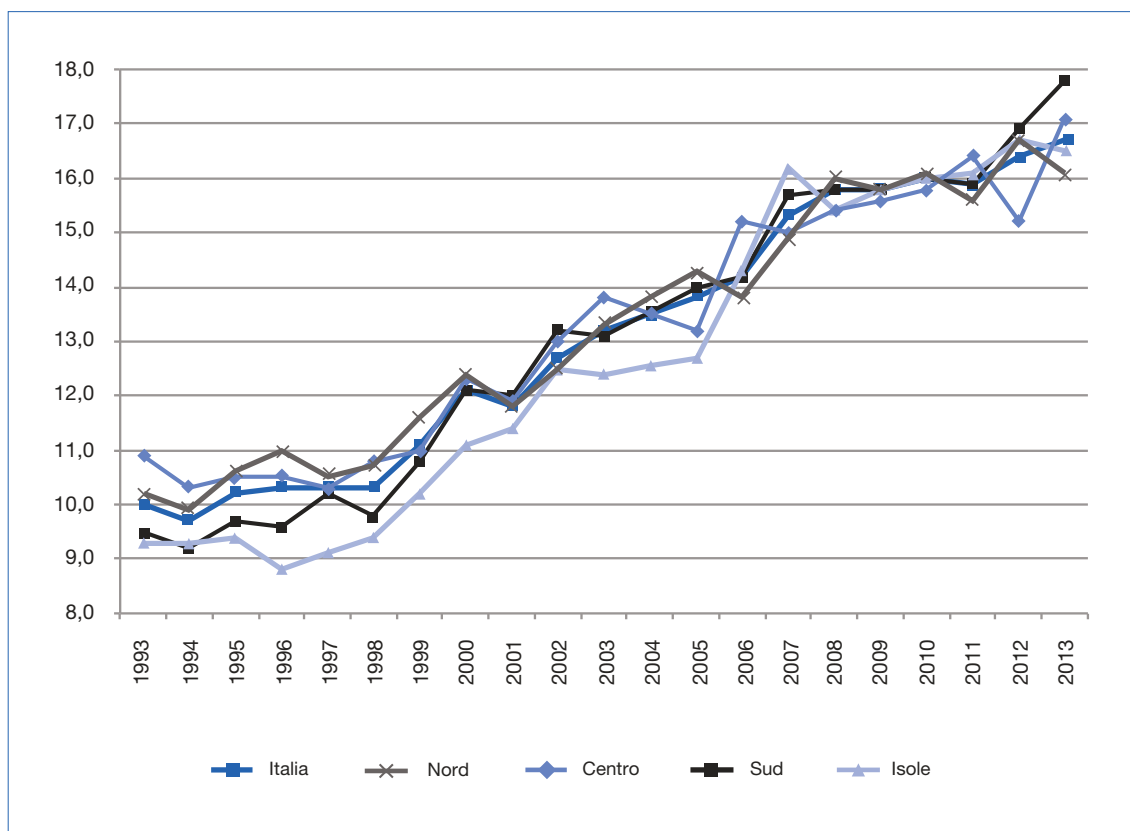
Il burden of disease si sarebbe potuto ulteriormente ridurre qualora si fosse riusciti ad agire sugli stili di vita (a riprova scende la BPCO anche grazie al maggior impegno sul fronte del fumo, continuano invece a salire ipertensione e diabete, vuoi per una maggiore capacità diagnostica, vuoi perché sembra più difficile agire sui comportamenti in tema di sedentarietà e alimentazione); e analoga riduzione si sarebbe potuta ottenere agendo sulla variabilità regionale: è interessante notare come la prevalenza dell’ipertensione abbia un andamento omogeneo fra le Regioni, mentre per il diabete le differenze siano molto significative.

Figura 12. Tasso prevalenza diabete per ripartizione geografica, anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 13. Tasso prevalenza ipertensione per ripartizione geografica, anni 1993-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Un ulteriore elemento di ottimismo è la riduzione dei ricoveri, che rimangono in molti casi ancora la voce di costo diretto predominante: ad esempio, negli ultimi 5 anni i ricoveri ordinari per diabete si sono ridotti del 35,0% con un risparmio (potenziale) più contenuto ma comunque dell'ordine di € 5 mln.: purtroppo gran parte del risparmio per i minori ricoveri è stato assorbito da un maggior numero di DRG ad alto costo dovuti a complicanze, dimostrando un fallimento nelle politiche di prevenzione secondaria, che portano a ritenere ci siano ancora margini di razionalizzazione.

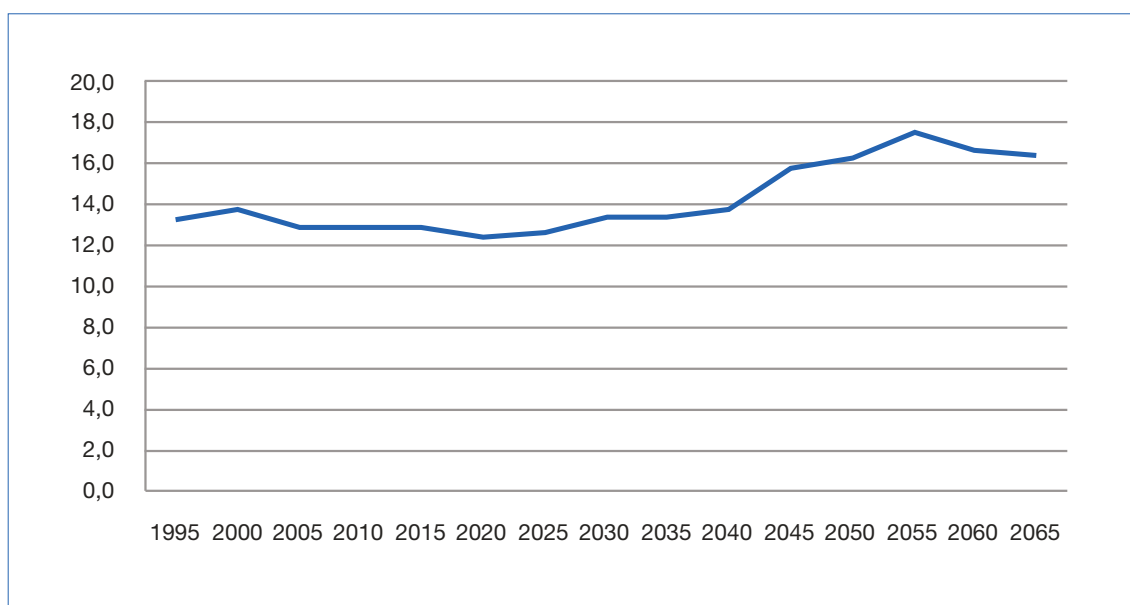
Uno studio sul ricorso al ricovero per lo scompenso cardiaco ha altresì mostrato come nelle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta dove è consolidato, e in Piemonte istituzionalizzato, il ricorso del regime all'ospedalizzazione a domicilio, i tassi standardizzati di ospedalizzazione ordinaria sono inferiori alla media italiana del 42,9%.

Evidentemente questi risparmi sono frutto della innovazione organizzativa, adjuvata dalla maggiore efficacia della prevenzione secondaria offerta dalle tecnologie diagnostiche e terapeutiche.

Ma la tecnologia offre anche un contributo diretto al contenimento dei costi in molti settori della cronicità, grazie alla perdita della protezione brevettuale di molte molecole: ad esempio, oggi il costo medio per DDD/pro die dei farmaci cardiovascolari in 8 anni (2004-2012) si è ridotto del 34,1%, riducendo proporzionalmente il costo della terapia cronica.

In definitiva, l'allungamento dell'aspettativa di vita è effettivamente una grande conquista e non necessariamente farà fare banca rotta al sistema, vuoi perché in alcuni casi parallelamente ad essa si allunga anche l'età di insorgenza delle patologie, vuoi perché gli investimenti in educazione e prevenzione primaria dimostrano una loro efficacia, vuoi, infine, perché le cure sono efficaci nel contrastare le complicazioni, e ancora perché via via si rendono disponibili terapie a minore costo.

Figura 14. Quota di popolazione che ha raggiunto i 10 anni dalla aspettativa media di vita alla nascita. Valori %, anni 1995-2065



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Si può, però, notare come la nota di ottimismo appena riportata, sia condizionata dalla capacità di adottare un atteggiamento proattivo, e quindi anche investire in innovazione in ogni branca della Sanità.

Così come in alcune aree della cronicità non è possibile un contrasto senza investimenti in educazione ai corretti stili di vita, così non si può razionalizzare l'uso degli ospedali (e aggiungere aumentare la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza) senza investimenti in telemedicina (ma non solo), atti a promuovere nuove forme di assistenza a domicilio.

Purtroppo, la capacità di investimento sembra l'elemento di sistema più in sofferenza per effetto della crisi economica, specialmente nel settore pubblico (come abbiamo osservato nel precedente Rapporto e confermato in questo: si veda l'analisi del finanziamento e la spesa in investimenti fissi).

Sofferenza reale, ma peggiorata da norme la cui opportunità è discutibile: il recente obbligo per le strutture pubbliche di ammortizzare nell'anno gli investimenti fatti a valere sul finanziamento corrente, se certamente aiuta in termini di confrontabilità dei bilanci regionali, altrettanto certamente affossa la propensione all'investimento, oltre a rappresentare un vulnus nella logica del controllo economico-patrimoniale tipico delle aziende.

In ogni caso, senza investimenti, il SSN rischia di implodere a medio termine; una conferma viene dalla spesa farmaceutica, dove a fronte della perdurante stagnazione economica, la crescita nominale del *budget* farmaceutico (regolato dal tetto e sulla base di una credibile ipotesi di invarianza rispetto al PIL) per i prossimi anni è destinata a essere davvero minima, dell'ordine di € 150 e 300 mil. annui.

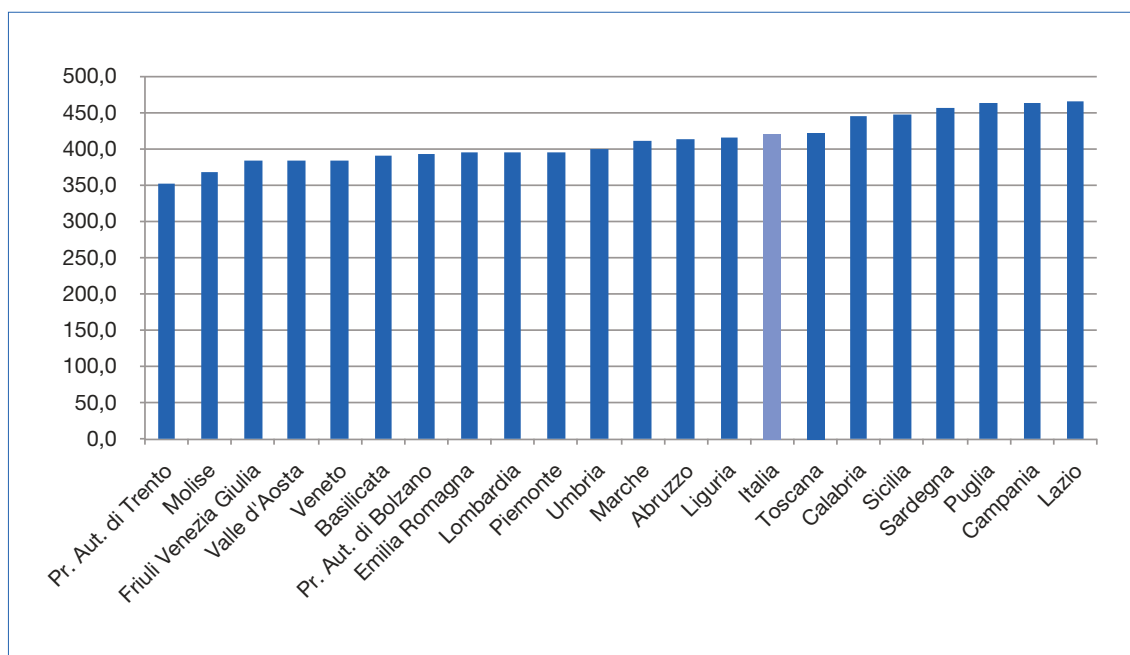
Un banale esercizio di *horizon scanning*, evidenzia al contempo che numero e impatto finanziario delle innovazioni alle porte (in primis gli anti-HCV per i quali è stato appena annunciato un accordo fra AIFA e azienda) è decisamente più rilevante. Il problema si appalesa ora, ma non è nuovo: per troppo tempo è, infatti, stato ignorato il segnale desumibile dalle determinazioni annuali dell'AIFA relative alla alimentazione del cosiddetto fondo per l'innovazione (che poi un fondo non è, trattandosi di un semplice meccanismo che permette riallocazioni di quote di mercato in favore delle imprese che commercializzano prodotti qualificati innovativi, ma sempre all'interno del budget complessivo): negli ultimi anni, infatti, le risorse per l'innovazione sono largamente state reperite grazie alle riduzioni di prezzo derivanti dalle genericazioni, le quali sono destinate a ridursi drasticamente nel futuro. L'"onda" dei risparmi dovuta all'ingresso sul mercato dei bioequivalenti è in via di esaurimento, e quella dei biosimilari è crescente, ma sarà certamente di minore intensità: ad oggi, la riduzione dei prezzi generata da questi ultimi varia fra il 10,0% e il 25,0%: seppur rilevante, applicandola ad un mercato dei biosimilari che nel breve-medio periodo è stimato in € 1,5 mld., a regime ci si può aspettare al più un risparmio di € 300 mil., sempre poi che nel frattempo non ci siano *shift* verso nuove molecole biologiche in arrivo sul mercato. Non di meno, i biosimilari, come già i bioequivalenti, sono fondamentali per garantire l'innescarsi del meccanismo competitivo, e per il risparmio prospettico che generano nella misura in cui abbassando il prezzo della "standard care", conterranno in futuro quello delle molecole

nuove in arrivo sul mercato. Ma si tratta più di un “investimento”, che non di un “borsellino” da cui attingere nel breve periodo.

In carenza di risparmi significativi derivanti dalle perdite di brevetto, la soluzione del problema del finanziamento dell’innovazione, secondo alcuni, sarebbe ancora nella eliminazione degli sprechi (nell’assistenza farmaceutica e non solo).

A tal fine, è opportuno notare che effettivamente le differenze regionali di consumo pro-capite sono evidenti e preoccupanti, specialmente dove assumono toni di irrazionalità, come nel caso del maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto *branded* nelle Regioni più povere, che dovrebbero essere più sensibili al prezzo.

Figura 15. Spesa farmaceutica* regionale pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2013



*Al netto dello sconto obbligatorio

Fonte: elaborazione su dati OsMed 2013

Ma per quanto sopra argomentato in tema di razionamenti, a cui si aggiunge l'esigenza di ridurre alcune aree di consumo inappropriato, ma anche di aumentare l'aderenza in altre, sembra davvero improbabile che i margini di razionalizzazione siano atti a finanziare l'innovazione in arrivo.

Esclusa (in via di principio) la possibilità di pagare tutta l'innovazione con i miglioramenti di appropriatezza, per aumentare la "capienza del fondo" non rimane che ipotizzare:

- una ripresa della crescita economica;
- la riallocazione di risorse da altri settori;
- la ridefinizione delle priorità dell'intervento pubblico.

Sul primo punto, evidentemente, le politiche sanitarie possono fare poco e la ripresa, per quanto auspicabile, non sembra essere alle porte.

Anche la riallocazione delle risorse trova ostacoli rilevanti, dati gli stringenti vincoli finanziari pubblici, che hanno già ridotto significativamente i *budget* pubblici anche negli altri settori di *Welfare*, tanto che possono risultare persino maggiormente sotto-finanziati della Sanità: possiamo citare il caso dell'Istruzione.

La strada da intraprendere per la sostenibilità sembra, quindi, pragmaticamente obbligata: la ridefinizione delle priorità degli interventi pubblici.

Ovviamente, la selezione degli interventi meritori dovrebbe riguardare tutte le aree della Sanità ma, a titolo di esempio, proveremo qui a declinarla in relazione alla sola assistenza farmaceutica, per la quale si dispone di più dati.

Per declinare il significato di selettività, appare opportuno ricondursi sempre al concetto di assicurazione sociale (a cui il SSN appartiene), che implica il trasferimento dei rischi individuali sulla collettività, ove ritenuto, evidentemente, meritorio l'accesso a determinate prestazioni.

Meritorietà che quindi implica l'accesso alle prestazioni, ma che equivocando è stato interpretato come disponibilità di una offerta pubblica gratuita: di fatto, l'accesso alle prestazioni non è ostacolato da carenze di offerta, bensì dalle condizioni economiche dei singoli; e, quindi, dall'eventuale impatto sui loro bilanci familiari delle prestazioni sanitarie.

Allora, appare evidente che l'obiettivo dell'universalismo è l'equità di accesso, ovvero garantire che l'impatto economico delle eventuali cure non sia catastrofico: garanzia che

dipende dal combinato disposto della condizione economica familiare e dal prezzo della prestazione fornita.

Rendendo il concetto con una esemplificazione, una cura del valore di pochi euro avrà un impatto importante solo per le fasce di popolazione economicamente più fragili, mentre una terapia molto costosa sarà inarrivabile per i più.

Accettando questa ottica, appare evidente il valore sociale di garantire l'accesso alle innovazioni (veramente tali), essendo per lo più costose, e di contro la limitata meritorietà dell'erogazione gratuita di terapie a basso costo, magari a cittadini di alto censo.

Contro questo approccio sono state avanzate obiezioni legate ai rischi di *opting out* o al valore in termini di coesione sociale dell'essere tutti uguali davanti alla malattia: obiezioni che, se pure siano anche considerate condivisibili, si scontrano con l'evidenza che neppure oggi siamo tutti davvero uguali, essendo i più abbienti sempre liberi di curarsi fuori dal SSN (ad iniziare dal ricorso all'intra moenia per non soggiacere alle liste di attesa, fino al ricovero in strutture private non accreditate o estere).

Con riferimento al settore farmaceutico, si può provare a dare una prima stima del potenziale impatto della selettività, notando come il 36,7% dell'attuale consumo di classe A sia a fronte di confezioni con prezzo inferiore a € 10, con punte in alcune classi terapeutiche che arrivano al 68,2% dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, e a seguire al 50,6% degli antimicrobici e al 39,2% del cardiovascolare.

Complessivamente, si tratta di un consumo che ammonta a circa € 3,25 mld. (di cui € 1 mld. per le confezioni sotto € 5) di cui basterebbe "selezionarne" la metà per garantire ampia sostenibilità alle innovazioni.

Ovviamente il ragionamento va raffinato, ragionando per costi terapia e non per confezioni. E anzi, non ignorare il crescente impatto delle comorbidità, va fatto per costo complessivo mensile o annuale delle cure.

In altri termini, la selettività passa per una radicale riforma delle esenzioni e delle compartecipazioni: le prime lasciandole solo per coloro che davvero non possono destinare alcuna somma per le proprie cure, e per le seconde prevedendo una "franchigia" fissa sul

consumo articolata per reddito (o, in generale, su un indicatore della condizione economica).

La ovvia osservazione è che stante la poca credibilità delle dichiarazioni a fini fiscali, non sarebbe equo un approccio come quello delineato: ma se l'Italia non dovesse ritenersi capace di sanare l'annosa questione dell'evasione, va ammesso che non può permettersi sistemi di *Welfare* universalistici basati sul diritto di cittadinanza; il SSN universalistico è certamente la scelta più equa in condizioni di accertamento credibile dei mezzi, ma diventa profondamente iniquo se i più poveri pagano con le proprie imposte la Sanità gratuita ai più ricchi.

5. Proposte

Come negli anni trascorsi, i ragionamenti precedenti implicano conseguenze che da ultimo evidenziamo, con l'auspicio di poter fornire un contributo alle politiche sanitarie.

Probabilmente il termine "proposte" non è corretto, in quanto tali ancora non sono, essendo solo abbozzate: e rimandando ad una fase successiva l'onere dell'approfondimento necessario per la loro implementazione.

Citando, in un ordine che non riesce ad essere strettamente di rilevanza, gli aspetti emersi dalle analisi contenute nel Rapporto, possiamo elencare come punti qualificanti da inserire nell'agenda del dibattito sanitario:

1. l'opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall'Assistenza Collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria);
2. la riforma strutturale e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, lasciando l'esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili e modulando la compartecipazione in base alla condizione economica, estendendola a tutte le prestazioni;

3. la creazione di un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui *governance* è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il *delisting* delle terapie a bassissimo costo;
4. la riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non-auto-sufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una *governance* unica del sistema;
5. il potenziamento degli strumenti di valutazione delle *performance*, specialmente qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli *stakeholder* del sistema, e integrandone poi i risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all'equilibrio finanziario, anche all'eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l'uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari;
6. il ripensamento dell'aziendalizzazione, garantendo l'omogeneità delle valutazioni delle *performance* aziendali e, quindi, una maggiore *accountability* dell'attività dei Direttori Generali e delle Aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all'esplicarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti;
7. un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l'armonizzazione dei dati al livello nazionale e internazionale.