

# *Rapporto* **CEIS - Sanità 2006**

*Il governo del sistema sanitario*

*Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali*

*a cura di*

A. Donia Sofio  
M. Meneguzzo  
F.S. Mennini  
F. Spandonaro

**CEIS** - Sanità, Facoltà di Economia  
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

© **Health Communication srl** - Via Vittore Carpaccio, 18 - 00147 Roma

*Finito di stampare nel mese di novembre 2006 da Agenzia D*

*È vietata la riproduzione, la traduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata.*



*Rapporto*

**CEIS - Sanità 2006**

*Il governo del sistema sanitario*

*Complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali*

La pubblicazione del Rapporto CEIS Sanità, giunto alla IV edizione, è il risultato di una *partnership* fra il CEIS (Fac.di Economia dell'Università di Roma *Tor Vergata*) e alcuni soggetti privati che credono nell'importanza dell'iniziativa ed in particolare dell'opportunità di offrire un supporto di conoscenze aggiuntive ai policy makers e ai vari *stakeholder* del sistema sanitario.

La *partnership* è orientata ad una stabile collaborazione fra settore pubblico e privato in un quadro coordinato di attività di ricerca, prospetticamente mirate all'organizzazione nel 2008 del Convegno Europeo di Economia Sanitaria, affidato all'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Il Rapporto è promosso e realizzato dal CEIS, con l'obiettivo di rendere fruibile alle Istituzioni il lavoro annualmente svolto dai propri ricercatori e da quelli appartenenti alla rete di centri di ricerca nazionali e internazionali con i quali il CEIS intrattiene stabili collaborazioni.

La diffusione capillare del volume presso operatori ed esperti del settore sanitario è resa possibile dall'intervento di:

- A.N.I.A. Ass. Nazionale Imprese di Assicurazione:  
e di alcune aziende del settore farmaceutico ed elettromedicale:
- Boehringer Ingelheim Italia spa.
- GlaxoSmithKline Italia spa
- Johnson & Johnson Medical spa
- Pfizer Italia srl

I *partners* dell'iniziativa condividono con il CEIS, Università degli studi di Roma *Tor Vergata*, la convinzione che sia utile fornire ai responsabili delle politiche sanitarie, a livello centrale e locale, un supporto quantitativo e indipendente, che aiuti a prendere decisioni corrette e consapevoli.

La speranza è altresì quella di incontrare il favore di tutti coloro che hanno a cuore il sistema sanitario italiano.





# Indice

## Presentazione del Rapporto

di Luigi Paganetto, Giovanni Tria

17

## *Il Governo del sistema sanitario*

### **Il Governo del sistema sanitario: complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali**

di Spandonaro F.

<b>1 Premessa</b>	19
<b>2 Il contesto</b>	19
<b>3 Lo scenario finanziario: il governo della spesa e dei disavanzi</b>	20
<b>4 Lo scenario economico: il governo dell'efficienza</b>	23
<b>5 Il governo degli aspetti equitativi</b>	29
<b>6 I benefici del sistema: il governo della qualità e altro</b>	32
<b>7 Conclusioni</b>	34

## *Capitolo 1 - Spesa e finanziamento*

### **1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi Ocse**

di Francia L., Mennini F.S.

<b>1.1.1 Introduzione</b>	41
<b>1.1.2 La spesa sanitaria</b>	42
<b>1.1.3 Spesa sanitaria pro-capite</b>	42
<b>1.1.4 Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria</b>	45
<b>1.1.5 La spesa per tipologia di assistenza</b>	49
<b>1.1.6 Conclusioni</b>	53
<b>Riferimenti bibliografici</b>	55

## 1.2 - L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia

di Polistena B., Ratti M., Spandonaro F.

<b>1.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	57
<b>1.2.2</b>	<b>Il modello utilizzato</b>	59
<b>1.2.3</b>	<b>Banca dati e il modello stimato</b>	60
<b>1.2.4</b>	<b>Le tendenze della spesa sanitaria totale</b>	62
<b>1.2.5</b>	<b>Stima degli effetti redistribuiti aggregati regionali</b>	63
<b>1.2.6</b>	<b>Conclusioni</b>	65

<b>Riferimenti bibliografici</b>	66
----------------------------------	----

## 1.3 - Lo scenario finanziario pubblico 2007 e l'impatto sulle famiglie

di Polistena B., Spandonaro F.

<b>1.3.1</b>	<b>Introduzione</b>	67
<b>1.3.2</b>	<b>Descrizione del modello utilizzato</b>	67
<b>1.3.3</b>	<b>Lo scenario 2007</b>	68
<b>1.3.4</b>	<b>Valutazioni conclusive</b>	70

## 1.4 - Le politiche farmaceutiche

di Barrella A., Polistena B., Ratti M., Spandonaro F.

<b>1.4.1</b>	<b>L'evoluzione della spesa farmaceutica</b>	72
<b>1.4.2</b>	<b>Le politiche nazionali</b>	75
<b>1.4.3</b>	<b>Gli interventi regionali</b>	76
<b>1.4.4</b>	<b>Le tendenze della spesa farmaceutica</b>	77
<b>1.4.5</b>	<b>Banca dati e il modello stimato</b>	78
<b>1.4.6</b>	<b>Le tendenze della spesa farmaceutica totale</b>	80
<b>1.4.7</b>	<b>Conclusioni</b>	82

<b>Riferimenti bibliografici</b>	82
----------------------------------	----

## 1.5 - La razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

di Rocchetti I., Spandonaro F.

<b>1.5.1</b>	<b>Introduzione</b>	84
<b>1.5.2</b>	<b>Banca dati e metodologia</b>	84
<b>1.5.3</b>	<b>Struttura dei costi ospedalieri per età</b>	85
<b>1.5.4</b>	<b>I tassi di ospedalizzazione</b>	87
<b>1.5.5</b>	<b>L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il case mix</b>	90
<b>1.5.6</b>	<b>I livelli tariffari</b>	92
<b>1.5.7</b>	<b>I pesi per età ("spesa" media per abitante)</b>	93
<b>1.5.8</b>	<b>Conclusioni</b>	94

## 1.6 - Gli accordi regionali con la medicina generale: strumenti di un reale governo della domanda?

di Barrella A., Rebba V.

<b>1.6.1</b>	<b>Il contesto di riferimento</b>	96
<b>1.6.2</b>	<b>Gli strumenti del potenziamento della medicina territoriale</b>	96
<b>1.6.3</b>	<b>Gli strumenti di natura organizzativa previsti dagli accordi regionali</b>	97
<b>1.6.4</b>	<b>Gli strumenti economico-finanziari previsti dagli accordi regionali</b>	98
<b>1.6.5</b>	<b>Conclusioni</b>	101
<b>Riferimenti bibliografici</b>		102

## 1.7 - L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali

di Giordani C., Spandonaro F.

<b>1.7.1</b>	<b>Introduzione</b>	104
<b>1.7.2</b>	<b>L'evoluzione del sistema di finanziamento</b>	104
<b>1.7.3</b>	<b>I dati nazionali: l'evoluzione del finanziamento e del disavanzo</b>	105
<b>1.7.4</b>	<b>I dati regionali: il riparto delle risorse e i disavanzi</b>	109
<b>1.7.5</b>	<b>Conclusioni</b>	112
<b>Riferimenti bibliografici</b>		112

## *Capitolo 2 - La crescita della spesa sanitaria e il deficit: alcune esperienze internazionali*

<b>Introduzione</b>	117
---------------------	-----

### **2.1 - Contenimento del deficit o contenimento dei costi? Le politiche di spesa sanitaria in Francia**

di de Pouvourville G.

<b>2.1.1</b>	<b>Un contesto economico peggiorativo</b>	120
<b>2.1.2</b>	<b>Un accordo per mantenere un alto livello di copertura e accesso alle cure</b>	121
<b>2.1.3</b>	<b>Miglioramento dell'efficienza dei servizi di assistenza sanitaria</b>	122

## 2.2 - I problemi di politica sanitaria negli Stati Uniti

di Buchmueller T., Feldstein P.	126
<b>2.2.1 Conclusioni</b>	128

## 2.3 - Assistenza sanitaria in Australia: crescita e carico fiscale

di Martins J. M.	
<b>2.3.1 Crescita della domanda e finanziamento pubblico</b>	129
<b>2.3.2 La crescita della spesa e il trasferimento del carico</b>	129
<b>2.3.3 Command-control e politiche Market-oriented</b>	131
<b>2.3.4 Il finanziamento pubblico in Australia</b>	131
<b>2.3.5 Esclusione e controllo dell'offerta</b>	132
<b>2.3.6 Il trade-off fiscale</b>	132
<b>2.3.7 Conclusioni</b>	134

<b>Riferimenti bibliografici</b>	134
----------------------------------	-----

## 2.4 - Decentralizzazione e vincolo di bilancio nel sistema sanitario spagnolo

di Puig-Junoy J., Ana Tur Prats	135
---------------------------------	-----

<b>Riferimenti bibliografici</b>	139
----------------------------------	-----

## 2.5 - La competizione regolata su scala nazionale: il caso olandese

di Rutten F.	
<b>2.5.1 L'ultimo step della riforma Dekker</b>	140
<b>2.5.2 Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali</b>	141
<b>2.5.3 Nuove responsabilità</b>	142
<b>2.5.4 Conclusioni</b>	142

<b>Riferimenti bibliografici</b>	142
----------------------------------	-----

## 2.6 - Il deficit nel sistema sanitario argentino e analisi degli strumenti di copertura

di Levcovich M., San Martin M., Schweiger A.	
<b>2.6.1 Introduzione</b>	143
<b>2.6.2 Caratteristiche del sistema sanitario argentino</b>	143
<b>2.6.3 Il settore pubblico</b>	145
<b>2.6.4 Prestazioni garantite</b>	146
<b>2.6.5 Spesa sanitaria</b>	146
<b>2.6.6 Il deficit</b>	149
<b>2.6.7 Commenti finali</b>	150

<b>Riferimenti bibliografici</b>	151
----------------------------------	-----

## Capitolo 3 - Efficienza

### 3.1 - L'efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali.

#### Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità

di Fioravanti L., Spandonaro F.

<b>3.1.1</b>	<b>Introduzione</b>	155
<b>3.1.2</b>	<b>Le scelte regionali</b>	155
<b>3.1.3</b>	<b>Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale</b>	158
<b>3.1.4</b>	<b>Conclusioni</b>	159
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	160
	<b>Fonti normative regionali</b>	160

### 3.2 - L'efficienza delle Aziende Ospedaliere

di Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F.

<b>3.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	162
<b>3.2.2</b>	<b>I dati e l'elaborazione del costo medio per ricovero standardizzato</b>	163
<b>3.2.3</b>	<b>Il costo per unità di ricovero omogeneo nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane</b>	164
<b>3.2.4</b>	<b>Le determinanti dell'(in)efficienza ospedaliera</b>	166
<b>3.2.5</b>	<b>Il modello econometrico</b>	166
<b>3.2.6</b>	<b>Conclusioni</b>	169
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	170

### 3.3 - L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale: il supporto di Consip all'innovazione dei processi e alla razionalizzazione degli acquisti per le aziende sanitarie

di Bettacchi R., Russo A.

<b>3.3.1</b>	<b>Introduzione</b>	171
<b>3.3.2</b>	<b>Cenni sull'evoluzione normativa</b>	171
<b>3.3.3</b>	<b>La collaborazione con le strutture regionali dei SSR</b>	173
<b>3.3.4</b>	<b>Il nuovo ruolo di Consip alla luce degli interventi normativi</b>	173
<b>3.3.5</b>	<b>Attività e risultati 2005 del Programma rispetto alle strutture sanitarie</b>	175
<b>3.3.5.1</b>	<b>Le Convenzioni</b>	175
<b>3.3.5.2</b>	<b>Le iniziative sul mercato elettronico della P.A.</b>	178
<b>3.3.6</b>	<b>Attività progettuali attraverso collaborazioni con le amministrazioni territoriali del SSN</b>	179
<b>3.3.6.1</b>	<b>Riorganizzazione dei processi di logistica dei farmaci e dei beni sanitari nelle ASL/AO del Comune di Torino</b>	179

<b>3.3.6.2</b>	<b>Riorganizzazione dei processi di “risk management sanità” delle strutture sanitarie del Friuli Venezia Giulia</b>	180
<hr/>		
<b>3.4 - Rafforzare le capacità di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie</b>		
di Tanese A..		
<b>3.4.1</b>	<b>Autonomia organizzativa: a che punto siamo?</b>	181
<b>3.4.2</b>	<b>L’innovazione organizzativa nel decennio 1996-2005</b>	183
<b>3.4.3</b>	<b>Limiti e prospettive di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie</b>	187
<hr/>		
<b>Riferimenti bibliografici</b>		193
<hr/>		
<b>3.5 - La Balanced Scorecard tra finalità e contesti eterogenei nel confronto tra alcune esperienze internazionali</b>		
di Ferrari D., Greco A., Merlini L.		
<b>3.5.1</b>	<b>Introduzione</b>	194
<b>3.5.2</b>	<b>Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera italiana</b>	194
<b>3.5.3</b>	<b>Agència Valenciana de Salut</b>	196
<b>3.5.4</b>	<b>Vinzenz-Gruppe</b>	199
<b>3.5.5</b>	<b>Conclusioni</b>	200
<hr/>		
<b>Riferimenti bibliografici</b>		201
<hr/>		
<b>3.6 - Le relazioni tra Balanced Scorecard e Activity Based Costing</b>		
di Frittoli G., Granzotto S.		
<b>3.6.1</b>	<b>La Balanced Scorecard e l’Activity Based Costing</b>	202
<b>3.6.1.1</b>	<b>L’applicazione dell’ABC nelle aziende sanitarie</b>	204
<b>3.6.2</b>	<b>L’applicazione della BSC nelle aziende sanitarie straniere</b>	205
<b>3.6.3</b>	<b>Complementarietà e sinergie tra ABC e BSC</b>	206
<b>3.6.4</b>	<b>L’uso dell’ABC per l’introduzione e l’affermazione della BSC</b>	207
<b>3.6.5</b>	<b>L’uso della BSC per l’applicazione dell’ABC e dell’ABM</b>	207
<b>3.6.6</b>	<b>Conclusioni</b>	208
<hr/>		
<b>Riferimenti bibliografici</b>		209
<hr/>		
<b>3.7 - La gestione dei processi assistenziali</b>		
di Casati G., Marchese E., Roberti V., Vichi M. C.		
<b>3.7.1</b>	<b>La Clinical Governance</b>	211
<b>3.7.2</b>	<b>La gestione per processi</b>	212
<b>3.7.3</b>	<b>Il CeBePs - Centro Benchmarking dei Processi in Sanità</b>	214
<hr/>		
<b>Riferimenti bibliografici</b>		218

### 3.8 - Assicurazioni sanitarie private e spesa out-of-pocket: livelli di protezione

di Borgia P., Doglia M., Spandonaro F.

<b>3.8.1</b>	<b>Premessa</b>	220
<b>3.8.2</b>	<b>Dati e metodologia</b>	220
<b>3.8.3</b>	<b>Analisi</b>	221
<b>3.8.4</b>	<b>Discussione</b>	222
<b>3.8.5</b>	<b>Conclusioni</b>	224
<b>Riferimenti bibliografici</b>		224

## Capitolo 4 - Equità

### 4.1 - L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche

di Doglia M., Spandonaro F.

<b>4.1.1</b>	<b>Introduzione</b>	229
<b>4.1.2</b>	<b>Dati e metodologia</b>	229
<b>4.1.3</b>	<b>Analisi preliminare</b>	230
<b>4.1.4</b>	<b>La distribuzione dell'impoverimento e delle spese catastrofiche</b>	231
<b>4.1.5</b>	<b>La struttura della spesa sanitaria per le famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche</b>	234
<b>4.1.6</b>	<b>Distribuzione regionale dell'impoverimento e delle spese catastrofiche</b>	234
<b>4.1.7</b>	<b>Distribuzione del peso delle spese out of pocket sulla capacity to pay familiare</b>	236
<b>4.1.8</b>	<b>Conclusioni</b>	237
<b>Riferimenti bibliografici</b>		239

### 4.2 - L'equità di accesso

di Rocchetti I.

<b>4.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	241
<b>4.2.2</b>	<b>Il modello econometrico</b>	241
<b>4.2.3</b>	<b>Pregi e limiti del metodo</b>	243
<b>4.2.4</b>	<b>Banca dati e analisi statistica</b>	243
<b>4.2.5</b>	<b>Risultati</b>	245
<b>4.2.6</b>	<b>Conclusioni</b>	247
<b>Riferimenti bibliografici</b>		248

## *Capitolo 5 - Outcomes (qualità, efficacia e sicurezza)*

### **5.1 - Le mediane di morte per la valutazione dei costi umani delle malattie in Italia**

di Bruzzone S., Mennini F. S., Palazzo F., Ricciardi A.

<b>5.1.1</b>	<b>Introduzione</b>	251
<b>5.1.2</b>	<b>Metodologia</b>	251
<b>5.1.3</b>	<b>Risultati</b>	252
<b>5.1.4</b>	<b>Commenti</b>	255

<b>Riferimenti bibliografici</b>	256
----------------------------------	-----

### **5.2 - Analisi della mortalità evitabile in Italia: un contributo ai profili e piani di salute delle Regioni**

di Conti S., Mennini F. S., Minelli G., Palazzo F., Ricciardi A.

<b>5.2.1</b>	<b>Introduzione</b>	257
<b>5.2.2</b>	<b>Metodologia</b>	258
<b>5.2.3</b>	<b>Risultati</b>	260
<b>5.2.4</b>	<b>Commenti</b>	265

<b>Riferimenti bibliografici</b>	266
----------------------------------	-----

### **5.3 - Il settore industriale sanitario in Italia**

di Mennini F. S., Polistena B., Ratti M., Spandonaro F.

<b>5.3.1</b>	<b>Introduzione</b>	268
<b>5.3.2</b>	<b>Il mercato farmaceutico</b>	268
<b>5.3.3</b>	<b>L'industria farmaceutica in Italia</b>	269
<b>5.3.4</b>	<b>Il settore dei dispositivi medici</b>	272
<b>5.3.5</b>	<b>Il mercato dei dispositivi medici</b>	275
<b>5.3.6</b>	<b>L'industria dei dispositivi medici in Italia</b>	277
<b>5.3.7</b>	<b>Considerazioni finali</b>	280

<b>Riferimenti bibliografici</b>	280
----------------------------------	-----

### **5.4 - La mobilità dei pazienti italiani nell'Unione Europea**

di Donia Sofio A., Gabellini A.

<b>5.4.1</b>	<b>Cause della mobilità dei pazienti</b>	283
<b>5.4.2</b>	<b>Regolamentazione della mobilità in Italia</b>	284
<b>5.4.3</b>	<b>Analisi economica della mobilità in Italia</b>	286
<b>5.4.4</b>	<b>Considerazioni finali</b>	290

<b>Riferimenti bibliografici</b>	293
----------------------------------	-----

<b>Curriculum Vitae Autori</b>	294
--------------------------------	-----

The background of the top half of the page features a series of faint, overlapping silhouettes of people in various poses, suggesting a group meeting or a collaborative work environment. The silhouettes are rendered in a light, warm orange tone that blends with the overall background color.

*Ceis - sanità 2006*  
*presentazione del rapporto*



## *Presentazione del Rapporto*

*Siamo lieti di presentare il quarto Rapporto CEIS – Sanità 2006, divenuto ormai un appuntamento fisso annuale dedicato alla riflessione sulle politiche sanitarie, in Italia e nel mondo.*

*Il Rapporto riassume il lavoro di ricerca che il CEIS svolge in campo sanitario, con riferimento all'economia, alla valutazione economica dei progetti, al management delle Aziende pubbliche e private, sviluppando altresì una copiosa attività di formazione post-laurea e di assistenza tecnico-scientifica a Istituzioni ed Enti pubblici e privati.*

*Il Rapporto ha una vocazione quantitativa, utile per dare fondamento concreto alle scelte di politica sanitaria.*

*Il Rapporto quest'anno si concentra su: il controllo della spesa, l'incentivo dell'efficienza, le garanzie di equità, lo sviluppo del management pubblico e privato e, non ultima per importanza, l'efficacia delle cure e dei servizi.*

*Anche quest'anno il Rapporto si avvale dei contributi di studiosi di altri Paesi, appartenenti alle principali Istituzioni internazionali di economia sanitaria quali l'International Health Economics Association e l'European Conference Committee on Health Economics. A testimonianza della fitta rete di rapporti internazionali, è stata affidata al CEIS-Sanità nel 2008 l'organizzazione del Convegno Europeo di Economia Sanitaria.*

*Luigi Paganetto  
Presidente CEIS  
Univ. di Roma Tor Vergata*

*Giovanni Tria  
Direttore CEIS  
Univ. di Roma Tor Vergata*



# Il Governo del sistema sanitario: complessità e prospettive dei nuovi assetti istituzionali

Spandonaro F.<sup>1</sup>

## 1 Premessa

Il 2007 per il settore sanitario nasce sotto gli auspici di un nuovo “Patto per la Salute”. Nell’esigenza istituzionale di stabilire un nuovo (e si spera non “ennesimo”) “Anno Zero”, ci sembra si possa leggere il bisogno e la volontà di *governare* il Sistema sanitario, ovvero di mettere il SSN al servizio degli obiettivi di tutela per cui è stato creato.

Per il quarto anno consecutivo, il Rapporto CEIS offre alcuni elementi di riflessione e proposte, nell’ottica di un consapevole ed efficace *governo* del Sistema.

I contributi contenuti nel Rapporto sono il frutto di ambiti diversi di ricerca, raccolti sulla base del supporto che possono dare al processo decisionale e legati da un filo logico che, quest’anno, è la complessità del *governo* del Sistema.

In questo capitolo introduttivo si argomentano, sebbene in modo non esaustivo, le ragioni di complessità e, ove possibile, le risposte da parte dei *policy makers*, fornendo così una chiave di lettura del volume.

## 2 Il contesto

La riflessione introduttiva riguarda il peso dell’aspetto finanziario nel dibattito di politica sanitaria: anno dopo anno, l’accordo sulle questioni finanziarie assume, nei fatti, la veste di condizione necessaria per poter siglare accordi regionali, come il nuovo *Patto per la Salute*.

L’importanza attribuita all’aspetto finanziario è ben sintetizzata dall’allarme sui costi della Sanità, spesso tacciati di essere fuori controllo. L’analisi dei dati disponibili non sembra però suffragare completamente questa tesi.

Secondo l’ultimo OECD *Health Data*, utilizzato per ragioni di confrontabilità, la spesa sanitaria italiana (2004) ammontava all’8,4% del Pil, ben al di sotto del 9,5% della media dei 22 Paesi considerati (cfr. cap. 1.1 Francia, Mennini).

Si evince, inoltre, che la crescita della spesa sanitaria, anche se è stata più veloce dell’aumento del Pil in tutti i Paesi, in Italia lo è stata in modo più contenuto, facendo del nostro Paese uno di quelli maggiormente virtuosi; l’aumento di 0,7 punti percentuali di Pil fra il 1990 e il 2004, anche se rilevante, rappresenta il terz’ultimo valore in Europa e questo risultato assume una valenza ancora maggiore se consideriamo che si è realizzato a fronte di un livello di spesa iniziale basso e di una crescita del Pil molto modesta.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

### **3 Lo scenario finanziario: il governo della spesa e dei disavanzi**

Alla luce di quanto argomentato nel precedente paragrafo, il “problema di sostenibilità finanziaria” della Sanità in Italia sembra debba essere circoscritto, e in particolare all’aspetto della spesa pubblica.

In termini di livello, la preoccupazione per la spesa sanitaria pubblica può ricondursi al persistere di un debito pubblico che ha pochi paragoni in Europa; in termini di crescita, all’altrettanto persistente disavanzo che annualmente si crea, giustificando la tesi di chi ritiene fuori controllo la spesa.

Sul primo aspetto, ci sembra si possa aggiungere che, se non ci sono dubbi sul fatto che sia necessario comprimere la spesa pubblica, non è invece del tutto evidente *ex ante* quali debbano essere le priorità e quali, di conseguenza, i settori da “penalizzare” o salvaguardare.

Forse non è del tutto matura la consapevolezza che le politiche sanitarie devono, sempre più, essere inquadrare nel contesto globale degli interventi di *welfare*; si comprende allora come, in presenza di un vincolo globale, la mancanza di scelte in alcuni settori (pensiamo alla previdenza), possa comportare oneri in altri (pensiamo alla Sanità): in pratica si leva con una mano (in termini di servizi in natura) quello che l’altra mano ha “lasciato” in termini di prestazioni in denaro.

Sul secondo aspetto, quello legato al disavanzo, possiamo osservare che esso è strutturale. Giordani e Spandonaro (cfr. cap. 1.7) rilevano che il finanziamento è sempre stato inferiore alla spesa sanitaria pubblica, sin dall’esordio del SSN: il *gap*, nel periodo 1982-2005, è stato in media pari allo 0,4% del Pil, con variazioni annue relativamente modeste. In via di principio, quindi, non sarebbe stato impossibile colmare tale *gap*.

Lo stanziamento delle risorse per la Sanità non sembra peraltro essere il frutto di una attenta programmazione: osserviamo, ad esempio, che in alcuni anni la crescita del finanziamento è stata inferiore a quella del costo per il personale dipendente che, oltre a essere la maggiore e predominante voce di costo, è per sua natura facilmente prevedibile.

La legge Finanziaria in corso di discussione prevede un rilevante incremento del finanziamento centrale, che raggiunge i € 96,0 mld., più € 1,0 mld. a destinazione vincolata per le Regioni in condizioni finanziarie peggiori. A queste risorse centrali si aggiungerebbero anche € 3,7 mld. di risorse regionali, portando il finanziamento complessivo a € 100,7 mld., ovvero al 6,7% del Pil (ove quest’ultimo cresca come previsto nei documenti di programmazione economica).

Mediante un modello di simulazione (cfr. cap. 1.3, Polistena, Spandonaro) si stima che la crescita economica e demografica, oltre che lo stesso aumento del finanziamento, spingeranno il tendenziale di spesa pubblica a € 104,8/106,1 mld. (a seconda dello scenario), pur in presenza di incrementi nelle compartecipazioni: in Finanziaria sono previsti aumenti per specialistica e pronto soccorso.

Per completare il quadro, vanno considerati, esogeneamente, gli effetti delle razionalizzazioni, conseguenti ai piani di rientro delle Regioni con elevati disavanzi (effetto netto stimato in Finanziaria di € 1 mld.) e gli effetti delle manovre sui prezzi (dei farmaci e dei dispositivi medici) e delle tariffe (di laboratorio), per ulteriori € 1,1 mld.

A seconda del grado di ottimismo sull’efficacia dei piani di rientro, nonché dei tagli sui

prezzi, ma anche sulla misura in cui, in sede di approvazione, troverà conferma l'attuale assetto della Finanziaria, lo scenario di spesa pubblica finale potrebbe quindi attestarsi fra € 102,7 mld. e € 105,0 mld., con un disavanzo effettivo compreso fra € 2,0 e € 4,3 mld.

Sintetizzando, nella "peggiore" delle ipotesi si confermerebbe un *gap* fra finanziamento e spesa di 0,4 punti percentuali di Pil, in linea con lo storico, mentre nella "migliore" lo scarto si ridurrebbe a 0,15 punti.

Alla luce delle numerose testimonianze internazionali raccolte nel Rapporto (cfr. cap. 2), non sembra questa essere una anomalia italiana, né tanto meno un fattore di particolare criticità. Se escludiamo i Paesi che evitano "per definizione" di maturare disavanzi, mediante l'aggiustamento dei premi assicurativi (vd. Olanda), o adottando politiche di razionamento esplicito (vd. Australia), negli altri casi (Argentina, Francia, Spagna, USA) le problematiche sembrano piuttosto simili alle nostre; la differenza che si riscontra è piuttosto una minore conflittualità o, quanto meno, sensibilità relativamente all'attribuzione della responsabilità del disavanzo stesso; questo comporta una maggiore rapidità nel ripiano, evitando così i costi impliciti indotti dall'accumulo dei debiti, ovvero dal ritardo dei pagamenti del settore pubblico.

L'esperienza internazionale ci indica, quindi, che un aspetto del *governo* del sistema riguarda il modo di evitare di aggiungere al fallimento (magari parziale) delle politiche di contenimento, l'inefficienza di una gestione finanziaria farragginosa dei disavanzi.

Tornando all'analisi dello scenario italiano, i risultati finali dipendono fortemente dalla capacità della politica sanitaria centrale e locale di agire coerentemente e coordinatamente, al fine di realizzare le misure di razionalizzazione proposte in Finanziaria.

La lettura degli interventi previsti lascia, peraltro, intravedere una sorta di "Federalismo immaturo": la logica (quella positiva) del Federalismo comporterebbe che sia compito locale quello di perseguire le condizioni di massima efficienza, lasciando ai livelli di *governo* centrale il compito di regolare i principi generali e vigilare sul rispetto dei diritti. Da una legge Finanziaria, in particolare, ci si attende la definizione delle risorse disponibili centralmente e, se del caso, una indicazione sui livelli di razionamento delle prestazioni, tali da garantire l'equilibrio.

Nell'attuale Finanziaria (centrale, pur se frutto, anche grazie alla congiuntura politica, di un accordo fra Stato e Regioni) praticamente tutte le azioni riguardano invece aspetti riconducibili alla competenza regionale, mentre sono molto limitati gli interventi sui principi generali. Per circa il 50% si tratta di razionalizzazioni derivanti dai piani di rientro regionali, e per l'altro 50% misure di responsabilizzazione dei cittadini, la cui efficacia è qualitativamente certa, poiché configurano trasferimenti finanziari, ma è quantitativamente incerta perché legata a situazioni specifiche regionali (in primo luogo i livelli di esenzione).

Sembra lecito chiedersi se le azioni citate debbano o meno essere oggetto di regolazione centrale.

Riprendendo l'esempio delle compartecipazioni, se volessimo ragionare in punta di principio, potremmo (o dovremmo) concludere che ove esse precludessero solo a ragioni di responsabilizzazione verso un uso appropriato delle risorse, allora dovrebbero più cor-

rettamente essere oggetto di legislazione regionale, al cui livello è possibile un ottimale *fine tuning* in base alle caratteristiche locali; sarebbero, invece, correttamente di pertinenza del Governo centrale, nella misura in cui configurano razionamenti (impliciti) dei LEA.

Se è, quindi, istituzionalmente discutibile una regolazione minuta a livello centrale dei livelli di compartecipazione, sarebbe invece assai più auspicabile affrontare il tema delle esenzioni, poiché per i cittadini più fragili esse configurano un diritto di cittadinanza: invece, paradossalmente, esse sono oggi soggette all'arbitrio regionale, con comportamenti abbastanza difformi.

Una spiegazione di questa inversione di ruoli e del persistere di una certa confusione istituzionale, può farsi risalire alla mancanza di un Federalismo fiscale compiuto, capace di responsabilizzare definitivamente le Regioni sul versante economico.

La sensazione è che le Regioni "usino" in qualche modo il livello di Governo centrale per farsi "omologare" le proprie scelte (nel caso delle Regioni più attive e spesso più virtuose) o per farsi indicare (o imporre) la strada delle razionalizzazioni (nel caso delle Regioni meno efficienti).

La precedente osservazione giustifica l'idea di un Federalismo "immaturo", il cui rischio è quello di spostare semplicemente il conflitto istituzionale a livello di riparto regionale delle risorse, lasciando alla Finanziaria il mero compito di configurare le condizioni per affrontare *ex post* la spinosa questione della responsabilità del disavanzo.

Ad una Finanziaria, in presenza di Federalismo più maturo, si potrebbe quindi chiedere di rinunciare a definire le modalità di riequilibrio dei bilanci regionali, spostando il focus sul monitoraggio e l'indirizzo. Si può obiettare che non è compito di una Finanziaria definire criteri di qualità e/o equità dell'assistenza, ma l'esperienza internazionale dimostra che scollegare completamente tali funzioni dalla leva finanziaria rende almeno parzialmente inefficace l'intervento centrale. Quanto meno, si dovrebbe immaginare la definizione di un sistema di incentivi a perseguire una logica di miglioramento della qualità, che è poi la filosofia della *Clinical Governance*, in Italia spesso citata a sproposito se non in modo distorto.

In definitiva, sarebbe auspicabile che il Governo centrale sposasse logiche di *pay per performance*, incentivando così i comportamenti regionali efficienti, efficaci (e di qualità), equi, lasciando alla responsabilità locale l'onere di individuare le modalità di realizzazione.

Senza che questo escluda che una aggiuntiva attenzione possa essere data al sostegno delle situazioni maggiormente critiche, come peraltro si è fatto nell'attuale Finanziaria con il fondo aggiuntivo di € 1 mld.

Che scopo ultimo debba essere quello dell'incentivazione di comportamenti complessivamente efficienti, efficaci ed equi, se mai necessitasse di conferma, è reso evidente dalla stretta relazione che i comportamenti, anche di spesa, del settore pubblico hanno con la spesa sanitaria totale e quindi con quella privata, ovvero con i bilanci delle famiglie.

L'evoluzione della spesa sanitaria totale (cfr. cap. 1.2, Polistena, Ratti e Spandonaro) dipende da fattori di crescita economica e modificazioni demografiche, ma non è neppure esente da impatti riconducibili a fattori istituzionali.

In particolare, il modello di Polistena, Ratti e Spandonaro indica un effetto espansivo della

spesa pubblica sulla spesa totale, che potrebbe essere attribuita tanto ad una duplicazione di funzioni, quanto ad una tendenza inerziale della spesa pubblica ad adeguarsi al finanziamento. Questo ultimo riscontro “giustifica”, in qualche modo, la storica tendenza a sottostimare il finanziamento, evitando espansioni di spesa non necessariamente appropriate.

Per quanto concerne l’aspetto della duplicazione, si aggiunga che anche la composizione della spesa pubblica (intesa come rapporto fra quota a gestione diretta e quota a gestione accreditata) sembra produrre un effetto non neutrale: in particolare, si riscontra una correlazione positiva fra spesa e quota a gestione accreditata, sebbene questo fenomeno sia limitato alle Regioni del Centro-Sud; in altri termini, la composizione (pubblico/privato) della spesa non sarebbe di per sé un fattore discriminante, se non dove una gestione apparentemente errata del rapporto pubblico/privato configura inefficienze di sistema.

L’analisi econometrica fornisce altri elementi di interesse: ad esempio, si conferma che le Regioni del Nord si presentano come un gruppo caratterizzato da una omogeneità di fondo dei comportamenti di spesa, mentre il Centro-Sud costituisce una “sommatoria” di comportamenti difformi, con differenze interne ancora da spiegare compiutamente.

Infine, il modello permette anche di quantificare gli effetti di redistribuzione impliciti, prodotti dalla gestione solidaristica del SSN. Essi sono rilevanti per dimensioni e caratteristiche: le Regioni del Nord “rinunciano” a quote di spesa che raggiungono e superano il 15%, in favore di Regioni del Sud che arrivano a registrare il 50% di spesa in più rispetto al livello “presumibile” in assenza di solidarietà. Si lascia così apprezzare, anche quantitativamente, quanto sia ancora in “salita” una compiuta realizzazione del Federalismo in Sanità.

In termini quantitativi, il modello prevede un aumento di spesa totale più veloce dell’incremento del Pil, sebbene per il 2007 limitato dalla previsione di una crescita reale significativa di quest’ultima variabile: si arriverebbe all’8,2%-8,3% del Pil<sup>2</sup>, rimanendo sempre al di sotto delle medie europee.

L’impatto sulle famiglie è limitato, in quanto la crescita delle risorse pubbliche rese disponibili è controbilanciata dagli effetti dei nuovi (o aumentati) ticket.

Per le famiglie si assiste ad un decremento della spesa sanitaria, dell’ordine del 6-12%: la manovra, tesa a una maggiore responsabilizzazione degli utenti, innesca però complessi meccanismi equitativi; da questo punto di vista, l’adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica lascia supporre un impatto equitativo discutibile, in particolare sulle fasce di popolazione più a rischio (cfr. cap. 4.1 Doglia, Spandonaro).

#### **4 Lo scenario economico: il governo dell’efficienza**

Misurare l’efficienza, uscendo dalla (pur utile) evidenza aneddotica è notoriamente difficile, specialmente in un settore caratterizzato da grandi complessità come quello sanitario. Un coerente *governo* del sistema richiede peraltro di dipanare l’intreccio fra interventi

<sup>2</sup> Il modello utilizza dati ISTAT e Ministero della Salute; il livello di spesa citato è approssimativamente coerente con un livello dell’8,5%, secondo gli standard OECD Health Data (cfr. cap. 1.1).

puramente finanziari e recuperi d'efficienza complessiva del sistema.

Secondo Fioravanti e Spandonaro (cfr. cap. 3.1), l'analisi congiunta delle politiche finanziarie regionali (*ex-ante*) e dei relativi risultati (*ex-post*), fa emergere come le Regioni siano fortemente condizionate dall'esigenza di ottenere risparmi a breve termine.

Incrociando le informazioni relative ai modelli di finanziamento delle aziende sanitarie territoriali e di quelle ospedaliere, con quelle relative ai disavanzi/avanzi sanitari regionali, sembra confermarsi che il cosiddetto (neo)centralismo regionale è una risposta alla pressione a cui sono sottoposte le Regioni, sul versante dell'equilibrio di bilancio.

Questa osservazione è piena di conseguenze: in primo luogo sembra indicare che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori; in secondo luogo, che la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti), determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriatazza; infine, che gli scostamenti del finanziamento regionale dalle indicazioni nazionali sui LEA, possono essere interpretati tanto come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto come adattamenti (magari parziali) alla spesa storica.

In termini di *governo* del Sistema, dobbiamo rilevare che in assenza di un piano straordinario che sani le situazioni di disavanzo patologico, allentando quindi la pressione finanziaria sulle Regioni stesse, si perde la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato.

Un altro esempio evidente di questo intreccio, non sempre virtuoso, fra risparmi finanziari a breve termine ed efficienza complessiva del Sistema, è rappresentato dalla regolazione in campo farmaceutico.

Gli interventi di politica pubblica si sono ultimamente incentrati su tagli di prezzo (conseguenti a incrementi di quantità non sempre giustificabili), la cui efficacia in termini finanziari è confermata dal modello sviluppato da Barrella, Polistena, Ratti, Spandonaro (cfr. cap. 1.4): in termini quantitativi, le variazioni dei prezzi medi avrebbero infatti una elasticità intorno a 0,2.

Peraltro, il miglioramento delle condizioni economiche e l'invecchiamento hanno una influenza "naturale" sulla spesa farmaceutica, spingendola al rialzo: questa banale evidenza indica l'esigenza di rivedere una politica fondata su un tetto finanziario unico, indipendente dalla struttura demografica, fissato al 13% o 16% complessivo della spesa (peraltro a fronte di una nostra previsione del 18% ca. per la spesa pubblica più privata, esclusa però l'ospedaliera).

A questa prima evidenza, il modello permette di aggiungere alcune interessanti specificazioni: in primo luogo l'effetto dell'invecchiamento è significativo al Nord e, sorprendentemente, non nel Centro-Sud. In particolare, l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe la spesa farmaceutica totale pro-capite di € 18,16 in Italia, pari al 4,93%, e al Nord di € 13,64 pari al 3,57%.

Ancora, se nel Centro-Sud il numero di prescrizioni per medico fosse uguale a quello medio del Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 4,41%. Il modello predisposto indica quindi l'urgenza, specialmente nel Centro-Sud, di intervenire prioritariamente sull'inappropriatezza prescrittiva.

Le rilevanti differenze regionali sul versante prescrittivo, come anche l'assenza di considerazione per gli aspetti demografici legati al bisogno, suggeriscono in definitiva nuove strategie per le politiche farmaceutiche: per incentivare l'efficienza esse debbono essere calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di *governare* il sistema con regole troppo semplici, come è il tetto del 13%.

Un analogo discorso può essere fatto per le politiche di razionalizzazione ospedaliera basate sul taglio dei posti letto.

Una prima banale, ma non scontata, osservazione è che la chiusura dei posti letto non implica necessariamente la riduzione dei costi connessi: quelli relativi al personale prima di tutto, ma ciò vale anche per i costi fissi relativi alle attrezzature ecc.

Sembra poi rilevante verificare se la progressiva riduzione dei posti letto, e il (quanto meno parziale) successo nel ridurre i costi del LEA "Assistenza Ospedaliera", siano effettivamente forieri di una effettiva razionalizzazione della rete, oppure i risparmi siano fondamentalmente finanziari.

Il quadro quantitativo appare piuttosto complesso (cfr. cap. 1.5, Rocchetti, Spandonaro): osserviamo, infatti, tassi di ospedalizzazione (standardizzati per l'età) variabili regionalmente nell'ordine del 300% (e anche più per il regime diurno e per riabilitazione e lungodegenza) e casistiche medie diverse, anche di 1,5 volte (in termini di tariffe associate).

Sembra che ci siano pochi dubbi sulla persistenza di situazioni di ricorso alla struttura ospedaliera non riconducibili a fattori demografici ed epidemiologici.

Non stupisce allora che le curve di assorbimento delle risorse per età risultino fortemente diverse per i cittadini di una Regione rispetto a un'altra: in alcune classi di età troviamo un fattore di variabilità regionale (differenze di assorbimento di risorse) dell'ordine del 250%. Tra l'altro ai diversi comportamenti assistenziali si sommano livelli tariffari anch'essi estremamente variabili: con differenze medie massime (rispetto alle classi di età) che raggiungono il 60%.

Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante) sembrano, quindi, incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, quando non sono addirittura fonte di ulteriori rischi di inappropriatezza e inefficienza. Prevale, infatti, l'uso dello strumento tariffario per ragioni finanziarie (rispetto dei tetti di finanziamento), piuttosto che per regolare quali-quantitativamente le prestazioni erogate.

Per esclusione, si deve ammettere che i differenziali di performance rilevati giustificano la presunzione dell'esistenza di diffusa inappropriatezza.

In definitiva, osserviamo una domanda in larga misura condizionata dall'offerta, secondo un meccanismo autoreferenziale tipico di molti ambiti del SSN italiano. Per superarla, in termini di *governo* del sistema, appare quindi auspicabile concentrarsi per un verso sulla valutazione del ricorso all'ospedale, e per un altro sulle dimensioni delle dotazioni organiche, abbandonando la regolazione dell'offerta di letti.

Questa opzione di politica ospedaliera è corroborata, altresì, dalla valutazione dei livelli di

(in)efficienza delle strutture ospedaliere (cfr. cap. 3.2, Fioravanti, Polistena, Spandonaro). L'analisi, giunta alla sua terza revisione annuale, permette di affermare, con sempre maggiore convinzione, che nel sistema ospedaliero italiano esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza: i costi per unità omogenea di ricovero, analizzati limitatamente a 96 aziende ospedaliere pubbliche, variano di oltre il 300%: da un minimo di circa € 2.000,00 per punto DRG a oltre € 6.000,00; il dato non solo si conferma di anno in anno, ma assistiamo anche ad un progressivo incremento della sua variabilità.

Pur rimanendo lecito il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono indicazioni significative relativamente all'inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario, basato sui DRG: in particolare sul versante della corretta rappresentazione della complessità assistenziale. Peraltro è noto come il sistema di classificazione, ormai quasi universalmente adottato seppure con differenti modalità di utilizzo, quasi ovunque abbia utilizzato versioni molto più recenti e raffinate di quella adottata in Italia.

Sembra, altresì, dimostrarsi l'esistenza di problemi di inefficienza tecnica: osserviamo una chiara associazione statistica dei maggiori livelli di produttività con i minori livelli di costo, come anche una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra-regionale, che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.

I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività, e le nostre stime indicano che questa si è, almeno parzialmente, trasformata in maggiore efficienza: ai fini di una più corretta incentivazione di comportamenti virtuosi da parte delle aziende sanitarie, sarebbe però auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Si evidenziano, inoltre, seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo (confermando indirettamente le argomentazioni del cap. 1.5): piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi fortemente critici per l'efficienza delle strutture.

Attualmente i sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti intrinseci nell'attuale sistema di tariffazione, riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione, o semplicemente *ad hoc*. Il rischio è però che così prevalga la logica del finanziamento a piè di lista (o storico), vanificando le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero.

Dobbiamo aggiungere che i risultati ottenuti, letti congiuntamente ad una analisi effettuata sui finanziamenti medi per punto DRG corrisposti alle case di cura private iscritte all'AIOP (Piasini, Spandonaro, 2006), pongono anche rilevanti problemi di interpretazione sul ruolo di committenza svolto dalle ASL.

Emerge infatti un rilevante *gap* di costo per i SSR (dell'ordine del 50%), a favore dell'uso dei servizi in convenzione/accreditamento rispetto a quello dell'uso dei servizi diretti. Le dimensioni della differenza non sembrano giustificabili con le sole funzioni assistenziali specifiche di cui si fanno carico le aziende pubbliche, quali l'emergenza. Piuttosto sembra opportuno indagare quanto il differenziale di costo sia relativo alle differenti capacità

di approvvigionamento dei fattori produttivi, in primo luogo del personale.

Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti di *governo* che premino le aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori, ma anche nuovi assetti istituzionali che permettano a tutte le aziende di approvvigionarsi efficientemente. Oltre a perfezionare (e per le aziende pubbliche: ripristinare) il sistema di pagamento prospettico, appare necessario, come già proposto nel Rapporto CEIS Sanità 2005, integrarlo con la promozione di informative sulle reali performance degli ospedali. Tale misura appare opportuna tanto per incentivare una maggiore attenzione delle aziende verso l'efficienza complessivamente intesa, quanto per permettere ai pazienti/consumatori di svolgere consapevolmente la propria funzione di scelta, incentivando il miglioramento della qualità.

L'integrazione delle politiche di *governo* nel settore ospedaliero rappresenta la condizione necessaria, ma non sufficiente, per una razionalizzazione del Sistema: infatti, l'Ospedale non potrà certamente modificarsi se non si sviluppa, parallelamente, una efficace assistenza primaria.

Da questo punto di vista, sia l'assistenza ospedaliera che quella primaria soffrono il mancato adeguamento/sviluppo dei propri modelli organizzativi.

Come è noto, gran parte dei presidi della rete ospedaliera italiana adotta un assetto organizzativo elaborato negli anni '20 e giunto sino a noi con poche modifiche, oggi certamente debole sul versante dell'integrazione delle cure che sempre più rappresenta un imperativo.

A livello territoriale si è sinora privilegiata la componente strutturale di committenza e di offerta (creazione dei distretti, incremento dei posti in RSA, sviluppo di Case della Salute, ecc.), senza però che si sia approfondito (come peraltro si fa all'estero) quale modello assistenziale permetta migliori *outcome* e *customer satisfaction*.

Sul versante della medicina di base emerge (cfr. cap. 1.6, Barrella, Rebba) un primo tentativo positivo di passare da obiettivi di razionamento della domanda ad una reale presa in carico dei problemi dei pazienti. Negli accordi regionali più recenti si evidenzia un minore riferimento a tetti di spesa e/o a limiti di prestazioni erogabili, assumendo una maggiore attenzione alla progettazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

Secondo Barrella e Rebba risulta, però, ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo di una reale promozione e valutazione degli outcome di salute. Anche perché è ancora relativamente ridotta la parte variabile della remunerazione dei medici di base, gestita per perseguire obiettivi a livello decentrato (dove è più agevole misurare e controllare i risultati).

Il *governo* del sistema di assistenza territoriale passa per un insieme multi-dimensionale di interventi: la creazione di sistemi informativi locali integrati, la messa in rete e l'informatizzazione degli studi dei medici di base, l'adozione di modelli organizzativi di presa in carico basati sull'evidenza (EBM) e l'integrazione delle cure, la sperimentazione di meccanismi di *pay per performance*.

L'attenzione agli aspetti organizzativi è condivisa da Tanese (cfr. cap. 3.4) che sostiene «... il dinamismo che ha caratterizzato l'assetto delle aziende sanitarie in questi dieci anni è stato il segno tangibile di una assoluta rilevanza della dimensione organizzativa e una prova dei margini di manovra creati dalla condizione di autonomia organizzativa in cui le aziende operano. Occorre tuttavia interrogarsi, da un lato, sull'efficacia del cambiamen-

to indotto da tali processi e, dall'altra, sulla reale autonomia in cui le aziende si trovano ad operare. L'ipotesi è che esistano elementi endogeni al SSN che possono condizionare e limitare fortemente sia l'efficacia del cambiamento che il grado di autonomia delle aziende».

Tanese identifica alcuni rischi del processo: in primo luogo un irrigidimento dei processi di cambiamento, derivanti da una inopportuna identificazione dell'organizzazione con l'Atto Aziendale; quindi una sbagliata identificazione dell'organizzazione aziendale con l'elenco delle strutture, e di conseguenza con le posizioni rispetto alle quali attribuire gli incarichi dirigenziali; infine, il rischio di un ritorno ad un approccio più giuridico-formale che sostanziale dell'organizzazione.

Tutte osservazioni che, evidentemente, confermano lo scollamento esistente fra bisogni e risposte organizzative, a tutti i livelli del Sistema sanitario.

Se a livello macro non mancano le criticità nel sistema di *governo*, a livello micro (aziendale) si muovono vari elementi, ancorché spesso fuori da una logica comune di coordinamento.

Sul versante degli approvvigionamenti, che abbiamo visto essere fattore centrale nella spiegazione di alcune enormi differenze di costo fra strutture, Bettacchi, Russo (cfr. cap. 3.3) illustrano, in una ottica CONSIP, le prospettive di razionalizzazione degli acquisti. La crescente presenza di CONSIP, anche sul versante dei servizi di supporto alle procedure di acquisto, rende opportuna una riflessione strategica sui rapporti fra i servizi centralizzati a livello nazionale e lo sviluppo di forme neo-centralizzate a livello regionale. In particolare sembra opportuno inserire la materia in un quadro complessivo di supporto alle scelte regionali: si consideri che in alcune Regioni (a volte anche semplicemente per ragioni dimensionali) sembra più difficile che si possano sviluppare efficienti programmi di razionalizzazione degli acquisti.

A livello aziendale, si segnala la crescente attenzione (seppure l'avanzare sia lento e ancora in alcuni casi embrionale) per l'analisi dei processi. Casati, Marchese, Roberti, Vichi (cfr. cap. 3.7) testimoniano l'importanza dell'analisi sistematica dei percorsi diagnostico-terapeutici, che sembrano il luogo ideale per la valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza assistenziale. La continua crescita delle informazioni raccolte, e quindi la possibilità di effettuare *benchmarking* significativi, lascia ben sperare per il futuro, anche se manca un momento di sintesi dei progetti, capace di rendere al sistema informazioni utili per il suo *governo*, ad iniziare dall'aggiornamento delle tariffe.

A livello di programmazione e controllo, nelle aziende sanitarie ha preso vita un ibrido, che riassume in sé le caratteristiche della gestione budgetaria, con quelle strategiche delle *Balanced Scorecard* (BSC). Peraltro Ferrari, Greco e Merlini (cfr. cap. 3.5), dall'analisi di alcuni *case studies*, traggono l'idea di una configurazione della BSC nelle organizzazioni sanitarie più come mezzo di comunicazione che come strumento gestionale. Frittoli e Granzotto (cfr. cap. 3.6) si ricollegano alle analisi di processo, ricordando che quando tra «le strategie aziendali è prioritario il controllo dei costi, o la comprensione delle relazioni tra i costi e una vasta gamma di prodotti/servizi, l'*Activity Based Costing* (ABC) offre gli strumenti più efficaci per la comprensione degli accadimenti»; in un'ottica di BSC, e in particolare della prospettiva business interno, l'integrazione fra ABC e BSC

sembra quindi una opportunità da non mancare per ricondurre la BSC alla sua funzione gestionale.

Riassumendo, ci sembra di poter affermare che la “partita” dell’efficienza si gioca sia a livello macro, che è quello delle scelte istituzionali, sia a livello micro, quello dello sviluppo di strumenti manageriali.

Gran parte delle azioni normative si situano invece esattamente in mezzo a questi due momenti fondamentali, in un’area grigia caratterizzata da essere il momento della definizione dei livelli di offerta: ancora una volta si dimostra una pericolosa autoreferenzialità, che rischia di trasformare l’innovazione organizzativa, che è il vero motore della razionalizzazione, in un fatto più formale che sostanziale.

## **5 Il governo degli aspetti equitativi**

Un sistema sanitario universale che, almeno parzialmente, sacrifica il principio della libertà di scelta dei pazienti, per privilegiare la globale copertura dei bisogni di assistenza sanitaria della popolazione, deve porre molta attenzione, in termini equitativi, all’impatto delle spese sanitarie *out of pocket* sui bilanci delle famiglie.

In presenza di risorse pubbliche sempre scarse, almeno se confrontate con la tendenziale crescita dei bisogni, il concetto si rafforza, in quanto risulta necessario governare il processo di razionamento. Sia che esso sia esplicito (modifiche nei LEA), sia che (più frequentemente) sia implicito, capire il “segno” in termini equitativi delle politiche economiche sanitarie adottate è fondamentale da un punto di vista sociale.

Ad esempio, il ritorno di forme di compartecipazione, assolutamente auspicabile per *governare* la questione della appropriatezza, tanto sul lato dell’offerta che su quello della domanda, implica anche effetti finanziari sulle famiglie che devono essere attentamente valutati e monitorati.

Il Rapporto CEIS Sanità è giunto al terzo anno di attento monitoraggio dell’equità del nostro SSN: Doglia e Spandonaro (cfr. cap. 4.1) concludono che esiste uno “zoccolo duro” di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che si impoveriscono e, almeno in parte, da quelle che sostengono spese “catastrofiche”.

Nel triennio 2002-2004 (ultimi dati resi disponibili dall’ISTAT), tale zoccolo duro è quantitativamente rappresentato da circa l’11% di famiglie povere, a cui si aggiunge l’1,3%, di impoverimento causato da bisogni di salute. In altri termini la salute provoca un aumento di circa il 10% dei poveri “effettivi”. A questi si aggiunga oltre il 4% di famiglie che, malgrado siano titolari “sulla carta” di una copertura globale dei propri bisogni sanitari, sostengono direttamente una spesa per assistenza sanitaria che supera la soglia di riferimento proposta dall’OMS, ovvero il 40% della loro *capacity to pay*.

In termini assoluti il fenomeno è ragguardevole, essendo coinvolti complessivamente oltre 1.200.000 nuclei familiari. Questi nuclei rappresentano contemporaneamente un’area particolare di fragilità e una platea di cittadini che non riescono o non vogliono esercitare il proprio diritto all’assistenza: ad essi va evidentemente deputata una particolare attenzione dai *policy makers*.

L’anzianità è un catalizzatore potente della fragilità: oltre il 60% delle famiglie impoverite contiene anziani; in altri termini, la condizione anziana aumenta del 50% la probabilità di

un impoverimento causato da spese sanitarie *out of pocket*.

Le aree assistenziali che maggiormente contribuiscono al fenomeno sono la farmaceutica e la specialistica per i nuclei più poveri, ma anche l'odontoiatrica e la non autosufficienza per le famiglie che "possono permettersela": per questi ultimi bisogni, quindi, il fenomeno è maggiore di quanto appaia, poiché non avere avuto spese può non implicare che il bisogno sia stato soddisfatto gratuitamente, quanto che potrebbe essere stato semplicemente posticipato (spesso comportando maggiori costi diretti e indiretti nel futuro) o "risolto nella famiglia", con costi che sfuggono alla contabilizzazione.

Si noti, ancora, che nella spesa diretta delle famiglie sono comprese tanto le spese del tutto private, quanto quelle derivanti da compartecipazioni alle prestazioni erogate dal SSN, oltre a quelle "miste" rappresentate dal pagamento di prestazioni rese in *intra-moenia*.

Malgrado la leva dei trasferimenti finanziari, rappresentata nello specifico dai ticket, sia una di quelle più utilizzate a livello di politiche economiche sanitarie, del fenomeno sappiamo poco, non avendo rilevazioni che distinguono per tipologia le spese *out of pocket*. Dai risultati ottenuti, in particolar modo relativamente alla farmaceutica e alla specialistica, si può peraltro immaginare che l'attuale regime di compartecipazioni/esenzioni non sia ben tarato: è infatti presumibile che il meccanismo della quota fissa per ricetta (non soggetto a esenzione), sia in larga parte responsabile dell'impoverimento nelle fasce più povere.

Si aggiunga che l'attuale sistema di esenzione comporta un'unica soglia intorno a € 36.000 di reddito familiare, creando una ingiustificabile disparità fra chi è di poco sopra o sotto tale soglia.

Sarebbe quindi auspicabile che il settore, proprio per la sua valenza strategica e per il suo impatto sociale, sia monitorato molto più approfonditamente, adeguando allo scopo le rilevazioni statistiche.

Si consideri, infine, che a livello regionale si registrano differenze significative; in parte esse sono spiegate dai differenziali endemici di livello socio-economico: citiamo come la distribuzione dei poveri sia molto disforme, dal 3,4% in Emilia Romagna fino a sfiorare il 30% in Sicilia.

Non di meno gli impoveriti sono solo lo 0,3% in Friuli Venezia Giulia, dove evidentemente il SSR riesce a svolgere in modo egregio la sua funzione di collettivizzazione del rischio economico derivante dalla malattia, sino al 2,6% della Calabria. Si noti che la Regione più virtuosa, e quella che lo è meno, non coincidono con quelle del *ranking* per incidenza dei poveri, a dimostrazione sia che i fenomeni sono differenti, sia che l'impoverimento dipende in modo rilevante dalle scelte di politica economica sanitaria.

Ci sembra non casuale che anche l'incidenza delle famiglie che sostengono spese catastrofiche veda nuovamente la primazia del Friuli Venezia Giulia (1,9%) e come fanalino di coda la Calabria (10,2%).

Se ne può concludere che le scelte di politica sanitaria regionali non appaiono affatto neutrali in termini di equità, sia locale che complessiva del sistema.

Un'ultima considerazione riguarda l'importanza dei livelli socio-economici, nello spiegare i diversi livelli di fabbisogno sanitario; mentre a livello di finanziamento si tiene conto, specialmente, delle strutture demografiche (utilizzate nella valutazione delle quote capi-

tarie ponderate come *proxy* del fabbisogno), non vengono presi in considerazione gli effetti dei diversi livelli socio-economici.

Questi ultimi rilevano doppiamente: in primo luogo perché inducono differenti livelli di esenzione nelle varie Regioni, e questi contribuiscono in modo rilevante a determinare il livello di equità del sistema.

Da questo punto di vista sarebbe auspicabile che le compartecipazioni siano strettamente legate ai livelli di inappropriatazza dei consumi, e che i livelli di esenzione siano regionalmente specificati sotto il vincolo, che rappresenta un principio basilare di cittadinanza, di un livello massimo di spesa ritenuto accettabile in funzione della *capacity to pay* della famiglia, ad esempio utilizzando strumenti quali l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

In secondo luogo, come dimostrato da Rocchetti (cfr. cap. 4.2), a parità di bisogno, gli utilizzi dei servizi assistenziali si concentrano in modo diverso a seconda della posizione socio-economica degli individui, determinando forme di iniquità orizzontale.

In particolare, per servizi di base, come le visite generiche, l'indice di iniquità orizzontale è negativo: ovvero, chi ha una posizione socio-economica più bassa fa un uso maggiore dei suddetti servizi rispetto al proprio grado di bisogno. Di contro per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, l'indice di iniquità orizzontale è positivo, indicando un utilizzo maggiore nelle classi più abbienti.

In termini di *policies* queste evidenze implicano sia la necessità di un impegno per rimuovere le cause di impedimento all'accesso, ma soprattutto le cause di inappropriatazza delle risposte, sia di rivedere il sistema di riparto.

Il sistema attuale di riparto, che discende dai criteri della L. 662/1996, non tiene conto degli elementi citati; anzi si fonda sulla frequenza, ma non sull'appropriatazza, dei consumi sanitari, apparendo oggi superato e fonte potenziale di iniquità.

Il *governo* del sistema sanitario non può limitarsi alla gestione della spesa pubblica. La nostra analisi ha confermato la presenza di una notevole quota di spesa *out of pocket*, alimentata da scelte di *opting out*, ma anche dai ticket e dalle forme miste, come il ricorso ai servizi in *intra-moenia*.

Una risposta a questa problematica, in coerenza con l'evoluzione europea, va ricercata nei meccanismi di assicurazione integrativa.

L'analisi degli attuali livelli di copertura assicurativa delle famiglie ci fornisce elementi utili ai fini di un efficace sviluppo delle polizze integrative.

Nelle condizioni attuali, di scarsa incentivazione e anche di incertezza normativa, il mercato dell'assicurazione sanitaria integrativa non solo non cresce, ma rischia di implodere definitivamente, con nocumento tanto per le compagnie che per i cittadini.

Questa è la conclusione a cui giungono Borgia e Doglia (cfr. cap. 3.8), i quali documentano come la spesa OOP delle famiglie assicurate sia sostanzialmente analoga in livello e in composizione a quella delle famiglie non assicurate.

Questo fenomeno apparentemente paradossale è il frutto sia di una sorta di selezione avversa, per cui solo le famiglie più ricche, ma fra queste solo le più propense al consumo sanitario, stipulano oggi una polizza, sia di una natura sostanzialmente duplicativa di tali polizze.

L'assicurazione privata non dovrebbe, peraltro, essere prerogativa solo delle famiglie più ricche: l'intervento pubblico dovrebbe quindi mirare ad un sistema di incentivazione doppiamente selettivo: che favorisca coloro che hanno un reddito più basso e che tenga anche conto della tipologia delle prestazioni coperte. Tale incentivazione avrebbe il doppio pregio di incentivare un allargamento della popolazione assicurata, e quindi grazie ad una maggiore dispersione del rischio di contenere i premi richiesti dalle Compagnie e anche di evitare la selezione avversa precedentemente segnalata.

### **6 I benefici del sistema: il governo della qualità e altro**

Il sistema sanitario ha dei costi rilevanti, ma apporta anche benefici importanti, sia diretti che indiretti.

A parte le ovvie conseguenze dirette in termini di tutela e miglioramento delle salute, è relativamente recente una rinnovata attenzione per il contributo del settore al valore aggiunto prodotto nel Paese.

Iniziando dal primo aspetto, è nota e persistente la difficoltà di raccolta dei dati sulla mortalità, sebbene il sistema sanitario nazionale italiano, con quello del Regno Unito, sia forse fra i pochi a poter teoricamente implementare un monitoraggio pressoché completo degli stati di salute.

In pratica abbiamo un'informazione carente, limitata agli aspetti di mortalità: per molti aspetti, quelli tradizionalmente analizzati, il sistema sanitario italiano ottiene ottime performance: è il caso dei bassi tassi di mortalità infantile.

Ciò non di meno alcune aree di intervento dimostrano la possibilità di ampi spazi di miglioramento.

Bruzzone, Mennini, Palazzo, Ricciardi (cfr. cap. 5.1), hanno indagato un'area di sicuro interesse per la Sanità Pubblica, osservando come esista un *gap* sfavorevole di mortalità per la popolazione delle donne del Sud e delle Isole (si noti che tale differenziale non si riscontra per gli uomini).

Sia per i tumori della mammella, che per quelli al collo dell'utero e anche per quelli del colon-retto, le mediane di morte delle donne del Sud e Isole sono sistematicamente inferiori a quelle delle donne delle altre Regioni.

Questo differenziale è associato con una tendenza delle donne meridionali e insulari a non effettuare una buona prevenzione mediante diagnosi precoce; non si può far ricadere interamente sui ritardi del settore pubblico la responsabilità per la bassa adesione ai programmi di screening che caratterizza il Sud, dettata da scorrette abitudini della popolazione femminile: evidentemente il *governo* del sistema richiede in questi casi interventi mirati sulle popolazioni, capaci di aumentarne l'*empowerment*.

La capacità di risposta del settore pubblico ai bisogni e alle caratteristiche della popolazione ha comunque una rilevante importanza, come sembra confermato dal fatto che, nel Centro, Regioni adiacenti hanno outcome fortemente difforni: il Lazio, ad esempio, si comporta come una Regione del Sud, mentre le altre tre Regioni (Toscana, Umbria e Marche) hanno andamenti analoghi a quelle del Nord.

Utilizzando lo strumento metodologico della mortalità evitabile (cfr. cap. 5.2, Conti, Mennini, Minelli, Palazzo, Ricciardi), si confermano i ragionamenti sopra espressi: il

31,4% della mortalità evitabile è da riferirsi alle donne e “solo” il 2,3% agli uomini.

Un altro modo di valutare la qualità dei nostri servizi può essere quello di analizzare la mobilità internazionale dei pazienti.

La tendenza in Italia è quella di considerare il Sistema sanitario chiuso nei confini nazionali, anche per effetto di una normativa europea che, in sanità, ha sinora privilegiato l'autonomia delle scelte degli Stati membri.

Secondo Donia Sofio e Gabellini (cfr. cap. 5.4), in un'ottica europea, la mobilità dei pazienti può avere effetti positivi, incentivando la competizione tra i *provider* relativamente all'efficienza/efficacia nell'erogazione dei servizi.

D'altro canto, la mobilità può anche comportare dei rischi sia per i pazienti che per i sistemi sanitari, soprattutto se il processo non è *governato* adeguatamente.

Dal lato della domanda un'efficiente mobilità può aprire al paziente/cittadino un mercato più ampio dei servizi assistenziali e quindi una maggiore possibilità di scelta, anche se, sicuramente, esistono problemi di equità: le persone che vanno all'estero a curarsi di propria iniziativa superano le procedure di priorità interne, mentre i cittadini che non possono affrontare i costi aggiuntivi dei trattamenti all'estero hanno un accesso relativamente ridotto alle cure.

A riprova di una crescente dimensione europea della materia, citiamo il progetto *Europe for Patients* (2004), il quale si concentra sullo sviluppo delle reti informative per superare l'asimmetria informativa, in un'ottica di miglioramento della qualità.

Tornando all'Italia, Donia Sofio e Gabellino notano come nella valutazione regionale, la mobilità sanitaria intra-europea sia considerata assolutamente marginale, laddove invece potrebbe rappresentare, per molte di esse, uno strumento attraverso il quale sviluppare una sana competitività tra gli operatori sanitari.

Il Veneto, in particolare, rappresenta un'eccezione: in tale Regione è stato sviluppato un *case study* che è, forse, il più significativo sia a livello nazionale che europeo.

Il Veneto è anche tra le poche Regioni italiane (le altre sono l'Emilia Romagna, il Friuli V.G. e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che possono vantare un saldo attivo nella compensazione finanziaria della mobilità sanitaria internazionale, grazie anche ad una esplicita organizzazione dell'assistenza ai pazienti stranieri.

“Provocatoriamente” possiamo concludere che il dato sulla mobilità internazionale può rappresentare un buon banco di prova per dimostrare la reale qualità dei SSR italiani.

Concludiamo riprendendo la questione dell'apporto indiretto del SSN al sistema Paese. L'attenzione alla Sanità sul versante industriale non è nuova (cfr. il cosiddetto “*Health Industry Model*”, Di Tommaso, Schweitzer, L'Industria n.s. 2000); recentemente, tanto Confindustria che il progetto Meridiano dello Studio Ambrosetti hanno riproposto il tema, elaborando stime del valore aggiunto (diretto e indotto) creato dal settore sanitario: a fronte di un 8,5% circa di spesa (per estensione: costo), oggi il settore sanitario produrrebbe fra l'11 e il 12% del valore aggiunto italiano, ponendosi nelle prime 3 o 4 posizioni per settore di attività.

Non c'è peraltro dubbio che oltre a rappresentare un importante settore produttivo, relativamente (nel bene e nel male) soggetto alla competizione globale, il Sistema Sanitario offre contributi importanti sul versante della Ricerca, della Coesione sociale, dello svilup-

po del Capitale Umano, ecc.

Una sintesi di questa importante area di benefici non ci risulta sia ancora stata sviluppata. Nel cap. 5.3, Mennini, Polistena, Ratti e Spandonaro hanno tracciato una sintetica radiografia dei principali settori industriali legati al settore sanitario, quello farmaceutico e quello dei dispositivi medici, nella convinzione che il tema dello sviluppo industriale e quello del contenimento dei costi sanitari debbano procedere in una logica integrata.

In primo luogo, infatti, colpisce la correlazione fra saldo commerciale e dimensione media d'impresa, ricordandoci che le imprese devono poter crescere per essere competitive e contribuire così al benessere del Paese.

La regolamentazione tesa al contenimento dei costi, certamente necessaria, deve quindi porre attenzione anche alle prospettive di sviluppo delle imprese, da cui il Paese trae un beneficio in termini di valore aggiunto, bilancia commerciale, occupazione, ricerca, maggiore gettito erariale, e che si aggiunge al benessere creato dalla disponibilità di tecnologie che migliorano e allungano la vita.

Si consideri, inoltre, che l'Italia, e in generale l'Europa, stanno cercando di colmare un *gap* rispetto agli USA, in termini di innovatività, accumulatosi negli anni '90: per raggiungere tale obiettivo è necessario che si sviluppi un ambiente favorevole alla ricerca e all'innovazione. Fra gli elementi a tal fine necessari, uno certamente importante è la "stabilità" ambientale che, in un sistema di tipo monopsonistico pubblico, implica porre grande attenzione all'impatto delle politiche sanitarie.

In altri termini, un ambiente "perturbato" da regolazioni troppo frequenti e invasive, è molto probabile che incida negativamente sulle performance aziendali e quindi sulle prospettive di sviluppo, disincentivando in ultima istanza gli investimenti e la creazione di valore aggiunto, ovvero deprimendo il vantaggio delle regolazioni in termini di minori costi finanziari per il sistema.

Il *governo* del sistema, quindi, richiede anche una stretta correlazione fra politiche sanitarie (*strictu sensu*) e politiche industriali.

## **7 Conclusioni**

In questo primo capitolo si è cercato di giustificare perché il *governo* del Sistema sanitario sia materia complessa, e anche di fornire qualche prospettiva nuova per le politiche sanitarie, fornendo allo stesso tempo una chiave di lettura coerente dei contributi che formano il IV Rapporto CEIS Sanità (2006).

In conclusione, proviamo a sintetizzare i risultati principali e alcune "ricette" proposte (in corsivo):

- la spesa sanitaria italiana cresce più del Pil (che peraltro ristagna da tempo), ma meno velocemente che negli altri Paesi europei, rimanendo abbondantemente sotto la media;
- la spesa sanitaria italiana si confronta con un vincolo forte, rappresentato dall'ingente debito pubblico, che non permette una crescita del livello di spesa sanitaria, come quello programmato e in parte realizzato da Blair in UK;
- *una conseguenza rilevante di ciò è quella di dover stabilire delle priorità: sembra difficile poter procedere in modo indifferenziato, penalizzando egualmente tutte le componenti del sistema;*

- la spesa pubblica italiana tende a uniformarsi al Finanziamento garantito centralmente che, forse non a caso, è strutturalmente inferiore alla spesa, sin dall'esordio del SSN, in misura però forse inferiore a quanto percepito: in media 0,4 punti percentuali di Pil, che non sposterebbero la posizione dell'Italia in termini di spesa sanitaria;
  - l'evoluzione del Finanziamento è peraltro scollegata dall'evoluzione dei costi del sistema (in primo luogo quelli del personale) a dimostrare una carenza di programmazione;
  - la Finanziaria 2007 prevede un incremento rilevante del finanziamento, che potrebbe ridurre il *gap*, anche se non completamente, sempre che le manovre di rientro regionali siano efficaci;
  - la manovra prevede misure di responsabilità dei cittadini, condivisibili in via di principio, ma con effetti equitativi discutibili per effetto dell'introduzione di ticket in cifra fissa;
  - quello che è più discutibile è l'assetto istituzionale sotteso alla manovra, che configura una sorta di "Federalismo immaturo": si chiede alla Finanziaria per un verso di omologare scelte regionali già fatte (dalle Regioni più virtuose) e per l'altro di "imporre" dall'alto scelte difficili o impopolari (prevalentemente alle Regioni più in difficoltà);
- *le funzioni strettamente centrali, quali il monitoraggio della qualità dell'assistenza e il rispetto dei diritti sono, in larga misura, rimandate ad altra norma: sarebbe però auspicabile non scollegarle dalla Finanziaria, poiché in questo caso gli interventi sarebbero sicuramente meno cogenti;*
- i recuperi di efficienza rimangono sostanzialmente "scatole nere", affidate alle Regioni, ma con poche prospettive di una responsabilizzazione effettiva a causa dell'incompletezza del Federalismo fiscale;
  - si preannuncia l'annoso problema dell'attribuzione delle responsabilità dei disavanzi (ad esempio se il gettito dei ticket sarà inferiore a quanto previsto), con il conseguente allungamento dei tempi di pagamento dei creditori;
- *l'esperienza internazionale mostra che anche la gestione del disavanzo è un problema di Governo e che è inefficiente sommare al fallimento programmatico i costi impliciti derivanti dall'allungamento dei tempi di pagamento;*
- la spesa pubblica ha un effetto moltiplicatore sulla spesa totale (pubblica più privata), attribuibile a meccanismi di duplicazione dei servizi;
  - anche la composizione fra quota a gestione diretta e quota a gestione accreditata non appare neutrale; (solo) nel Centro-Sud si evidenzia una programmazione inefficiente del rapporto pubblico-privato, con induzione di costi impropri;
  - ovviamente la spesa cresce anche per effetto dello sviluppo economico e dell'invecchiamento;
  - complessivamente la spesa sanitaria totale dovrebbe attestarsi nel 2007 fra l'8,2% e l'8,3% del Pil, con un incremento della quota pubblica; la spesa privata diminuirebbe solo leggermente, a causa dell'effetto dei maggiori ticket;
  - il passaggio dal controllo della spesa a quello della razionalizzazione del sistema richiede la separazione dell'intreccio fra elementi finanziari e di efficienza: la pressione a ottenere risparmi nel più breve tempo possibile spiega i fenomeni di neo-centralismo, ma manca una evidenza nel medio-lungo periodo sull'efficienza degli assetti istituzionali che si creano;

- le politiche settoriali basate su programmazioni “generiche” sembrano foriere di risultati limitati, quando non distorti: è il caso del tetto unico alla farmaceutica e delle indicazioni sulla riduzione dei posti letto, che tra l’altro non implica necessariamente riduzione dei costi;
- il problema della farmaceutica sembra essenzialmente essere quello della inappropriata prescrizione, specialmente nel Centro-Sud; analogamente per l’ospedaliera permangono livelli abnormemente difforni di ricorso al ricovero, a cui si sovrappongono politiche tariffarie centrate più sull’obiettivo del “risparmio” finanziario a breve termine, che non su quello della qualità dei servizi;
- inoltre, l’ospedale non può razionalizzarsi se non si sviluppa un’assistenza primaria adeguata: in questo settore malgrado una tendenza a legare gli incentivi agli outcome, ancora stenta ad affermarsi un modello efficace di presa in carico;
- *in questi settori è necessario sviluppare modelli e benchmark che tengano conto dei reali bisogni della popolazione, contrastando l’inappropriatezza e promuovendo qualità, in una logica di pay per performance;*
- a livello aziendale cresce l’attenzione per l’analisi dei processi, anche se ancora non si configura un sistema coordinato di gestione capace di sfruttare tali informazioni a livello strategico; si configura un sistema manageriale ibrido, ove budget e *balanced scorecard* convergono, anche se spesso con funzioni più comunicative che gestionali;
- cresce anche l’importanza della razionalizzazione degli acquisti, ove va chiarito il ruolo di servizio di CONSIP, alla luce del proliferare dei modelli regionali delle centrali di acquisto;
- un elemento critico di razionalizzazione è rappresentato poi dall’aspetto organizzativo: in questo campo si evidenzia il rischio di avere innovazioni più formali che sostanziali, ovvero di ricadere in una logica giuridico-formale;
- in presenza di chiare indicazioni sulle necessità di razionalizzazione a livello macro (si pensi alla separazione fra *purchaser* e *provider*), e anche a livello micro (acquisti, personale, ecc), spesso le indicazioni normative si concentrano invece nell’area di mezzo (interventi sulla “ospedaliera”, sulla “specialistica”, ecc.), ovvero quella identificata da una tipologia di offerta, in una logica tipicamente autoreferenziale;
- *nuovi modelli organizzativi e logiche di razionalizzazione dovrebbero spostarsi sulla domanda, scegliendo le opzioni più efficienti e appropriate (in una logica evidence based) per fronteggiare i bisogni espressi dai vari gruppi di popolazione: donne, anziani, cronici, ecc.;*
- dal punto di vista dell’equità va affrontato lo zoccolo duro rappresentato dai poveri, dagli impoveriti e anche da una parte delle famiglie soggette a pagamenti catastrofici: il loro numero è sostanzialmente stabile a dimostrare l’inefficacia degli interventi sin qui messi in atto;
- i ticket in cifra fissa hanno un effetto tendenzialmente iniquo, specie per le fasce di popolazione più povere;
- l’età anziana è un catalizzatore di rischio di impoverimento molto forte;
- odontoiatria e LTC sono le aree scoperte a maggiore rischio per le famiglie;
- esistono anche iniquità di accesso, nel senso di un uso differente e potenzialmente inappropriato dei servizi a seconda dello stato socio-economico;

- *quanto sopra porta a giudicare prioritaria una rivisitazione complessiva del meccanismo delle esenzioni legandole alla capacity to pay delle famiglie;*
- *inoltre esiste evidenza che l'attuale sistema di riparto regionale delle risorse, che identifica nell'età l'unico sostanziale fattore di fabbisogno, vada ripensato, alla luce dell'effetto della condizione socio-economica sull'utilizzo e anche del diverso impatto regionale delle compartecipazioni;*
- *il persistere di una quota rilevante di spesa out of pocket incentiva alla ricerca di soluzioni assicurative integrative: si evidenzia la necessità di utilizzare sistemi di incentivazione mirati, sia sul versante reddituale (per permettere di ampliare in modo solidale la platea dei sottoscrittori), sia su quello delle coperture previste, onde evitare un ruolo meramente duplicativo delle polizze;*
- *il sistema ancora soffre di aree di carenza di intervento: citiamo quest'anno il gap negativo di mortalità che grava sulle donne del Sud e Isole, in particolare nell'area dei tumori soggetti a screening nazionale; la disparità di genere è confermata dalla concentrazione della mortalità evitabile in capo alle donne;*
- *a parte i ritardi delle aziende sanitarie meridionali, si evidenzia anche la necessità di un forte impegno per modificare abitudini e stili di vita a rischio, in particolare fra le donne meridionali;*
- *l'Italia ha una mobilità sanitaria internazionale passiva, tranne che in poche e selezionate Regioni; la sfida di offrire servizi anche all'estero, ribaltando questo dato, è un buon banco di prova sulla capacità di dare servizi di qualità;*
- *infine non si possono dimenticare i benefici indiretti, in termini di valore aggiunto, ricerca, coesione sociale, capitale umano, creati dal settore sanitario; peraltro si evidenzia, anche in questo campo, una correlazione positiva fra dimensione media di impresa e saldo della bilancia dei pagamenti, suggerendo l'urgenza di una politica industriale nel settore;*
- *politica di sviluppo industriale e politiche di contenimento dei costi dovrebbero coniugarsi, ad esempio garantendo una sorta di stabilità regolatoria che è necessaria all'industria per fiorire.*

The background of the top half of the page features a warm, orange-toned image. It shows several silhouettes of people in a meeting or collaborative setting. Some individuals are standing and gesturing, while others are seated. The overall atmosphere is professional and dynamic.

# *Capitolo 1*

## *Spesa e finanziamento*

## 1.1 - Evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nei Paesi OCSE<sup>1</sup>

Francia L.<sup>2</sup>, Mennini F.S.<sup>2</sup>

### 1.1.1 Introduzione

Come già rilevato nelle precedenti edizioni del Rapporto CEIS (2003; 2004; 2005<sup>3</sup>), i Paesi OCSE continuano ad impiegare un considerevole ammontare di risorse per alimentare i propri sistemi sanitari. Con lo scopo di garantire una continuità di informazione e di confronto sull'andamento della spesa sanitaria nei Paesi OCSE, anche in questa edizione analizzeremo i risultati conseguiti dall'Italia e dagli altri Paesi dell'area OCSE considerati in termini di spesa. Nel 2004, ultimo anno di cui si hanno dati disponibili per un confronto significativo a livello internazionale, la spesa sanitaria ha raggiunto un valore pari a 9,5% (media OCSE)<sup>4</sup> del Pil (Tabella 1). Viene confermato anche quest'anno come l'Italia continua a mantenersi al di sotto della media OCSE e in linea con la media dei paesi UE considerati, con un valore pari all'8,4% del Pil (7,9% nel 2000). Gli USA confermano il valore più elevato con una spesa sanitaria pari al 15,3% del Pil (13,3% nel 2000).

Il continuo sviluppo delle tecnologie in campo sanitario, l'invecchiamento della popolazione e la crescita delle aspettative da parte della popolazione sono tra i principali fattori che determinano la continua crescita della spesa sanitaria. La spesa sanitaria ha continuato a "correre" più velocemente della crescita economica durante gli ultimi dieci anni (OECD 2005; Colombo e Mennini 2004). La maggiore crescita della spesa sanitaria rispetto alla crescita economica si è manifestata ancora prima della decelerazione che il sistema economico nel suo complesso ha subito recentemente<sup>5</sup>.

Durante gli anni Novanta, la differenza tra la crescita della spesa sanitaria e la crescita economica è stata di oltre un punto percentuale per la media dei Paesi OCSE. Come nel confronto sui dati 2002, anche nel 2004 (ultimo anno di cui si hanno dati disponibili per un confronto), la spesa sanitaria in Italia ha continuato a crescere anche se in misura leggermente inferiore rispetto ai principali Paesi OCSE. Queste continue accelerazioni hanno accresciuto le preoccupazioni dei *policy makers*, non solo nel nostro Paese, circa

<sup>1</sup> L'ultima raccolta dati, OECD Health Data 2006, è stata utilizzata quale base dati per il presente contributo. Si ringrazia Francesca Colombo (Health Policy Unit, OECD, Paris) per il contributo fornito nel Rapporto CEIS Sanità 2004 che ci ha permesso di completare il presente lavoro.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Francia L e Mennini FS (2003); Colombo F e Mennini FS (2004); Francia L e Mennini FS (2005).

<sup>4</sup> La media non include: Repubblica Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Polonia, Slovacchia e Turchia.

<sup>5</sup> Cfr. Colombo F e Mennini FS, 2004.

la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. La gran parte, infatti, della spesa sanitaria è finanziata da risorse pubbliche e genera, conseguentemente, grande pressione sui già ristretti budget pubblici di ogni singolo Paese.

La domanda di corretti o appropriati livelli di spesa sanitaria difficilmente trova risposta. Durante le due decadi passate, tanto l'Italia quanto gli altri Paesi OCSE hanno implementato una serie continua e differenziata di modelli rivolti al contenimento dei costi e al miglioramento della situazione finanziaria dei sistemi sanitari. Questi hanno contemplato un graduale intervento nel settore ospedaliero, riducendo i beni e servizi sanitari finanziati dal settore pubblico offerti alle famiglie, e incrementando la quota a carico delle famiglie per quanto attiene le cure dentali (non in Italia).

Il presente lavoro illustra, dunque, i dati sulla spesa per l'assistenza sanitaria dell'Italia e di trenta<sup>6</sup> Paesi dell'area OCSE. Viene posto l'accento sui principali *trend* nel nostro Paese per poi discutere le principali differenze tra tutti i Paesi analizzati. Inizialmente si effettua una analisi della spesa sanitaria in relazione al Pil, guardando come la crescita della spesa sanitaria e il rallentamento della crescita economica abbiano contribuito ad accrescere la quota del settore sanitario all'interno del sistema economico. Il lavoro quindi prosegue verificando come la spesa per l'assistenza sanitaria viene finanziata nei Paesi oggetto dell'indagine, e infine si propone di investigare come vengono utilizzate le risorse tra i differenti beni e servizi sanitari. Seguono le conclusioni.

### **1.1.2 La spesa sanitaria**

I sistemi sanitari, prendendo in considerazione 22 Paesi OCSE (per i quali è stato possibile effettuare una comparazione su serie storiche), registrano in media una spesa sanitaria pari al 9,5% del Pil nel 2004. Per quanto riguarda l'Italia (8,4% nel 2004), a partire dal 1990 (anno in cui si inizia ad avere disponibilità di dati confrontabili), la quota di spesa quale percentuale del Pil non è variata molto, anche confrontandola con quei pochi Paesi che sono stati caratterizzati da variazioni più significative e si è sostanzialmente caratterizzata per essere inferiore alla media OCSE confermando una crescita minima (Tabella 1).

### **1.1.3 Spesa sanitaria pro-capite**

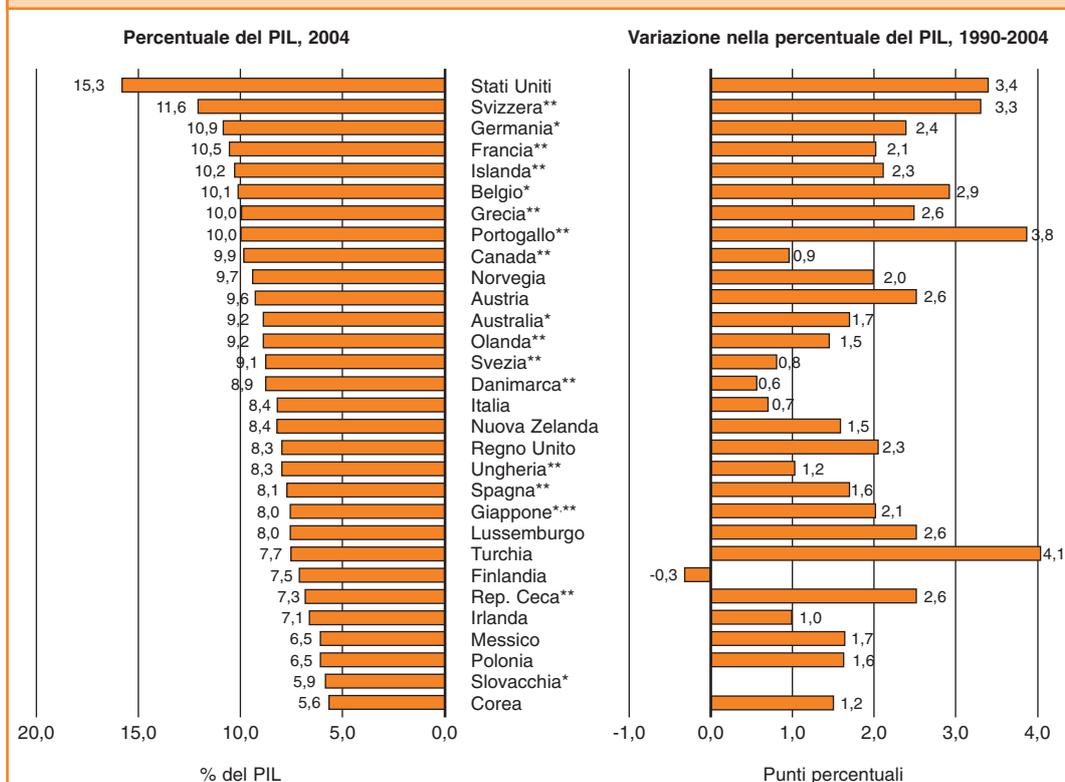
Soffermarsi solo sull'analisi di dati generali a livello macro può comunque non aiutare a meglio comprendere la reale situazione dei Paesi analizzati. La spesa pro-capite, dunque, può essere utilizzata quale ulteriore indicatore utile a focalizzare più nel dettaglio i trend caratterizzanti tutti i Paesi analizzati e, soprattutto, l'Italia.

L'Italia, infatti, con \$ 2.392 *Purchasing Power Parity* (PPP) è praticamente in linea con il valore medio OCSE, pur registrando nel 2004, rispetto al 2002 e al 2003<sup>7</sup>, una crescita della pro-capite privata. Ed è proprio questo trend, relativo alla spesa pro-capite privata, che dovrebbe iniziare a generare preoccupazione. Gli Stati Uniti risultano occupare la

<sup>6</sup> È utile sottolineare che in alcune elaborazioni non si è potuto prendere in considerazione tutti e 30 i Paesi in quanto per alcuni non sono disponibili i dati riferiti al 2004.

<sup>7</sup> Cfr. Colombo e Mennini (*Rapporto CEIS Sanità 2004*) e Francia e Mennini (*Rapporto CEIS Sanità 2005*).

Figura 1 - Spesa sanitaria in percentuale del PIL – 2004



\* 2003  
\*\*Stima

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

prima posizione anche per quanto attiene la spesa sanitaria pro-capite. Nel 2004 hanno infatti registrato un valore di spesa sanitaria pro-capite pari a \$ 6.102 (PPP), rispetto a meno di \$ 1.000 PPP di Paesi quali il Messico, la Slovacchia, la Polonia e la Turchia (Figura 2). Le differenze riscontrate nella spesa sanitaria pro-capite tra i vari Paesi sono in parte riconducibili al livello di sviluppo economico. Anche nel 2004, e con maggior forza ( $R^2=0,7826$  nel 2004 vs  $R^2=0,6723$  nel 2003), si conferma una positiva relazione tra il reddito pro-capite e la spesa sanitaria pro-capite, come illustrato nella Figura 3. Il reddito rappresenta certamente un fattore determinante per quanto riguarda la crescita della spesa sanitaria nell'area OCSE. Comunque non esiste un unico o più appropriato livello di spesa che possa essere utilizzato quale misura unica per tutti i Paesi. Mentre i Paesi più ricchi tendono a spendere più risorse per la salute, vi è una considerevole variazione nella spesa tra Paesi aventi un livello di reddito confrontabile. Questa variazione suggerisce che la relazione spesa-reddito è più debole per i Paesi ricchi. Altri fattori, incluse le scelte di *policy* circa l'organizzazione del sistema e gli aspetti regolatori, risultano essere delle determinanti importanti per quanto attiene l'impatto sui livelli di spesa sanitaria<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Mennini e Francia (2003); OECD, (2004b).

**Tabella 1 - Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL – 1970-2004**

Paesi	1970 <sup>d</sup>	1980	1990 <sup>e</sup>	2000	2004 <sup>f,g</sup>
Australia	5,4	6,8	7,5	8,8	9,2
Austria	5,2	7,5	7,0	9,4	9,6
Belgio	3,9	6,3	7,2	8,6	10,1
Canada	7,0	7,1	9,0	8,9	9,9
Corea	---	---	4,4	4,8	5,6
Danimarca	7,9	8,9	8,3	8,3	8,9
Finlandia	5,6	6,3	7,8	6,7	7,5
Francia	5,3	7,0	8,4	9,2	10,5
Germania <sup>a</sup>	6,2	8,7	8,5	10,4	10,9
Giappone	4,5	6,5	5,9	7,6	8,0
Grecia	6,1	6,6	7,4	9,9	10,0
Irlanda	5,1	8,3	6,1	6,3	7,1
Islanda	4,7	6,2	7,9	9,2	10,2
Italia	---	---	7,7	7,9	8,4
Lussemburgo	3,1	5,2	5,4	5,8	8,0
Messico	---	---	4,8	5,6	6,5
Norvegia	4,4	7,0	7,7	8,5	9,7
Nuova Zelanda	5,1	5,9	6,9	7,7	8,4
Olanda	6,6	7,2	7,7	7,9	9,2
Polonia	---	---	4,9	5,7	6,5
Portogallo	2,6	5,6	6,2	9,4	10,0
Regno Unito	4,5	5,6	6,0	7,3	8,3
Rep. Ceca	---	---	4,7	6,7	7,3
Slovacchia	---	---	---	5,5	5,9
Spagna	3,5	5,3	6,5	7,2	8,1
Stati Uniti	7,0	8,8	11,9	13,3	15,3
Svezia	6,8	9,0	8,3	8,4	9,1
Svizzera	5,5	7,4	8,3	10,4	11,6
Turchia	---	3,3	3,6	6,6	7,7
Ungheria	---	---	7,1	7,1	8,3
<b>OECD media <sup>h</sup></b>	---	---	---	<b>8,0</b>	<b>8,9</b>
<b>OECD (Media 22 Paesi) <sup>b</sup></b>	<b>5,3</b>	<b>7,0</b>	<b>7,5</b>	<b>8,6</b>	<b>9,5</b>
<b>EU (15) media <sup>c</sup></b>	---	---	<b>7,2</b>	<b>8,2</b>	<b>9,0</b>

a Per tutti gli anni precedenti il 1990 i dati per la Germania si riferiscono alla Germania Ovest.

b La media esclude: Repubblica Ceca, Ungheria, Italia, Corea, Messico, Polonia, Slovacchia e Turchia

c La media include: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito.

d Per l'Australia e la Danimarca il dato è riferito al 1971, e al 1972 per l'Olanda.

e Per l'Ungheria il dato è riferito al 1991.

f Per l'Australia, il Belgio, la Germania, il Giappone, la Slovacchia il dato è riferito al 2003.

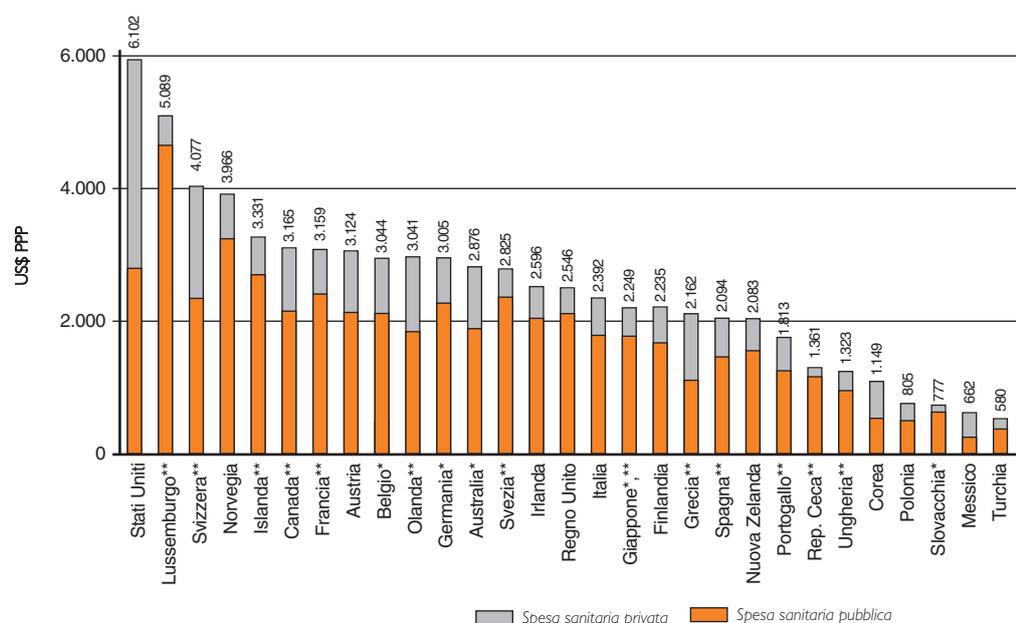
g Per il Canada, la Danimarca, la Francia, la Grecia, il Giappone, l'Islanda, il Lussemburgo, l'Olanda, il Portogallo, la Rep. Ceca, la Spagna, la Svezia, la Svizzera e

l'Ungheria il dato è stimato.

h La media esclude la Turchia.

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

Figura 2 - Divisione della spesa sanitaria pro-capite in pubblica e privata - 2004



\* 2003 \*\*stima

Paesi ordinati per livelli decrescenti della spesa sanitaria totale pro-capite (US\$ PPP)

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

L'Italia, al pari degli altri Paesi UE più avanzati, registra una positiva relazione tra il reddito pro-capite e la spesa sanitaria pro-capite (Figura 3).

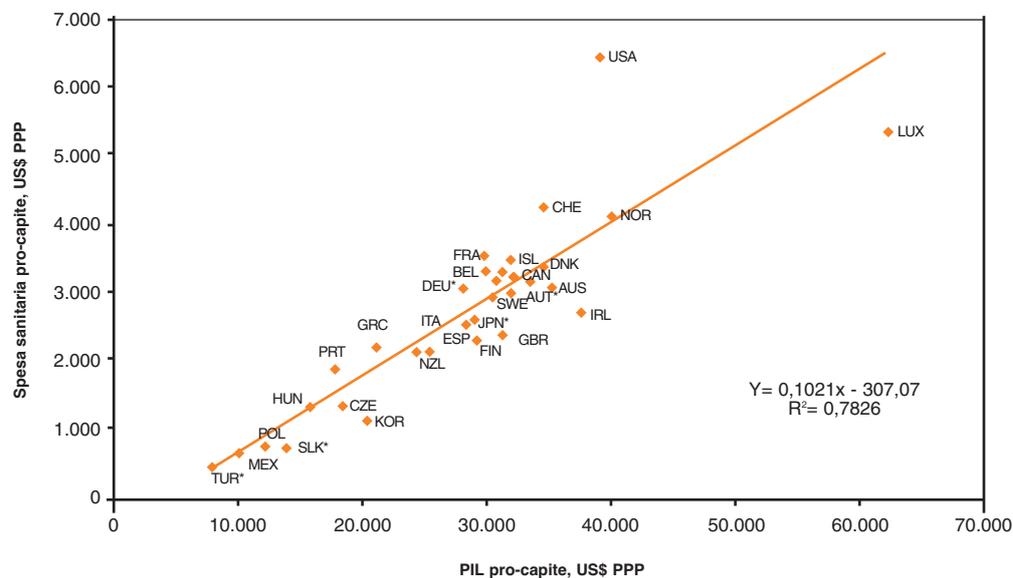
Allo stesso modo vi sono differenze nella spesa pro-capite in sanità per i Paesi che hanno le medesime quote di Pil destinate al sistema sanitario. Ad esempio, sia la Grecia che la Francia spendono circa il 10,0% del Pil per la sanità nel 2004 con una leggera crescita rispetto al 2000 (Figura 4), ma la spesa sanitaria pro-capite della Grecia è significativamente inferiore rispetto alla stessa registrata in Francia (rispetto agli anni precedenti, però, il divario si sta riducendo). Variazioni nei livelli di spesa sono dovute anche a differenti combinazioni tra i Paesi di prezzi e quantità nell'erogazione di assistenza sanitaria. Sebbene, infatti, la spesa negli Stati Uniti sia sostanzialmente più alta rispetto agli altri Paesi, il volume di assistenza offerta è comparabile con quello degli altri Paesi OCSE<sup>9</sup>.

#### 1.1.4 Il settore pubblico quale strumento principale per il finanziamento della spesa sanitaria

Anche nei Paesi dove vige un sistema di copertura universale si riscontra un significativo ricorso alla spesa privata, che dipende da quanto è ampio il *gap* di servizi che dovrebbe

<sup>9</sup> Docteur et al. (2003).

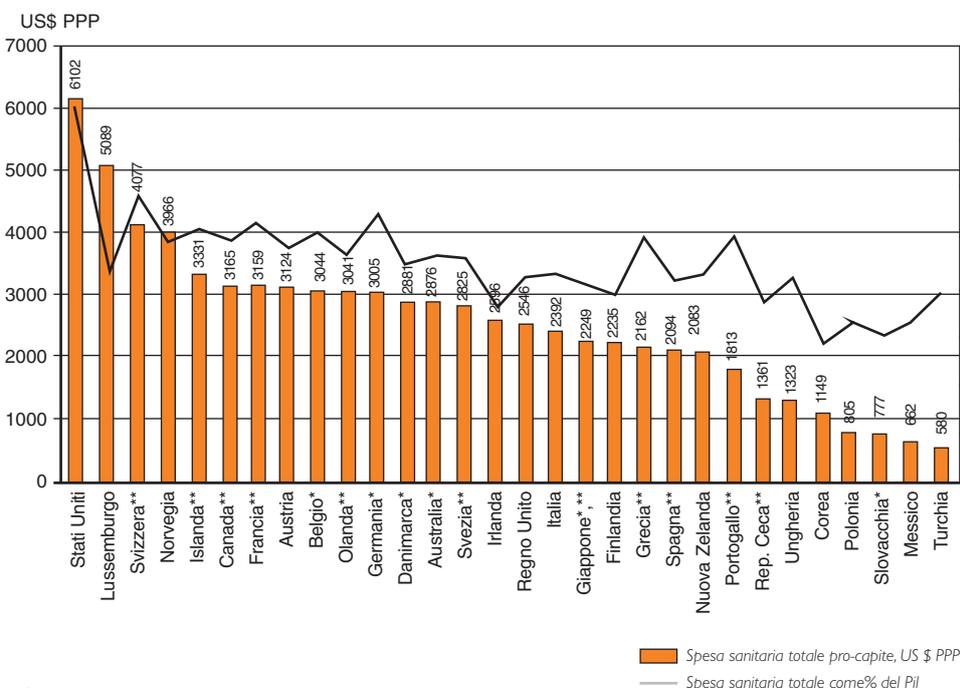
Figura 3 - Spesa sanitaria pro-capite e reddito pro-capite - 2004



Fonte: OECD Health Data 2005, giugno 2006

\*2003

Figura 4 - Spesa sanitaria totale pro-capite e quale percentuale del PIL - 2004

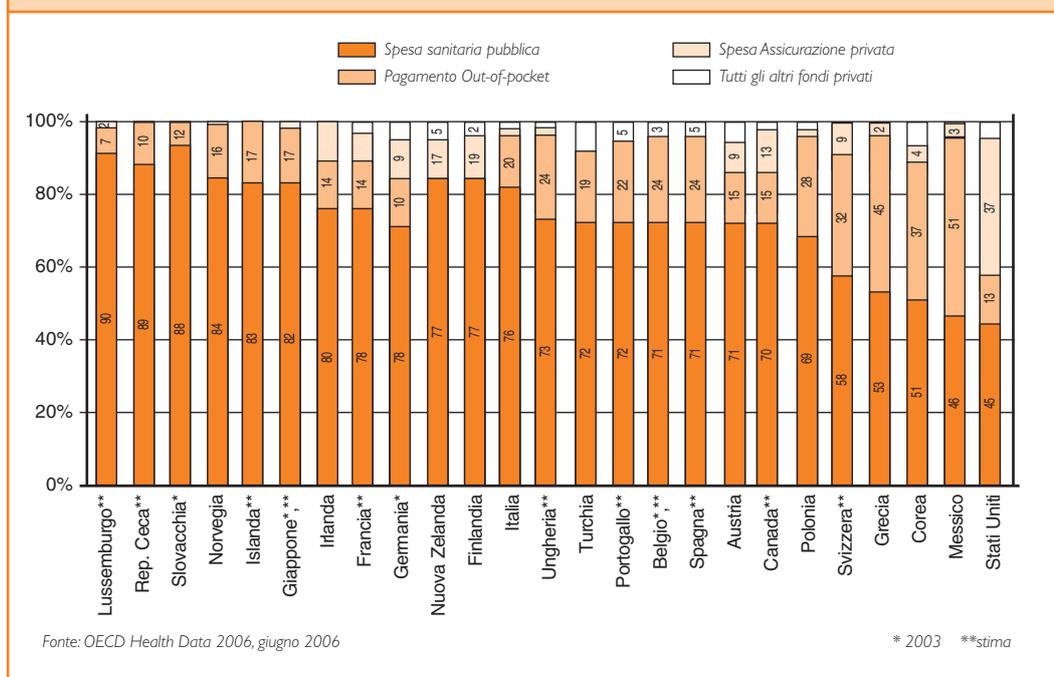


I Paesi sono disposti in ordine decrescente rispetto alla spesa sanitaria pro-capite

\* 2003; \*\* Stima

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

Figura 5 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento - 2004



garantire il sistema pubblico, dall'ampiezza della compartecipazione alla spesa<sup>10</sup> e dal ruolo che rivestono le differenti forme di assicurazione sanitaria privata (ampiezza del mercato assicurativo)<sup>11</sup>.

Il finanziamento pubblico rappresenta, comunque, la formula dominante all'interno del gruppo dei Paesi OCSE (Figura 5), pur registrando una lieve flessione rispetto al 2002. La quota pubblica è stata superiore dell'80,0% in molti Paesi. L'Italia continua a posizionarsi leggermente al di sopra della media OCSE con una quota pubblica prossima al 76,5% che è praticamente la medesima registrata negli ultimi dieci anni.

In Italia la spesa privata delle famiglie rappresenta circa un quinto del totale. È comunque importante notare come la quasi totalità (circa 83,0%) del finanziamento privato nel nostro Paese è rappresentata dalla spesa *out-of-pocket* che, ad eccezione di Grecia, Islanda, Repubblica Ceca e Norvegia, rappresenta uno dei valori più alti fra i Paesi della vecchia Europa e quelli maggiormente industrializzati. Per quanto attiene questa parte del finanziamento è, dunque, interessante notare come la spesa *out-of-pocket* rappresenta in media il 19,8% del totale della spesa sanitaria nel 2004<sup>12</sup> e circa il 76,0%<sup>13</sup> del

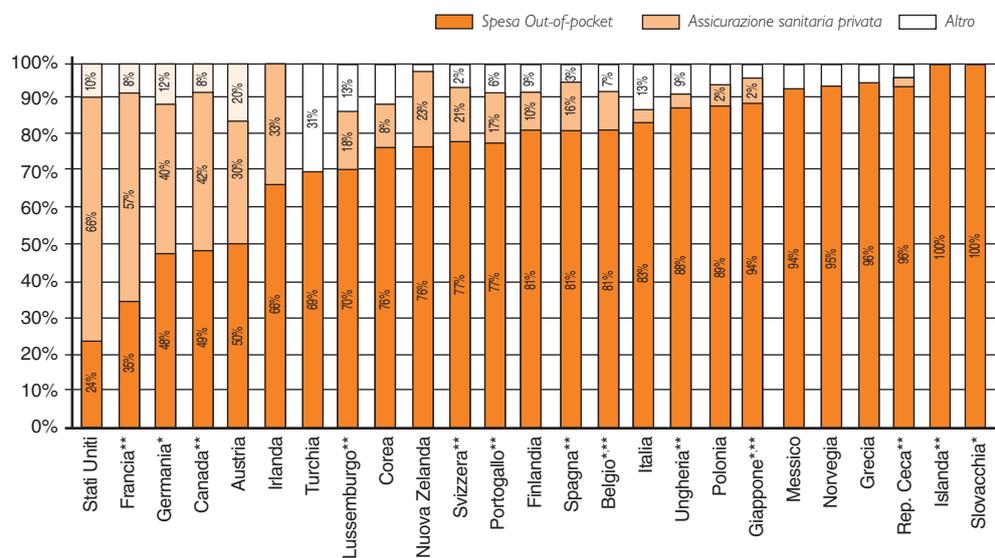
<sup>10</sup> Il co-payment in Italia è cresciuto negli anni considerati in questo studio.

<sup>11</sup> Cfr. OECD, 2003c e Docteur et al., 2003.

<sup>12</sup> La media non comprende la Svezia e il Regno Unito, per i quali i dati non sono disponibili. Per la Slovacchia, la Germania, il Giappone e il Belgio i dati disponibili si riferiscono al 2003; per l'Australia al 2002 (OECD, 2006).

<sup>13</sup> La media non comprende Australia, Danimarca, Olanda, Regno Unito e Svezia, a causa dell'incompletezza delle informazioni.

Figura 6 - Divisione del finanziamento privato - 2004



Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

\* 2003 \*\*stima

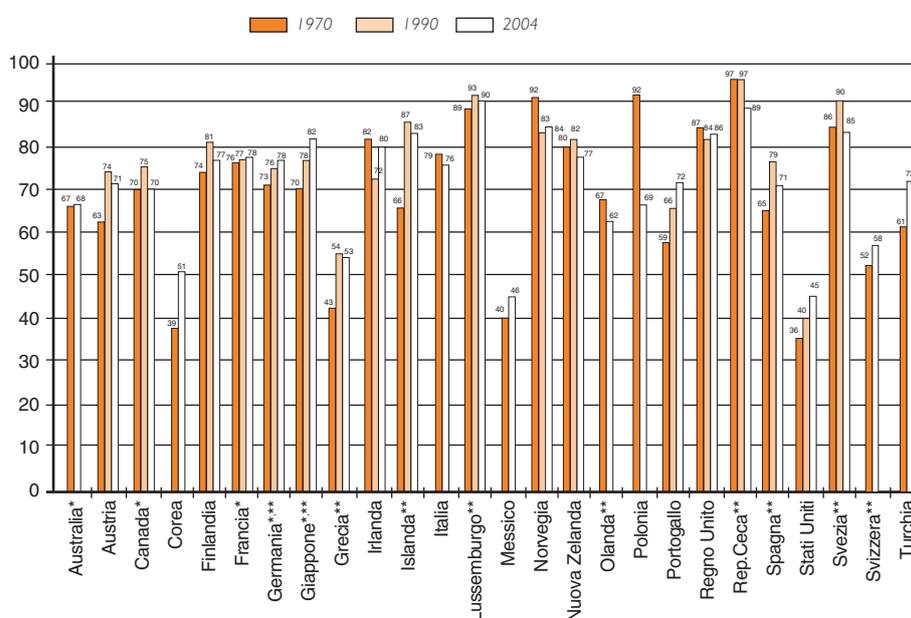
totale della spesa privata a livello OCSE (Figure 5 e 6). La variabilità fra Paesi è abbastanza ampia. Con alcune eccezioni, i Paesi con il più basso reddito *pro-capite* hanno la quota più ampia di spesa *out-of-pocket* e viceversa. L'incidenza della spesa *out-of-pocket* sul totale dei consumi delle famiglie è cresciuta sensibilmente lungo l'arco degli ultimi dieci anni tra i Paesi OCSE, con poche eccezioni (Danimarca, Francia, Corea e Stati Uniti), e in particolare in Italia.

L'assicurazione sanitaria privata rappresenta in media soltanto circa il 6,0% del totale dei finanziamenti<sup>14</sup> (esattamente come nel 2002) e circa un quinto del finanziamento privato per la sanità (Figura 6). I valori registrati variano tra il 37,0% del totale della spesa negli Stati Uniti e la totale assenza registrata in alcuni paesi OCSE, dove non esiste un mercato delle assicurazioni sanitarie private (Figura 5).

La struttura del finanziamento della sanità è stata in linea di massima stabile negli anni. Sembra esserci una certa convergenza nella quota di spesa pubblica all'interno dei Paesi dell'area OCSE. Paesi la cui spesa sanitaria pubblica era al di sopra della media OCSE hanno visto un "declino" nella quota pubblica, e un discorso opposto è accaduto per quei Paesi aventi una spesa pubblica inferiore alla media OCSE (Figura 7). I pagamenti *out-of-pocket* quale quota della spesa sanitaria totale sono lentamente aumentati nel corso degli anni.

<sup>14</sup> Per il Giappone, il Belgio e la Germania i dati disponibili si riferiscono al 2003. Per l'Australia, invece, si riferiscono al 2002. Un determinato numero di Paesi OCSE non ha un mercato delle assicurazioni sanitarie private o, laddove esiste, è praticamente insignificante; conseguentemente la loro contribuzione è stata stimata pari a zero (OECD, 2006).

Figura 7 - Mutamenti nella quota pubblica di spesa sanitaria - 1970-2004



\*2003 \*\*2004 stima

Fonte: OECD Health Data 2006, giugno 2006

### 1.1.5 La Spesa per tipologia di assistenza

Nonostante una certa convergenza nella quota di spesa pubblica, i Paesi OCSE analizzati differiscono sostanzialmente per i livelli di spesa relativi ai differenti livelli di assistenza (Figura 8). L'Italia si differenzia, in particolare, per quanto riguarda la spesa per la prevenzione (Figura 9).

Va però aggiunto che forse il problema più grande è rappresentato da come questa quota di spesa viene impiegata. Sebbene, comunque, la prevenzione e la salute pubblica siano sempre più considerate quali chiavi di volta nell'*outcome* sanitario, anche gli altri Paesi OCSE non destinano molte risorse in queste attività volte ad evitare che gli individui si ammalino. Nei 19 Paesi, poi, di cui sono disponibili i dati sia del 2004 che del 2003, l'assistenza ospedaliera, quella ambulatoriale e dei beni sanitari hanno registrato quasi tutti gli stessi valori<sup>15</sup> del 2003 (ultimo confronto effettuato).

Si conferma, quindi, una certa eterogeneità fra i Paesi dell'area OCSE nel livello di spesa per differenti tipologie di assistenza. Nel 2004, l'Italia aveva allocato il 42,0% della spesa sanitaria totale nell'assistenza ospedaliera, il 30,0% circa nell'*outpatient*, e il 21,0% in

<sup>15</sup> La media non comprende il Belgio, la Grecia, l'Irlanda, la Nuova Zelanda, la Norvegia, la Polonia, il Portogallo, la Turchia, la Svezia, la Danimarca e il Regno Unito. Per l'Austria, il Giappone, il Lussemburgo e l'Ungheria, i dati erano disponibili per il 2002, per l'Australia solo per il 2001. I beni sanitari includono i farmaci e gli altri prodotti non-durables, e le apparecchiature mediche e gli altri medical durables (OECD, 2005a).

Figura 8 - Spesa sanitaria per tipologia di servizio fornito - 2004

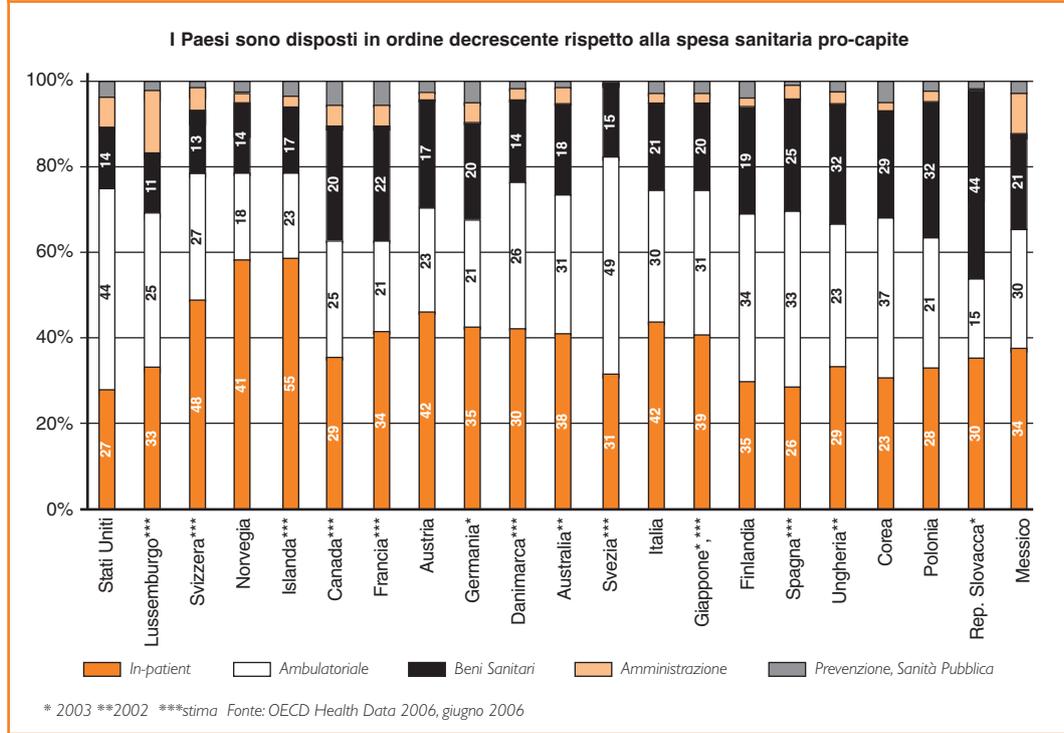
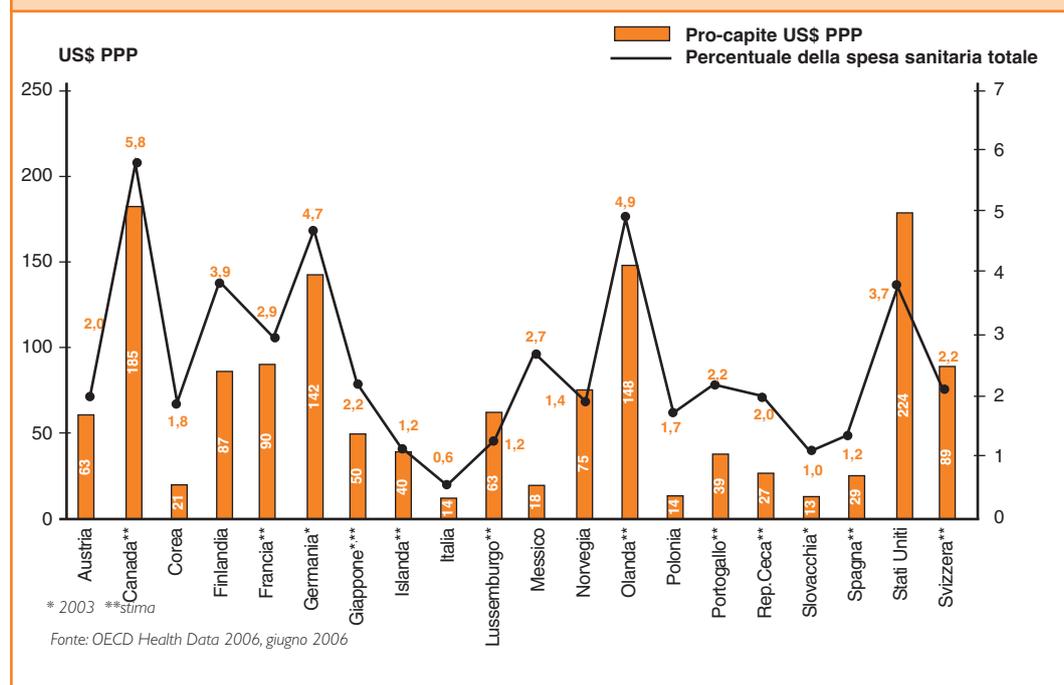


Figura 9 - Spesa per la prevenzione e sanità pubblica pro-capite e quale quota della spesa sanitaria totale - 2004



beni e servizi sanitari, allontanandosi dalla media OCSE (assistenza ospedaliera pari al 35%). Differenti ragioni spiegano la variazione nella distribuzione della spesa per tipologia di assistenza. Queste includono, tra le altre, l'innovazione nella tecnologia sanitaria, le riforme dei governi nel tentativo di migliorare l'efficienza e le opportunità di allocazione ottimale delle risorse, incluse le riforme sui modelli di pagamento<sup>16</sup>.

La farmaceutica continua a rappresentare una importante area della spesa per l'assistenza sanitaria. L'Italia è situata al di sopra della media OCSE con il 21,4% (è utile qui sottolineare che più del 45,0% è rappresentato dalla spesa privata) (Figura 11). Nel 2004, la spesa relativa a questa voce ammontava a poco più del 17,0% della spesa sanitaria totale per l'area OCSE<sup>17</sup> (18,0% nel 2002). Ancora, la variazione è sostanziale se si pensa che si passa dall'8,5% del Lussemburgo al 27,4% della Corea (considerando solo i Paesi per i quali è stato possibile un confronto al 2004).

I livelli di spesa farmaceutica, quindi, differiscono molto fra i differenti Paesi, riflettendo una grande variabilità nei prezzi, nei volumi prescrittivi e nei consumi.

Utilizzando poi la spesa pro-capite quale indicatore di comparazione fra Paesi, si nota come l'Italia è il quarto Paese in ordine di spesa farmaceutica pro-capite all'interno dell'area OCSE con \$ 512 PPP nel 2004 (Figura 10). Va però sottolineato che dividendo la spesa pro-capite in pubblica e privata il nostro Paese risulta essere, tra i Paesi UE, quello con la più alta quota di pro-capite privata sul totale, confermando le preoccupazioni relative alle continue manovre sulla farmaceutica che rischiano di avere ricadute negative e preoccupanti (vedi *catastrophic payment*) sui cittadini. Gli Stati Uniti rappresentano il Paese che spende maggiormente, registrando una spesa pari a \$ 752 PPP pro-capite nella farmaceutica.

La quota di spesa in farmaci può variare in maniera elevata per Paesi con livelli simili di spesa sanitaria pro-capite. Ad esempio, la Danimarca e la Francia hanno quasi la stessa spesa sanitaria pro-capite; ma, di fatto, la Danimarca spende il 9,4% circa del totale della spesa sanitaria in farmaci, mentre la Francia spende il 19,0% circa.

Considerando il periodo 1992-2002 (ultimo periodo in cui è stato possibile effettuare un confronto), la spesa farmaceutica è cresciuta annualmente, in media, 1,3 volte più veloce della spesa sanitaria totale (Mennini e Colombo, 2004). Diverse ragioni spiegano questa rapida crescita, partendo dalla produzione ed utilizzo di nuovi farmaci innovativi molto costosi e la sostituzione di alcuni trattamenti con l'utilizzo di farmaci.

Nel 2004 la spesa farmaceutica privata ha rappresentato circa il 76,0% del totale della spesa farmaceutica negli Stati Uniti, l'89,0% in Messico e il 62,0% in Canada. I Paesi dell'area OCSE sono intervenuti seguendo strade differenti al fine di ottenere un contenimento del rapido tasso di crescita della spesa farmaceutica stessa. Molto spesso, essendo questi interventi di natura congiunturale e di breve periodo (vedi Italia e Francia), non hanno apportato i benefici sperati.

<sup>16</sup> Docteur and Oxley (2003).

<sup>17</sup> La media non include Nuova Zelanda, Turchia e Regno Unito, per i quali i dati non sono disponibili. Per Belgio, Germania, Giappone e Slovacchia l'ultimo dato disponibile è il 2003, mentre per Australia, Olanda, Repubblica Ceca e Ungheria, l'ultimo dato disponibile è del 2002.

Figura 10 - Divisione della spesa farmaceutica pro-capite in pubblica e privata - 2004

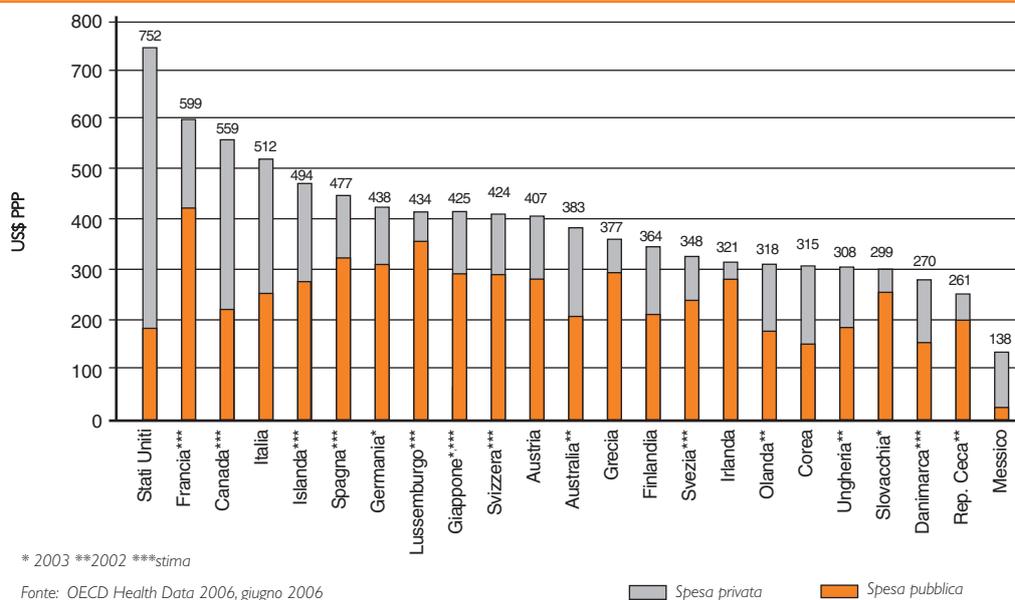
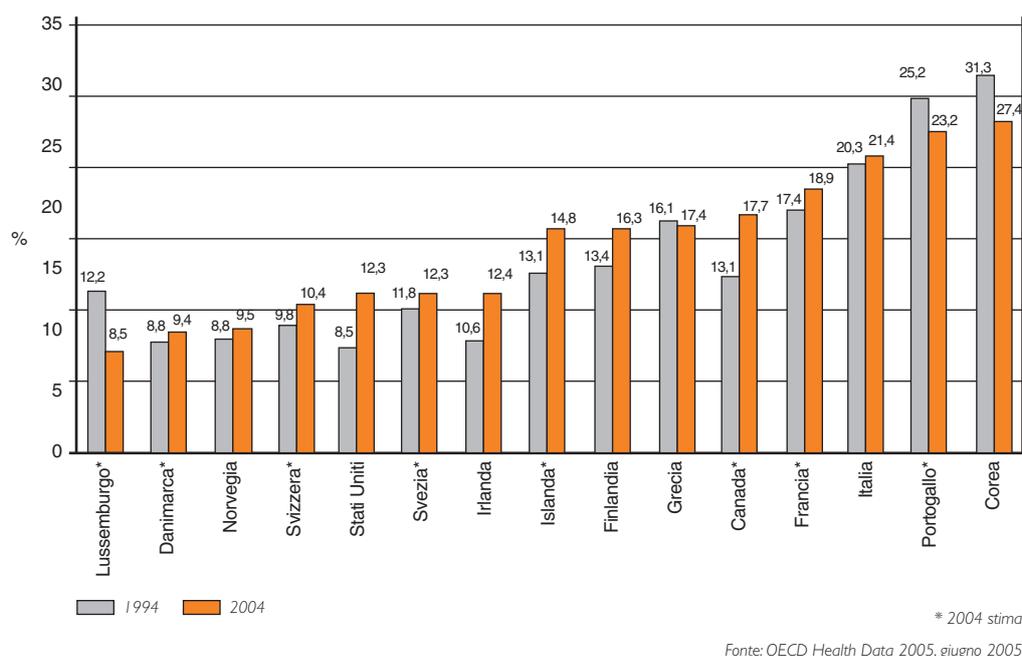


Figura 11 - Crescita della quota di spesa farmaceutica sul totale della spesa sanitaria - 1994-2004



### 1.1.6 Conclusioni

Si continua a notare, così come rilevato nel Rapporto CEIS 2005, che la spesa sanitaria evidenzia una crescita costante, e che l'elevato costo dell'assistenza sanitaria fornita dai vari sistemi sanitari è diventato il primo punto nell'agenda dei responsabili politici.

Come molti altri Paesi industrializzati, l'Italia ha tentato, durante gli ultimi 20 anni, di mantenere la crescita percentuale della spesa sanitaria ad un livello sostenibile, in considerazione del tasso di crescita dell'economia. Se l'obiettivo delle politiche sanitarie è sempre stato quello di realizzare un equilibrio tra risorse e spese, crescita del Pil e spesa sanitaria, non lo hanno di certo raggiunto. La quota di spesa sanitaria sul Pil era pari al 7,7% nel 1990, 7,9% nel 2000 e 8,4% nel 2004. In Italia, la crescita della spesa sanitaria è stata più rapida della crescita del Pil negli ultimi dieci anni come nella maggior parte dei Paesi considerati (Mennini e Colombo, 2004; Mennini e Francia, 2005), ma la spesa sanitaria quale quota del Pil ha continuato a mantenersi al di sotto della media OCSE. La spesa, dunque, come confermato anche negli altri Paesi OCSE, continua a crescere più velocemente della ricchezza prodotta.

Tra il 1990 e il 2004, per una media di 30 Paesi OCSE, la spesa sanitaria annuale pro-capite è cresciuta in termini reali<sup>18</sup> più velocemente di quasi un punto percentuale che la crescita del reddito reale pro-capite (3,5% contro 2,8%). In Italia, tra il 2001 e il 2004, la spesa sanitaria è cresciuta con un tasso moderato (2,1%), ma circa cinque volte più velocemente della crescita del Pil.

La spesa sanitaria ha comunque ripreso a crescere con una certa significatività e velocità verso la fine degli anni Novanta, e ha continuato la sua crescita anche nel 2004. Una crescita così veloce ha portato la maggior parte dei Paesi considerati ad introdurre riforme e misure per tagliare la spesa sanitaria o contenere il cammino della crescita<sup>19</sup>.

Non sembra essere quindi molto chiara e certa la relazione tra la crescita nella spesa sanitaria e la quota di spesa sanitaria del Pil. Alcuni Paesi, la cui quota di spesa sanitaria sul Pil era relativamente bassa negli anni Novanta, hanno sperimentato una forte crescita dei tassi di spesa sanitaria rispetto alla crescita del Pil. In altri Paesi quali la Danimarca e il Canada, la crescita della spesa sanitaria è stata leggermente superiore della crescita del Pil. Comunque, Stati Uniti, Germania e Svizzera hanno realizzato sia un'alta spesa sanitaria quale quota del Pil nel 1990 che una rapida crescita della spesa sanitaria rispetto al Pil stesso<sup>20</sup>.

Le politiche di contenimento dei costi adottate dai Paesi dell'area OCSE durante tutti gli anni Novanta non rappresentano necessariamente la soluzione migliore per affrontare il problema della sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari (cfr. cap 2.1, de Pouvourville; cap 2.5, Rutten; cap 2.3, Martins). Infatti, interventi positivi e di successo per razionare (e non razionalizzare) la capacità e i volumi dell'assistenza sanitaria in molti Paesi hanno portato, come risultato principale, alla insoddisfazione, in termini qualitativi e di efficacia, dei fruitori dei servizi (la popolazione), come nel caso delle lunghe liste di attesa, o hanno

<sup>18</sup> I valori reali sono calcolati applicando il deflatore del Pil ai valori nominali.

<sup>19</sup> Docteur and Oxley (2003); Mossialos and Le Grand (1999).

<sup>20</sup> Cfr. Colombo F, Mennini FS, Rapporto Ceis Sanità 2004.

introdotto, come nel caso dei DRGs in Italia, distorsioni verso i servizi più facilmente misurabili in termini di costi e *output*<sup>21</sup>.

Vi sono tuttavia al limite due set di relazioni che sono legittimamente associate con la crescita della spesa sanitaria. Primo, la maggior parte della spesa sanitaria è ancora finanziata dal lato pubblico, soprattutto per i Paesi membri UE. In Italia, le risorse pubbliche per il finanziamento dell'assistenza sanitaria rappresentano il 76,0% del totale della spesa, che è posizionata al di sopra della media OCSE. La crescita della spesa sanitaria accresce naturalmente le preoccupazioni dei *policy makers* che si dibattono con budget pubblici molto ristretti. Secondo, e ancora più importante, la maggior parte delle risorse impiegate nell'assistenza sanitaria non sono ad un livello ottimale di qualità ed efficienza<sup>22</sup>. Vi è infatti una sempre più crescente evidenza di deficienze – quali ad esempio quelle legate ad una fornitura di servizi inadeguati o ad un utilizzo sub-ottimale di servizi di provata necessità, o ancora quelle legate ad errori nell'erogazione di assistenza sanitaria – che risulta da morti inaspettate, differenze di mortalità troppo elevate all'interno dello stesso Paese<sup>23</sup>, disabilità e basso livello di salute, spesso con una forte aggiunta di costi. Quindi, appare necessario focalizzare l'attenzione sull'accrescimento dell'efficienza della spesa sanitaria<sup>24</sup> – su cui gli sforzi dei responsabili di politica sanitaria dovrebbero concentrarsi – piuttosto che su di un mero e sterile contenimento della crescita della spesa sanitaria, che potrebbe risolversi in un indesiderabile disaccordo tra le aspettative della popolazione e la capacità dei sistemi sanitari di fornire assistenza. Ancora, associato con quanto detto, misurando, analizzando e monitorando l'efficacia reale della spesa sanitaria, si potrebbe sicuramente ridurre quella certa mancanza di trasparenza relativa alla qualità e agli *output* forniti dai sistemi sanitari. Le analisi comparative a livello internazionale possono essere di aiuto sui due fronti, fornendo un *benchmark* per una valutazione più corretta delle performance dei sistemi sanitari nazionali, e fornendo al tempo stesso un set di strumenti di misurazione che i singoli Paesi possono implementare ed utilizzare al fine di accrescere l'efficienza dei propri sistemi sanitari (vedi ad esempio i DRGs, le politiche di accesso verso i nuovi farmaci, l'equità distributiva ecc.). Si sente, quindi, la necessità di creare i presupposti per promuovere una ottimale allocazione delle risorse, aumentare la soddisfazione dei cittadini ed evitare duplicazioni delle prestazioni e possibili iniquità. Il dibattito inerente le modalità di organizzazione dei servizi sanitari in Italia e all'interno dei Paesi UE è dunque ancora al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri prevalere sull'altro. Si continuano, infatti, ad introdurre nuove modalità di gestione e organizzazione dei sistemi sanitari con risultati spesso altalenanti. A volte si riesce ad ottenere un incremento di efficienza e altre volte non risulta chiaro l'obiettivo raggiunto<sup>25</sup>.

<sup>21</sup> Cfr. Oliver A, Mossialos E e Maynard A (2005).

<sup>22</sup> Cfr. OECD (2004b); Oliver et al. (2005).

<sup>23</sup> Cfr. Palazzo F et al. (2006).

<sup>24</sup> Cfr. OECD (2004b); Oliver et al., 2005; Maynard A. (2005).

<sup>25</sup> Cfr. Maynard A. (2005).

### **Riferimenti bibliografici**

- Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (a cura di) 2003., "Rapporto CEIS Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie", Italtipografia Esis Publishing.
- Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F (a cura di) 2004, "Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie", Italtipografia Esis Publishing.
- Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F (a cura di) 2005, "Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie", Italtipografia Esis Publishing.
- Colombo F e Mennini FS (2004). "Evoluzione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE", in Rapporto CEIS Sanità 2004. Bisogni, risorse e nuove strategie, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Italtipografia Esis Publishing, Roma, 2004.
- Colombo F, Tapay N (2004). "Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems". OECD Health Working Papers, No. 15. Paris: OECD (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
- Docteur E, Oxley H (2003). "Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience". OECD Health Working Papers, No. 9. Paris: OECD (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
- Docteur E, Suppanz H, Woo J (2003). "The U.S. Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. OECD Economics Department Working Paper No. 350. Paris: OECD. (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
- Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport (2002). "A Question of Demand. Outlines of the reform of the health care system in the Netherlands". The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Huber M, Orosz E (2003). "Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001". Health Care Financing Review, Vol. 25, No. 1, pp 1-22 Fall 2003.
- Hurst J, Siciliani L (2003). "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries". OECD Health Working Papers, No.6. Paris: OECD (Available at [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)).
- Jacobzone S (2000). "Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals". OECD Labour Market and Social Policy Occasional Paper, N. 40. Paris: OECD.
- Maynard A (2005). "European Health Policy Challenges", Health Economics, Vol. 14, N. S1, September 2005.
- McClellan M, Every N, Garber A, Heidenreich P, Hlatky M, Kessler D, Newhouse JP, Saynina O (2002), "Technological Change in Heart Attack Care in the United States: Causes and Consequences" in McClellan M and Kessler D (eds.), Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack. University of Michigan Press, pp. 21-54.
- Mennini e Francia, "Il quadro macroeconomico ed istituzionale e l'evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nell'UE", in Rapporto CEIS Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Italtipografia Esis Publishing, Roma, 2003.
- Mennini e Francia, "Evoluzione della spesa sanitaria nei Paesi OCSE", in Rapporto CEIS Sanità 2005, a cura di Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F, Italtipografia Esis Publishing, Roma, 2005.
- Mossialos E, Le Grand J (1999). "Cost containment in the EU: an overview". In

Mossialos E, Le Grand J (eds), Health Care and Cost Containment in the European Union. Ashgate, Aldershot.

- OECD (2006). "OECD Health Data 2006, Giugno 2006". CD-ROM and user manual. Paris: OECD ([www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)).
- OECD (2004b). "Towards High-Performing Health Systems". Paris: OECD.
- OECD (2004c, forthcoming). "Private Health Insurance in OECD Countries". Paris: OECD.
- OECD (2003a). "OECD Reviews of Health Care Systems: Korea". Paris: OECD.
- OECD (2003b). "Health at a Glance, 2nd Edition. OECD Indicators 2003". Paris: OECD.
- Oliver A, Mossialos E, Maynard A (2005), "The contestable nature of health policy analysis", Health Economics, Vol. 14, Num. S1, September 2005.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004). "U.S. Health Care Spending In An International Context". Health Affairs, May/June 2004, Vol. 23, N. 33, pp. 10-25.
- Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF (2004). "Cross-National Comparison Of Health Systems Using OECD Data, 1999". Health Affairs, May/June 2002, Vol. 21, N. 3, pp. 169-181.

## 1.2 - L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia

Polistena B<sup>1</sup> , Ratti M<sup>1</sup> , Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.2.1 Introduzione

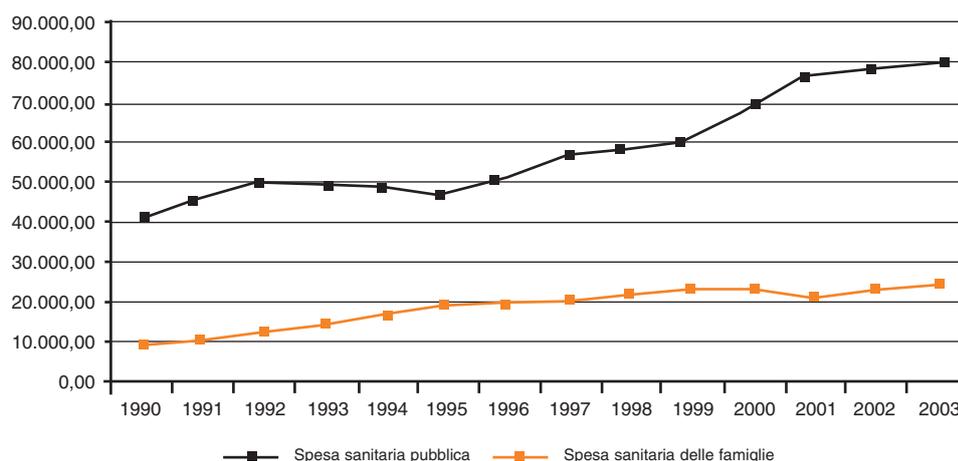
La spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata), dal 1995 al 2003, è cresciuta del 61,20% passando da € 64.730 mil. a 104.348; in termini reali è cresciuta del 29,62%, ovvero in media del 3,30% annuo, superiore alla crescita reale del Pil che è stata in media dell'1,66% annuo.

In particolare la spesa pubblica è cresciuta meno di quella privata: la prima è cresciuta (in termini nominali) dell'8,6% medio annuo passando da € 41.607,32 mil. a € 80.600,00 mil. nel 2003, contro il 13,4% di quella privata che passa da € 8.707,00 mil. a € 23.748,24 mil. Quindi, la percentuale di spesa pubblica rispetto a quella privata è andata leggermente a decrescere, soprattutto nelle Regioni del Centro-Nord.

Per il governo del sistema sanitario risulta fondamentale studiare l'evoluzione della spesa sanitaria totale e in particolare analizzare l'impatto dei vari fattori (demografici, economici, istituzionali) sui *trend* di crescita.

L'Italia rappresenta peraltro un caso paradigmatico a livello internazionale: intanto perché invecchia rapidamente; inoltre, in presenza di un forte intervento pubblico, perché si realizza un meccanismo redistributivo tra le Regioni che fa sì che la spesa sanitaria complessiva sia poco legata ai livelli medi di reddito: in altri termini gli effetti redistributivi

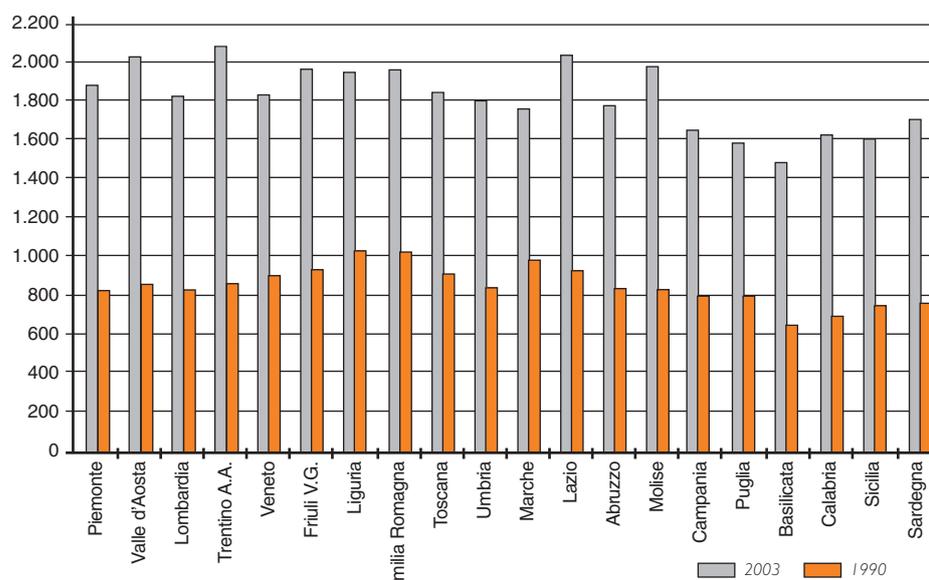
Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria in Italia Anni 1990-2003



Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Figura 2 - Spesa sanitaria totale pro capite Anni 1990-2003



Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

indotti dai meccanismi solidaristici, impliciti nel sistema di sicurezza sociale di stampo universalistico adottato in Italia, tendono ad invertire la relazione fra reddito e spesa sanitaria che in generale si osserva a livello internazionale<sup>2</sup>.

I primi studi sull'analisi della spesa sanitaria risalgono agli anni '60 con contributi in cui le determinanti della spesa sanitaria furono messe in relazione al reddito pro-capite.

Già Maxwell (1981) e Leu (1986) ritennero però indispensabile affiancare alla variabile reddito elementi quali l'età e la localizzazione della popolazione.

Più recentemente anche le metodologie si sono evolute, con l'utilizzo di analisi di tipo longitudinale e, in particolare, su una combinazione di dati *cross-section* e *time series*.

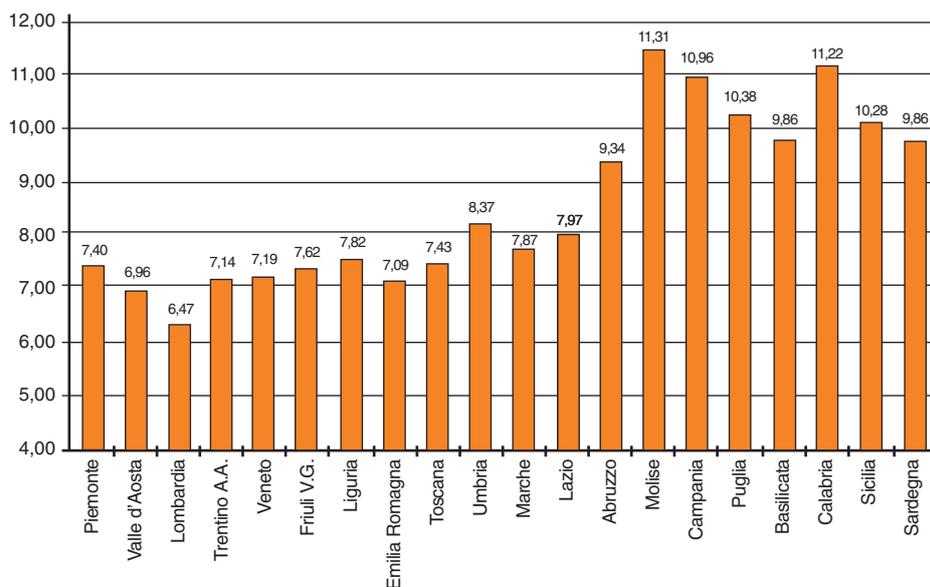
Ad esempio Hitris e Posnett (1992), analizzando l'andamento della spesa sanitaria pro-capite di 20 paesi OCSE per il periodo 1960-1987, hanno riscontrato un rilevante impatto della struttura demografica sul livello della spesa sanitaria pro-capite.

Queste tipologie di studi hanno affiancato al reddito e alle variabili demografiche anche variabili che spiegano la struttura del sistema sanitario nei singoli Paesi.

Considerando che l'Italia, tra il 1990 e il 2003, ha sperimentato il processo d'invecchiamento più rapido fra i paesi dell'Europa dei 15, l'integrazione dei modelli, in modo da considerare i vari potenziali *driver* dell'evoluzione della spesa sanitaria, diviene a maggior ragione rilevante.

<sup>2</sup> Cfr. Cap. 1.1 del presente Rapporto: *Evoluzione della spesa sanitaria nei paesi OCSE*.

Figura 3 - Percentuale di spesa totale su PIL Anno 2003



Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

### 1.2.2 Il modello utilizzato

Nel tentativo di spiegare l'andamento della spesa sanitaria totale e di prevederne la tendenza, si sono integrate variabili economiche, demografiche e istituzionali.

Il Pil rappresenta una *proxy* del livello economico raggiunto: la teoria ma anche l'evidenza empirica pregressa suggeriscono che esista a livello aggregato una correlazione positiva fra condizione economica e quota destinata alla spesa sanitaria.

Come variabili demografiche si sono utilizzate la percentuale di popolazione con più di 65 anni e il tasso generico di mortalità: questo al fine di recepire sia il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana, quanto di verificare l'applicabilità al caso italiano della teoria dei cosiddetti costi di morte.

A livello istituzionale la scelta di quale quota di bisogno coprire con l'intervento pubblico sembra sintetizzare le modifiche in atto nel sistema italiano; come già osservato, nell'ultimo decennio (1990-2003), l'Italia fa registrare un incremento della spesa sanitaria privata sul Pil superiore a quello della spesa sanitaria pubblica<sup>3</sup>. Inoltre, le Regioni differiscono notevolmente nelle scelte di organizzazione dei meccanismi di erogazione dei servizi pubblici, in particolare con riferimento alla suddivisione fra gestione diretta o in convenzione degli stessi: è sembrato interessante indagare l'effetto di tali assetti sulla spesa complessiva.

Infine, considerando la notevole evidenza esistente sui fenomeni di *supply induced*

<sup>3</sup> Quaderno Cerm 2/06 Spesa Sanitaria, Demografia, Governance Istituzionale; F. Pammolli e N. C. Salerno.

*demand*, che possono sintetizzarsi nei rischi di inappropriatelyzza, si è inserita anche una variabile di offerta, utilizzando come *proxy* il tasso di personale dipendente (medici e infermieri) per 1.000 abitanti.

### 1.2.3 Banca dati e il modello stimato

Il modello è stato stimato su un panel di dati relativo alle Regioni italiane, di fonte Istat e Ministero della salute, sul periodo 1995-2003.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*.

Indicando con:

SST = spesa sanitaria totale pro-capite

SD = % di spesa pubblica a gestione diretta

% INT\_PUB = % intervento pubblico sul totale

PIL = PIL pro-capite

POP\_65+ = % popolazione con più di 65 anni

M = tasso generico di mortalità

PD = tasso personale dipendente per 1.000 abitanti

Il modello econometrico stimato risulta quindi:

$SST = f(SD; \% \text{ INT\_PUB}; \text{PIL}; \text{POP\_65+}; M; PD)^4$ .

Abbiamo scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord<sup>5</sup> e il Centro-Sud.

Il modello prescelto per l'Italia, secondo il test di Hausman, è quello a effetti fissi.

Questo spiega il 64,32% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è in pratica completamente spiegato dal modello come dimostra l'*R*<sup>2</sup> *within* pari a 95,92%, ma anche l'effetto di variabilità tra le Regioni viene spiegato in maniera più che soddisfacente (*R*<sup>2</sup> *between* = 81,09%).

**Tabella 1 - Coefficiente di regressione su dati panel Italia 1995-2003**

Variabili	Coefficienti	P> t
% spesa diretta su spesa totale	-11,128	0,000
% intervento pubblico	6,474	0,000
Pil pro-capite	0,078	0,000
Percentuale pop 65+	50,661	0,002
Tassi generici mortalità	29,298	0,125
Tasso personale dipendente	0,636	0,204
Costante	-1.123,728	0,000

<sup>4</sup> Per semplicità sono stati omissi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

<sup>5</sup> Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la Regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

Risultano quindi significative sia il Pil pro-capite, che la percentuale di anziani, che le variabili istituzionali: la percentuale di finanziamento pubblico sul totale e la quota di spesa a gestione diretta.

Peraltro i risultati dipendono fortemente dalla coesistenza di comportamenti nettamente differenziati a livello regionale: per tale motivo si è proceduto a ripetere la stima per il Nord e separatamente per il Centro-Sud.

Per il Nord, a differenza di quanto accadeva nell'analisi precedente, il test di Hausman ha indicato il modello a effetti *random* come il più adatto a spiegare la variabile spesa sanitaria totale pro-capite.

Il modello a effetti *random* spiega l'89,56% della variabile oggetto di studio e sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati<sup>6</sup>.

**Tabella 2 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord 1995-2003**

Variabili	Coefficienti	P> t
% spesa diretta su spesa totale	1,162	0,677
% intervento pubblico	6,688	0,004
Pil pro-capite	0,081	0,000
Percentuale pop 65+	39,204	0,001
Tassi generici mortalità	11,124	0,623
Tasso personale dipendente	0,293	0,698
Costante	-1.840,623	0,000

Influiscono sulla spesa sanitaria totale, il Pil pro-capite e la percentuale di popolazione con più di 65 anni (con i segni positivi attesi), oltre alla percentuale di intervento pubblico sul totale, che avrebbe un effetto espansivo sulla spesa totale.

Per il Centro-Sud, così come avveniva per l'Italia, il modello da utilizzare è quello ad effetti fissi che spiega, però, solo il 57,36% della variabilità complessiva; in questo caso l'effetto temporale è meglio colto dal modello di quanto lo sia quello territoriale<sup>7</sup>.

Le variabili indipendenti risultate significative sono ancora il Pil pro-capite, la quota di over 65 (tutte con i segni attesi), la percentuale di intervento pubblico (anche in questo caso con segno positivo) e la quota di spesa per servizi a gestione diretta: sembra quindi che, limitatamente per il Centro-Sud, una sostituzione di servizi in convenzione con servizi a gestione diretta sarebbe efficiente. Un livello maggiore di inefficienza al Centro-Sud è confermato dal fatto che risulta significativo e positivo il coefficiente del tasso di personale dipendente, a dimostrare implicitamente eccessi locali nelle piante organiche. Si conferma quindi che la spesa sanitaria totale è influenzata da fattori economici e

<sup>6</sup>  $R^2$  within = 95,98% e  $R^2$  between = 66,24%.

<sup>7</sup>  $R^2$  within = 96,52% e  $R^2$  between = 64,53%.

**Tabella 3 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud 1995-2003**

Variabili	Coefficienti	P> t
% spesa diretta su spesa totale	-14,494	0,000
% spesa prevista su spesa totale	5,023	0,001
Pil pro-capite	0,067	0,000
Percentuale pop 65+	76,227	0,001
Tassi generici mortalità	24,104	0,356
Tasso personale dipendente	2,242	0,002
Costante	-987,575	0,017

demografici ma anche istituzionali. In particolare l'intervento pubblico avrebbe una tendenza espansiva sulla spesa totale, avvalorando sia l'ipotesi di una sostanziale duplicazione di funzioni fra settore pubblico e privato, sia una tendenza del sistema regionale ad "approfittare" delle maggiori risorse messe a disposizione centralmente. L'attuale scelta fra gestione diretta o in convenzione, limitatamente al Centro-Sud, comporta una inefficienza: potremmo interpretare il dato dicendo che tale scelta non appare di per sé un fattore discriminante, ma che nel Centro-Sud, per carenze di programmazione e controllo, l'apporto del privato convenzionato, come anche le piante organiche, hanno un effetto espansivo sulla spesa e quindi probabilmente inefficiente.

Si evidenzia inoltre come le Regioni del Nord rappresentino un insieme (almeno nei comportamenti aggregati) sostanzialmente omogeneo come dimostrato dalla scelta del modello a effetti *random*; di contro per il Centro-Sud prevale una eterogeneità dei comportamenti come si riscontra dalla scelta del modello a effetti fissi.

Successiva ricerca sarà deputata a evidenziare se si possano cogliere *cluster* di comportamenti omogenei fra le Regioni del Centro-Sud.

#### **1.2.4 Le tendenze della spesa sanitaria totale**

L'analisi econometrica condotta permette di formulare alcune ipotesi sull'evoluzione della spesa sanitaria totale.

Per ragioni di prudenza, e in linea con gli scopi del Rapporto, si è limitata la previsione all'anno 2007, anche in considerazione che i dati disponibili per la stima dei parametri si ferma al 2003.

Per quanto riguarda le variabili esogene, per il Pil si è ipotizzato per il 2007 una crescita in termini reali rispetto al 2006, alternativamente, dell'1,5% in linea con le previsioni del Governo italiano<sup>8</sup>, ovvero dell'1% per avere un quadro più pessimistico.

Per le variabili demografiche ci si è basati sulle previsioni Istat della popolazione.

Per la percentuale di spesa sanitaria pubblica, sono state fatte due ipotesi: la prima ipotizza un incremento medio annuo della quota d'intervento pubblico dell'1,60%, la seconda un incremento medio annuo dell'1,82% rispetto al 2003.

Per la quota a gestione diretta si è altresì ipotizzata una crescita media annua rispetto al 2003 dello 0,55%.

Nelle diverse combinazioni delle variabili esogene, il modello prevede una spesa che varia tra i € 123,798 mld. e i € 124,723 mld.

In termini di percentuale del Pil assorbita, la variazione si attesta fra l'8,2% e l'8,3%.

In definitiva sembra che la spesa complessiva sia destinata comunque ad aumentare nel breve periodo sotto la spinta della crescita del reddito e dell'effetto moltiplicatore indotto dalla quota pubblica, oltre che per effetto (questo nel medio-lungo periodo) della spinta demografica.

L'incremento è peraltro relativamente contenuto attestandosi tra 0,05 e lo 0,07 punti di Pil annui.

**Tabella 4 - Previsioni spesa sanitaria totale - 2007**

Previsioni	Spesa pro-capite €	% Spesa totale su Pil
Spesa diretta +0,55% medio annuo, % spesa pub. +1,6% medio annuo, Pil + 1%; pop. 65 + da previsione	2.119,49	8,2
Spesa diretta +0,55% medio annuo; % spesa pub. +1,82% medio annuo; Pil + 1%, pop 65 + da previsione	2.125,89	8,3
Spesa diretta +0,55% medio annuo, % spesa pub. +1,82% medio annuo; %; Pil + 1,5%; pop 65 + da previsione	2.135,31	8,3

La questione della ripartizione di tale spesa fra settore pubblico e privato verrà ripresa e analizzata nei capitoli successivi del Rapporto.

Vale la pena qui notare che, qualora fosse veramente realizzato l'obiettivo governativo di stabilizzare la spesa pubblica al 6,7% del Pil, questo riuscirebbe ad aumentare, o quantomeno a stabilizzare, la quota di spesa sanitaria pubblica sul totale. Ovviamente, oltre che dall'incertezza insita nelle nostre previsioni, questo dipenderà dall'effettiva crescita reale del Pil che si determinerà nel 2007.

#### **1.2.5 Stima degli effetti redistributivi aggregati regionali**

Un'ulteriore analisi resa possibile dal modello econometrico, riguarda l'effetto redistribu-

<sup>8</sup> Cfr. *Andamento tendenziale dell'economia italiana: Documento di programmazione economica – finanziaria 2007-2011.*

tivo indotto, implicitamente ed ex-post, a livello aggregato regionale, dai meccanismi solidaristici impliciti nel nostro sistema di finanziamento del settore sanitario.

L'analisi non riesce peraltro a distinguere la redistribuzione "voluta" da quella derivante da eventuali comportamenti inefficienti, che (almeno sino ad ora) hanno comunque trovato, nel medio periodo, copertura finanziaria.

Gli indicatori proposti calcolano la differenza percentuale fra valori di spesa sanitaria pro-capite attesi in base alle relazioni stimate dal modello e valori effettivi, ovvero le differenze di Pil assorbito attese ed effettive.

Come era lecito aspettarsi emerge come, in generale, le Regioni del Nord trasferiscano parte della loro ricchezza alle Regioni del Centro-Sud.

A fronte di una percentuale di Pil mediamente assorbita del 7,8% (dato 2003), le Regioni del Nord assorbono, rimanendo tutte sotto la media, tra il 6,5% e il 7,8 % del loro Pil, mentre quelle del Centro-Sud dal 7,9% all'11,3%.

In altri termini la spesa sanitaria pro-capite nel Nord sarebbe "naturalmente" più alta di quello che è, dallo 0,6% (Trentino) sino a oltre il 16% (Lombardia e Liguria), mentre sarebbe più bassa nel Centro-Sud, escluse Lazio, Marche e Umbria, sino al massimo di circa il 50% in Campania e in Calabria.

**Tabella 5 - Misure di redistribuzione regionale  
Anno 2003**

<b>Regioni</b>	<b>% Differenza-spesa teorica</b>	<b>% spesa tot. su Pil- % spesa teorica su Pil</b>
Piemonte	-12,556	-0,011
Valle d'Aosta	-6,791	-0,005
Lombardia	-18,402	-0,015
Trentino A.A.	-0,590	0,000
Veneto	-7,203	-0,006
Friuli V.G.	-5,047	-0,004
Liguria	-16,340	-0,015
E. Romagna	-15,904	-0,013
Toscana	-12,878	-0,011
Umbria	-6,445	-0,006
Marche	-7,194	-0,006
Lazio	-3,506	-0,003
Abruzzo	3,183	0,003
Molise	19,131	0,018
Campania	52,624	0,038
Puglia	39,260	0,029
Basilicata	20,852	0,017
Calabria	50,647	0,038
Sicilia	26,111	0,021
Sardegna	36,210	0,026

### 1.2.6 Conclusioni

Ai fini del governo del sistema sanitario è necessario comprendere quali siano le tendenze della spesa sanitaria complessiva. La stessa determinazione dei livelli di intervento pubblico dovrebbe, ex ante, tenere conto di quale sia l'impatto finale delle scelte effettuate sulla spesa globale e anche su quella privata (a carico delle famiglie).

Il modello econometrico predisposto permette di effettuare simulazioni su tali fenomeni. Le stime effettuate ci forniscono in particolare alcuni elementi di riflessione, che riassumiamo di seguito.

In primo luogo, oltre alle tendenze socio-economiche e demografiche, si rileva un effetto espansivo della spesa pubblica sulla spesa totale, che pensiamo di poter attribuire sia alla duplicazione di funzioni, sia ad una tendenza inerziale della spesa a seguire il finanziamento. Questo in qualche modo "giustifica" le tendenze a sottostimare il finanziamento, onde evitare espansioni di spesa non necessariamente giustificate.

In secondo luogo è degno di nota come il Nord presenti una omogeneità di fondo dei comportamenti di spesa, mentre il Centro-Sud costituisce una "sommatoria" di comportamenti difformi, ancora da spiegare compiutamente.

Quantitativamente, l'elasticità stimata della spesa sanitaria al Pil è maggiore al Nord che al Centro-Sud.

In media, un aumento del Pil dell'1% (€ 226,96 pro-capite), implica un aumento della spesa sanitaria quasi proporzionale, dello 0,97% (pari a € 17,77 pro-capite).

L'effetto dell'invecchiamento, ovviamente non apprezzabile nel breve periodo, è comunque significativo: l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe del 2,07% la spesa sanitaria totale pro-capite in Italia, del 2,01% nelle Regioni del Nord e del 4,38% nelle Regioni del Centro-Sud.

Si noti che sembra decisamente più significativo l'impatto della quota di popolazione over 65 nel Centro-Sud, questo potrebbe dipendere da molti fattori, quali il maggior ricorso all'assistenza informale o comunque una popolazione che sta invecchiando più rapidamente che al Nord.

Infine, sebbene l'argomento meriti ulteriore analisi, osserviamo che una maggiore quota di intervento pubblico dell'1% comporta in media un incremento di spesa totale dello 0,36% (€ 6,47); 0,35% al Nord (€ 6,69) e 0,29% al Centro-Sud (€ 5,02).

Qualche ragionamento è lecito anche sulla scelta fra gestione diretta o in convenzione dei servizi. Il segno, secondo le nostre stime, è quello di una maggiore efficienza della gestione diretta: però questo risultato dipende strettamente da quanto avviene nel Centro-Sud; potremmo azzardare che ove esiste una buona programmazione dei servizi (nelle nostre ripartizioni nel Nord) appare neutrale la scelta, mentre nel Centro-Sud il convenzionamento risulta inefficiente, probabilmente ricollegandosi al già citato problema della duplicazione dei servizi stessi.

Il modello econometrico permette anche di stimare implicitamente gli effetti redistributivi del sistema di intervento pubblico: si evidenzia un impatto significativo, con una redistribuzione che, come era lecito aspettarsi, va dal Nord verso il Centro-Sud; questa redistribuzione, per dimensioni e caratteristiche, lascia apprezzare quanto sia ancora in "salita" una compiuta realizzazione del federalismo fiscale e sanitario.

**Riferimenti bibliografici**

- Auerbach AJ, Kolikoff LJ, Haugemann RP, Nicoletti G (1989); “The Economic dynamics of an ageing population: The case of four OECD countries”, OECD Economics Department Working papers.
- Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri (2006), “Andamento tendenziale dell’economia italiana 2007-2011”: Documento di programmazione economica-finanziaria.
- Health at a Glance (2005): “OECD Indicators – 2005 Edition”.
- Pammolli F, Salerno NC (2006), “Spesa Sanitaria, Demografia, Governance Istituzionale”, Quaderno CERM 2/06.
- Wooldridge JM, “Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data”, The MIT Press Cambridge, Massachusetts, England.

## 1.3 - Lo scenario finanziario pubblico 2007 e l'impatto sulle famiglie

Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.3.1 Introduzione

Nel capitolo 1.2 (Polistena, Ratti, Spandonaro) si è analizzata l'evoluzione della spesa sanitaria, valutandone il legame con i fattori economici, demografici e istituzionali.

La spesa sanitaria si divide nella quota pubblica e in quella privata, seguendo un'evoluzione naturale, ma fondamentalmente in funzione delle scelte di politica sanitaria effettuate dal Governo e poi dalle Regioni. Si è quindi scelto di inferire la tendenza della spesa pubblica, rappresentando le manovre di razionalizzazione previste per il 2007 e, quindi, per differenza ottenere la quota che rimane a carico delle famiglie: quest'ultima è, infatti, fortemente dipendente dalle scelte pubbliche in tema di compartecipazione alla spesa e relative esenzioni, oltre che dalla qualità relativa dei servizi del SSN e di quelli privati.

Ricordiamo, inoltre, che il modello discusso nel capitolo 1.2 evidenzia come alcune scelte di politica sanitaria abbiano un impatto significativo sulla spesa complessiva: in particolare, si è inferito una sorta di meccanismo moltiplicatore della spesa pubblica, ma anche un impatto non neutrale della composizione della stessa, con riferimento alla scelta fra erogazione diretta o mediante strutture accreditate.

Nei paragrafi seguenti si analizza lo scenario di riferimento per la spesa pubblica 2007, ivi comprese le ipotesi sul relativo disavanzo.

### 1.3.2 Descrizione del modello utilizzato

Per quanto concerne la spesa pubblica, l'ipotesi adottata è che il suo trend segua tanto lo sviluppo economico e demografico, come mostrato nel capitolo 1.2, tanto gli effetti delle scelte di bilancio centrali e regionali; l'ipotesi adottata, anche sulla scorta delle evidenze del capitolo 1.2, è che la spesa pubblica segua un modello di "regressione al finanziamento", in altri termini tenda ad adeguarsi al volume di risorse messe a disposizione.

A questo comportamento si sommano gli effetti di trasferimento finanziario (sui bilanci familiari) derivanti dalle compartecipazioni, nonché le scelte di erogazione diretta o mediante strutture accreditate. Anche quest'ultima variabile è stata inserita sulla scorta dell'evidenza desumibile dal modello descritto nel capitolo 1.2, il quale identificava, limitatamente al Centro-Sud, un meccanismo inefficiente di programmazione, in particolare relativamente alla distribuzione fra erogatori pubblici e privati.

Le ipotesi sopra sintetizzate sono state sottoposte a un test econometrico, utilizzando un modello di tipo panel, relativo alle Regioni italiane.

I dati sono di fonte Istat e Ministero della Salute, relativi al periodo 1995-2004.

Tutte le variabili considerate sono risultate significative e con i segni attesi.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Indicando con:

SSP = spesa sanitaria pubblica pro-capite

PIL = PIL pro-capite

SD = quota di spesa pubblica a gestione diretta

FIN = finanziamento pro-capite

TK = incidenza del ticket (farmaceutico)

POP\_65+ = quota di popolazione con più di 65 anni

il modello econometrico stimato è:

$SSP = f(PIL; SD; FIN; TK; POP\_65+)$ .

Il modello spiega il 76,90% della variabilità: in particolare l'effetto temporale è in pratica completamente spiegato dal modello come dimostra l' $R^2$  *within* pari a 95,47%; meno bene, invece, viene spiegato l'effetto di variabilità tra le Regioni ( $R^2$  *between* = 49,48%).

I buoni risultati del test econometrico rassicurano sull'affidabilità del modello per costruire scenari, seppure a breve termine, di evoluzione della spesa sanitaria pubblica.

**Tabella 1 - Coefficienti di regressione su dati panel Italia 1995-2004**

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,016	0,016
Spesa a gestione diretta su spesa a gestione convenzionata	-85,117	0,000
Finanziamento pro-capite	0,482	0,000
Ticket	-7,163	0,000
Percentuale popolazione 65 +	40,777	0,003
Costante	-233,905	0,264

### 1.3.3 Lo scenario 2007

Lo scenario di seguito descritto deriva dall'adozione delle ipotesi economiche e demografiche già descritte nel capitolo 1.2, integrate dalle ipotesi di finanziamento previste nella Legge Finanziaria attualmente in discussione. Si è altresì tenuto conto della manovra proposta relativamente alle compartecipazioni alla spesa e ai piani di rientro, così come enunciati negli allegati tecnici all'art. 88 della Legge Finanziaria in discussione.

La Finanziaria stanziava risorse centrali per la Sanità pari € 96,0 mld., a cui si aggiunge € 1,0 mld. per le Regioni in maggiore difficoltà finanziaria (elevati disavanzi).

Ulteriori risorse regionali sono contabilizzate per € 3,7 mld. portando il finanziamento complessivo a € 100,7 mld., segnando un considerevole aumento.

Sempre dalle Regioni è attesa una razionalizzazione della spesa, derivante dai piani di rientro delle Regioni con elevati disavanzi, il cui effetto netto è stimato in € 1,0 mld.

Si consideri, infine, che la Finanziaria contiene interventi ulteriori di riduzione della spesa ten-

**Tabella 2 - Scenario 2007**

Voce	Mld. €	% su Pil
Spesa sanitaria totale	123,8 - 124,7	8,2 - 8,3
Spesa sanitaria pubblica	102,7 - 105,0	6,8 - 7,0
Finanziamento	97+3,7	6,4 - 6,7
Disavanzo	2,0 - 4,3	-
Spesa sanitaria privata	19,7 - 21,1	1,3 - 1,4
Var. annua spesa sanitaria privata	-6,2% -12,3%	

denziale, mediante incrementi delle compartecipazioni, riduzione di tariffe e lotta all'inappropriatezza, per un ammontare di circa € 2,0 mld.

Circa il 50% della manovra, relativo alle compartecipazioni, è compreso negli effetti tendenziali stimati dal modello: non è invece possibile, allo stato attuale di sviluppo del modello, considerare gli effetti derivanti dai "tagli" delle tariffe, che vengono quindi aggiunti esogeneamente. Per ragioni di prudenza, e in linea con gli scopi del Rapporto, si è limitato il ragionamento all'anno 2007, anche in considerazione del fatto che i dati disponibili per la stima dei parametri si fermano al 2004.

La tabella 2 contiene lo scenario costruito in base alle risultanze dei modelli e dell'analisi della L. Finanziaria, con indicazione del *range* di valori ritenuto maggiormente possibile. La figura 1 rappresenta in modo grafico le evoluzioni previste.

Considerando che il Finanziamento centrale previsto è di € 96,0 mld., al quale va aggiunto € 1,0 mld. con destinazione vincolata alle Regioni in maggiore difficoltà finanziaria, per un totale di € 97,0 mld., risulta un livello pari al 6,7% del Pil, qualora la crescita sia nulla.

Assumendo come crescita reale del Pil un valore ricompreso fra l'1% e l'1,5%, e una inflazione al 2,1%, in linea con i documenti di programmazione economica, il finanziamento previsto risulta pari al 6,4% del Pil; quindi per garantire un finanziamento al 6,7% del Pil 2007 è necessario aggiungere al finanziamento centrale quello regionale, raggiungendo il livello di € 100,7 mld.

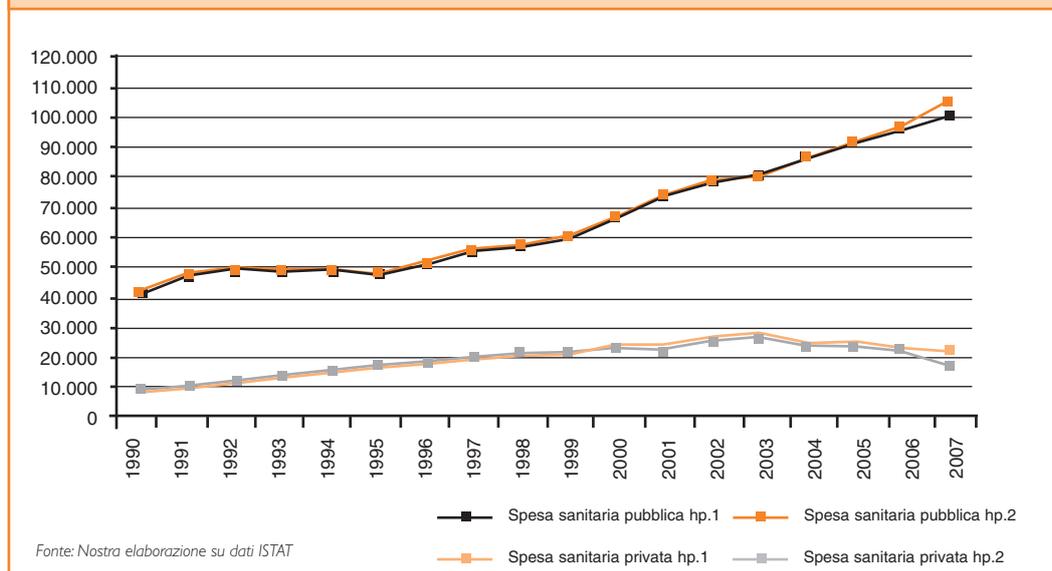
Secondo le nostre simulazioni la spesa sanitaria pubblica si dovrebbe attestare nella migliore delle ipotesi fra il 6,8% e il 7,0% del Pil, ovvero in termini nominali fra € 102,7 mld. e € 105,0 mld.

Solo scontando ipotesi favorevoli in termini di gettito dei ticket e l'integrale riuscita della manovra prevista, la spesa si avvicinerebbe al target previsto del 6,7%, con un modesto disavanzo di 0,1 punti di Pil; qualora la manovra non dovesse dare integralmente gli esiti previsti e le razionalizzazioni, specialmente nel Centro-Sud, non fossero all'altezza delle aspettative, il disavanzo potrebbe raggiungere i € 4,3 mld., ovvero 0,3 punti di Pil.

Assumendo che la spesa sanitaria totale si attesti all'8,2% (fino all'8,3%) del Pil (cfr. cap. 1.2), la quota a carico delle famiglie potrebbe diminuire di € 25-48 pro-capite, risultando pari a 1,3-1,4 punti di Pil.

In pratica, l'aumento del finanziamento pubblico scaricherebbe parzialmente le famiglie da

Figura 1 - Andamento della spesa sanitaria dal 1990 al 2007



oneri sanitari, ma l'effetto verrebbe controbilanciato dai maggiori oneri derivati dalle nuove compartecipazioni (pronto soccorso) e dall'inasprimento di quelle esistenti (specialistica). Se per le famiglie si assiste ad un leggero decremento, la manovra, tesa a una maggiore responsabilizzazione degli utenti, innesca però complessi meccanismi equitativi; da questo punto di vista l'adozione di ticket in cifra fissa anche sulle ricette della specialistica lascia supporre un impatto equitativo discutibile sulle fasce di popolazione più a rischio (cfr. cap. 4.1, Doglia, Spandonaro).

Probabilmente, quindi, la manovra non riuscirà a realizzare l'agognato equilibrio finanziario, sebbene in presenza di un incremento di finanziamento pari a oltre 0,2 punti di Pil.

La questione, peraltro come in ogni anno dalla nascita del SSN, sarà quella dell'eventuale attribuzione della responsabilità del disavanzo.

Per avere un sostanziale equilibrio sarebbe necessario un ulteriore recupero di efficienza dell'ordine del 5-6%: obiettivo ambizioso ma non irraggiungibile, qualora si individuino strumenti e target per agire.

#### 1.3.4 Valutazioni conclusive

Sebbene, in un campo fortemente regolamentato come quello sanitario, i modelli possono avere un valore limitato, essendo l'evoluzione dei fenomeni soggetta a shock esogeni derivanti dalle scelte pubbliche, essi contribuiscono alla descrizione di scenari coerenti: come tali vanno quindi intesi gli esercizi previsivi presentati, che si sperano utili per supportare il processo decisionale.

Emerge come anche il 2007 sarà probabilmente segnato da un insuccesso (seppure parziale) nel riportare in equilibrio finanziamento e spesa pubblica.

I contributi relativi a vari Paesi europei e non, ospitati nel presente Rapporto (cfr. capp. 2.1-2.6), ci mostrano come la formazione di disavanzi sia un problema sostanzialmente comune, con

l'esclusione forse del caso australiano (ove l'azione pubblica opera sul versante del razionamento delle prestazioni garantite) e di quello olandese (ove sono i premi assicurativi ad adeguarsi); allo stesso tempo sembra che la questione non sia internazionalmente percepita come centrale per il governo della spesa, piuttosto è in discussione come determinare un livello di spesa ritenuto accettabile e congruo.

La sensibilità nostrana all'equilibrio finanziario è probabilmente spiegata dal peculiare contesto di finanza pubblica, caratterizzato da un ingente debito pubblico accumulato: inoltre, la sua coda di polemiche sull'attribuzione dei disavanzi comporta ritardi nei pagamenti e creazione di oneri impropri.

L'evidenza statistica dei modelli predisposti sembra peraltro, in qualche modo, giustificare una forma di sottostima del finanziamento, data la tendenza della spesa ad adeguarsi ad esso e l'effetto moltiplicatore sulla spesa totale.

Oltre alle questioni legate agli aspetti finanziari, emerge comunque una volontà di rifinanziamento del settore, che conferma e accelera una tendenza *bipartisan*, in atto da almeno un quinquennio. La Sanità ha infatti pagato un notevole contributo al risanamento della finanza pubblica italiana e all'"entrata" in Europa, sino a toccare nel biennio 1995-1996 il minimo storico di finanziamento e spesa pubblica (rispettivamente 51% e 5,2% del Pil). Il decennio successivo ha riportato la spesa sul livello del 1991 (6,4%), anche se il finanziamento è stato più prudente: dopo un decennio e in presenza di una secolare tendenza all'aumento della spesa sanitaria complessiva, è sostanzialmente accettabile lo scenario descritto dal modello che porta la spesa pubblica fra il 6,8%-7% del Pil: valori comunque medi nel panorama internazionale.

Qualora i vincoli di bilancio non permettano una ulteriore crescita, si pone comunque un problema equitativo, ovvero come trasformare la rilevante quota di spesa *out of pocket* in spesa assicurata, mediante forme di copertura integrative, dotate di qualche elemento di solidarietà. Indubbiamente (vedi gli altri contributi del Rapporto) il processo può essere facilitato da recuperi di efficienza e appropriatezza delle prestazioni, capaci di liberare risorse, particolarmente utili in un contesto fortemente sperequato che necessita di interventi di riqualificazione e adeguamento.

Rimandando agli altri contributi del Rapporto per una analisi più approfondita dei livelli e delle cause dell'(in)efficienza e (in)appropriatezza, vale la pena qui ricordare che le risorse che si dovessero liberare sono però già "prenotate", nel senso che hanno una loro naturale destinazione ai necessari incrementi di qualità del servizio; sebbene il SSN italiano manchi di sistematico monitoraggio della qualità dei servizi, è opinione comune che esistano ampi e doverosi margini di miglioramento, da realizzarsi ad esempio con investimenti in IT, edilizia ecc. Prende atto di questo anche la Finanziaria, che contiene una norma programmatica di rifinanziamento della L. 88/1988 per l'edilizia sanitaria.

In conclusione, se il *gap* fra finanziamento e spesa sembra leggermente ridursi e, comunque, sembra delinearci più un problema di gestione del disavanzo che non di livello assoluto dello stesso, rimane irrisolto (nel senso "di implicito") il tema del contributo che la Sanità paga alla riduzione dell'enorme debito pubblico italiano: evidentemente è un problema di priorità, che va affrontato riconoscendo che esiste uno stretto legame fra le varie parti del welfare, innanzi tutto fra Previdenza (prestazioni in denaro) e Sanità (prestazioni in natura).

## 1.4 - Le politiche farmaceutiche

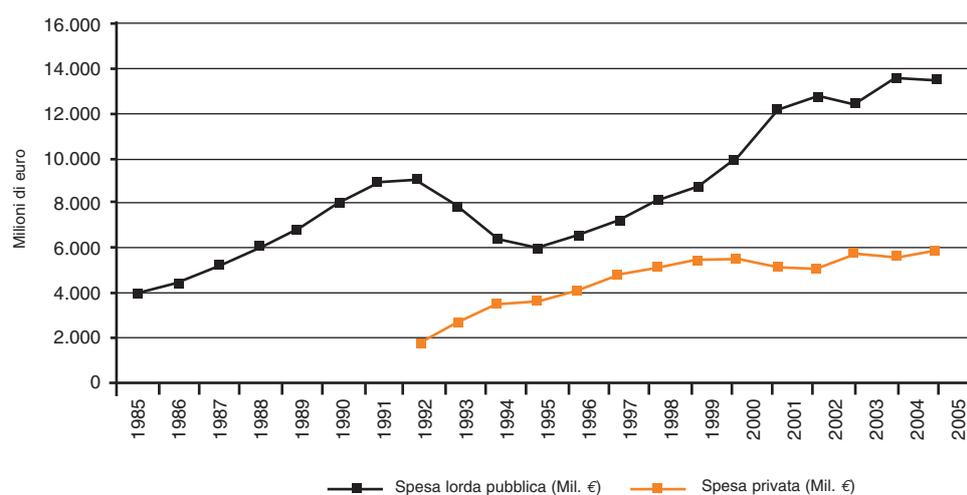
Barrella A.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Ratti M.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 1.4.1 L'evoluzione della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica territoriale complessiva, sia pubblica che privata, si è attestata nel 2005 a € 19.459 mil., facendo registrare un incremento dell'1,4% rispetto all'anno precedente, determinato da un aumento della spesa privata del 6,3%<sup>4</sup> e da una lieve riduzione della spesa pubblica pari al -0,6%<sup>5</sup>.

Cresce anche il mercato dei farmaci equivalenti<sup>6</sup>, che ha raggiunto il 13,1% della spesa

Figura 1 - Spesa farmaceutica territoriale in Italia - anni 1985-2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati OsMED

<sup>1</sup> Pfizer Italia Srl.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> OsMED, (2006), *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005*, Roma, giugno 2006.

<sup>4</sup> Derivante dal consistente aumento, pari al 35,2%, dei farmaci di fascia A rimborsabili acquistati privatamente dai cittadini, ma anche della spesa dei farmaci di classe C (+2,2%) e di quelli di automedicazione (+3,5%).

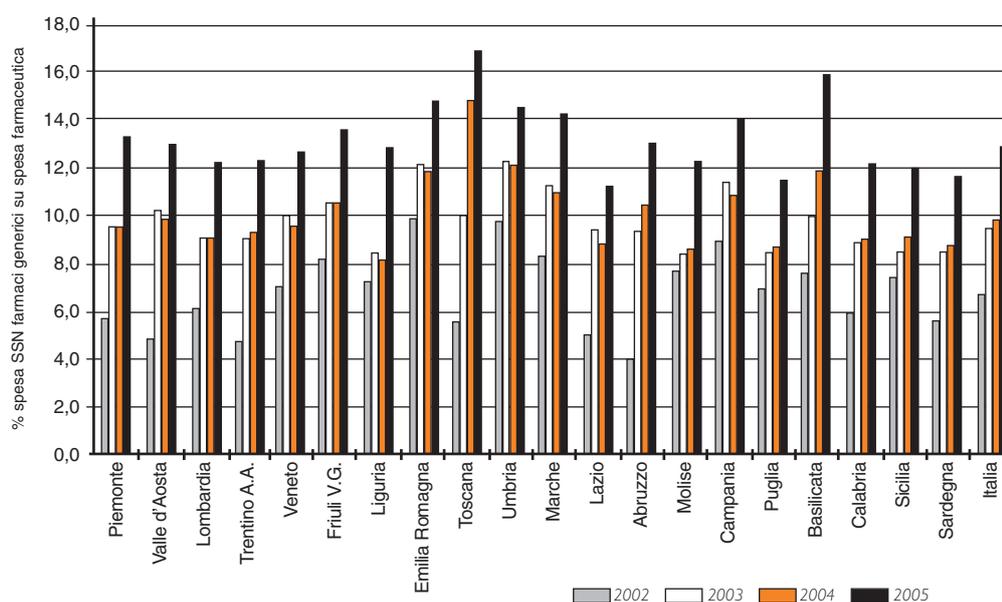
<sup>5</sup> Derivante dalla riduzione dei prezzi (-3,4%), ma frutto anche dell'effetto mix (-1,1%), mentre si continua a registrare un +4,0% nella quantità dei farmaci prescritti.

<sup>6</sup> Ovvero dei farmaci generici branded e unbranded.

farmaceutica a carico del SSN e il 24,1% delle quantità consumate, anche se ancora è scarso l'utilizzo dei farmaci *unbranded*, che rappresentano solo il 2,9% del mercato complessivo dei farmaci equivalenti.

La spesa farmaceutica netta territoriale del SSN ha, inoltre, rappresentato il 13,4% del

**Figura 2 - Spesa SSN per farmaci a brevetto scaduto (valori %)**



Fonte: Nostra elaborazione su dati OsMED

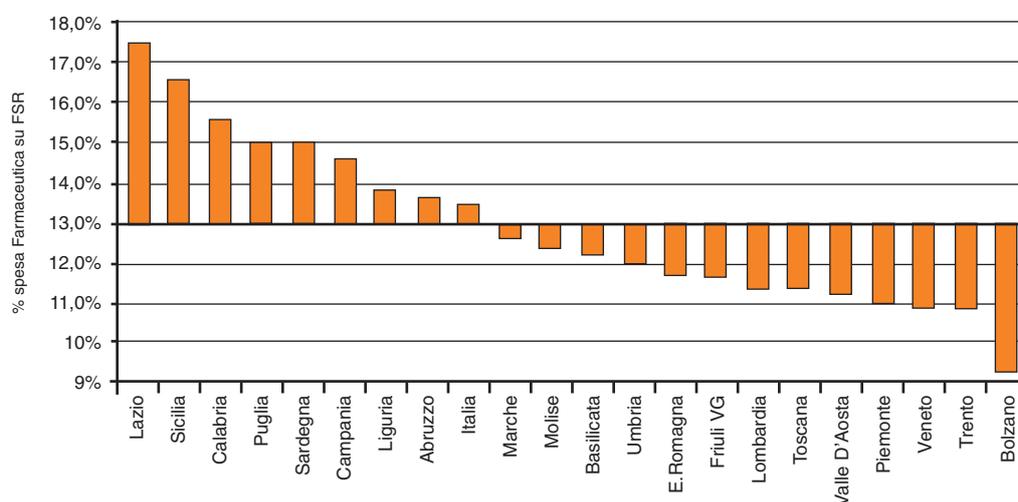
finanziamento regionale, facendo registrare anche nel 2005 una elevata variabilità tra le Regioni: in quelle del Nord (ad eccezione della Liguria) la spesa risulta al di sotto del tetto del 13%, mentre quelle del Centro-Sud superano ancora tale vincolo, con sole quattro Regioni (Lazio, Sicilia, Campania e Puglia) che determinano l'85% dello sfondamento rispetto ai fondi assegnati.

Come già evidenziato nel rapporto dello scorso anno<sup>7</sup>, il tetto di spesa uniforme non permette di tenere conto dei diversi bisogni assistenziali delle popolazioni regionali, per cui riproponendo il modello di correzione basato sull'assegnazione delle risorse destinate alla farmaceutica sulla base dei bisogni effettivi<sup>8</sup>, aggiornato con la popolazione al 1 gennaio 2005, si può evidenziare che:

<sup>7</sup> Barrella A, Polacsek A (2005), *Le politiche farmaceutiche in Italia, Rapporto CEIS Sanità 2005*.

<sup>8</sup> Ovvero della popolazione pesata, dove i pesi utilizzati nel modello sono stati ottenuti utilizzando dati relativi alla spesa farmaceutica lorda (escludendo così differenze di consumo derivanti da politiche regionali di esenzione) per classi di età relativa all'anno 2001 di cinque Regioni di cui è stato possibile raccogliere i dati.

Figura 3 - Percentuale spesa farmaceutica netta su FSR 2005



Fonte: Nostra elaborazione su dati Federfarma e AIFA

- i fondi così determinati risultano, rispetto a quelli effettivi, superiori nelle Regioni con una popolazione più anziana (confermando la teoria che i consumi farmaceutici siano fortemente legati all'età della popolazione);
- se anche il sistema di attribuzione dei fondi per la farmaceutica a livello regionale si basasse sui bisogni assistenziali della popolazione, le Regioni del Nord si mostrerebbero, mediamente, ancora più virtuose (l'avanzo tra la spesa farmaceutica pubblica e i fondi assegnati e teorici si presenta infatti ancora più elevato), mentre nelle regioni del Centro-Sud il disavanzo risulterebbe maggiore rispetto a quello effettivo;
- infine, il fondo regionale per l'assistenza farmaceutica, calcolato sulla base dei pesi sul FSR totale, conferma che Regioni con una popolazione più anziana dovrebbero ricevere di più del 13%.

Infine, osservando i dati di spesa farmaceutica relativi al primo semestre 2006, si evidenzia un aumento della spesa farmaceutica territoriale netta, nella misura del 10,8%, rispetto allo stesso periodo del 2005, derivante dall'incremento del numero delle ricette (+5,9%) e della spesa media per ricetta (+4,6%): sono quindi state prescritte più ricette, mediamente più costose<sup>9</sup>. Tale aumento di spesa registrato nel primo semestre 2006 ha quindi determinato un nuovo intervento da parte dell'AIFA<sup>10</sup>, mediante una riduzione del 5% del prezzo dei farmaci rimborsabili dal SSN, per il ripiano del disavanzo da parte delle aziende farmaceutiche<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> Federfarma (2006), *La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2006*.

<sup>10</sup> *Determina Aifa 27 settembre 2006 pubblicata sulla G.U. del 29 Settembre 2006*.

<sup>11</sup> *In adempimento alla L. n. 326/2003, che poneva a carico dei produttori il ripiano del 60% dello sfondamento del tetto di spesa*.

Tabella 1 - Spesa Farmaceutica netta territoriale e assegnazione fondi - Anno 2005

Regioni	FSR (A)	Fondo spesa farmaceutica (tetto 13%) (B)	Fondo spesa farmaceutica (tetto pesato per i bisogni) (C)	Fondo spesa farmaceutica Netta (D)	Scost. nti % spesa netta da fondo indistinto al 13% (D/B)	Scost. nti % spesa netta da fondo pesato (D/C)	Incidenza % fondo pesato farmaceutica su FSR (C/A)
Val d'Aosta	188.190.000	24.464.700	24.528.724	21.697.596	-11,31%	-11,54%	13,03%
Piemonte	6.789.920.000	882.689.600	902.985.925	756.357.248	-14,31%	-16,24%	13,30%
Liguria	2.680.460.000	348.459.800	358.967.058	371.316.285	6,56%	3,44%	13,39%
Lombardia	13.980.020.000	1.817.402.600	1.836.797.572	1.623.340.255	-10,68%	-11,62%	13,14%
Veneto	6.979.580.000	907.345.400	915.555.135	772.319.310	-14,88%	-15,64%	13,12%
T. Alto Adige	1.411.250.000	183.462.500	182.977.622	144.250.341	-21,37%	-21,17%	12,97%
F.V. Giulia	1.897.660.000	246.695.800	252.656.063	225.332.972	-8,66%	-10,81%	13,31%
E. Romagna	6.516.380.000	847.129.400	869.973.861	778.667.786	-8,08%	-10,50%	13,35%
Marche	2.361.920.000	307.049.600	314.826.996	298.668.510	-2,73%	-5,13%	13,33%
Toscana	5.735.800.000	745.654.000	761.541.074	664.542.258	-10,88%	-12,74%	13,28%
Lazio	7.960.660.000	1.034.885.800	1.020.537.722	1.397.320.695	35,02%	36,92%	12,82%
Umbria	1.361.810.000	177.035.300	181.704.255	165.787.163	-6,35%	-8,76%	13,34%
Abruzzo	1.997.890.000	259.725.700	261.961.290	272.987.824	5,11%	4,21%	13,11%
Molise	507.580.000	65.985.400	65.532.806	63.975.167	-3,05%	-2,38%	12,91%
Campania	8.163.450.000	1.061.248.500	1.016.751.077	1.212.421.875	14,24%	19,24%	12,45%
Puglia	5.898.930.000	766.860.900	750.432.423	891.701.610	16,28%	18,83%	12,72%
Basilicata	905.790.000	117.752.700	115.705.709	113.650.298	-3,48%	-1,78%	12,77%
Calabria	2.991.460.000	388.889.800	377.461.967	469.616.650	20,76%	24,41%	12,62%
Sicilia	7.399.710.000	961.962.300	936.797.591	1.239.075.724	28,81%	32,27%	12,66%
Sardegna	2.416.560.000	314.152.800	311.157.731	364.574.716	16,05%	17,17%	12,88%
Italia	88.145.020.000	11.458.852.600	11.458.852.600	11.847.604.283	3,39%	3,39%	13,00%

Fonte: AIFA, Federfarma e nostre elaborazioni

#### 1.4.2 Le politiche nazionali

Due sono stati i provvedimenti nazionali adottati dall'AIFA<sup>12</sup> nel corso del 2005. Il primo ha visto proseguire la manovra iniziata nel 2004, rivolta a recuperare lo sfondamento della spesa farmaceutica attraverso l'applicazione di uno sconto del 6,8% a carico dell'industria farmaceutica sul proprio fatturato, per tutti i farmaci rimborsati dal SSN, anche se acquistati privatamente dal cittadino<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> L'Agenzia Italiana del Farmaco, che ha tra le sue responsabilità la garanzia del tetto di spesa del 13% attraverso manovre di ripiano, revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale e negoziazione dei prezzi.

<sup>13</sup> Con una riduzione, quindi, del prezzo al pubblico pari al 4,12%.

Il secondo provvedimento ha invece riguardato l'aggiornamento del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN), entrato in vigore dal 1° gennaio 2005, con una diminuzione del prezzo per i principi attivi che avevano registrato un eccessivo aumento dei consumi<sup>14</sup> e con l'ammissione al rimborso di nuove specialità e generici.

La spesa farmaceutica del 2005 è stata inoltre impattata da due provvedimenti realizzati dall'AIFA alla fine del 2004: la revisione delle note e l'adozione del PHT (prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio).

Infine è da ricordare l'accordo ministero della Salute-Federfarma dello scorso 9 dicembre 2005<sup>15</sup>, i cui effetti sulla spesa sono attesi nel 2006; tale accordo prevede: un blocco al prezzo dei farmaci di classe C per 2 anni, vincolando l'azienda che li produce a fissare il prezzo a gennaio degli anni dispari, oltre l'applicazione da parte delle farmacie di uno sconto fino al 20% per i farmaci da banco e quelli senza obbligo di prescrizione<sup>16</sup>.

#### **1.4.3 Gli interventi regionali**

Il vincolo di spesa per l'assistenza farmaceutica in atto dal 2002 ha demandato a livello regionale la possibilità di attuare diverse manovre al fine di contenere la spesa farmaceutica al di sotto del tetto del 13%.

Tra gli interventi realizzati dalle Regioni nel 2005 possiamo evidenziare che:

- il ticket è stato confermato nelle Regioni che già lo applicavano nel 2004, mentre è stato abolito in Calabria (1 settembre 2005) e in Piemonte quello sui generici (1 luglio 2005)<sup>17</sup>; ulteriori modifiche hanno riguardato: variazioni nel regime di esenzioni in Liguria e Sicilia (gennaio 2005), in Veneto (aprile 2005), in Puglia (ottobre 2005), riduzione del ticket a € 0,50 per i farmaci pluri-prescrivibili in Puglia (gennaio 2005);
- è stata avviata dalla Regione Basilicata la limitazione alla prescrizione di una confezione per ricetta;
- molte Regioni<sup>18</sup> hanno mantenuto o implementato la distribuzione "in nome e per conto" attraverso accordi con farmacie e grossisti<sup>19</sup>;

<sup>14</sup> Incremento di spesa superiore all'8,6%.

<sup>15</sup> Realizzato per dare attuazione alla L. n. 149/2005.

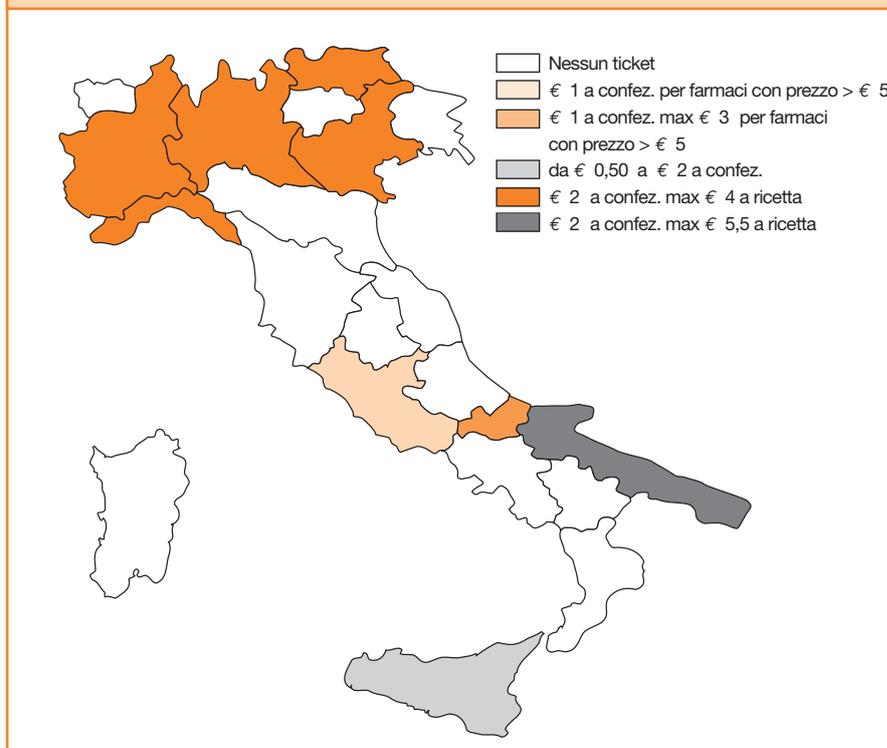
<sup>16</sup> ASI (2005), *Il Ministero della Salute e Federfarma raggiungono l'accordo. Farmaci di fascia C, sconti in farmacia e niente vendita nei supermercati*, "ASI", n. 50, 15 dicembre, pag. 31-32.

<sup>17</sup> Nel Lazio dal 1 gennaio 2006.

<sup>18</sup> In particolare: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Sicilia, Toscana, Umbria. Emilia Romagna, Lombardia e Veneto hanno, invece, scelto di adottare questa iniziativa solo in alcune Aziende Sanitarie.

<sup>19</sup> Sfruttando l'opportunità offerta dalla L. n. 405/2001 di contenere la spesa farmaceutica (attraverso i maggiori sconti applicati ai farmaci acquistati da parte delle strutture pubbliche) attivando modalità particolari di erogazione dei farmaci: per il primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero o da visita specialistica ambulatoriale, per la distribuzione diretta dei farmaci che richiedono un controllo ricorrente (farmaci previsti dal PHT), anche attraverso accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate (distribuzione "in nome e per conto").

Figura 4 - L'applicazione dei ticket nelle Regioni



- Sardegna (novembre 2005) e Veneto (agosto 2005), sono ricorse alla disciplina dell'informazione medico-scientifica;
- ricorso, invece, al maggiore impiego dei farmaci generici da parte della Regione Toscana, che registra infatti la spesa a carico del SSN per farmaci a brevetto scaduto più alta.

#### 1.4.4 Le tendenze della spesa farmaceutica

Malgrado molte Regioni siano riuscite, peraltro con una congerie di interventi, a mantenere la spesa farmaceutica sotto il tetto del 13%, l'evoluzione del settore a livello aggregato è tendenzialmente fuori controllo, imponendo reiterati interventi dell'AIFA.

Il governo del sistema implica quindi la comprensione delle tendenze della spesa farmaceutica.

A tal fine si è costruito un modello econometrico su un panel regionale di variabili economiche, demografiche e indicatori d'efficienza.

Le variabili economiche prese in considerazione nel modello sono il Pil e la quota di ticket. Il Pil rappresenta una *proxy* del reddito regionale, che ci si aspetta abbia una correlazione positiva con la spesa farmaceutica. L'incidenza del ticket peraltro ci fornisce indicazione sull'effettiva responsabilizzazione dei cittadini, ovvero sulla capacità di contenimento dei consumi derivante dal prezzo.

La percentuale di popolazione con più di 65 anni dovrebbe recepire il differente assorbi-

mento di risorse derivante dall'età, e in proiezione l'impatto dell'invecchiamento<sup>20</sup>. Nei prossimi vent'anni, secondo le previsioni Istat, si avrà un significativo aumento delle persone con più di 65 anni di età, di cui la maggior parte ultra-ottantenni (44%).

Per cogliere l'effetto delle politiche di riduzione dei prezzi, si è considerato il prezzo medio per ricetta, mentre per valutare l'effetto dell'inappropriata prescrizione il numero di ricette per medico.

#### 1.4.5 Banca dati e il modello stimato

La stima del modello su dati panel si fonda su dati Regionali, di fonte Federfarma (spesa farmaceutica pubblica) e Istat (spesa farmaceutica privata), sul periodo 1997-2003.

Da un punto di vista econometrico si è stimato sia un modello con effetti fissi che con effetti *random*.

Indicando con:

SFT = Spesa farmaceutica totale pro-capite

PIL = PIL pro-capite

POP\_65+ = % popolazione con più di 65 anni

CMR = Costo medio ricette

RPM = Ricette per medico

TK/SL = Incidenza del ticket sulla spesa lorda

Il modello econometrico stimato risulta quindi essere:

$SFT = f(PIL; POP_{65+}; CMR; RPM; TK/SL)^{21}$ .

Si è scelto di effettuare l'analisi inizialmente a livello nazionale e successivamente per ripartizione geografica, considerando separatamente il Nord<sup>22</sup> e il Centro-Sud.

Il modello prescelto a livello nazionale, secondo il test di Hausman, è quello a effetti fissi.

Il modello spiega il 57,09% della variabilità della spesa farmaceutica totale pro-capite. In particolare l'effetto temporale è ottimamente spiegato come dimostra l' $R^2$  *within* pari a 87,75%, ma anche la variabilità tra le Regioni viene spiegata in maniera abbastanza soddisfacente ( $R^2$  *between* = 57,97%).

Tutte le variabili, tranne il ticket, risultano significative (il Pil lo è al limite) e con i segni attesi. Per il Nord, il test di Hausman ha indicato come preferibile il modello a effetti *random*.

Tornando al ticket osserviamo che la sua presunta inefficacia a contenere i consumi può derivare dalla mancata considerazione delle esenzioni, e comunque la non significatività statistica non esclude trasferimenti di oneri dal settore pubblico alle famiglie.

Il modello a effetti *random* spiega il 74,83% della variabile oggetto di studio, sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' $R^2$  *within* è, infatti, pari

<sup>20</sup> L'età dei pazienti è estremamente importante nella ripartizione della spesa pubblica farmaceutica pro-capite: secondo il Rapporto Osmed 2005, la spesa va da € 42,9 pro-capite per bambino da zero a quattro anni, per salire progressivamente fino a € 588,7 pro-capite per i pazienti con età superiore ai 75 anni.

<sup>21</sup> Per semplicità sono stati omessi i pedici relativi all'anno e alla Regione.

<sup>22</sup> Nella ripartizione del Nord è stata inserita anche la regione Toscana in quanto organizzativamente assimilabile alle Regioni del Nord.

**Tabella 2 - Coefficienti di regressione su dati panel Italia 1997-2003**

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,004	0,068
Percentuale popolazione 65 anni e più	18,157	0,013
Costo medio ricette	3,531	0,001
Ricette per medico	0,011	0,008
Ticket	0,885	0,165
Costante	-293,758	0,002

**Tabella 3 - Coefficienti di regressione su dati panel Nord 1997-2003**

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,008	0,009
Percentuale popolazione 65 anni e più	13,638	0,000
Costo medio ricette	4,125	0,004
Ricette per medico	0,005	0,428
Ticket	0,849	0,257
Costante	-295,758	0,000

a 87,29% mentre l' $R^2$  *between* risulta uguale al 63,17%.

La spesa farmaceutica totale è ancora spiegata dal Pil, dalla percentuale di over 65 anni e dal costo medio delle ricette.

Anche per il Centro-Sud il modello da utilizzare è quello ad effetti *random*, che spiega l'82,59% della variabilità complessiva; anche in questo caso sia l'effetto temporale che quello territoriale sono ben spiegati dal modello: l' $R^2$  *within* è pari a 88,15%, mentre l' $R^2$  *between* risulta uguale al 66,20%.

Per il Centro-Sud le variabili risultate significative sono: il Pil, il costo medio delle ricette, ma anche il numero di ricette per medico e il ticket, quest'ultimo sorprendentemente con segno positivo.

Come era lecito aspettarsi la spesa farmaceutica totale sembra influenzata da fattori economici e demografici, ma anche da fattori riconducibili a inefficienza.

Regioni del Nord e Regioni del Centro-Sud rappresentano singolarmente insiemi sostanzialmente omogenei, come dimostrato dalla scelta del modello a effetti *random* e dalla variabilità *between* spiegata; si evidenzia peraltro una disomogeneità significativa tra le ripartizioni.

**Tabella 4 - Coefficienti di regressione su dati panel Centro-Sud 1997-2003**

Variabili	Coefficienti	P> t
Pil pro-capite	0,004	0,004
Percentuale popolazione 65 anni e più	2,576	0,167
Costo medio ricette	3,959	0,001
Ricette per medico	0,021	0,000
Ticket	1,728	0,054
Costante	-92,793	0,032

Nel Centro-Sud non sembra rilevante l'effetto anzianità, mentre è significativo il numero di ricette prescritte per medico, che possiamo considerare una *proxy* dell'inappropriatezza prescrittiva.

Risulterebbe, invece, comune la sensibilità ai prezzi e quindi l'efficacia dei tagli effettuati, sebbene la variabile usata non permetta di discriminare tra livello dei prezzi ed effetti di *case-mix*.

#### **1.4.6 Le tendenze della spesa farmaceutica totale**

Il modello ci permette di inferire l'evoluzione tendenziale della spesa farmaceutica totale: scelte sul prontuario e sulle compartecipazioni determineranno poi l'impatto sulla spesa farmaceutica pubblica.

Per ragioni di prudenza si è limitata la previsione all'anno 2007, anche in considerazione del fatto che i dati disponibili per la stima dei parametri si ferma al 2003.

Per quanto riguarda il Pil abbiamo considerato un'ipotesi conservativa con un incremento del Pil reale dell'1% e l'ipotesi descritta dal Governo con un Pil dell'1,5%<sup>23</sup>. Per quanto riguarda le variabili esogene, la percentuale di popolazione over 65 è stata desunta dalle previsioni Istat della popolazione 2007.

Per il costo medio per ricetta si sono fatte due ipotesi alternative: una crescita del 2% e una crescita del 4%.

L'esercizio di simulazione prevede una spesa farmaceutica totale che varia tra i € 22.748 mil. e i € 22.869 mil. Per l'anno 2007 la spesa farmaceutica dovrebbe, quindi, assorbire una quota di Pil pari all'1,5%; sulla spesa sanitaria totale prevista<sup>24</sup> l'incidenza della spesa farmaceutica totale (pubblica + privata) sarebbe compresa fra 18,24% e il 18,47%.

In base al finanziamento previsto per il 2007 per il Servizio Sanitario Nazionale, determi-

<sup>23</sup> Cf. *Andamento tendenziale dell'economia italiana: Documento di programmazione economica-finanziaria 2007-2011*.

<sup>24</sup> Cf. *cap. 1.2 del presente rapporto: L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia*.

**Tabella 5 - Previsioni spesa farmaceutica totale 2007**

<b>Variabili di previsioni</b>	<b>Spesa 2007 pro-capite</b>	<b>Spesa tot. 2007 (mil. €)</b>
Pil + 1%, Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 2% costante, MMG costanti	389,47	22.748
Pil + 1,5%, Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 2%, costante, MMG costanti	390,00	22.780
Pil + 1% , Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 4% costante, MMG costanti	390,99	22.837
Pil + 1,5,% Pop 65+ secondo previsione, Ricette + 4% costante, MMG costanti	391,52	22.869

nato in € 96.000 mil. dal Governo<sup>25</sup>, il tetto di spesa farmaceutica del 13% ammonterebbe a € 12.480 mil. Quindi, in base alle nostre previsioni, il rispetto del tetto di spesa comporterebbe una quota di spesa privata compresa tra i € 10.268 mil. e i € 10.388 mil. pari a circa il 45% del totale, in linea con i livelli attuali.

In definitiva sembra che, in assenza di ulteriori manovre, la spesa farmaceutica totale sia destinata a crescere naturalmente, per effetto dell'invecchiamento della popolazione, del reddito, ecc., ma nel breve periodo l'aumento tendenziale (al netto dei fenomeni di *case-mix* dovuti all'innovazione e alle pressioni commerciali) sarebbe modesto essendo compreso tra il 2,51% e il 2,80% rispetto al valore previsto 2006.

Si noti che mentre nel Nord prevale la spinta alla crescita derivante dalla popolazione anziana, nel Centro-Sud assume un ruolo importante nella spiegazione degli aumenti l'inefficienza prescrittiva.

<sup>25</sup> Intesa Conferenza Stato-Regioni del 28.09.2006.

#### 1.4.7 Conclusioni

Mentre assistiamo a interventi di politica pubblica incentrati principalmente su regolamentazioni di prezzo, il modello stimato indica l'urgenza di intervenire sull'inappropriatezza prescrittiva, con particolare urgenza nel Centro-Sud.

Come era lecito aspettarsi, il miglioramento delle condizioni economiche e l'invecchiamento hanno poi un'influenza sulla spesa farmaceutica, spingendola naturalmente al rialzo: ciò rafforza l'esigenza di rivedere il tetto unico (13%), che è invece indipendente dalla struttura demografica.

In termini quantitativi, un aumento del Pil dell'1% implica un aumento della spesa farmaceutica dello 0,26% (pari a € 0,97 pro-capite) in Italia, con una maggiore elasticità al Nord (0,60%, pari a € 2,27 pro-capite) che al Centro-Sud (0,21%, pari a € 0,76 pro-capite).

L'effetto dell'invecchiamento è significativo al Nord e, sorprendentemente, non nel Centro-Sud. In particolare, l'aumento di un punto percentuale della popolazione con più di 65 anni aumenterebbe la spesa farmaceutica totale pro-capite di € 18,16 in Italia, pari al 4,92% e al Nord di € 13,64 pari al 3,71%.

Le variazioni dei prezzi medi hanno una elasticità intorno a 0,2.

Ancora, se nel Centro-Sud il numero di prescrizioni per medico fosse uguale a quello medio del Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 5,32%, dimostrando l'urgenza di interventi in tal senso.

Concludendo, le differenze riscontrate a livello regionale suggeriscono che le politiche farmaceutiche debbano essere calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di un governo centrale con *benchmark* uguali per tutti.

#### Riferimenti bibliografici

- AIFA (2006), "Analisi dell'impatto sulla spesa farmaceutica dei farmaci registrati dall'AIFA nel periodo luglio 2004-dicembre 2005".
- AIFA (2006), "Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata e non convenzionata a carico del SSN: consuntivo 2005".
- AIFA (2006), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2005".
- ASI (2005), "Il Ministero della Salute e Federfarma raggiungono l'accordo. Farmaci di fascia C, sconti in farmacia e niente vendita nei supermercati", ASI, n. 50, 15 dicembre, pp. 31-32.
- Barrella A, Polacsek A (2005), "Le politiche farmaceutiche in Italia", Rapporto CEIS Sanità 2005.
- CER (2005), "La reintroduzione dei ticket non frena la spesa farmaceutica", ASI, n. 37, 15 settembre, pp. 2-12.
- Farmindustria (2006), "Indicatori farmaceutici", giugno 2006.
- Federfarma (2005), "La spesa farmaceutica sforerà il tetto", ASI, n. 49, 8 dicembre, pp. 21-23.
- Federfarma (2006), "Federfarma presenta il consuntivo 2005. La spesa farmaceutica cala dell'1,1%", ASI, n. 16, 20 aprile, pp. 2-6.
- Federfarma (2006), "La spesa farmaceutica SSN, dati gennaio-dicembre 2005".
- Federfarma (2006), "La spesa farmaceutica SSN. Dati di spesa farmaceutica gennaio-giugno 2006".

- OsMED (2006), “L’uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2005”, Roma, giugno 2006.
- Toniolo F, Mezzani M (2006), “Politiche di controllo del consumo dei farmaci. Cosa possono fare Regioni e Aziende Sanitarie”, ASI, n. 8, 23 febbraio, pp. 16-18.

## 1.5 - La razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera

Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 1.5.1 Introduzione

L'assistenza ospedaliera è al centro delle politiche sanitarie da oltre un decennio, essendo sempre più diffusa la preoccupazione per l'ingente assorbimento di risorse che genera, ma anche per la più volte dichiarata volontà di spostare il focus assistenziale verso le cure primarie.

Il conseguente spostamento di risorse a livello di Livelli Essenziali di Assistenza dall'ospedale al territorio è divenuto una realtà, sebbene ancora con livelli difformi a livello regionale.

Larga parte delle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera si sono concentrate sulla riduzione dei posti letto (specialmente per acuti), sulla chiusura degli ospedali più piccoli, sull'incentivo ai ricoveri diurni: sono peraltro note ed evidenti le difficoltà che si sono incontrate in tale approccio, in particolare per quanto concerne la chiusura degli ospedali, che in effetti procede a rilento in molte Regioni.

A ben vedere, le strategie citate hanno un limite intrinseco in termini di razionalizzazione economica, per effetto della non proporzionalità fra riduzione dei posti letto e riduzione degli organici, che pure rappresentano la voce largamente maggioritaria dei costi.

Il presente contributo vuole analizzare alcune dimensioni fondamentali dell'assistenza ospedaliera, onde valutare lo stato del processo di razionalizzazione in corso; si privilegerà l'analisi della variabilità regionale dei comportamenti assistenziali, in particolare in termini di ricorso all'ospedale per età e di assorbimento di risorse che ne consegue. Non è evidentemente estranea al ragionamento neppure la valutazione delle politiche tariffarie regionali.

### 1.5.2 Banca dati e metodologia

Nelle elaborazioni seguenti si è utilizzata la banca dati delle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) del Ministero della Salute relative all'anno 2003, riferite alla residenza del ricoverato.

Per quanto riguarda la valorizzazione dei ricoveri, onde stimare l'assorbimento di risorse relativo per età, si sono utilizzate le tariffe DRG specifiche regionali.

In particolare sono stati elaborati i tassi di ospedalizzazione specifici per età e residenza dei ricoverati e l'assorbimento relativo di risorse per classe di età e Regione.

Inoltre si è elaborata la tariffa media vigente nelle singole Regioni, anche standardizzata per il case mix, in quest'ultimo caso utilizzando la casistica nazionale.

Infine si è valutato l'effetto congiunto del minore/maggiore ricorso all'ospedale e delle politiche tariffarie, calcolando l'onere medio per classe di età riferito alla popolazione residente.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

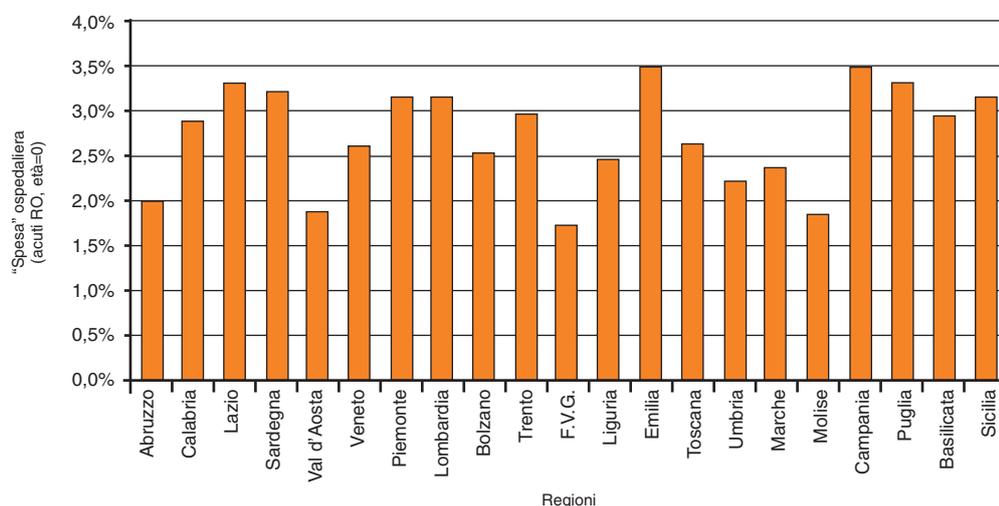
### 1.5.3 Struttura dei “costi” ospedalieri per età

Iniziamo la nostra analisi dalla distribuzione per età della “spesa”<sup>2</sup> ospedaliera degli acuti in regime ordinario e in day-hospital.

Relativamente agli acuti ricoverati in regime ordinario, le percentuali di “spesa” alle varie età hanno un andamento qualitativamente omogeneo nelle varie Regioni: dopo il picco di assorbimento relativo alle nascite (con patologie), esse crescono di poco sino alla classe di età 15-24, per poi aumentare esponenzialmente nelle fasce di età successive.

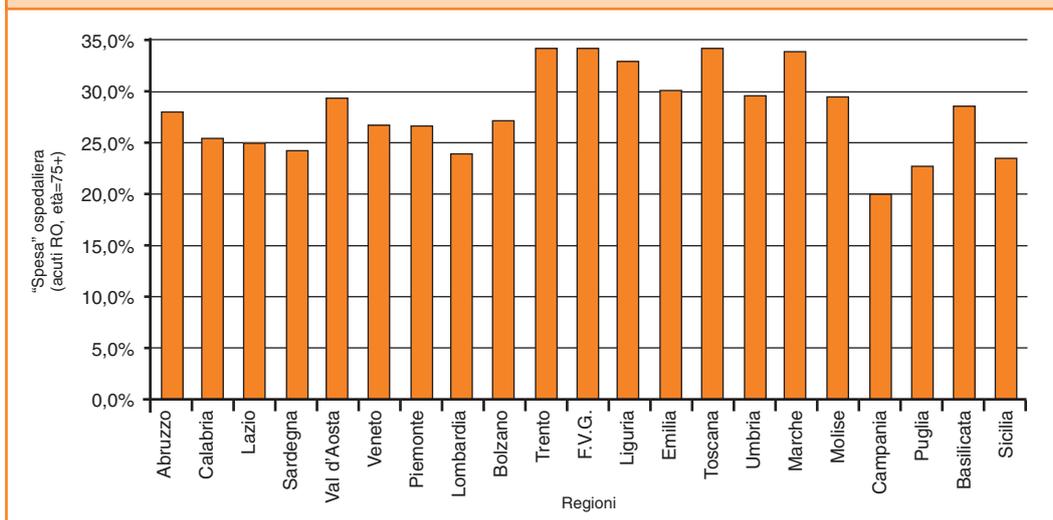
Dall’analisi quantitativa, emergono significative differenze a livello regionale. All’età zero, così come nelle età intermedie, il peso della “spesa” ospedaliera è maggiore nelle Regioni del Sud e nello specifico in Campania (3,5%), in Puglia (3,3%) e in Sicilia (3,1%). Il dato è spiegabile, ma solo parzialmente, con la struttura demografica regionale e quindi con i maggiori tassi di natalità al Sud (grafico 1): si consideri infatti che sono esclusi i costi dei parti di bimbi nati sani. Con l’aumentare dell’età si inverte ovviamente la relazione e aumenta anche la variabilità regionale. In particolare la classe di età 75 e più è quella in cui la proporzione di “spesa” si differenzia di più da Regione a Regione: i valori più alti sono raggiunti dal Friuli Venezia Giulia (34,6%), dalla Toscana (34,3%) e dalle Marche (34,1%), mentre la Campania ha la quota di “spesa” più bassa (20,1%) (grafico 2).

**Grafico 1 - Quota di “spesa” ospedaliera  
Ricoveri ordinari in acuzie – età zero – Anno 2003**



<sup>2</sup> Come evidenziato nel paragrafo precedente, per “spesa” va correttamente inteso l’ammontare di finanziamento teoricamente riconosciuto secondo le tariffe DRG regionali vigenti. Non si tratta quindi strictu sensu di spesa, ma di un indicatore dell’assorbimento di risorse relativo per classe di età. Nel testo per semplicità verrà usato il termine “spesa” virgolettato.

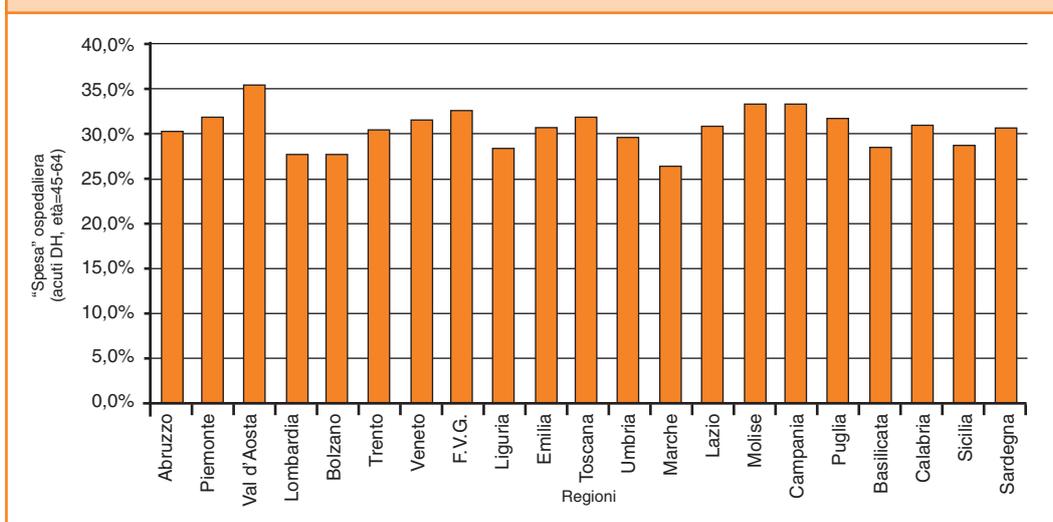
**Grafico 2 - Quota di “spesa” ospedaliera  
Ricoveri ordinari in acuzie – età 75+ – Anno 2003**



Per quanto concerne i ricoveri in day-hospital, il costo si concentra in corrispondenza della classe d'età 45-64, per poi diminuire successivamente. In generale la variabilità regionale è maggiore nel regime ordinario (grafico 3).

Relativamente alla classe di età 45-64, che è quella che presenta la maggiore variabilità regionale, la Val d'Aosta ha un assorbimento del 36,0%, la Campania e il Molise del 33,7%, sino al 27,3 % delle Marche (grafico 3).

**Grafico 3 - Quota di “spesa” ospedaliera  
Ricoveri diurni in acuzie – età 45-64 – Anno 2003**



La “spesa” ospedaliera per ricoveri ordinari si concentra quindi sulla prima e ultima classe di età, mentre per i ricoveri diurni nella classe 45-64 anni: emerge peraltro una forte variabilità regionale che scomporremo nei paragrafi successivi nelle sue componenti demografiche, di case-mix e tariffarie.

#### 1.5.4 I tassi di ospedalizzazione

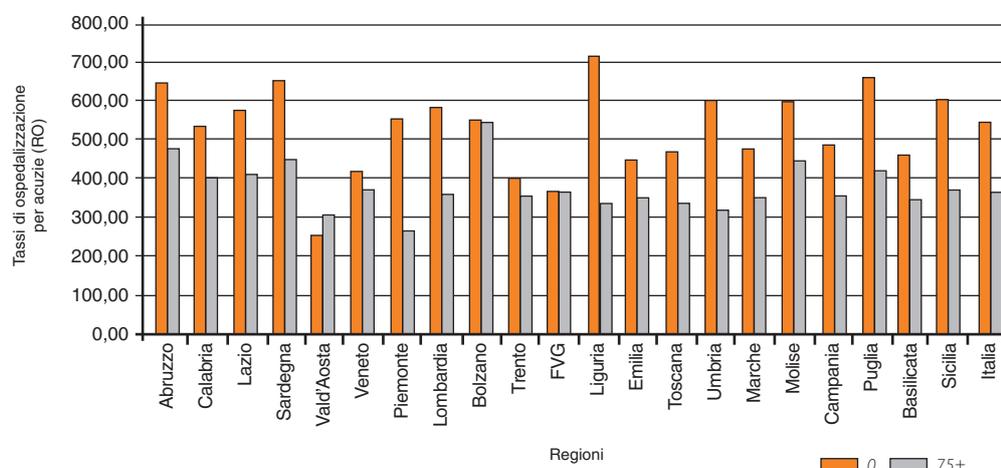
Relativamente agli acuti, il tasso di ospedalizzazione complessivo in Italia è pari al 145,9 per mille, sotto il parametro del 160 per mille indicato dall’art. 1 della L. 662/1996.

Se entriamo nello specifico per classe di età, osserviamo che nel primo anno di vita il tasso è pari al 548,15 per mille (esclusi i bimbi nati sani), scendendo al 58,38 per mille nella classe 5-14 per poi risalire nella classe 75 + al 370,26 per mille (grafico 4).

Anche in questo caso l’andamento qualitativo è omogeneo in tutte le Regioni, ma sono rilevanti le differenze di livello.

Si evidenzia in particolare l’esistenza di irregolarità geografiche nella distribuzione dei

**Grafico 4 - Tassi di ospedalizzazione - Acuti in regime ordinario (valori per mille abitanti) - età zero e 75+**



ricoveri e di una forte variabilità soprattutto nel primo anno di vita: le Regioni che riscontrano una proporzione maggiore di ricoveri sono la Liguria (704,04 per mille) e la Puglia (669,24 per mille), seguite dalla Sardegna e dall’Abruzzo. All’altro estremo troviamo la Val d’Aosta e il Friuli Venezia Giulia, con tassi di ospedalizzazione pari rispettivamente al 254,13 e al 370,34 per mille.

Nelle fasce di età intermedie, come già accennato e come è peraltro lecito aspettarsi, i tassi di ospedalizzazione sono più bassi e con una variabilità minore.

Nelle età anziane, sono la provincia di Bolzano e le Regioni del centro come Abruzzo e

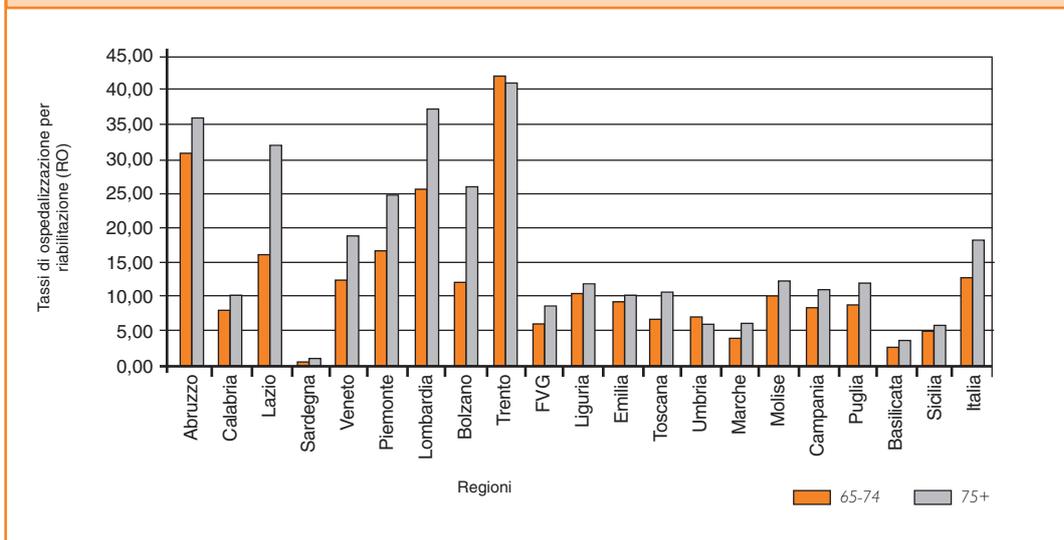
Molise a raggiungere i tassi più elevati (rispettivamente 555,04, 485,14, 453,92 per mille), seguiti da alcune Regioni del Sud tra cui la Puglia e la Calabria; le Regioni del Nord (in particolare il Piemonte e la Val d'Aosta) al contrario mostrano i valori dei tassi pari a circa la metà, rispettivamente 267,00 e 309,54 per mille (grafico 4).

Considerando che i dati utilizzati si riferiscono alla residenza dei ricoverati, le differenze riscontrate è difficile immaginare che possano essere attribuite a fattori epidemiologici. Specialmente i ricoveri dei più anziani sembrano spiegabili principalmente con ragioni di tipo organizzativo, legate alla assenza/presenza di alternative residenziali specifiche.

Relativamente ai ricoveri per riabilitazione, si può notare una variabilità ancora maggiore: a partire dalla classe di età 25-44 le proporzioni di ricoverati sulla popolazione passano dal 4,57 su mille abitanti in Abruzzo allo 0,10 per mille della Basilicata.

I tassi di ospedalizzazione raggiungono ovviamente livelli massimi (nel livello e nella variabilità) nelle classi 65-74 e 75+; si evidenzia una regolarità geografica, nel senso che la proporzione maggiore di anziani ricoverati per riabilitazione si riscontra nelle Regioni del Centro-Nord e principalmente nella provincia di Trento (41,71 per mille), quindi in Lombardia e in Abruzzo, mentre al contrario le Regioni del Sud tra cui la Basilicata e la Sicilia riscontrano tassi di riabilitazione più bassi e pari rispettivamente al 4,15 e al 5,64 per mille (grafico 5).

**Grafico 5 - Tassi di ospedalizzazione - Riabilitazione regime ordinario (valori per mille abitanti) - età 65-74 e 75+**



Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza la media italiana è di 1,52 ricoveri su mille abitanti. Anche qui si osserva una elevata variabilità.

La provincia di Trento riscontra ancora il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza più elevato (pari a 53,85 per mille abitanti over 75), seguita subito dopo dall'Emilia Romagna (44,04 per mille); al contrario la Calabria e la Sicilia sono le due Regioni con tasso di ospe-

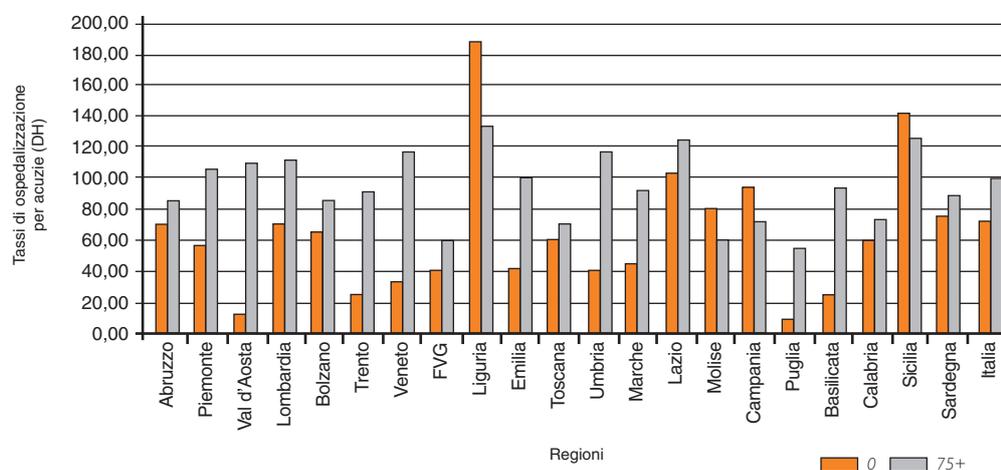
dalizzazione più basso: rispettivamente 2,01 e 3,66 per mille abitanti.

Si avvalorava quindi l'ipotesi che la spiegazione della variabilità nei tassi di ospedalizzazione sia da ricercarsi nella struttura dell'offerta piuttosto che nei bisogni della popolazione. Passando ai ricoveri diurni, in Italia il tasso di ospedalizzazione è pari complessivamente al 61,74 per mille abitanti, passando dal 71,40 per mille alla nascita al 98,53 per mille a 75 anni e +.

Nel primo anno di vita, si può notare, così come per il regime ordinario, una forte irregolarità geografica nelle distribuzioni oltre a una grande variabilità nelle proporzioni dei ricoveri presenti nelle diverse Regioni. I livelli maggiori di utilizzo sono raggiunti dalla Liguria (188,02 per mille) e dalla Sicilia (140,62), seguite dal Lazio (102,17). Queste Regioni mostrano i tassi di ospedalizzazione più elevati anche nelle altre fasce di età.

La Puglia e la Val d'Aosta sono al contrario le Regioni con la proporzione di ricoveri minore (nel primo anno di vita pari rispettivamente al 9,36 e al 13,05 per mille abitanti). La Puglia inoltre presenta i tassi di ospedalizzazione più bassi anche nelle altre fasce di età. I tassi di ospedalizzazione aumentano in corrispondenza della classe di età 65-74, per poi o diminuire o rimanere costanti a 75 anni e + (grafico 6).

**Grafico 6 - Tassi di ospedalizzazione - Acuti in day-hospital (valori per mille abitanti) - età zero e 75+**



La fortissima variabilità riscontrata conferma ancora come sia la disponibilità di servizi il fattore determinante, che nel caso dei ricoveri in regime diurno richiede la pianificazione di una ristrutturazione della rete assistenziale.

In conclusione, dall'analisi dei tassi di ospedalizzazione emerge una ancora incompiuta, e fortemente difforme, razionalizzazione dell'offerta, che determina un differente accesso ai servizi ospedalieri, ponendo questioni tanto di efficienza che di equità.

### 1.5.5 L'assorbimento di risorse standardizzato per età: il case mix

Per depurare l'analisi dagli effetti derivanti dai tassi di ospedalizzazione, si è elaborata la distribuzione della "spesa" media per fascia di età nelle singole Regioni, standardizzando rispetto alla "spesa" media della classe di età 25-44, prescelta in quanto quest'ultima è in genere molto vicina a quella media totale regionale.

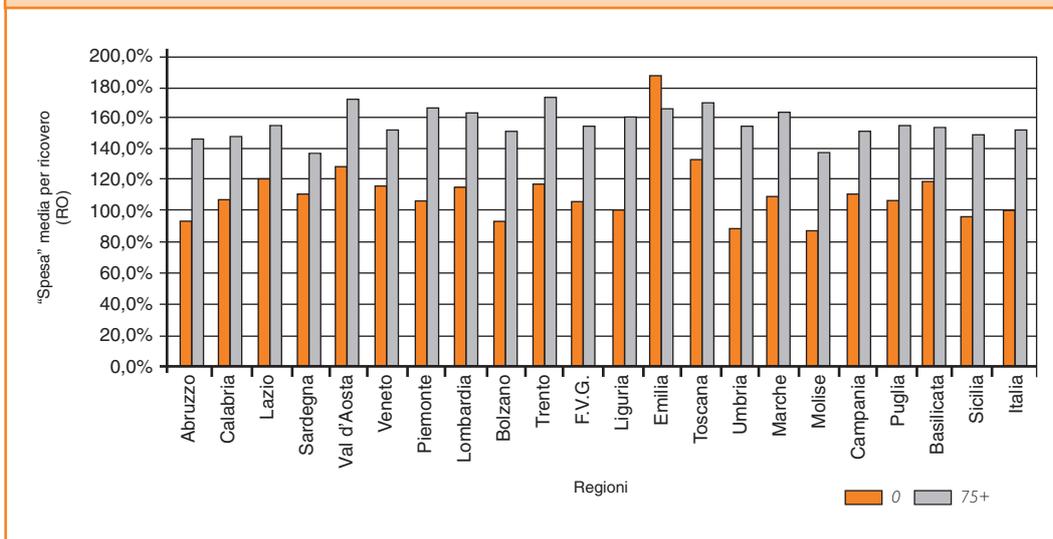
Relativamente ai ricoveri degli acuti in regime ordinario, i ricoverati di età 0 costano mediamente il 100,1% di quelli della classe di riferimento, mentre per l'età 75 e + la "spesa" raggiunge il 152,5%.

Come era lecito aspettarsi, quindi, gli anziani hanno una casistica mediamente "più complessa".

A fronte di questo dato aggregato, notiamo però come alla nascita abbiamo un costo relativo che varia dal 185,3% in Emilia Romagna all'86,5% del Molise.

Nell'ultima fascia di età (*over 75*) per la Provincia di Trento si determina una "spesa" media relativa del 173,5%, seguita dalla Val d'Aosta (172,0%) e dalla Toscana (169,7%); all'altro estremo si trova invece la Sardegna con una "spesa" relativa solo del 136,8%, seguita dal Molise (138,8%) e dalla Calabria (146,2%) (grafico 7).

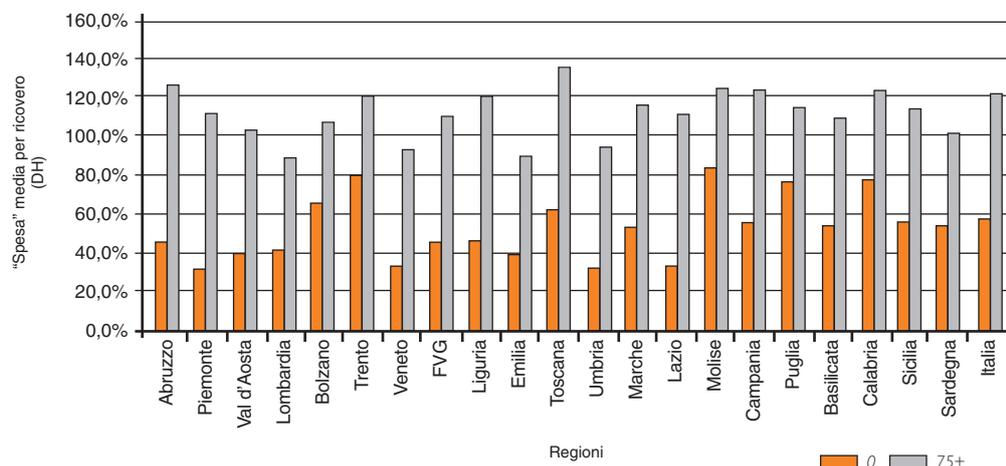
Grafico 7 - "Spesa" media per ricoverato (regime ordinario) - età zero e 75+



Per quanto riguarda i ricoveri diurni, l'assorbimento relativo varia dal 57,3% all'età zero al 123,1% dell'ultima fascia di età.

All'età 0 si passa da un assorbimento relativo dell'85,0% circa in Molise al 31,8% del Piemonte. Nella classe 75+ la Toscana è al 137,9%, mentre l'Emilia Romagna e la Lombardia si fermano rispettivamente al 90,8% e al 91,4% (grafico 8).

**Grafico 8 - "Spesa" media per ricoverato (day-hospital) - età zero e 75+**

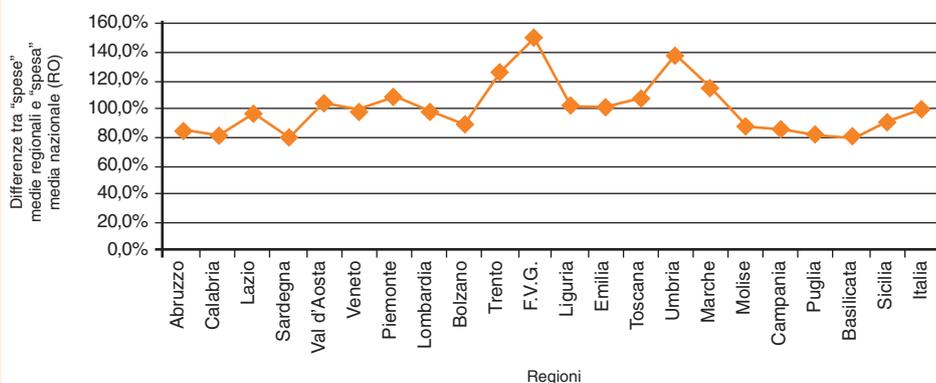


Le indicazioni che si traggono da questa statistica sono che in alcune Regioni (come l'Umbria e altre Regioni del Sud tra cui la Calabria e la Sardegna) si nota una struttura più piatta, che può essere indice di ricoveri di bassa intensità, potenzialmente inappropriati per le fasce più a rischio (bambini e anziani).

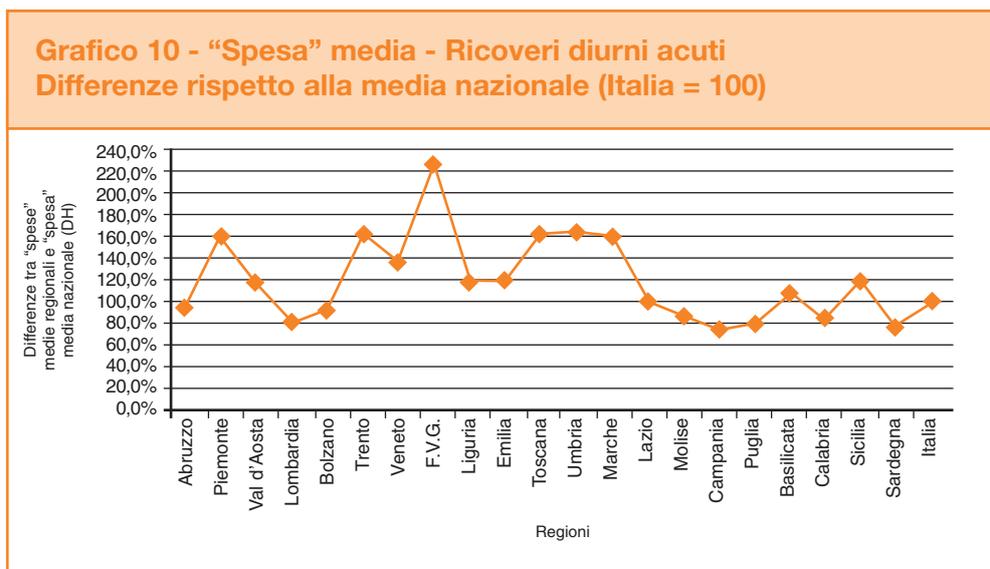
Sempre relativamente ai case mix trattati, si noti come le Regioni del Nord registrano sistematicamente una "spesa" media per ricovero, maggiore rispetto a quelle del Sud.

Relativamente al regime ordinario, il Friuli Venezia Giulia (149,9%) e l'Umbria (138,1%) sono sopra la media; al contrario la Sardegna (80,2%), la Basilicata (80,4%) e la Puglia (81,3%) sono sotto la media nazionale (grafico 9).

**Grafico 9 - "Spesa" media - Ricoveri ordinari acuti  
Differenze rispetto alla media nazionale (Italia = 100)**



Per i ricoveri diurni in Friuli Venezia Giulia (225,7%) la “spesa” media è più del doppio di quella nazionale, seguita dalla Toscana (161,7%), e dal Piemonte (159,7%); contrariamente la Campania (73,8%) e la Sardegna (76,5%) sono nettamente al di sotto della media nazionale (grafico 10).



Questo dato conferma che i cittadini del Nord ricorrono all'ospedale per casistiche più complesse rispetto a quelli del Sud, anche se il dato è confuso dai diversi livelli tariffari in essere a livello regionale, che verranno analizzati nel paragrafo successivo.

### 1.5.6 I livelli tariffari

Per ogni Regione si è calcolata la tariffa media complessiva (acuti, riabilitazione e lungodegenze), ponderando con la casistica nazionale.

Il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria e la Provincia di Trento garantiscono le tariffe medie più elevate, pari rispettivamente a € 3.999,50, € 4.063,81 e € 3.828,52. La Basilicata è la Regione con tariffa media più bassa (€ 2.594,95), seguita dal Veneto (€ 2.668,07) e la Sardegna (€ 2.776,86) (grafico 11).

Per quanto concerne i ricoveri diurni, l'Umbria e il Friuli Venezia Giulia hanno livelli tariffari maggiori, pari rispettivamente a € 1.067,82 e € 1.019,61; al contrario la Puglia e l'Abruzzo si caratterizzano per livelli tariffari minori pari rispettivamente a € 533,36 e € 537,41 (grafico 12).

Grafico 11 - Tariffe medie - Regime ordinario

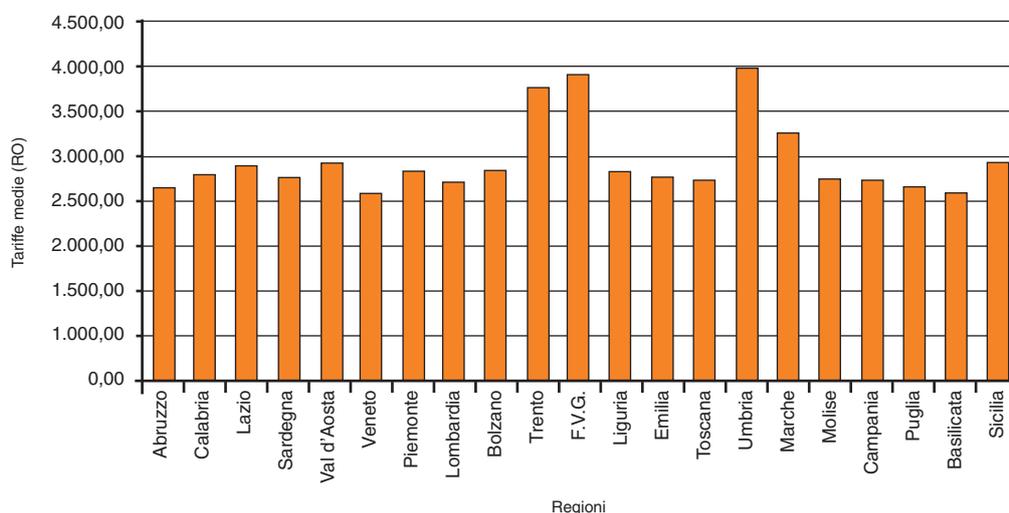
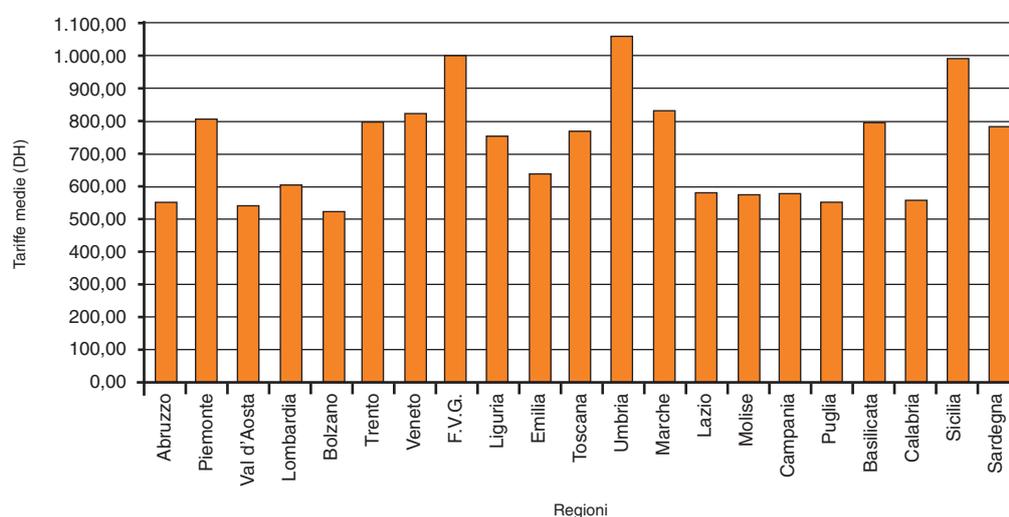


Grafico 12 - Tariffe medie - Day-hospital



### 1.5.7 I “pesi” per età (“spesa” media per abitante)

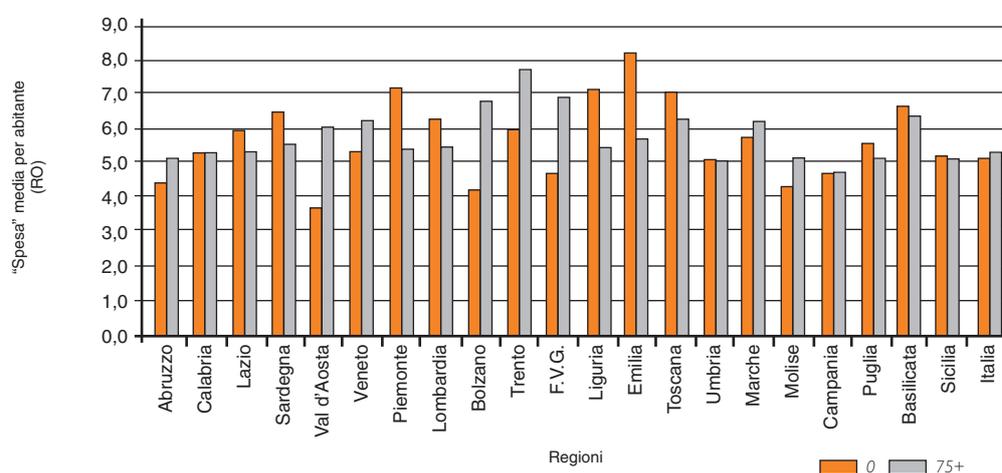
Posta uguale ad 1 la spesa media per abitante (ricoveri ordinari per acuti) della classe di età 25-44, i bimbi (esclusi i nati sani) hanno un “peso” (assorbimento medio di risorse) pari a 5,2, mentre il “peso” è di 5,4 per gli over 75: qualitativamente si determina la classica forma ad “U”.

Si conferma, però, che per effetto delle forti differenze regionali sia nel ricorso all'ospedalizzazione, sia nelle casistiche trattate, sia nei livelli tariffari, tali valori medi sono piuttosto difformi a livello regionale.

Nella classe di età iniziale, ad esempio, per l'Emilia Romagna si determina un "peso" di 8,4, contro un valore di 3,7 in Val d'Aosta, di 4,2 in Molise.

Per gli over 75, la provincia di Trento ha un "peso" di 7,8 mentre la Campania e la Sicilia sono rispettivamente a 4,8 e 5,1 (grafico 13).

**Grafico 13 - "Spesa" media per abitante - Regime ordinario acuti  
Età zero e 75+**



La curva per i ricoveri diurni è simile, ma decrescente per le età più anziane. Per la prima classe il "peso" è di 0,8, per crescere a 2,6 nella classe di età estrema.

All'età zero, per il Molise si determina un "peso" di 1,9 con la Val d'Aosta a 0,2.

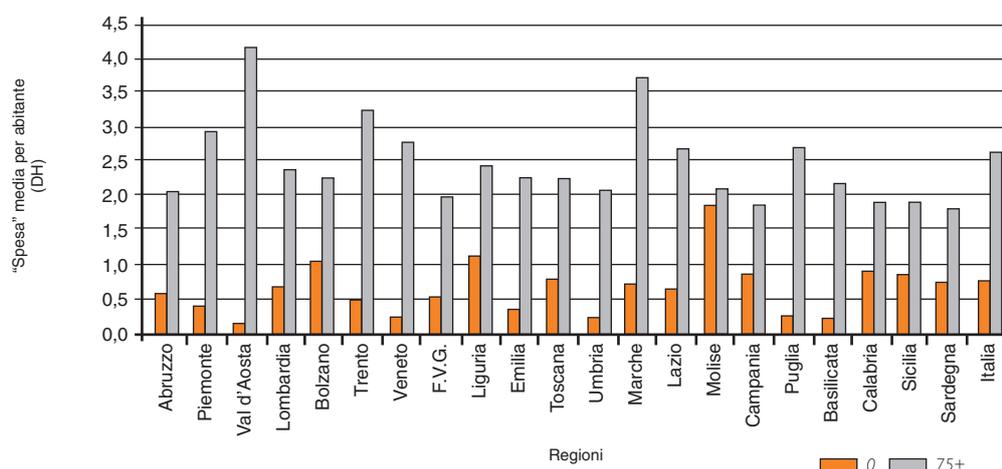
Per gli over 75 la Val d'Aosta ha un peso di 4,4, seguita dalle Marche a 3,7; al contrario la Sardegna e la Sicilia si fermano a 1,8 e 1,9 (grafico 14).

In sintesi si evincono forti difformità nei "modelli" di assistenza ospedaliera regionali, che rendono quanto meno opinabile una ripartizione delle risorse basata su pesi (ai sensi della L. 662/1996) medi nazionali: andrebbero quantomeno indagate le ragioni reali delle difformità sopra esposte, onde distinguere fattori epidemiologici e demografici da quelli derivanti da inappropriata e carenza/distorsione delle reti di offerta.

### 1.5.8 Conclusioni

Malgrado siano risultate (almeno parzialmente) efficaci le politiche tese a spostare l'onere assistenziale ed economico dall'ospedale al territorio, si è testimoniato come permangano notevoli differenze regionali, non facilmente attribuibili a fattori di bisogno della

**Grafico 14 - "Spesa" media per abitante - Regime diurno acuti  
Età zero e 75+**



popolazione, siano essi demografici o epidemiologici.

Per esclusione si deve ammettere che esistono notevoli sacche di inappropriata e una domanda in larga misura condizionata dall'offerta.

Lo strumento della riduzione dei posti letto risulta quindi sostanzialmente incapace da solo a governare un processo di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, sia sul versante economico, sia su quello clinico.

In termini economici appare molto più consistente concentrarsi sulle dimensioni delle dotazioni organiche e del ricorso all'ospedale. Su quello clinico è necessario altresì approfondire le ragioni delle altre differenze/variabilità regionali riscontrate:

- tassi di ospedalizzazione variabili nell'ordine del 300% (e anche più per il regime diurno e per riabilitazione e lungodegenza);
- livelli tariffari anch'essi variabili, con differenze medie massime del 60%;
- casistiche medie diverse, anche di 1,5 volte;
- curve di assorbimento delle risorse per età diverse con, in alcune classi, un fattore di variabilità regionale di valore 2,5.

In conclusione vanno separate le differenze auspicabili (perché fonte di adesione ai bisogni specifici delle popolazioni regionali) da quelle indesiderabili perché derivanti da autoreferenzialità dell'offerta. Le politiche nazionali indifferenziate (come è il caso dei target massimi di posti letto per abitante) sembrano incapaci di incentivare una razionalizzazione effettiva, se non addirittura sono fonte di ulteriori rischi di inappropriata e inefficienza.

## 1.6 - Gli accordi regionali con la medicina generale: strumenti di un reale governo della domanda?

Barrella A.<sup>1</sup>, Rebba V.<sup>2</sup>

### 1.6.1 Il contesto di riferimento

La crescita dei costi del sistema sanitario, legata in parte ad un aumento del bisogno di salute, derivante dall'esigenza sempre più sentita di mantenere un elevato livello qualitativo della vita, ma anche da una popolazione anziana che si caratterizza per la presenza di patologie croniche e degenerative, ha portato all'attenzione della programmazione sanitaria sia nazionale che regionale il problema di controllare la spesa in un contesto economico di risorse scarse, attuando interventi sia dal lato della domanda che da quello dell'offerta.

Il governo della domanda in un sistema sanitario pubblico può essere realizzato attraverso diversi tipi di strumenti, sia tradizionali che innovativi, che permettono di gestire in modo costo-efficace l'espansione della spesa dato il vincolo di risorse pubbliche scarse. Gli strumenti adottati fino ad oggi sono stati prevalentemente di natura diretta e rivolti a controllare la domanda che si esprime in maniera autonoma (ossia senza l'indirizzo da parte di un professionista sanitario) attraverso misure di compartecipazione alla spesa, con meccanismi di razionamento reale (liste e tempi di attesa) o educazione sanitaria della popolazione, ma si assiste ad una attenzione sempre maggiore verso strumenti indiretti, utilizzati per regolare la domanda indotta dai professionisti sanitari attraverso adeguate forme di organizzazione dell'offerta che permettano di orientare e selezionare la domanda, quali: la definizione e l'implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici; il potenziamento della medicina territoriale e la definizione di criteri di priorità per gestire le liste di attesa (Muraro e Rebba, 2004).

### 1.6.2 Gli strumenti del potenziamento della medicina territoriale

Concentrando l'attenzione sul potenziamento della medicina territoriale (nell'ambito della quale trova spazio anche l'implementazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici), nell'ottica della sostenibilità futura complessiva del sistema, assume sicuramente un ruolo rilevante il medico di medicina generale (MMG), attore del sistema sanitario chiamato ad essere sempre più driver fondamentale del cambiamento che sta investendo i servizi territoriali, nel suo ruolo di intercettazione della domanda di salute e di governo dei percorsi di cura attraverso l'appropriata presa in carico del paziente e la partecipazione diretta alla definizione dei servizi e delle prestazioni erogate<sup>3</sup>. Il ruolo chiave assegnato al MMG fa sì che non si possa prescindere da un'analisi degli accordi con la medicina generale, realizzati sia a livello nazionale che regiona-

<sup>1</sup> Pfizer Italia S.r.l.

<sup>2</sup> Dipartimento di Scienze economiche Università di Padova.

<sup>3</sup> Oltre ad essere coinvolto nell'educazione sanitaria della popolazione (strumento diretto di governo della domanda).

le, al fine di valutare quali siano gli strumenti a sua disposizione per contribuire al reale governo della domanda, inteso nel senso più ampio di individuazione e soddisfacimento appropriato dei bisogni data la struttura dell'offerta.

In tale contesto, nell'ultimo decennio per la medicina territoriale sono state previste tre tipologie di strumenti:

- di natura organizzativa, quali le forme associative tra MMG;
- di tipo economico-finanziario, quali budget e incentivi;
- di promozione professionale.

La successiva analisi si concentrerà sulle prime due tipologie di strumenti.

### **1.6.3 Gli strumenti di natura organizzativa previsti dagli accordi regionali**

Sono ancora poche le Regioni che hanno concluso la contrattazione con la medicina generale, nonostante le scadenze imposte dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 23 marzo 2005<sup>4</sup>: Friuli Venezia Giulia, Veneto, Toscana, Lazio, Liguria, Piemonte, Valle d'Aosta, Emilia Romagna hanno concluso l'accordo tra la fine del 2005 e il primo semestre del 2006, mentre hanno raggiunto una pre-intesa Abruzzo e Sardegna.

L'analisi dei recenti accordi regionali siglati con la medicina generale, ma anche di quelli precedenti l'ultima intesa, permette di evidenziare come, tra gli strumenti a disposizione del MMG per garantire il governo della domanda, assumano un ruolo fondamentale sia quelli di natura organizzativa che quelli economico-finanziari, risultando spesso fortemente correlati gli uni agli altri.

Già i precedenti accordi avevano individuato nell'associazionismo medico la forma più adeguata di riorganizzazione del servizio territoriale: potenziando il ruolo del MMG e rendendolo parte integrante della struttura e responsabile del processo di individuazione, orientamento e razionalizzazione della domanda, si intende sia migliorare la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti grazie ad una maggiore flessibilità degli orari di apertura degli studi medici e ad una maggiore disponibilità di attrezzature mediche, sia rendere più facilmente gestibili sistemi di programmazione e controllo dell'attività medica da parte delle ASL, responsabilizzando finanziariamente i medici per le decisioni assunte<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Sei mesi di tempo per la stipula degli accordi più ulteriori tre nel caso siano iniziate le trattative, trascorsi i quali si attua una convocazione a livello nazionale per concludere un accordo regionale sostitutivo che diviene vincolante per le parti interessate.

<sup>5</sup> Tali forme di aggregazione, documentate in Ministero della salute (2004), tuttavia non hanno mai raggiunto un livello di integrazione (tra medici generali e specialisti) confrontabile con quello delle esperienze realizzate in altri Paesi europei (in particolare, Regno Unito, Olanda e paesi nordici) e si sono finora dimostrate poco efficaci rispetto agli obiettivi del governo della domanda e della continuità assistenziale, per cui a livello ministeriale si è previsto lo sviluppo di nuove forme organizzative con responsabilità di budget quali le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) e, da ultimo, di nuove strutture polifunzionali quali le "Case della salute" facenti capo al distretto e con un bacino di utenza minimo di 20.000 abitanti (in tali strutture dovrebbero lavorare insieme il personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, i medici di base, gli specialisti ambulatoriali). Sulle esperienze europee più significative di associazione tra MMG, si veda Saltman et al. (2006).

Mentre i precedenti accordi individuavano – tra le possibili configurazioni dell’associazionismo – la medicina in associazione, la medicina in rete e la medicina di gruppo, i nuovi accordi focalizzano l’attenzione su un potenziamento del territorio guidato da forme più evolute (ad esempio i Nuclei di Cure Primarie – NCP – in Emilia Romagna, le Unità di Cure Primarie – UCP – in Toscana, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria – UTAP – in Veneto), che vedono una maggiore integrazione professionale non solo dei MMG, ma anche con gli altri operatori del distretto e dell’ospedale, nell’ottica di garantire un percorso di cura unitario, attraverso una riqualificazione dell’assistenza territoriale che garantisca qualità delle prestazioni, facilità nell’accesso ai servizi, appropriatezza dell’assistenza attraverso la presa in carico del paziente e realizzazione di percorsi assistenziali in grado di soddisfare i bisogni degli utenti (ASSR, 2005). Si presentano, comunque, profonde le differenziazioni a livello regionale: Emilia Romagna e Toscana<sup>6</sup>, seguite da Veneto e Lazio, sono tra le Regioni che più stanno investendo in una organizzazione della medicina territoriale innovativa, mentre le altre Regioni spingono ancora sul potenziamento della medicina di gruppo e in rete e sulle équipes territoriali (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte e Valle d’Aosta).

Molte delle nuove organizzazioni territoriali prevedono, inoltre, una forte integrazione tra attività sanitarie e sociali, così come puntano ad un potenziamento delle forme alternative di ricovero (quali l’assistenza domiciliare integrata e/o programmata, l’assistenza residenziale e semi-residenziale). I modelli organizzativi innovativi implementati dalle Regioni trovano la loro ragione d’essere nella realizzazione di attività rivolte al governo clinico di tutto il percorso di cura che, attraverso la definizione e condivisione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, garantiscano al paziente un processo assistenziale appropriato, con la conseguente riduzione di prestazioni farmaceutiche, specialistiche e ricoveri inappropriati. Questi strumenti si presentano notevolmente sviluppati in Emilia Romagna (dove si prevede l’attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche e per quelle acute con più elevata prevalenza e incidenza), in Toscana e in Veneto (dove l’implementazione degli strumenti di governo della domanda avviene prevalentemente nell’ambito delle forme associative), nel Lazio (dove si intende promuovere modelli organizzativi-gestionali orientati al *disease management* di specifiche patologie) e in Piemonte e Valle d’Aosta (dove tutti i medici vengono coinvolti nella definizione di linee guida).

#### **1.6.4 Gli strumenti economico-finanziari previsti dagli accordi regionali**

Nell’ambito degli strumenti economico-finanziari si possono individuare due forme principali, il budget della medicina primaria e le forme di incentivazione dei MMG. Il primo consiste nella possibilità data a gruppi di medici di gestire un budget, a livello distrettuale o interdistrettuale<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> La prima già dal 2000 ha attivato gli NCP che sono oggi pienamente operativi e la Toscana nel 2003 ha costituito le UCP che in questo momento si avviano alla fase di sperimentazione operativa.

<sup>7</sup> Il riferimento di tale strumento è dato dalle esperienze dei GP fundholders britannici (che si sono in seguito evoluti nei Primary Care Groups e, recentemente, nei Primary Care Trusts) e dei medici affiliati o dipendenti dalle HMO statunitensi. Si vedano al riguardo Longo e Vendramini (2001), Connad et al. (2002), Gaynor et al. (2004), Marcon et al. (2004), Cavalieri (2005), Rosito et al. (2006).

Le forme di incentivazione previste nei sistemi di remunerazione dei MMG possono, invece, distinguersi in due tipologie: di tipo diretto o indiretto. Gli incentivi diretti si configurano come premi che vengono erogati per la partecipazione a progetti specifici, al raggiungimento di determinati obiettivi, o correlati a risultati misurabili sia di tipo clinico che qualitativo; quelli di tipo indiretto possono consistere nell'accesso a tecnologie avanzate e nella partecipazione a corsi di formazione, oppure possono prevedere una maggiore partecipazione del medico stesso alle decisioni aziendali (Levaggi, 2001 e 2002).

Gli incentivi di natura economica, nei precedenti accordi con la medicina generale (siglati in attuazione dell'ACN del 2000), implementati sia a livello regionale che aziendale, sono stati prevalentemente legati ad obiettivi di contenimento della spesa (attraverso la definizione di livelli di spesa programmati per l'assistenza farmaceutica, specialistica e ospedaliera), con il rischio di determinare una riduzione nella quantità e nella qualità delle prestazioni offerte o una selezione degli utenti in carico ai medici; più che strumenti utili per un governo della domanda si potevano, quindi, configurare come strumenti di razionamento della stessa.

Il trattamento economico previsto, invece, dall'ultimo ACN prevede oltre ad una remunerazione per quota capitaria, anche una quota variabile, nota come fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi, organizzativi e qualitativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale<sup>8</sup>. La principale differenza rispetto al trattamento economico previsto dal precedente accordo è proprio costituita dalla presenza di incentivi correlati ad obiettivi<sup>9</sup>.

Gli accordi regionali riprendono sostanzialmente gli incentivi per la qualità dell'assistenza previsti da quello nazionale, mantenendoli invariati o modificandone esclusivamente l'entità. Molti degli incentivi previsti si presentano fortemente correlati agli strumenti organizzativi sopra delineati, spingendo su un potenziamento delle forme associative mediche, considerate, quindi, uno degli strumenti principali per governare la domanda (si veda la tab. 1).

Per altro verso, ogni Regione ha previsto ulteriori incentivi/compensi correlati a specifici obiettivi. Tra le principali forme osservabili negli accordi regionali (che maggiormente si possono correlare ad obiettivi di salute) si possono individuare incentivi per:

- la valutazione multidimensionale dell'anziano nel Lazio;
- un programma di valutazione delle performance, per la vaccinazione anti-influenzale dei pazienti oltre i 65 anni e per la prevenzione dei tumori della mammella e utero attraverso *screening* in Friuli Venezia Giulia, in funzione anche del grado di copertura dei pazienti

<sup>8</sup> Il livello nazionale prevede i seguenti incentivi, riconosciuti ai MMG fino al momento della firma dell'accordo regionale: incentivi per le forme associative, per il collaboratore di studio professionale e l'infermiere professionale, per la dotazione informatica obbligatoria.

<sup>9</sup> In aggiunta sono previste: una quota per servizi calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni, comprendente prestazioni aggiuntive e incentivi legati al trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria. La quota variabile e quella per servizi potranno costituire fino al 30% del totale degli attuali compensi.

**Tabella 1 - I principali incentivi per la qualità dell'assistenza (€ annui per MMG per assistito)**

Regioni	Medicina di gruppo	Medicina in rete	Medicina in associazione	Altre forme sperimentali	Collab. di studio/ Infermiere	Dotazione informatica (1)
Emilia Romagna	7,00+1,00 (2)	4,70+1,00 (2)	2,58	0,30-2,30 (3)	3,50/4,00	5,00 (4)
Friuli Venezia Giulia	12,00	7,00	-	-	12,00	77,47
Lazio	7,00	4,70	2,58	-	3,50/4,00	100,00
Liguria	7,00	4,70	2,58	-	3,50/4,00	77,47
Piemonte	7,00	4,70	2,58	5,50 (5)	3,50/4,00	74,00+0,50 (6)
Toscana	7,00	4,70	2,58	7,00 (7)	3,50/4,00	77,47
Valle d'Aosta	3,00/10,00 + 1,00 (8)	4,00+1,00 (9)	4,00+1,00 (9)	-	3,50/4,00 (10)	77,47 (11)
Veneto	7,00	4,70	2,58	-	3,50/4,00	77,47

(1) Mensile forfettario.

(2) € 1,00 aggiuntivo per i medici già in rete o in medicina di gruppo che si sviluppano in funzione del progressivo adeguamento con l'organizzazione prevista per il NCP.

(3) € 1,00 per la disponibilità all'integrazione in NCP, € 0,30 per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica sia fra i medici del nucleo sia fra questi e la rete aziendale, € 1 per ogni ora aggiuntiva di accesso ambulatoriale oltre le 7 ore stabilite per 5 gg./settimana da parte anche delle forme associative già esistenti.

(4) Annuia per assistito per collegamento informatico e prestazioni informatiche di base quali: anagrafica, esenzioni, anticipazione on line dei referti, CUP.

(5) In aggiunta previsti € 3,08 per la partecipazione a progetti di governo clinico e da € 2,10 a € 2,50 per caso partecipante a screening oncologici a seconda della % di eleggibili partecipanti.

(6) € 74,00 mensili per partecipazione a procedure di e-mail con strutture del SSR, € 0,50 per assistito per incorporazione referti nelle cartelle cliniche informatizzate.

(7) Per medicina in cooperativa.

(8) € 3,00 se svolta in ambulatori pubblici, € 10,00 se svolta in ambulatori privati, più € 1,00 per la disponibilità telefonica. In tale compenso è previsto anche quello per il collaboratore di studio che è obbligatorio.

(9) € 1,00 per la disponibilità telefonica.

(10) Il compenso per il collaboratore di studio è riconosciuto anche per i MMG in rete, in associazione e per i MMG non aggregati.

(11) Oltre all'incentivo economico viene loro riconosciuta: la licenza di software e un pacchetto di interventi di manutenzione e di aggiornamento e la relativa formazione.

Fonte: Accordi Integrativi Regionali con la Medicina Generale 2001-2005. Nostra elaborazione

raggiunto;

- la prevenzione dei tumori attraverso screening e per il governo clinico in Piemonte;
- la presa in carico dei pazienti oncologici in Veneto;
- l'adesione al progetto diabete, per progetti di educazione-informazione-prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana, per l'impegno nella corretta applicazione dei percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni finalizzato anche al governo clinico in Emilia Romagna;

- il raggiungimento di obiettivi di salute nell'ambito di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico relativamente a vaccinazioni, BPCO, prevenzione oncologica, sindrome metabolica, diabete mellito, ipertensione, rischio cardiovascolare, osteoporosi in Toscana.

La presenza di una remunerazione, legata anche al perseguimento di obiettivi, porta ad auspicare un riferimento ad obiettivi di salute, venendo quindi a configurarsi come una retribuzione di risultato, che nell'ottica di un reale governo della domanda rivolto non più solamente al contenimento dei costi, ma al soddisfacimento appropriato dei bisogni, data la struttura dell'offerta disponibile, determinerebbe la possibile misurazione del risultato prodotto in termini di salute.

Nonostante la presenza di numerosi programmi rivolti alla tutela della salute che vedono il coinvolgimento diretto del MMG, risulta ancora scarsa l'indicazione di reali *outcome* di salute, che invece dovrebbero essere alla base del sistema di monitoraggio per verificare la reale efficacia degli interventi attuati, anche in relazione ai costi sostenuti per implementare le nuove modalità organizzative e agli eventuali risparmi derivanti dall'aver evitato patologie più gravi. Sotto questo profilo, sembra che si sia ancora molto distanti da forme di retribuzione di risultato incentivanti la qualità, quale quella prevista dal contratto dei GP britannici dell'aprile 2004 (Roland, 2004).

Più che una correlazione tra incentivi e *outcome* di salute, dall'analisi degli accordi si può rinvenire una correlazione tra incentivi e previsti *output* dell'attività svolta, quantificati ad esempio nel raggiungimento di una certa copertura della popolazione soggetta a *screening*, oppure utilizzando quali indicatori per verificare il contributo dei MMG ai programmi implementati, il numero di incontri attuati per definire linee guida condivise, mentre si presentano ancora scarsi indicatori di verifica sul reale impatto delle stesse sulla salute dei pazienti.

### 1.6.5 Conclusioni

L'analisi realizzata offre utili elementi per un confronto delle diverse politiche regionali di governo della domanda improntate al potenziamento del ruolo della medicina territoriale e può, inoltre, contribuire a verificare se e in che misura la nuova organizzazione della medicina di famiglia possa costituire uno strumento efficace e appropriato di supporto all'orientamento e alla selezione dei bisogni espressi dai cittadini.

Dalle valutazioni emerge sicuramente un primo tentativo positivo di passare da obiettivi di razionamento della domanda ad una reale presa in carico dei problemi dei pazienti, venendo così a delineare per la medicina territoriale un nuovo ruolo di garante dell'uso appropriato delle risorse dei SSR. Relativamente agli strumenti adottati, nel passaggio dagli accordi regionali successivi all'ACN del 2000 a quelli attualmente siglati, si evidenzia un minore riferimento a tetti di spesa e/o a limiti a dotazioni e a prestazioni erogabili, e una maggiore attenzione alla progettazione di percorsi diagnostico-terapeutici. Risulta però ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo di una reale promozione e valutazione degli *outcome* di salute, ovvero della reale efficacia delle politiche adottate.

Entrando nel merito delle modalità di incentivazione per i MMG che partecipano alla realizzazione degli obiettivi, si può evidenziare che risulta positivo l'ampliamento della quota

variabile sulla qualità delle prestazioni, ma la sua articolazione su tre livelli di governo (nazionale, regionale e aziendale) può risultare molto complessa (e quindi depotenziare l'efficacia degli incentivi), sia per la presenza di numerosi obiettivi da perseguire contemporaneamente, sia perché è ancora relativamente ridotta (circa il 30%) la parte della quota variabile gestita per perseguire obiettivi a livello decentrato (dove è più agevole misurare e controllare i risultati).

La quota variabile, inoltre, non è ancora una vera e propria retribuzione di risultato incentivante la qualità e ciò è dovuto a:

- cause “fisiologiche”, per cui la performance dei MMG non è in generale facilmente valutabile, data la difficoltà di identificare e misurare gli *outcome* di salute e data la molteplicità dei compiti del medico di famiglia;
- carenze nei sistemi informativi e di monitoraggio dei risultati.

Si prefigura, quindi, il rischio di effetti distorsivi legati al fatto che il medico “agente di due Principali” (il paziente e l'ASL di riferimento) possa: rispondere in misura maggiore agli incentivi correlati alla performance più facilmente osservabile e misurabile e trascurare, invece, il perseguimento di obiettivi la cui valutazione è più complessa (come la misurazione dell'*outcome*).

Le condizioni essenziali per l'operatività degli incentivi negli accordi regionali (ma anche aziendali) per garantire, quindi, un reale governo della domanda risultano a nostro parere essere:

- la creazione di sistemi informativi locali integrati e l'informatizzazione degli studi dei MMG;
- la realizzazione di Osservatori epidemiologici che, partendo dalle informazioni raccolte dai MMG, attuino il monitoraggio dinamico dello stato di salute della popolazione, consentendo un'analisi dei bisogni, ma anche una base per la misurazione degli outcome di salute e per una corretta implementazione dei sistemi di incentivazione dei medici;
- lo sviluppo ulteriore dell'associazionismo medico, ma anche delle forme più evolute di integrazione tra i vari operatori distrettuali e ospedalieri al fine di offrire al paziente un processo di cura appropriato.

Lo scenario ipotizzabile nel futuro lascia, quindi, intravedere il passaggio dalle forme associative mediche più evolute (UTAP o “Case della salute”) ai centri territoriali con responsabilità di budget (secondo la logica dei *Primary Care Trusts*) che, attraverso un corretto dimensionamento territoriale, promuovano la reale operatività degli incentivi per obiettivi di qualità e appropriatezza. In questa prospettiva, a nostro parere, la medicina del territorio potrà giocare effettivamente un ruolo determinante nel governo della domanda.

#### **Riferimenti bibliografici**

- ASSR (2005), “Esperienze di assistenza primaria”. I supplementi di Monitor, n. 14.
- Cavalieri M (2005), “Incentivi, sistemi di remunerazione e forme organizzative nell'assistenza medica di base”. Politiche Sanitarie; 6(3):159-174.
- Conrad DA, Sales A, Liang SY, et al. (2002), “The impact of Financial incentives on physician productivity in medical groups”, Health Services Research; 37(4):885-906.

- Gaynor M, Rebitzer JB, Taylor LJ (2004), "Physician Incentives in Health Maintenance Organizations". *Journal of Political Economy*; 4(112): 915-31.
- Levaggi R (2001), "Medici di base: ruolo e forme di remunerazione" in *I servizi sanitari in Italia – 2001* (a cura di G. Fiorentini), Il Mulino, Bologna; pp. 345-371.
- Levaggi R (2002), "Forme di organizzazione dei Medici di Medicina Generale, budget e governo della spesa" in *I servizi sanitari in Italia – 2002* (a cura di G. Fiorentini), Il Mulino, Bologna, pp. 185-213.
- Longo F, Vendramini E (2001), "Il budget e la medicina generale". Egea, Milano.
- Marcon G, Brunello C, Fiori E (a cura di) (2004), "Responsabilizzazione budgetaria del medico di medicina generale: metodo e strumenti". *Rapporto di ricerca, Ca' Foscari Formazione e Ricerca, Regione del Veneto, Venezia*, 3 febbraio.
- Ministero della Salute (2004), "Ricognizione ed analisi di Modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie – Analisi nazionale". Roma, Dicembre 2004.
- Muraro G, Rebba V (2004), "Bisogno di salute e governo della domanda: gli strumenti del governo della domanda". *Salute e Territorio*; V. XXV, n. 143, marzo-aprile, pp. 102-107.
- Roland M (2004), "Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom". *New England Journal of Medicine*; 351(14) September 30:1448-1454.
- Rosito A, Brunello C, Dalla Zuanna C (2006), "Modelli organizzativi distrettuali e budget di distretto: utopie o reali strumenti di governo della medicina generale? Uno studio relativo alla Regione Veneto". *Politiche Sanitarie*; 7(2):91-103.
- Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (eds.) (2006), "Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care". *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, World Health Organization 2006 on behalf of the European Observatory on Health, Open University Press, Maidenhead, Berkshire, England.

## 1.7 - L'evoluzione del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali

Giordani C.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 1.7.1 Introduzione

Fin dalla sua nascita, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto di importanti processi di riforma, che hanno generato profondi cambiamenti nel meccanismo di finanziamento dell'assistenza sanitaria. Il finanziamento rappresenta un elemento critico anche nella valutazione dei disavanzi, che hanno caratterizzato e continuano a caratterizzare l'evoluzione del nostro SSN: è, infatti, evidente che il disavanzo può dipendere tanto da inefficienza sul lato della spesa, quanto da una sottostima del finanziamento e, a livello regionale, anche da errori nella allocazione del finanziamento.

Il presente contributo si propone di analizzare alcuni aspetti dell'evoluzione delle risorse destinate dallo Stato centrale al finanziamento della spesa sanitaria, e anche della loro ripartizione tra le Regioni.

### 1.7.2 L'evoluzione del sistema di finanziamento

Di seguito si riportano, in estrema sintesi, le tappe più significative dell'evoluzione del sistema di finanziamento del nostro SSN.

La fiscalità generale, i contributi sanitari (di lavoratori dipendenti privati e autonomi e di dipendenti dello Stato e di aziende autonome) e le entrate dirette delle USL e successivamente delle Aziende sanitarie (rappresentate principalmente dalle compartecipazioni alla spesa) furono gli strumenti adottati per sostenere il SSN alla sua nascita. Dal 1978 (operativamente dal 1980) al 1992, infatti, il Fondo sanitario nazionale (FSN), alimentato dalle voci sopra citate, ha rappresentato la principale fonte di finanziamento delle Regioni. A partire dal 1992, con la regionalizzazione dei contributi sanitari, l'incidenza del FSN (ovvero dei trasferimenti) si è ridimensionata, potendo le Regioni contare su una fiscalità autonoma.

Nel 1998 è entrata in vigore l'IRAP e sono stati conseguentemente aboliti i contributi sanitari. Successivamente, le disposizioni in materia di federalismo fiscale (Legge n. 133/1999 e D.Lgs. n. 56/2000) hanno previsto l'abolizione definitiva, tra gli altri, dei trasferimenti erariali destinati al finanziamento della spesa sanitaria corrente a favore delle Regioni a statuto ordinario.

In tal guisa, è stato di fatto abolito il FSN, compensando tale riduzione di finanziamento con entrate regionali quali la compartecipazione all'IVA e l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF e dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accise sulle benzine.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

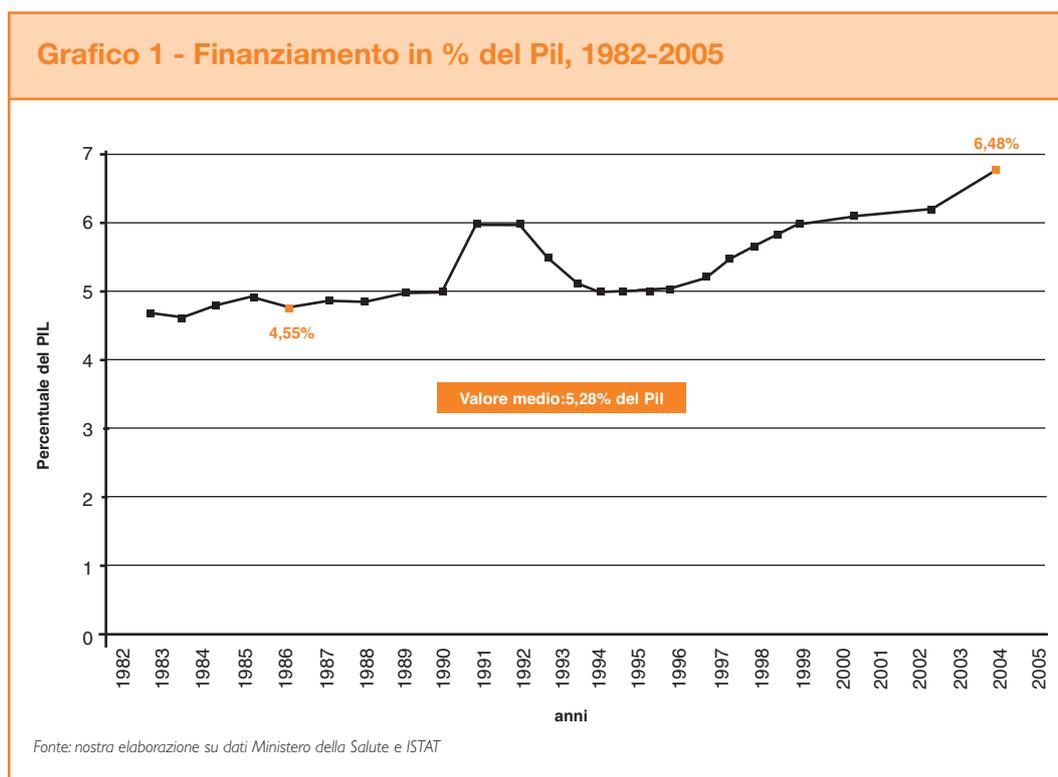
L'autonomia regionale acquisita sul fronte fiscale è stata in pratica sensibilmente ridotta dalla Legge finanziaria per il 2003 e da quella per il 2004, che hanno bloccato le addizionali IRPEF regionali a tutto il 2004. Le modifiche che hanno caratterizzato il sistema di finanziamento del SSN hanno, quindi, in primo luogo portato alla sostanziale abolizione delle imposte di scopo, e in secondo luogo legato il finanziamento all'andamento del Prodotto interno lordo (Pil): è infatti evidente che il gettito dell'IVA sui consumi, che rappresenta parte preponderante del finanziamento, è certamente legato all'andamento del ciclo economico.

Tale legame, rimasto sostanzialmente sulla carta per la mancata applicazione del D.Lgs. n. 56/2000, trova una sua effettiva esecuzione nella volontà espressa dal Ministro della Salute Livia Turco di legare le risorse per la sanità ad una quota prefissata (6,7%) del Pil.

Come è ovvio, le modifiche intervenute comportano anche un cambiamento dell'equità sul versante del finanziamento (Rafaniello e Spandonaro, 2003; Maruotti, Mennini, Piasini e Spandonaro, 2004; Doglia e Spandonaro, 2005).

### 1.7.3 I dati nazionali: l'evoluzione del finanziamento e del disavanzo

Il grafico 1 illustra l'andamento del finanziamento calcolato in percentuale del Pil dal 1982 al 2005<sup>3</sup>.



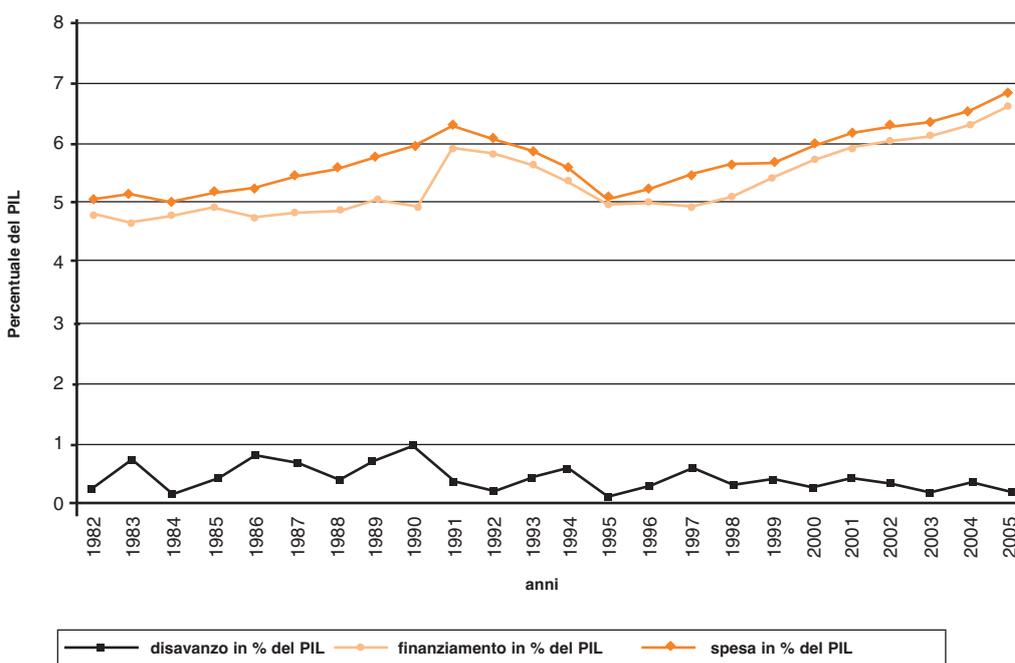
<sup>3</sup> La fonte dei dati sulla spesa sanitaria e sul finanziamento è il Ministero della Salute (D.G. Programmazione Sanitaria, Livelli Essenziali di Assistenza e Principi Etici di Sistema). Il finanziamento analizzato in questo contributo è quello "corrente", per cui vengono compresi i costi relativi alla compartecipazione all'intramoenia ma non quelli straordinari.

Come si può osservare, il 1986 è stato l'anno in cui si è registrato il picco minimo di tale valore: il finanziamento era pari al 4,55% del Pil. Nel 2005, invece, si è riscontrato il livello più alto registrato dal 1982: 6,48% del Pil. Il valore medio dal 1982 al 2005 si è attestato al 5,28% del Pil.

A fronte di un andamento che si dimostra comunque sufficientemente omogeneo, si registra un forte incremento del finanziamento tra il 1990 e il 1991, prima dei meccanismi di riforma e, dopo un calo iniziato a partire dal 1992, si registra una nuova accelerazione che parte dal 1998 e arriva al 2002, per poi giungere al picco massimo del 2005.

Nel grafico 2 si mette a confronto il finanziamento con la spesa sanitaria pubblica corrente<sup>4</sup>: essendo la seconda sistematicamente maggiore del primo, si sono formati disavanzi strutturali in tutti gli anni di vita del SSN<sup>5</sup>.

**Grafico 2 - Confronto tra spesa, finanziamento e disavanzo in % del PIL, 1982-2005**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e ISTAT

<sup>4</sup> La fonte dei dati è il Ministero della Salute, D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

<sup>5</sup> Si ricorda che le serie storiche del finanziamento e della spesa sono calcolate al netto della gestione straordinaria.

In particolare, sin dalla nascita del SSN si è evidenziato un disavanzo, che nel 1982 era pari allo 0,3% del Pil e che, dopo un calo registrato tra il 1983 e il 1984, negli anni successivi è cresciuto fino ad arrivare al suo picco massimo nel 1990 (circa 1% del Pil). In seguito, fino al 1992 il disavanzo in percentuale del Pil è calato, per poi risalire negli anni successivi anche in seguito alla congiuntura finanziaria conseguente all'entrata in Europa del nostro Paese. Nel 1995 si è registrato il picco minimo (0,1% del Pil), quindi c'è stata una crescita fino al 1997 e poi un andamento abbastanza stabile.

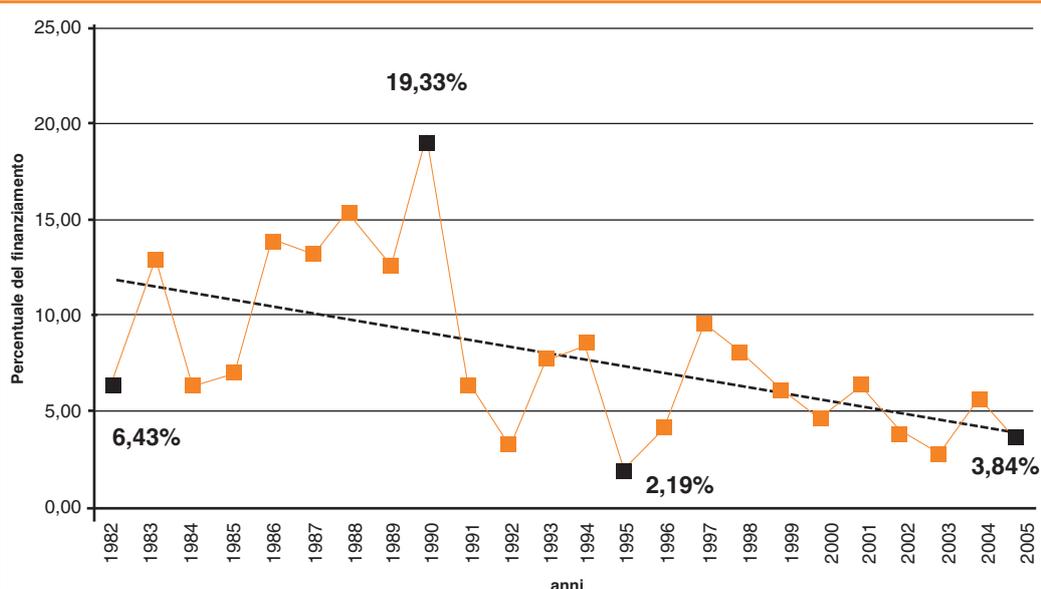
Considerando i valori medi registrati dalle tre serie storiche nel periodo di tempo considerato, si scopre che il finanziamento medio è stato pari, come visto, al 5,28% del Pil, e la spesa sanitaria pubblica al 5,69% del Pil. La media del disavanzo dal 1982 al 2005 è stata pari allo 0,41% del Pil, con un minimo come detto dello 0,3% e un massimo dell'1% del Pil.

In altri termini, per non vedere formarsi disavanzi sarebbe stato necessario tenere stabilmente il livello del finanziamento più alto di poco meno di mezzo punto del Pil.

Nel 2005 il finanziamento si è attestato al 6,48% del Pil; per portare tale valore al 6,7%, come auspicato dal Ministro della Salute Turco, occorre dunque far in modo che cresca dello 0,2%, dimezzando la distanza strutturale citata.

In un'ottica diversa, osservando i disavanzi in percentuale del finanziamento, si vede che il 1990 e il 1995 restano comunque gli anni rispettivamente del picco massimo (19,33% del finanziamento) e del picco minimo (2,19%). Partendo da un disavanzo pari al 6,43% del finanziamento nel 1982 e arrivando al 3,84% nel 2005, l'andamento, come mostrato nel grafico 3, è stato abbastanza irregolare.

**Grafico 3 - Disavanzo nazionale in percentuale del finanziamento, 1982-2005**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Un altro aspetto interessante è dato dal confronto tra l'andamento del finanziamento e quello della spesa per il personale dipendente del SSN, che da sola rappresenta, come noto, circa il 33% della spesa sanitaria pubblica totale<sup>6</sup>.

Nella tabella che segue vengono analizzate le variazioni percentuali (rispetto all'anno precedente) registrate nell'ultimo decennio nei valori assoluti del disavanzo, del finanziamento e della spesa per il personale dipendente del SSN.

**Tabella 1 - Variazione % disavanzo, finanziamento e spesa per il personale SSN rispetto all'anno precedente**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
spesa per il personale SSN	+1,37	+7,99	+10,63	-4,37	+0,39	+9,24	+4,96	+2,71	+1,14	+5,51	+5,54
finanziamento	+4,98	+6,35	+3,04	+5,95	+7,88	+12,69	+8,38	+6,77	+4,39	+5,40	+7,79
disavanzo	-73,13	+106,88	+134,73	-9,21	-18,48	-13,46	+44,85	-31,23	-25,76	+109,66	-29,50

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute

Come si può osservare nella tabella 1, dai dati emerge come il disavanzo sia cresciuto in maniera rilevante quando il finanziamento non si è allineato alla spesa per il personale dipendente, fatto attribuibile alla mancata stima degli oneri per i rinnovi contrattuali.

Nella tabella 2 viene mostrato l'andamento per quinquenni della spesa, del finanziamento e conseguentemente del disavanzo, quest'ultimo calcolato in percentuale della spesa.

**Tabella 2 - Finanziamento, spesa e disavanzo per quinquennio**

	1982-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
finanziamento (mil. di euro)	73.203,12	161.708,34	244.571,65	302.546,03	426.787,14
spesa (mil. di euro)	67.697,17	140.510,88	231.578,90	283.826,98	407.973,79
disavanzo (% della spesa)	7,52%	13,11%	5,31%	6,19%	4,41%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero Salute

In particolare, il valore più alto di disavanzo accumulato, calcolato in percentuale della spesa, si è registrato nel quinquennio 1986-1990, quando esso ha rappresentato il 13,11% della spesa sanitaria pubblica accumulata nel medesimo periodo. Il disavanzo minore (4,41% della spesa totale) è stato quello registrato nell'ultimo quinquennio (2001-2005), lasciando ben sperare in un riallineamento tendenziale. In definitiva, pur non

<sup>6</sup> Fonte Ministero Salute, anno 2005.

potendosi dimostrare se le risorse destinate al finanziamento del SSN siano state o meno effettivamente sottostimate, si osserva come sin dalla nascita del SSN si siano strutturalmente formati disavanzi. Dall'analisi effettuata emerge, inoltre, come l'andamento del finanziamento non abbia sempre tenuto conto dei principali fattori della produzione (vedi ad esempio il costo del personale dipendente del SSN); infine, va detto che, tutto sommato, l'entità dello scarto tra finanziamento e spesa si sia mantenuta sostanzialmente su un livello mediamente stabile e sostenibile negli anni.

#### 1.7.4 I dati regionali: il riparto delle risorse e i disavanzi

Una delle principali caratteristiche del Sistema sanitario italiano è rappresentata dall'esistenza di criteri di solidarietà che hanno portato ad un livello di finanziamento pro-capite diverso nelle varie Regioni. Nella tabella 3 si riportano, in termini di numeri indici, le quote capitarie assegnate alle Regioni. Emergono alcune significative differenze a livello territoriale: le Regioni del Nord Italia hanno, infatti, mediamente ottenuto un finanziamento più

**Tabella 3 - Numeri indici finanziamento pro-capite**

Regioni	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	scarto 1992/2005
Totale Regioni	100	100	100	100	100	100	100	100	
Piemonte	97,7	101,3	104,5	105,0	104,1	104,0	105,1	107,8	10,1
Valle d'Aosta	99,5	107,1	123,3	105,1	122,7	120,0	120,0	121,4	21,9
Lombardia	100,2	103,0	101,5	99,1	99,3	98,2	98,0	99,3	-0,9
Trentino A.A.	98,7	115,4	125,5	102,4	122,6	127,3	127,2	123,7	25,0
Veneto	101,7	104,9	102,9	100,0	99,1	99,3	102,4	100,6	-1,1
Friuli V.G.	105,4	106,5	106,2	104,5	106,1	104,8	108,4	107,2	1,8
Liguria	111,8	108,6	115,4	114,2	112,6	111,8	112,3	109,2	-2,6
Emilia Romagna	110,8	109,5	110,5	106,9	105,5	104,7	103,1	106,4	-4,4
Toscana	103,0	103,0	105,7	106,3	104,9	104,5	103,8	104,9	1,9
Umbria	103,7	108,2	108,8	105,2	103,6	103,1	102,7	102,8	-0,9
Marche	106,9	102,7	115,4	100,8	100,3	99,6	99,3	101,1	-5,8
Lazio	102,9	98,2	100,4	98,5	99,9	102,4	102,9	99,6	-3,3
Abruzzo	95,7	98,4	99,6	100,4	99,0	98,2	96,7	98,8	3,1
Molise	95,8	95,2	98,5	102,6	100,7	100,3	99,9	103,1	7,3
Campania	96,1	92,2	88,6	93,6	93,6	93,7	91,9	89,9	-6,2
Puglia	95,1	94,9	91,2	94,2	95,3	95,7	95,6	93,5	-1,6
Basilicata	87,6	91,0	88,0	96,9	97,4	96,8	97,7	97,1	9,5
Calabria	91,4	90,8	88,9	96,4	95,6	96,8	95,5	94,9	3,5
Sicilia	95,6	91,6	89,8	95,5	94,7	94,8	94,3	95,9	0,3
Sardegna	94,9	95,1	91,3	98,3	95,1	95,3	94,0	94,4	-0,5
scarto tra valore max e valore min	24,1	24,6	37,5	20,6	29,1	33,6	35,3	33,8	9,7

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

alto rispetto alla media nazionale e soprattutto rispetto alle Regioni meridionali; tale fenomeno è facilmente spiegabile se si considera che nel settentrione la popolazione è più anziana che nel resto del Paese e che questo è uno degli attuali criteri di riparto ex L. 662 del 1996.

Dalla lettura della tabella per colonna, emerge lo scarto tra finanziamento pro-capite regionale e media nazionale e la sua variabilità. Quest'ultima ha un andamento irregolare difficilmente giustificabile in base a parametri di bisogno e tendenzialmente crescente.

Se invece si leggono i dati per riga, si osserva il trend regionale, ove risalta il forte incremento del Trentino Alto Adige, come della Valle d'Aosta e del Piemonte, e la diminuzione del Lazio e di altre Regioni quali la Campania, le Marche e l'Emilia Romagna.

**Tabella 4 - Avanzi/disavanzi regionali in valore assoluto (milioni di €) e pro-capite (€)**

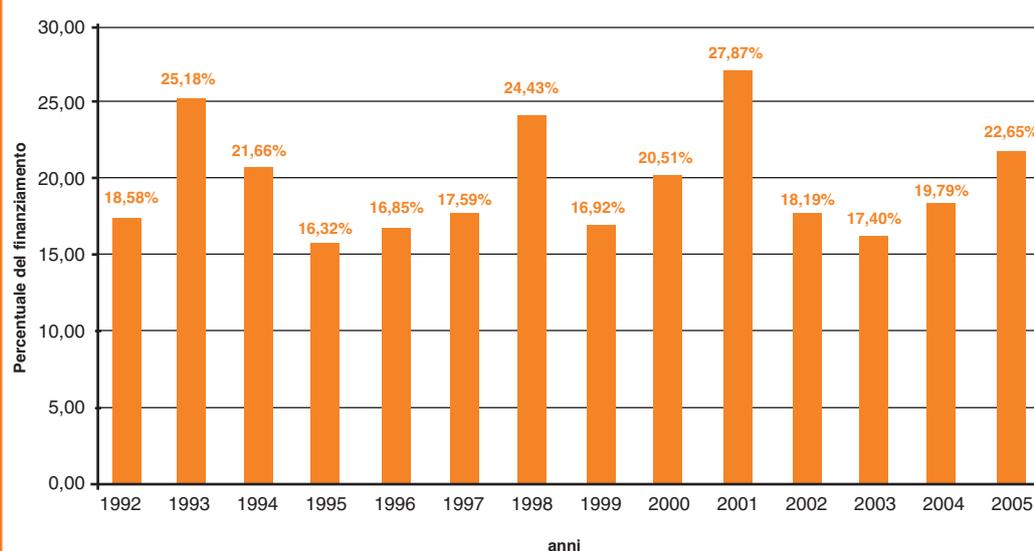
Regioni	2001		2002		2003		2004		2005	
	v.a. (mil €)	€ pro- capite								
<b>TOTALE</b>										
<b>REGIONI</b>	-4.675,68	-82,09	-3.215,68	-56,42	-2.387,38	-41,65	-5.005,50	-86,47	-3.529,11	-60,37
Piemonte	-269,06	-63,77	-84,66	-20,09	-124,46	-29,41	-548,50	-128,45	6,95	1,60
Valle d'Aosta	-21,93	-183,88	5,06	42,36	4,45	36,79	3,22	26,37	2,70	21,98
Lombardia	-817,43	-90,78	-750,10	-83,03	-393,93	-43,25	-209,43	-22,65	-261,95	-27,89
Trentino A.A.	-282,25	-301,74	-69,51	-73,90	-20,65	-21,73	10,35	10,76	29,85	30,63
Veneto	-452,09	-100,27	-329,29	-72,69	-294,72	-64,39	-70,28	-15,14	-187,90	-39,98
Friuli V.G.	-35,03	-29,65	6,02	5,08	-1,79	-1,50	-11,38	-9,50	-2,55	-2,12
Liguria	-88,35	-55,95	-44,74	-28,50	-51,08	-32,49	-293,48	-186,05	-212,27	-133,31
Emilia Rom.	-267,46	-67,43	-367,96	-92,35	-354,87	-88,05	-622,39	-152,53	-206,50	-49,74
Toscana	-186,52	-53,37	-164,31	-46,98	-110,54	-31,44	-260,76	-73,12	-146,41	-40,69
Umbria	-25,53	-30,97	-43,05	-52,11	-87,49	-104,88	-60,91	-71,83	-6,67	-7,77
Marche	-89,93	-61,42	-71,06	-48,31	-17,65	-11,89	-105,78	-70,29	25,91	17,06
Lazio	-1.096,99	-214,41	-750,85	-146,73	-741,28	-144,05	-1.288,82	-247,60	-1.386,41	-263,08
Abruzzo	-115,02	-91,19	-147,23	-116,63	-149,28	-117,24	-151,34	-117,69	-160,08	-123,21
Molise	-22,17	-68,97	-14,68	-45,82	-42,22	-131,51	-45,56	-141,61	-31,42	-97,58
Campania	-556,22	-97,44	-340,15	-59,66	-290,80	-50,79	-867,79	-150,65	-927,84	-160,28
Puglia	-66,97	-16,63	129,16	32,13	227,87	56,63	156,89	38,82	125,95	30,96
Basilicata	33,98	56,70	57,71	96,58	44,47	74,51	28,82	48,28	49,79	83,46
Calabria	-51,98	-25,75	38,62	19,22	200,76	100,01	47,88	23,80	172,13	85,67
Sicilia	-217,42	-43,68	-154,68	-31,15	-97,46	-19,60	-555,02	-110,93	-280,14	-55,88
Sardegna	-47,31	-28,94	-119,96	-73,56	-86,71	-52,95	-161,23	-98,13	-132,24	-80,14

Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute e ISTAT

Nella tabella 4 vengono messi a confronto i disavanzi in valore assoluto e quelli pro-capite registrati nelle varie Regioni italiane negli anni dell'ultimo quinquennio (2001-2005). Si evince immediatamente come i disavanzi si siano concentrati in alcune Regioni, portando alla norma del recente Patto per la Salute che prevede per il triennio 2007-2009 un fondo transitorio cui potranno attingere le Regioni che si trovano più in difficoltà. È opportuno rimarcare che, in linea di massima, i maggiori disavanzi pro-capite coincidono con i maggiori disavanzi in termini assoluti.

Come si evince dal grafico 4, l'anno, del periodo considerato, in cui si è registrata la minore variabilità è stato il 1995, quando la Basilicata presentava un avanzo pari al 6,9% del finanziamento, a fronte di un Lazio con un disavanzo del 10,24% del finanziamento.

**Grafico 4 - Variabilità nei disavanzi regionali (in % del finanziamento).  
Scarti percentuali tra valore massimo e valore minimo**



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero Salute

La maggiore variabilità a livello territoriale si è manifestata invece nel 2001: la Basilicata registrava un avanzo pari al 4,63% del finanziamento, contro un disavanzo del 23,25% del finanziamento del Trentino, seguito da quello del Lazio pari al 17,18% del finanziamento. In definitiva si evidenzia come l'evoluzione del finanziamento sia stata piuttosto difforme tra le varie Regioni italiane. La variabilità potrebbe in sé essere un fattore positivo, se legata ai differenti bisogni locali; gli andamenti irregolari lasciano però dubbi sulla logica dei riparti.

Peraltro, essendosi i disavanzi progressivamente concentrati in poche Regioni, risulta difficile governare il sistema con gli strumenti ordinari.

### **1.7.5 Conclusioni**

Di seguito si sintetizzano le principali evidenze dello studio e alcune indicazioni di *policy*.

1. Con l'evoluzione del sistema di finanziamento sono sparite negli anni le imposte di scopo e si è così perso un elemento di trasparenza sull'utilizzo del finanziamento.
2. Sebbene l'analisi effettuata non consenta di affermare che le risorse assegnate per la sanità siano sottostimate, si osserva che il finanziamento del SSN è sempre stato strutturalmente inferiore alla spesa sanitaria pubblica corrente: nel periodo 1982-2005 mediamente dello 0,41% del Pil. Portando il finanziamento al 6,7%, tendenzialmente si dimezzerebbe tale scarto strutturale.
3. Il tasso di crescita del finanziamento risulta irregolare e sembra essere legato più al ciclo di finanza pubblica (quindi alle risorse disponibili) che al reale fabbisogno sanitario.
4. Lo stanziamento delle risorse per la sanità sembra essere scollegato rispetto alla principale voce di costo, quella per il personale dipendente del SSN, dimostrando la necessità di un migliore governo dei contratti e della stima degli oneri conseguenti.
5. L'andamento del finanziamento risulta difforme a livello territoriale, con una variabilità tra le Regioni che è andata aumentando negli anni, non sempre in modo riconducibile ai bisogni specifici.
6. I disavanzi accumulati negli anni si sono concentrati in poche Regioni, implicando una maggiore difficoltà di governo del sistema con strumenti ordinari: in questo senso va la previsione della Finanziaria 2007 di un Fondo di accompagnamento (di 1 miliardo per l'anno 2007) per sostenere il risanamento delle Regioni attualmente non in linea con i livelli di spesa concordati.

### **Riferimenti bibliografici**

- Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di) (2005), "L'aziendalizzazione della sanità italiana – Rapporto OASI 2005", EGEA, Milano.
- Dirindin N (1996), "Chi paga per la salute degli italiani? – Una ricostruzione accurata degli effetti redistributivi prodotti dal nostro sistema sanitario", Società editrice Il Mulino, Bologna.
- Doglia M, Spandonaro F (2005), "L'equità del processo di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale Italiano" in Atella V, Donia Sofio A, Meneguzzo M, Mennini FS, Spandonaro F, Sette parole chiave del SSN, 3° Rapporto CEIS Sanità, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- ISTAT (1998-2006), "Dati demografici e indicatori economici" (su [www.istat.it](http://www.istat.it)).
- Maruotti A, Mennini FS, Piasini L, Spandonaro F (2004), "Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano", in Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza, 2° Rapporto CEIS Sanità, Italpromo Esis Publishing, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (1998-2006), "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese" (su [www.tesoro.it](http://www.tesoro.it)).
- Ministero della Salute (1998-2006), "Dati sul finanziamento del SSN: esercizi 1982-2005". D.G. della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema.

- Rafaniello A, Spandonaro F (2003), “Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi”, in Atella V, Donia Sofio A, Mennini FS, Spandonaro F, Bisogni, risorse e nuove strategie, 1° Rapporto CEIS Sanità, Italtpromo Esis Publishing, Roma.



The background of the top half of the page features a warm, orange-toned image showing the silhouettes of several people in a meeting or collaborative setting. They appear to be engaged in discussion, with some pointing or gesturing. The overall aesthetic is professional and focused on human interaction.

# *Capitolo 2*

*La crescita della spesa  
sanitaria e il deficit:  
alcune esperienze internazionali*



# Introduzione

## La crescita della spesa sanitaria e il deficit: alcune esperienze internazionali

Siamo sempre più convinti che un confronto costante con quanto accade nei principali Paesi dell'area OCSE, e in particolare UE, in materia di politiche di intervento nel settore sanitario, permetta di acquisire maggiori ed utili conoscenze al mondo della ricerca e ai *policy makers* per meglio affrontare le problematiche che costantemente affliggono il settore dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese.

Così, anche quest'anno, proseguendo una ormai consolidata tradizione del Rapporto CEIS Sanità, abbiamo deciso di inserire all'interno del presente Rapporto alcuni contributi di colleghi e studiosi stranieri del settore dell'economia sanitaria.

In particolare, nel presente volume abbiamo voluto concentrare l'attenzione della maggior parte dei contributi su di un tema specifico, proprio al fine di avere una visione generale di quanto sta accadendo nei sistemi sanitari dei Paesi considerati. Più nello specifico, i contributi che seguiranno sono rivolti ad analizzare il problema del deficit pubblico sanitario. Infatti, come mostrato dal confronto dei Paesi OCSE (cfr. cap. 1.1, Francia, Mennini) la spesa sanitaria nella quasi totalità dei Paesi OCSE considerati registra una crescita costante e allo stesso tempo maggiore della crescita del Pil. Questo aspetto determina la necessità da parte dei *policy makers* di fronteggiare una simile situazione che porta, come ad esempio nel nostro Paese (in Italia il sistema sanitario produce, con una certa regolarità, un deficit per un ammontare pari a circa il 5% delle entrate), a spendere ogni anno più di quanto sarebbe sostenibile. La medesima situazione la possiamo riscontrare in Francia (vedi de Pouvourville) e al limite anche negli USA (vedi Buchmueller e Feldstein), mentre in Spagna (vedi Puig), similamente all'Italia, non vengono rispettati i budget. Per quanto attiene l'Olanda (vedi Rutten) e l'Australia (vedi Martins), il problema viene risolto a monte mediante l'introduzione di premi privati in Olanda e l'utilizzo del *co-payment* e similari in Australia.

Conseguentemente, risulta molto interessante conoscere quale è l'approccio tenuto nei confronti dei disavanzi dai Paesi considerati (Australia, USA, Francia, Spagna, Olanda e Argentina), anche e soprattutto per valutare se nuovi strumenti di gestione possano essere utilizzati e/o adattati alla nostra realtà.



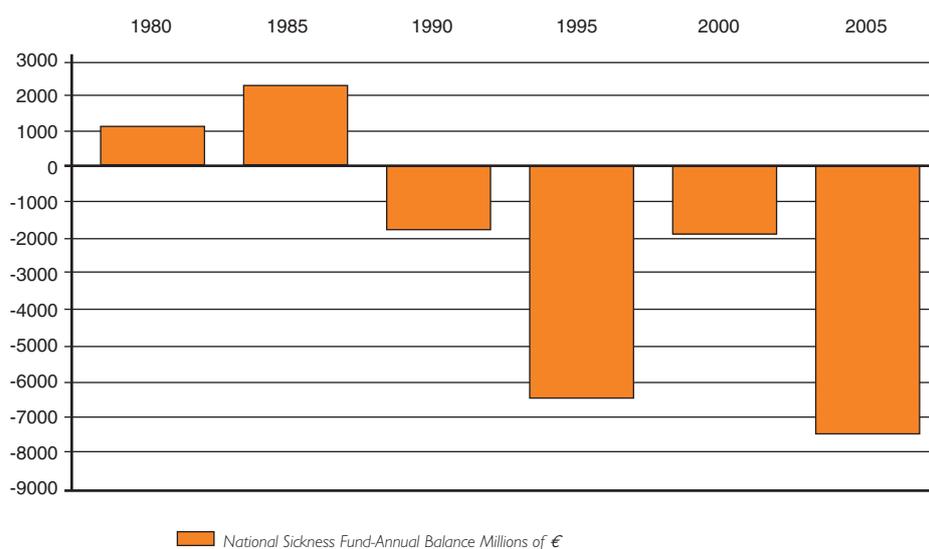
## 2.1 - Contenimento del deficit o contenimento dei costi? Le politiche di spesa sanitaria in Francia

de Pouvourville G.<sup>1</sup>

Come molti altri Paesi industrializzati, i Governi francesi hanno tentato faticosamente durante gli ultimi 30 anni di mantenere la crescita della spesa sanitaria ad un livello sostenibile, in considerazione del tasso di crescita dell'economia. Se l'obiettivo delle politiche sanitarie è sempre stato quello di realizzare un equilibrio tra risorse e spese, crescita del Pil e spesa sanitaria, hanno quindi costantemente fallito. La quota di spesa sanitaria sul Pil, infatti, era pari a 8,1% nel 1980, 9,3% nel 1990, 9,91% nel 2000 e 11,14% nel 2005. La spesa, dunque e come confermato anche negli altri Paesi OCSE (cfr. cap.1.1 Francia, Mennini), continua a crescere più velocemente della ricchezza prodotta.

Fin dal 1997, il Parlamento Francese determina ogni anno la quota di incremento delle spese della Cassa malattia. Nel 1997 le spese sono aumentate dell'1,5% mentre l'obiettivo era 1,7%. Da questo momento in poi, la spesa è aumentata in media 1,7 volte più veloce rispetto all'obiettivo, con un picco di 2,6 volte nel 1999. Come conseguenza, si

Figura 1 - Cassa malattia nazionale - Bilancio annuale (mil. di euro)



Fonte: Eco-Santé 2006

<sup>1</sup> Senior Research Director INSERM/CNRS, Francia.

determina un deficit permanente della Cassa malattia Generale, che copre il 90% della popolazione (vedi Figura 1).

Il debito cumulativo della sicurezza sociale, comprendente pensioni e rischio di invalidità, era pari a € 110 mld. nel 2006. Questo può essere confrontato con la spesa sanitaria del 2005, che era pari a € 195 mld.. Il deficit che così si è creato, evidentemente, deve essere coperto. Tutti i contribuenti francesi devono versare un contributo annuale pari allo 0,5% del loro reddito per rimborsare il debito sociale, ma la maggior parte della copertura del debito viene comunque da prestiti sul mercato finanziario e internazionale. Il costo annuale del debito della sicurezza sociale è pari a € 2,6 mld. nel 2006, ma questa è solamente una parte del problema. Il settore ospedaliero pubblico, infatti, ha anche un deficit cumulativo corrente che è finanziato anche attraverso il mercato finanziario, ma il costo del quale è di difficile valutazione, in quanto è parte del debito del servizio pubblico.

Così, come in altri Paesi, i deficit rappresentano una caratteristica corrente del sistema di assistenza sanitaria francese. Quale principale conseguenza, negli ultimi anni sono state varate alcune riforme, che a volte hanno avuto successi parziali di breve periodo, senza però evitare il permanere del deficit cumulativo.

### 2.1.1 Un contesto economico peggiorativo

In Francia, una quota della spesa sanitaria è coperta dalla *Sécurité Sociale* (schema di assicurazione sociale con un proprio ramo di assicurazione di malattia). La copertura è universale, e finanziata da premi basati sul salario. I lavoratori stipendiati e i loro datori di lavoro pagano un premio mensile progressivo. I lavoratori autonomi pagano anche loro un premio sui propri redditi. Il sistema è misto e lo Stato raccoglie anche il contributo chiamato CSG (contributo sociale generalizzato) che è basato su tutti i redditi. Così, le

Figura 2 - Tasso di crescita del Pil in Francia nel periodo 1978-2005



risorse dedicate all'assistenza sanitaria sono indicizzate sullo stato dell'economia, e in particolare sul livello del lavoro dipendente. Nel lungo periodo, la crescita economica in Francia è stata moderata verso il basso e la disoccupazione piuttosto alta. Così, le risorse disponibili per la Cassa malattia sono cresciute ad un tasso molto più lento delle spese.

I Governi che si sono succeduti hanno posto rimedio a questa situazione mediante aumenti ripetuti nel livello dei premi e del CSG, caricando maggiormente l'onere sugli assicurati. Ma allo stesso tempo, a causa della disoccupazione, i governi hanno anche introdotto polizze selettive per ridurre il carico dei premi sui datori di lavoro, senza compensare pienamente la Cassa malattia per la perdita di risorse. Queste riduzioni furono volute per ridurre il costo del lavoro, in particolare per le piccole aziende, e hanno anche contribuito ad un aumento del deficit. Quando queste polizze risultano efficaci nel ridurre la disoccupazione e quando il tasso di crescita dell'economia aumenta, si verifica un ritardato effetto positivo sulle risorse della Cassa malattia. Poiché i tassi di crescita sono stati irregolari (vedi Figura 2), l'effetto positivo atteso sulla disoccupazione e sul finanziamento dell'assistenza sanitaria non si è verificato.

### **2.1.2 Un accordo per mantenere un alto livello di copertura e accesso alle cure**

Una seconda importante determinante delle politiche socio-sanitarie in Francia è stato il consenso politico intorno a tre principi: l'universalità della copertura, l'uguaglianza delle opportunità ed un livello alto di accesso alle cure e in particolare alle innovazioni. Anche se tutti i governi si sono sforzati per contenere il deficit, questo risultato si sarebbe potuto raggiungere senza mettere in pericolo il sistema di sicurezza sociale. Due Paesi sono stati presi quale esempio: gli Stati Uniti, in quanto una percentuale alta della popolazione è rimasta senza copertura, e il Regno Unito, a causa del razionamento dell'assistenza sanitaria.

In Francia il sistema di sicurezza sociale è stato costruito nel 1945 sui principi della democrazia sociale: l'assicurazione sociale sarebbe stata governata dagli assicuratori stessi e i loro rappresentanti, i sindacati, rimanendo fuori dal controllo diretto del governo. Nonostante lo Stato abbia progressivamente aumentato il controllo sulla sicurezza sociale, la volontà di mantenerla autonoma genera conflitti permanenti sul controllo della spesa sanitaria. Sulla stessa linea, la medicina generale è privata, pagata mediante *fee-for-service*, e i sindacati medici resistono fortemente ad ogni tentativo dello Stato e della Sicurezza Sociale di controllare la loro autonomia professionale e i loro redditi. Resistono anche al tentativo di ridurre la libertà di accesso dei pazienti. Durante gli ultimi anni, un'opposizione crescente è tuttavia venuta fuori tra medici di medicina generale e specialisti, in particolare sui benefici ma anche sui loro relativi livelli di remunerazione dal *National Fee Schedule*.

Negli ultimi anni, questo consenso sui principi ha portato verso un ampliamento della copertura. Il primo ampliamento era riferito al finanziamento del *co-payment*. I *co-payment* possono essere importanti per le cure primarie. Le visite dei medici in Francia sono rimborsate solamente al 70% (una volta era l'80%), gli esami di laboratorio al 65% e la copertura farmaceutica può variare dal 100% a 0. I *co-payment* sull'assistenza ospeda-

liera esistono ma sono, in percentuale, più bassi degli oneri totali. Gli assicurati possono dunque sottoscrivere schemi di assicurazione complementare, per coprire tutto o parte del *co-payment*, su base volontaria. Un numero elevato di assicurati con reddito basso non potevano permettersi tale copertura e, al fine di proporre un'assicurazione a basso costo per tutti, nel 1999 il governo Jospin varò una legge introduttiva della *Couverture Maladie Universelle* (CMU). Il numero dei beneficiari del CMU aumentò da 880.000 nel 2000 a 1,32 milioni nel 2004. Anche se continua ad esserci un dibattito circa il ruolo di questo strumento nell'aumento ingiustificato della spesa sanitaria, molteplici studi sono concordi nell'affermare che, al limite, questo spinse i beneficiari ad utilizzare servizi anche con gli altri assicurati.

Una seconda estensione della copertura si riferisce a quello che in Francia viene chiamato "*Affections de Longue Durée*" (ALD): questo programma offre una copertura totale (nessun *co-payment*) per i pazienti che soffrono di malattie croniche e gravi. L'elenco delle malattie eleggibili è limitato a 30 (cancro, insufficienza renale, ipertensione severa e depressione), ma l'ammissione allo status di ALD è stata resa più facile rispetto ai cinque anni precedenti e il numero dei pazienti di ALD è passato da 5 milioni di assicurati nel 2000 a circa 7 milioni nel 2005. I pazienti ALD rappresentano il 12% della popolazione assicurata e il 56% di tutti i rimborsi! Questo giustifica la grande crescita della spesa farmaceutica, dato che la maggior parte dei nuovi farmaci immessi nel mercato sono indirizzati alla cura delle patologie croniche e loro gestione.

Il terzo principio riguarda l'accesso all'innovazione. Nonostante le imprese farmaceutiche si lamentino perché il rimborso e gli aggiornamenti del prezzo sono lenti e i prezzi bassi, quasi non esiste un razionamento di farmaci innovativi e nuovi. Questa è una politica pubblica esplicita rivolta a premiare la ricerca e l'innovazione. Nel 2004, quando fu perfezionato un nuovo schema di pagamento prospettico (DRG) per gli ospedali, un elenco ristretto di circa 80 farmaci venne posto al di fuori di tale schema e fu previsto il rimborso retrospettivo in modo da evitare qualsiasi razionamento di farmaci innovativi per i pazienti. Conseguentemente, il livello della spesa per questi farmaci è cresciuto in media del 25% ogni anno negli ospedali.

Così, la politica sanitaria pubblica in Francia è caratterizzata da decisioni che determineranno un ampliamento della copertura ed una crescita della domanda, sulla base dei principi fondamentali descritti, e misure di contenimento dei costi quali l'aumento dei premi e delle tasse e la riduzione di benefici attraverso un incremento del *co-payment*. Di conseguenza, la copertura delle spese sanitarie attraverso il sistema di sicurezza sociale è rimasta relativamente stabile ed è anche leggermente cresciuta negli ultimi anni, quale risultato di una maggiore protezione per i pazienti più gravi e più poveri.

### **2.1.3 Miglioramento dell'efficienza dei servizi di assistenza sanitaria**

Se il contenimento del deficit è l'obiettivo principale, tenuto conto dei vincoli e principi sopra menzionati, quali azioni i differenti governi hanno intrapreso per limitare il divario tra spesa e risorse disponibili? Inizialmente sono stati eliminati i benefici forniti dalla Cassa Malattia (mentre simultaneamente ci si organizza per un ampliamento della copertura) e/o aumentati i contributi. Negli anni più recenti, tali decisioni sono state prese sol-

tanto sulla base dell'emergenza finanziaria. Simmetricamente, i contributi degli assicurati sono aumentati, o attraverso tasse sul reddito più alte o attraverso l'aumento della percentuale della tassa di CSG<sup>2</sup>.

Le tariffe dei medici privati sono regolamentate e, attraverso la negoziazione, le autorità pubbliche hanno tentato di mantenere i prezzi nel tempo. Nonostante queste azioni, i medici hanno utilizzato differenti strategie al fine di evitare gli effetti del controllo sui prezzi. Primo, non vi è un controllo sulla quantità. Secondo, fin dal 1980, i medici privati francesi possono chiedere di più della tariffa oraria ufficiale. Così, i pazienti si trovano dinanzi ad elevate quote di *co-payment*, che vengono compensate solo parzialmente attraverso le assicurazioni complementari. Di contro la Cassa Malattia non contribuisce ai loro piani previdenziali. I medici sono allo stesso tempo molto abili nell'organizzare azioni forti per ottenere tariffe più alte. Nel 2001-2002, i medici di medicina generale innalzarono deliberatamente e in maniera massiccia le tariffe delle loro visite (da € 17 a € 20) e il governo finalmente accettò questo aumento di prezzo.

Fin dalla fine degli anni Ottanta, i governi e la Cassa Malattia hanno tentato di ottenere una controparte della crescita dei prezzi, quale una moderazione nelle prescrizioni (i francesi detengono il record in termini di spesa pro-capite, dopo gli USA)<sup>3</sup> e una *compliance* alle linee guida. I recenti successi si riscontrano in una accresciuta moderazione nella prescrizione di antibiotici, attraverso una intensa campagna di informazione circa il rischio di sviluppare resistenza batterica e la prescrizione di generici, anche se la battaglia non è vinta ancora completamente.

La spesa farmaceutica, poi, è sottoposta ad un tetto annuale, votato dal Parlamento. Per raggiungere questo obiettivo, le autorità pubbliche hanno progettato un set complesso di regole che mescolano vincoli macro economici e accordi a livello micro con le aziende, basato su rettifiche di prezzo-volume e sconti, con l'aggiunta di tasse quando la spesa cresce troppo velocemente.

Negli anni più recenti, il *co-payment* è stato presentato quale incentivo virtuoso, al fine di sensibilizzare gli assicurati a non creare eccesso di domanda (controllo del *moral hazard*), o come un miglioramento dell'efficienza della Cassa malattia. Ad esempio, negli ultimi 5 anni il governo ha deciso di ridurre i rimborsi per quei farmaci che erano considerati portatori di benefici marginali per la salute. Nell'agosto del 2004 un'importante riforma è stata votata, che fu presentata quale maggiore riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria. La legge in questione introdusse una forma di *gatekeeping*, dove si suppone che ogni assicurato stipuli un accordo con un medico di medicina generale, il "*médecin trainant*", che lo dovrà indirizzare verso le cure specialistiche. Gli assicurati che non accettano e vanno direttamente a farsi visitare da uno specialista vedranno ridursi notevolmente la quota di rimborso. I medici di medicina generale hanno a disposizione una somma annuale da destinare all'assistenza dei pazienti cronici di ALD che sono coperti al 100%. Come controparte, debbono rispettare le linee guida basate sull'evi-

<sup>2</sup> I cittadini francesi pagano anche un contributo annuale dello 0,5% sui loro redditi per rimborsare il debito sociale.

<sup>3</sup> Cfr. cap. 1.1., Francia, Memini.

denza per tali pazienti. Per ogni visita ad un medico privato, è previsto un contributo di € 1 pagato dal paziente. Agli specialisti è stato permesso di aumentare la loro tariffa base per i pazienti che sono assegnati da un medico di medicina generale e la maggior parte degli studiosi suggerisce che la riforma rappresenta un modo per aumentare i redditi degli specialisti e mantenere una differenziazione tariffaria con il medico di medicina generale. L'accordo firmato con l'associazione dei medici è complesso e include anche dei target nelle prescrizioni di farmaci (per esempio le Statine). Per il primo anno dell'accordo, già si è verificato un conflitto tra i sindacati dei medici, che chiedono vengano soddisfatti i loro obiettivi con un aumento anche delle tariffe, e la Cassa Malattia nazionale, che ha tentato di rimandare il pagamento fino alla fine dell'anno.

Nel lungo periodo, i governi hanno cercato di aumentare l'efficienza mediante lo sviluppo di reti, la diffusione della *evidence based medicine*. La Cassa malattia e i sindacati dei medici privati si sono trovati d'accordo nell'assegnare una parte dei fondi annuali dell'assistenza primaria alle cure sperimentali, laddove venga dimostrata la loro efficacia. Durante i venti anni passati, la *evidence based medicine* è stata lentamente ma in maniera consolidata recepita dai vari stakeholders, quale modo ragionevole di evitare razionamenti indiscriminati. Per i professionisti, questo concetto vuole dire che, se tutti i medici e fornitori di prestazioni seguono la *evidence based medicine*, poi tutte le spese sono legittime e non c'è nessun bisogno di contenerle.

Il settore ospedaliero è stato, poi, sottoposto ad una serie di riforme, durante gli ultimi dieci anni, tendenti a migliorarne l'efficienza. È importante affermare che in Francia vige un sistema ospedaliero pubblico/privato, con due differenti meccanismi di finanziamento. Dal 1983 al 1995 gli ospedali pubblici sono finanziati attraverso un budget prospettico. In teoria, agli ospedali pubblici non è permesso creare un deficit, ma in realtà un gran numero di strutture pubbliche è stato caratterizzato da forti deficit. Per finanziare tali deficit, gli ospedali contrattano prestiti o utilizzano il loro cash flow a detrimento degli investimenti.

Nel 1995 l'allocazione delle risorse per l'ospedaliere era delegata a 26 Agenzie Ospedaliere regionali, con (almeno da normativa) un potere discrezionale in termini di impostazione e programmazione del bilancio per l'allocazione delle risorse stesse. Questa riforma aveva due obiettivi: la decentralizzazione dell'allocazione delle risorse era voluta al fine di permettere una migliore adattabilità ai bisogni locali, ma più importante, la depoliticizzazione delle decisioni. Questo sistema contribuì principalmente alla riallocazione delle risorse tra le Regioni ricche, come *Ile-de-France*, e quelle più "povere", e ad un aumento del deficit ospedaliero nelle Regioni che comprimono i bilanci. Ciononostante, è giusto affermare che il settore ospedaliero pubblico è stato lentamente riorganizzato mediante una riduzione complessiva di posti letto per acuti ed una riallocazione verso la riabilitazione e l'assistenza domiciliare.

Il principale cambiamento introdotto a livello ospedaliero è stato senza dubbio l'introduzione, nel 2004, di un sistema di remunerazione delle prestazioni basato sui DRG francesi, il GHM (*Groupes Homogènes de Malades*). Le entrate degli ospedali sono direttamente collegate al numero di casi. Una percentuale nazionale è definita per ogni settore. Ogni anno, un tetto di spesa viene fissato per ogni settore. Se le spese eccedono il tetto,

le quote vengono ridotte per giungere all'equilibrio. Gli ospedali pubblici sono caratterizzati da un regime speciale: una quota delle loro spese, corrispondente al cosiddetto *missions of general interest* (incluse la ricerca e la formazione), viene pagata su un budget prospettico basato sulla spesa storica. Inoltre, un elenco di circa 80 farmaci (ad esempio gli antitumorali) vengono pagati retrospettivamente per gli ospedali pubblici e privati sulla base di un prezzo di riferimento fissato dal Ministero della Salute. Il budget totale per questi farmaci è fissato a livello nazionale. Questo specifico finanziamento ha generato forti tensioni all'interno del sistema: prima della riforma, negli ospedali pubblici la spesa per questi farmaci era inclusa nel budget prospettico e i medici dovevano prestare attenzione in sede prescrittiva. Il pagamento retrospettivo determinò un aumento immediato pari al 25% della spesa e il governo dovette abbassare il livello del DRG per contenere la spesa globale, mettendo così sotto pressione i costi ospedalieri. Durante lo stesso periodo, i deficit ospedalieri hanno continuato ad essere coperti in parte da versamenti supplementari e speciali e da una iniezione di fondi per modernizzare l'attrezzatura (*il Plan Hôpital 2000*).

Sembra sicuramente troppo presto per poter stimare se il nuovo sistema di finanziamento abbia apportato miglioramenti in termini di produttività degli ospedali. I manager e i medici hanno ora, senza dubbio, maggiori incentivi nell'aumentare la produttività e anche l'effetto DRG ha iniziato a produrre i suoi effetti. Ma a causa dell'aggiustamento del prezzo-volume, se l'attività continua a crescere così come la spesa per gli 80 farmaci, gli ospedali pubblici saranno caratterizzati da un calo progressivo nei tassi che possono essere più veloci della capacità di guadagnare a seguito della accresciuta produttività. Così alcuni ospedali vedranno crescere il proprio deficit. La domanda principale è se in ogni caso tali deficit continueranno ad essere finanziati tramite ulteriore indebitamento, o se gli ospedali saranno chiusi. Gli ospedali pubblici, infatti, non hanno la flessibilità tipica del settore privato per ridimensionare il personale e lo schema di pagamento può eventualmente portare verso una crescita della quota di mercato del settore privato *for profit*.

Questa riforma solleva poi il problema del management pubblico. La crescita di efficienza è possibile solo e solo se i manager delle strutture pubbliche potranno avere maggiore autonomia decisionale accompagnata da maggiori responsabilità in termini di rispetto del vincolo di bilancio. Per il momento, per loro è ancora più efficace il gioco politico della negoziazione con il Ministero della Sanità al fine di ottenere risorse aggiuntive tali da permettergli di finanziare il deficit.

## 2.2 - I problemi di politica sanitaria negli Stati Uniti

*Buchmueller T.<sup>1</sup> e Feldstein P.<sup>1</sup>*

Il sistema di assistenza sanitaria negli Stati Uniti è, sotto molti punti di vista, piuttosto diverso da quelli di altri Paesi industrializzati, il più evidente dei quali è l'affidarsi ai mercati privati. Nonostante questo orientamento, il governo esercita un ampio e crescente ruolo nel finanziamento dei servizi medici negli Stati Uniti. Attualmente, i governi federali e statali pagano il 45% del totale speso ogni anno per i servizi medici. Di conseguenza, le sfide critiche che gli Stati Uniti affrontano sono piuttosto simili a quelle affrontate dai Paesi con sistemi sanitari prevalentemente pubblici. Un problema particolarmente noioso per i *policy makers* è l'impatto della spesa sanitaria sui bilanci pubblici e la prospettiva di deficit crescenti nel futuro prossimo. Questi deficit minacciano l'autosufficienza di programmi correnti e sono da ostacolo allo sforzo di espandere la copertura assicurativa a quei 45 milioni di americani che attualmente ne sono privi.

I due più importanti programmi pubblici di assicurazione contro le malattie sono il *Medicare*, un programma federale che finanzia l'assistenza sanitaria per tutta la popolazione anziana indipendentemente dal reddito (e anche per individui disabili e non anziani) e *Medicaid*, un programma federale/statale che copre la popolazione con un reddito molto basso, in particolare i bambini. Due differenti meccanismi di finanziamento procurano fondi a *Medicare*. Le degenze ospedaliere (*Medicare Part A*) sono finanziate da una tassa pari al 2,9% del reddito da lavoro, la metà della quale grava sul datore di lavoro e metà sul lavoratore (questa tassa è cresciuta col tempo). Queste tasse vengono versate in un Fondo di garanzia di *Medicare* per pagare i servizi ospedalieri. Gli anziani sono quindi sovvenzionati in quanto le loro spese ospedaliere eccedono di molto il contributo da loro versato quando lavoravano. *Medicare* offre anche benefici medici e supplementari, come servizi medici, visite, assistenza domiciliare e medicine prescritte fuori dall'ospedale. Questi benefici sono finanziati principalmente dalla fiscalità generale; i premi pagati dagli anziani coprono approssimativamente il 25% dei costi di questi benefici.

Il programma *Medicare*, come disegnato attualmente, è fiscalmente insostenibile. A causa del cambiamento demografico (un aumento della popolazione anziana e meno lavoratori per anziano) e dell'incremento della spesa sanitaria pro-capite (cfr. Capitolo 1.1 Mennini, Francia), il costo di *Medicare* sta crescendo più rapidamente che i redditi necessari per finanziare il programma. Si valuta che, in assenza di mutamenti normativi, dal 2018 il Fondo di garanzia di *Medicare* avrà risorse insufficienti per pagare le spese ospedaliere per gli anziani. Secondo delle stime, per finanziare l'assistenza ospedaliera a tutti gli anziani nei prossimi 75 anni si richiederebbe un aumento nella tassa dall'attuale 2,9% al 13,4%, "minacciando" seriamente la crescita economica.

<sup>1</sup> *Paul Merage School of Business, University of California, Irvine, California.*

*Medicare*, spendendo anche su altri servizi, sta aumentando ad un ritmo allarmante. La più significativa innovazione normativa in materia sanitaria negli ultimi anni è stata il *Medicare Modernization Act* (MMA), che fu approvato nel 2003 ed è entrato in vigore nel 2006. La caratteristica principale della legge è quella di prevedere dei benefici in termini di assistenza farmaceutica. Il conto è valutato intorno ai \$ 500 bilioni durante il corso dei suoi primi 10 anni<sup>2</sup>. Siccome la maggior parte degli anziani aveva già una certa forma di copertura per i farmaci, una grande frazione di questo ammontare rappresenta un trasferimento diretto di spesa dal privato al settore pubblico. I beneficiari sono obbligati a pagare dei premi per la copertura farmaceutica, ma questi premi permettono di coprire solamente una frazione del costo.

Le spese di *Medicare* (inclusi i servizi ospedalieri e non ospedalieri) sono proiettate a crescere dai \$ 420 bilioni nel 2006 ai \$ 792 nel 2015. Secondo stime di lungo periodo, il costo di questi benefici promessi per il governo federale è valutato essere di circa \$ 30 bilioni durante il corso dei prossimi 75 anni. Misurando questa spesa relativa all'intero bilancio federale e al Pil, si dimostra il motivo per cui *Medicare* nella sua forma corrente è insostenibile. Entro il 2020, *Medicare* rappresenterà il 23% del bilancio federale, che è quasi due volte la quota attuale. Se il trend nella spesa e le entrate fiscali vengono proiettati al 2040, *Medicare* arriverà ad incidere per quasi la metà del bilancio federale. Appare chiaro che se il programma continua a presentare le caratteristiche di cui sopra, sarà necessario un aumento delle risorse del Paese da dedicare all'assistenza sanitaria per gli anziani.

Inizialmente, quando il Fondo di garanzia di *Medicare*, sulla base delle previsioni, sembrava divenire insolvente, il Congresso aumentò la tassa di *Medicare* e ridusse i pagamenti per l'ospedalizzazione. Tali innovazioni, comunque, non sembrano attuabili nel breve periodo.

Il Partito Repubblicano, che controlla la Casa Bianca, e le due Camere si sono fortemente opposti all'aumento delle tasse e, a quanto sembra, senza aver subito particolari ripercussioni politiche a seguito della creazione di un deficit di bilancio enorme. Poiché la popolazione anziana rappresenta una forza politica potente, nessun partito politico ha, infatti, interesse nel ridurre i propri benefici. Il fatto che lo stato di insolvenza non è imminente fa sì che probabilmente le decisioni relative ad un riassetto di *Medicare* verranno posticipate.

Oltre a *Medicare*, il governo federale paga la metà di tutte le spese di *Medicaid*<sup>3</sup>. Nel 2005 la quota del governo federale delle spese di *Medicaid* era pari a \$ 200 bilioni (7,5% del bilancio federale). Queste spese si pensa aumenteranno fino a circa \$ 260 bilioni entro il 2010.

*Medicaid* finanzia l'assistenza sanitaria per le famiglie con reddito basso e per alcune popolazioni anziane e disabili. Bambini appartenenti a famiglie con reddito molto basso

<sup>2</sup> MMA ha aumentato la spesa Medicare in altri servizi. Questa è stata un'azione di carattere politico; infatti, sono stati avvantaggiati gruppi di votanti molto forti.

<sup>3</sup> La divisione varia fra i differenti Stati.

rappresentano la maggioranza degli iscritti, ma anche una relativamente piccola frazione della spesa totale. Al contrario, pazienti anziani in case di cura e adulti invalidi, pur rappresentando una relativamente piccola frazione degli iscritti, incidono per una quota sproporzionata alla spesa totale.

Mentre il governo federale definisce le linee guida e gli standard base, le decisioni chiave sul disegno dei programmi, come quelli inerenti le regole di eleggibilità, i benefici del programma e i pagamenti dei produttori, vengono stabiliti a livello statale, influenzando la politica *Medicare*. Diversamente dal governo federale, gli Stati non possono, per dettato Costituzionale, far crescere velocemente i loro deficit. Di conseguenza, i programmi *Medicaid* statali sono colpiti fortemente da fluttuazioni macroeconomiche. I vincoli economici riducono le entrate fiscali statali, mentre allo stesso tempo aumenta il numero di persone indigenti che cercano la copertura di *Medicaid*. Così, in una situazione di recessione, molti Stati sono costretti a restringere l'eleggibilità o tagliare i pagamenti ai produttori. La partecipazione dei produttori al programma è volontaria ed è sensibile alle quote di rimborso. Percentuali più basse, perciò, riducono l'accesso alle cure per gli iscritti a *Medicaid*.

Mentre gli Stati tipicamente revocano i tagli quando le condizioni economiche migliorano, le proiezioni di lungo periodo suggeriscono che le limitazioni ai budget statali diverranno sempre più vincolanti. Come le spese *Medicaid* continuano ad aumentare più velocemente delle entrate fiscali, gli Stati dovranno affrontare scelte politiche difficili relativamente alla riduzione di spesa per altre aree importanti quali l'istruzione, elevando le tasse statali sul reddito, o limitando l'accesso alle cure mediche alle persone con redditi bassi.

### **2.2.1 Conclusioni**

Le sfide maggiori che affronta il sistema sanitario negli Stati Uniti non sono molto diverse da quelle che affrontano sistemi dove il settore pubblico ha un ruolo più prominente. Oggi, *Medicare* e *Medicaid* rappresentano la quota maggiore di spesa per l'assistenza sanitaria e contribuiscono ad un grande deficit del bilancio federale. Poiché la crescita della spesa per questi programmi eccede il tasso di crescita dell'economia nel suo insieme (cfr. cap.1.1, Francia, Mennini), la spesa di *Medicare* e *Medicaid* ha intrapreso un percorso volto a rappresentare una quota sempre maggiore del bilancio federale. In assenza di riforme importanti tese alla riduzione della crescita della spesa, si richiederanno riduzioni drastiche in tutti gli altri programmi federali o imposizioni fiscali maggiori a carico delle generazioni future. I "lenti" *policy makers* stanno per introdurre cambiamenti nella struttura del finanziamento e dei benefici di *Medicare* e *Medicaid*, le cui conseguenze saranno drastiche e dolorose.

## 2.3 - Assistenza sanitaria in Australia: crescita e carico fiscale

Martins J. M.<sup>1</sup>

### 2.3.1 Crescita della domanda e finanziamento pubblico

La crescita economica fin dalla seconda Guerra mondiale ha condotto ad una triplicazione del Pil pro-capite nel mondo (Maddison, 2003). Questo ha determinato la crescita della domanda di molte tipologie di beni. La domanda di assistenza sanitaria è, tra questi, quella che si è maggiormente caratterizzata crescendo più che proporzionalmente agli aumenti del reddito pro-capite. Molta di questa crescita, nei Paesi maggiormente industrializzati, è stata finanziata dalle risorse pubbliche (Martins, 2004). Negli anni recenti, la continua crescita dell'industria della salute ha posto importanti dilemmi per i governi, specialmente durante i cicli economici negativi e per i vincoli fiscali. In aggiunta, la crescita economica stimolata dai governi – come nel caso della crescita nella produzione di assistenza sanitaria soprattutto finanziata con fondi pubblici – non è in linea con la correttezza fiscale nei Paesi OCSE, che richiedono un abbassamento delle tasse, di evitare il finanziamento del deficit e investimenti privati.

### 2.3.2 La crescita della spesa e il trasferimento del carico

I dati per 24 Paesi OCSE indicano che, in media, la quota della spesa sanitaria totale finanziata dal settore pubblico è passata dal 75,9% nel 1990 al 74,6% nel 2003. Questo dato complessivo nel finanziamento pubblico “maschera” differenze sostanziali fra questi 24 Paesi (cfr. Francia e Mennini, Capitolo 1.1). In 13 dei 24 Paesi la quota di spesa pubblica precipita da una media dell'81,4% al 76,7%, mentre in 8 Paesi la percentuale media è salita dal 70,1% al 73,6% durante lo stesso periodo. In 3 Paesi la percentuale media di finanziamento pubblico è cambiata solo leggermente, dal 67,8 al 68,0% (Tabella 1).

**Tabella 1 - Finanziamento pubblico quale percentuale della spesa sanitaria totale in 24 Paesi OCSE: 1990-2003**

Cambiamento nella proporzione del finanziamento pubblico	N.Paesi	Finanziamento pubblico in % della spesa totale		
		1990	1995	2003
Crescente	8	70,1	72,3	73,6
Stabile	3	67,8	67,1	68,0
Decrescente	13	81,4	77,6	76,7
<b>Media 24 Paesi</b>	<b>24</b>	<b>75,9</b>	<b>74,5</b>	<b>74,6</b>

Nota: Le medie non sono pesate.

Fonte: Elaborazioni dell'autore su OECD Health Data 2006.

<sup>1</sup> President, Centre for Health Policy and Management, Sydney, Australia; Visiting Professor, Macquarie University, Sydney, Australia.

È anche interessante sottolineare che il livello di spesa sanitaria pro-capite è stato associato con diverse percentuali della crescita della spesa sanitaria e con il cambiamento, sia verso l'alto che verso il basso, nella proporzione di finanziamento pubblico.

Quale principale conseguenza è possibile individuare tre gruppi di Paesi:

- Paesi con una quota crescente di spesa pubblica, che avevano la media più alta di spesa pro-capite nel 1990 (e 2003) e hanno anche registrato il più grande aumento nella spesa pro-capite nel periodo 1990-2003.
- Paesi con una quota decrescente di spesa pubblica, che avevano la media più bassa di spesa pro-capite nel 1990 (e 2003) e la percentuale più bassa di crescita nella spesa pro-capite.
- Paesi con una quota stabile di finanziamento pubblico, che avevano la seconda spesa pro-capite più bassa nel 1990 (e 2003) e la seconda percentuale di crescita nella spesa pro-capite (Tabella 2).

Differenti ipotesi potrebbero essere considerate. Un'ipotesi è che l'alta percentuale della crescita su di un livello già alto di spesa sanitaria pro-capite abbia costretto il settore pubblico ad effettuare un "salvataggio" quale conseguenza di forti pressioni politiche, al fine di minimizzare l'impatto sulle tasche dei cittadini. Una seconda ipotesi discenderebbe dal fatto che l'iniziale bassa quota di spesa pubblica in questo settore di alta spesa (70,1% nel 1990 contro una media di 75,9% per i 24 Paesi analizzati) abbia lasciato alcuni spazi per l'assorbimento di spesa supplementare da parte del settore pubblico. Al contrario, una più piccola ma ancora considerevole crescita della spesa sanitaria pro-capite nei Paesi con una porzione inizialmente alta di finanziamento pubblico (81,4% nel 1990 contro una media di 75,9 per i 24 Paesi) abbia incentivato un trasferimento di almeno una parte dell'aumento verso i cittadini. I Paesi con quote di finanziamento pubblico stabile durante il periodo avevano anche la quota iniziale di finanziamento pubblico più bassa (67,8% nel 1990 comparati con la media di 75,9%). Così, anche se questi Paesi hanno sperimentato un aumento nella spesa pro-capite sostanzialmente più grande dei Paesi che avevano ridotto il loro finanziamento pubblico, sono stati capaci di frenare la crescita del finanziamento pubblico e di trasferire la maggior parte della crescita nella spesa privata.

**Tabella 2 - Crescita nella spesa sanitaria pro-capite e crescita nella quota di finanziamento pubblico in 24 Paesi OCSE: 1990-2003**

Tipologia di cambiamento nella proporzione di finanziamento pubblico	Spesa Totale pro-capite PPP\$		1990/2003 % Crescita pro-capite	1990/2003 % Crescita finanziamento pubblico
	1990	2003		
Crescente	1.543	3.304	114,2	+3,5
Stabile	1.224	2.587	102,8	+0,2
Decrescente	1.209	2.452	102,8	-4,6
<b>Media 24 Paesi</b>	<b>1.322</b>	<b>2.753</b>	<b>102,8</b>	<b>-1,3</b>

Fonte: Elaborazioni dell'autore su dati OECD Health Data 2006.

### **2.3.3 Command-control e Politiche Market-oriented**

I Governi hanno usato un numero di meccanismi per controllare o minimizzare il livello di finanziamento pubblico della spesa sanitaria. Alcuni di questi strumenti hanno le caratteristiche del *command-control* (direzione strategica) mentre altri utilizzano processi *market-oriented*. Possono essere esercitati tanto per influenzare la domanda che l'offerta di servizi.

Alcuni esempi di strumenti utilizzati per controllare la spesa pubblica dal lato dell'offerta sono:

- esclusione di alcuni servizi quali la chirurgia plastica e cosmetica, l'assistenza ambulatoriale per la salute mentale, e qualche prestazione relativa alla farmaceutica e alle cure dentali;
- controlli del prezzo mediante una regolamentazione per fissare il prezzo di determinati servizi forniti dal settore privato;
- *global budgets* per i servizi forniti dal settore pubblico e riduzione del prezzo di servizi forniti dal settore privato una volta superato un certo tetto di spesa;
- negoziazione dei prezzi per i farmaci e gli altri servizi in parte o completamente finanziati dal settore pubblico;
- salari e mantenimento dei salari nel settore pubblico.

Gli altri meccanismi incidono sul lato della domanda:

- imponendo limiti sulle spese individuali che il governo finanzierà in un periodo determinato di tempo, di solito un anno, per determinati servizi;
- richiedendo agli individui di pagare per particolari servizi di assistenza fino ad una soglia oltre la quale il governo offrirà appoggio finanziario (*deductibles*);
- introducendo o elevando il *co-payment* che le persone devono pagare per diminuire il contributo pubblico;
- mantenimento del valore di determinati benefici così da costringere gli individui a pagare per l'inflazione.

Per inserire delle limitazioni al carico finanziario imposto alle singole famiglie da alcuni di questi strumenti, sono state perseguite alcune vie quali:

- esenzione da franchigie o *co-payment* delle persone con determinate caratteristiche, quali i bambini o le persone anziane con redditi bassi o affette da malattia cronica o da disabilità, da invalidità;
- introducendo soglie di spesa per determinati servizi sui quali sarà offerto il pieno o più alto finanziamento pubblico;
- possibilità di deduzioni fiscali per spese al di sopra delle soglie specificate.

### **2.3.4 Il finanziamento pubblico in Australia**

L'Australia è uno dei Paesi che ha mantenuto un livello comparativamente basso di finanziamento pubblico della sanità, pari approssimativamente al 67,5% del totale nel 2003 contro una media del 74,6% per i 24 Paesi OCSE analizzati (*OECD Health Data 2006*). Il finanziamento pubblico è suddiviso tra i governi federali e statali con impegni differenti. Il governo federale offre un finanziamento per la maggior parte dei servizi erogati dal settore privato, mentre i governi statali e federali si dividono il finanziamento dei

servizi erogati dal settore pubblico (l'assistenza ospedaliera è il più importante in termini di spesa – AIHW 2005). Comunque, permangono forti “tensioni” tra i governi statali e federali in relazione ai tentativi di spostamento del finanziamento (*funding-shifting*).

Nel contesto australiano, il finanziamento pubblico è cambiato notevolmente nelle ultime tre decadi a causa della copertura della popolazione residente da parte del *Medicare* fornito dal governo federale – per servizi medici e ambulatori – e dalla suddivisione delle spese ospedaliere pubbliche con gli Stati. Ciononostante, tutti e due i governi, mentre da una parte offrivano una considerevole copertura alla popolazione, dall'altra hanno utilizzato una serie di meccanismi per tenere la quota di finanziamento pubblico comparativamente bassa rispetto agli standard OCSE (Tabelle 1 e 3).

### **2.3.5 Esclusione e controllo dell'offerta**

Uno degli strumenti principali utilizzato è l'esclusione di determinati servizi dal finanziamento pubblico; questi includono le cure dentali offerte dai professionisti privati e altri servizi forniti a livello privato (ad esempio la fisioterapia).

Lo schema dei benefici per la farmaceutica (PBS) rappresenta uno degli strumenti più vecchi che vengono utilizzati nel meccanismo di finanziamento pubblico in Australia. Il governo federale è stato in grado di tenere i prezzi dei farmaci ad un livello abbastanza basso, praticando una negoziazione attenta verso i farmaci che maggiormente interessano il PBS. Di conseguenza, l'Australia è uno dei Paesi con i prezzi dei farmaci più bassi fra i Paesi OCSE (Martins 2002). Comunque, i recenti trend stanno riducendo questo vantaggio relativo. Così, nonostante la negoziazione dei prezzi e l'inclusione o esclusione di farmaci dalla lista positiva, il governo federale ha introdotto anche livelli di *co-payment* per i farmaci tenendo conto delle differenti situazioni socio economiche dei cittadini.

Il finanziamento pubblico dell'assistenza ospedaliera è sottoposto ad un regime di *command-control*. Il numero di posti letto nel settore pubblico è oggetto di regolamentazione da parte delle autorità sanitarie statali. Questa situazione è rafforzata dalla presenza di vincoli di bilancio stringenti che frenano le spese degli ospedali pubblici. Investimenti in beni immobili e tecnologia sono anche questi controllati a livello centrale. Gli Stati, poi, frenano la crescita della spesa pubblica controllando gli aumenti salariali dei dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche.

Il *co-payment* viene spesso utilizzato al fine di ridurre il finanziamento pubblico e allo stesso tempo controllarlo. Uno strumento più sofisticato utilizzato dal governo federale è la fissazione di un set di benefici programmati per i servizi forniti dai medici e dalle strutture private – il governo federale non ha nessun potere nel fissare i prezzi per i servizi di assistenza sanitaria – ad un livello di prezzo più basso di quello solitamente pagato. Il governo federale pagherà solamente una certa quota del set di servizi programmati obbligando il consumatore a pagarsi la differenza, aumentando così la quota di *co-payment*.

### **2.3.6 Il trade-off fiscale**

Alla luce del fatto che la tassazione sui redditi è progressiva, mentre non lo è il *co-payment*, l'approccio utilizzato pone anche questioni equitative.

Un aspetto controverso della politica del governo federale è stato l'adozione di sussidi

**Tabella 3 - Finanziamento pubblico dell'assistenza sanitaria  
(% di tre anni aggregati 1990/91-1992/93 e 2000/01-2002/03)**

Tipologia di servizio	Spesa per servizio quale % del totale		Percentuale del finanziamento pubblico		
	1990/91- 1992/93	2000/01- 2002/03	1990/91- 1992/93	1990/91- 1992/93	Crescita in 10 anni
Ospedaliera	36,8	33,4	77,4	79,8	+2,4
Pubblica	28,9	25,2	91,3	92,1	+0,8
Psichiatrica pubblica	1,8	0,7	7,6	95,5	+0,7
Privata	6,0	7,6	5,3	37,5	+32,2
Ass,za Infermieristica	7,9	6,3	77,7	80,9	+3,2
Ambulanza e altro	1,5	1,5	63,5	50,7	-12,8
Ass,za medica	18,0	16,6	80,8	79,9	-0,9
Cure dentali	4,9	6,0	9,1	17,7	+8,6
Altre	3,9	3,7	11,5	23,2	+11,7
Farmaceutica	9,4	13,6	44,6	52,6	+8,0
Farmaceutica rimborsata	5,1	8,3	82,4	84,6	+2,2
Altra farmaceutica	4,3	5,3	-	1,9	+1,9
Aids	2,1	3,5	12,3	9,3	-3,0
Sanità pubblica	4,8	6,1	100,0	100,0	-
Amministrazione	3,3	2,9	60,0	70,7	+10,7
Ricerca	1,4	1,9	88,2	77,3	-10,7
Spesa in conto corrente	93,9	95,4	67,5	67,8	+0,3
Spesa in conto capitale	6,1	4,6	71,9	82,5	+10,6
<b>Spesa sanitaria totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>67,7</b>	<b>68,8</b>	<b>+1,1</b>

Fonte: AIHW 2002 e 2005. Elaborazioni dell'autore

per l'assicurazione sanitaria mirata a trasferire l'assistenza ospedaliera dal settore pubblico a quello privato. Questo ha portato ad un sussidio del 30% sui premi dell'assicurazione sanitaria privata, aumentato rispettivamente al 35 e 40% per le persone con più di 65 e 70 anni di età, o ad un rimborso monetario o uno sgravio di imposta sul reddito. Il governo federale ha introdotto anche una addizionale di imposta dell'1% sul reddito dei contribuenti che superano una determinata soglia di reddito e che non possiedono un'assicurazione ospedaliera privata (AIHW 2006). La conseguenza è stata un aumento dell'utilizzo dell'ospedalità privata, accompagnato da un grande sussidio pubblico per questi servizi (Tabella 3). Questo meccanismo, non essendoci alcuna evidenza in termini di miglioramento dell'efficienza, solleva problemi di efficienza ed equità. Un'altra caratteristica di questo approccio è l'aumento del *co-payment* per i servizi medici e farmaceutici, con rimborsi di imposta sul reddito per le spese che superano la soglia di spesa fissata annualmente (AIHW 2006). In questo caso, il *trade-off* è tra le spese del governo federale per la sanità e le basse entrate dalle imposte sul reddito. In una prospettiva di costanza del *co-payment* e di natura progressiva della tassazione sul reddito, questo approccio pone anche questioni di equità.

### 2.3.7 Conclusioni

Dal dopoguerra in poi, le preoccupazioni del governo per l'assistenza sanitaria si sono tradotte nell'erogazione di grandi sussidi pubblici per i servizi di assistenza sanitaria grazie anche alla crescita dei redditi pro-capite. Comunque, la crescita della spesa sanitaria maggiore del Pil, restrizioni fiscali determinate dagli shock economici ciclici e la nuova ortodossia fiscale hanno portato i governi ad adottare politiche tendenti a controllare i crescenti sussidi pubblici. Comunque, i trend sono cambiati molto fra i paesi OCSE. Nel caso dell'Australia, il finanziamento pubblico per l'assistenza sanitaria è cresciuto, ma la quota di crescita totale della spesa è rimasta costante negli ultimi dieci anni. Il governo in Australia ha usato il *command-control* e politiche *market-oriented* per contenere la spesa pubblica per l'assistenza sanitaria. Ci sono stati, comunque, aumenti sostanziali nei sussidi pubblici per gli ospedali privati e i farmaci. Il primo è il risultato di una politica intenzionale tendente ad aumentare l'utilizzo degli ospedali privati, mentre il secondo è stato il risultato di un utilizzo crescente di farmaci e di una crescita dei prezzi. Nonostante l'uso di tetti di spesa che determinano un aumento dei rimborsi e/o concessioni di imposta sul reddito, alcuni aspetti delle politiche sanitarie mirate al contenimento della spesa pubblica aumentano i problemi sia di efficienza che di equità.

### Riferimenti bibliografici

- Australian Bureau of Statistics (ABS), 2000. "Household Expenditure Survey, detailed expenditure items, 1998-99". Catalogue No. 6535.0., Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2002. "Health expenditure Australia 2000-01", Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2005. "Health expenditure Australia 2003-04", Canberra.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2006. "Australia's Health 2006", Canberra.
- Maddison, Angus (2003). "The World Economy: Historical Statistics", Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- Martins JM (2002). "Who is winning? The drug companies, the Government or the Battlers?" [www.achse.org.au/publications/martins/drug.html](http://www.achse.org.au/publications/martins/drug.html) accessed 17/03/2006.
- Martins JM (2004). "Health Financing – An International Perspective". In Courtney M, Briggs D (Editors) *Health Care Financial Management*, Elsevier Mosby, Sydney.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2006). "Health Data 2006". [www.OECD](http://www.OECD), accessed 25 July 2006.

## 2.4 - Decentralizzazione e vincolo di bilancio nel sistema sanitario spagnolo

Puig-Junoy J.<sup>1</sup>, Prats A.T.<sup>1</sup>

La Spagna è divisa in diciassette Regioni denominate Comunità autonome (ACs o Regioni) con governi regionali<sup>2</sup>. Ci sono due sistemi completamente diversi: il regime “*foral*”, istituito solamente per la regione Basca e la Navarra e il regime comune, per le altre quindici Regioni. La differenza principale tra i due sistemi è che le Regioni sotto il regime “*foral*” hanno l’autorità di aumentare le tasse locali, mentre le Regioni sotto il regime comune non hanno una pari autorità (una recente riforma, approvata a luglio 2001 ed effettiva dal 2002, delega una certa autonomia nell’aumentare le tasse locali alle Regioni sotto il regime comune). Le due tipologie di Regioni hanno comunque le medesime responsabilità in tema di spesa.

Il regime comune è stato caratterizzato dal possedere un ben definito livello di responsabilità della spesa, ma poca autonomia per le entrate, anche se le revisioni recentemente apportate al sistema tendono a fornire maggiore autonomia anche dal lato delle entrate. Negli ultimi anni, infatti, le Regioni appartenenti a questa tipologia di regime sono state finanziate mediante trasferimenti principalmente statali. Queste possono imporre tasse e imposte, che rappresentano comunque una piccola parte delle entrate. Ricevono anche trasferimenti. I trasferimenti inizialmente includevano tasse sul patrimonio, sulle successioni sui trasferimenti di ricchezza, sui giochi. La riforma del 1997, e specialmente quella del 2001, hanno ampliato i trasferimenti fino al 30% del totale delle imposte sul reddito di alcune tasse speciali e il 40% dell’IVA, anche se per quest’ultima non vi è una imposizione normativa. Questa ultima riforma integra il sistema di finanziamento della salute all’interno del sistema generale.

Il cambiamento più importante degli ultimi anni è comunque rappresentato, con riferimento al sistema di finanziamento, dal trasferimento (*devolution*) della gestione dell’assistenza sanitaria ai governi regionali. Tale processo è iniziato nel 1981 e si è completato nel 2002. Fino al 2002, l’Istituto Nazionale della Salute (INSALUD) ha gestito i servizi di assistenza sociale e sanitaria per le 10 comunità autonome con limitate responsabilità all’interno del regime comune.

Negli ultimi 20 anni, il sistema di assistenza sanitaria spagnolo ha subito un mutamento radicale per quanto attiene le fonti di finanziamento: da un modello di finanziamento tipico della sicurezza sociale, basato sui contributi sui salari, si è passati ad un Sistema Sanitario Nazionale, basato sulla fiscalità generale. La Legge Finanziaria del 1989 stabilì

<sup>1</sup> *Universitat Pompeu Fabra (UPF), Department of Economics and Business, Research Centre for Economics and Health (CRES).*

<sup>2</sup> *Secondo gli orientamenti stabiliti nella costituzione democratica ratificata nel 1978.*

che le entrate provenienti dalla fiscalità generale dovessero progressivamente finanziare i servizi di assistenza sanitaria. La quota di fondi crebbe dal 69% nel 1993 all'83% nel 1996 fino al 100% nel 1999.

I fondi sono distribuiti all'ACs secondo il criterio della quota capitaria. Inizialmente, l'ammontare del finanziamento specificatamente trasferito si supponeva potesse/dovesse coprire il costo attuale dei servizi di assistenza sanitaria trasferiti. L'operato di questo modello è stato una fonte continua di conflitto tra il governo centrale e le ACs, che costantemente dichiaravano di essere sotto-finanziati. Questa situazione era parzialmente legittimata dai deficit che regolarmente si osservavano in quei servizi ancora direttamente gestiti dal governo centrale. Fino al 2001, infatti, gli ACs che erano responsabili per l'assistenza chiedevano la possibilità di ripianare i propri deficit attraverso un incremento dei propri fondi in proporzione alla crescita del budget di INSALUD.

Una parte considerevole del finanziamento centrale riferita ai deficit accumulati fu aggiunta al finanziamento del Sistema sanitario quale risultato dell'accordo regionale stabilito per il periodo 1997-2001. Sulla base di questo accordo, la distribuzione dei fondi era ancora basata (al limite del 95% del budget) sul criterio della popolazione non pesata, ma furono introdotte due rettifiche non molto chiare: una per rendere conto dei flussi di pazienti tra le ACs, ed una seconda per la formazione del personale medico. Fino al 2001, l'incertezza in merito all'ammontare di risorse disponibili per ogni AC e la permanente ingerenza politica circa i criteri di distribuzione del budget globale portarono a ritenere che la responsabilità dei deficit fosse dovuta all'insufficienza di fondi stanziati per le AC. Non è mai stata riconosciuta quale causa principale la gestione inadeguata e inefficiente del sistema stesso. Comunque, la metodologia di allocazione regionale fu uno degli strumenti più grezzi di utilizzo della *capitation*, nei Paesi industrializzati, fino al 2001.

Con la Legge n. 21/2001 fu approvato un nuovo sistema di finanziamento regionale che entrò in vigore a partire dal 2002. Il trasferimento di servizi sanitari, da questo momento, non è più stato condizionato ma piuttosto integrato nello schema di finanziamento generale. Le più importanti caratteristiche introdotte da questo nuovo sistema sono le seguenti:

- integrazione dei servizi sanitari nello schema generale di finanziamento;
- un aumento dei trasferimenti;
- la creazione di un Fondo di Coesione.

I servizi sanitari sono, conseguentemente, integrati in maniera incondizionata nel sistema di finanziamento regionale generale. Così, i governi regionali possono stabilire la quota del loro budget da stanziare per quei servizi fuori dal livello minimo imposto dalla spesa pubblica che deve essere garantita per l'assistenza sanitaria in ogni singola Regione. Tale integrazione cessa di esistere a seguito delle discussioni a livello politico in merito alle variabili e pesi da utilizzare e inserire nella formula di allocazione regionale. Questo accresce, quale conseguenza principale, il diritto delle Regioni di poter prendere decisioni proprie in merito all'allocazione delle risorse.

Apparentemente, poi, la responsabilità fiscale delle ACs è aumentata a causa dell'estensione dei trasferimenti fiscali e l'insufficiente potere normativo in materia di imposizione diretta. Di conseguenza, i trasferimenti diretti dal centro alle ACs sono diminuiti significativamente e la raccolta regionale di trasferimenti è cresciuta. Il nuovo sistema di finan-

ziamento regionale introdotto nel 2002 ha aumentato la possibilità di ottenere entrate regionali aggiuntive di alcune tasse che sono state in parte trasferite, quali la tassa sul reddito, l'IVA e le tasse speciali.

La legge, poi, ha introdotto un Fondo di Coesione con l'intento di effettuare una compensazione fra le Regioni circa il flusso di pazienti. La normativa fornisce anche una certa compensazione per gli *shock* demografici e per la solidarietà. Il primo consiste in una formula di compensazione che aumenta la quota del trasferimento alle ACs che sperimentano una crescita della popolazione significativamente più grande della media nazionale (*fondo de nivelación*). La solidarietà è intesa a garantire un minimo di offerta di servizi pubblici fondamentali (educazione e assistenza sanitaria).

Sebbene questo sistema fosse stato creato con l'intenzione di divenire definitivo, le dinamiche del sistema di finanziamento stesso e i fattori esogeni associati con la crescita della spesa sanitaria hanno immediatamente mostrato alcuni problemi irrisolti del sistema di finanziamento regionale. Sotto questo schema, le ACs hanno continuato a chiedere più fondi dal centro. Il debito nel 2003 ammontava a € 6.036 mil. (14,2% della spesa sanitaria pubblica totale per il 2003). Al di fuori del debito totale, il 72,2% è dovuto a deficit accumulati negli anni precedenti. Solo nel 2003, il deficit ammontava a € 1.680 mil., che rappresentano circa il 4% della spesa sanitaria pubblica per quello stesso periodo. Quali sono, dunque, le ragioni per le quali tale deficit continua a sussistere, e perché le ACs non utilizzano la loro autonomia fiscale per accrescere le loro entrate? Tre caratteristiche principali del presente sistema di finanziamento spagnolo possono essere identificate per spiegare come mai le ACs operino in un regime di vincolo di bilancio non molto restrittivo.

Innanzitutto, la responsabilità fiscale nelle ACs è ancora molto debole. Secondo il nuovo sistema di finanziamento, i trasferimenti sono cresciuti più dell'autonomia legislativa. Le autorità regionali non sono disposte ad utilizzare il loro potere per aumentare la tassazione regionale. Nessuna AC ha utilizzato la sua autonomia fiscale per accrescere il tasso marginale per le imposte sul reddito personale; di contro, tutte le ACs hanno utilizzato il loro potere (autonomia) per ampliare le deduzioni sulle imposte sul reddito personale per specifici gruppi. Quindi, le AC preferiscono far crescere il deficit della sanità piuttosto che utilizzare la propria autonomia (potere) fiscale, nell'attesa che il governo centrale provveda ad elargire maggiori finanziamenti<sup>3</sup>.

Secondo, il trasferimento del rischio finanziario alle ACs sembra essere insufficiente per eliminare il *moral hazard*. La mancanza di credibilità circa la restrizione del budget per le ACs, insieme con lo scarso potere della normativa fiscale trasferito alle ACs, legittima parzialmente le richieste delle stesse ACs in tema di maggiori finanziamenti centrali. Fra le molte ragioni che possono spiegare i deboli meccanismi di rafforzamento, potremmo menzionare l'incapacità del governo centrale nello stabilire una sufficiente e corretta allo-

<sup>3</sup> Le ACs sembra aspettino la revisione del sistema di finanziamento, dato che il finanziamento totale sembra non essere sufficiente, le tasse regionali non sono abbastanza flessibili e il modello di finanziamento è il risultato di ingerenze (pressioni) politiche.

cazione, il generale ma asimmetrico aumento della popolazione assistita, il limitato potere legislativo, le decisioni governative unilaterali di includere nuovi benefici costosi nella copertura dell'assistenza sanitaria, e così via.

Il nuovo sistema di finanziamento, poi, non ha offerto abbastanza flessibilità per far fronte al grande e asimmetrico aumento della popolazione verificatosi negli ultimi anni. La popolazione coperta è cresciuta dell'1,6% annualmente tra il 1999 e il 2003 ma, ad esempio, mentre nelle Isole Baleari è cresciuta del 3,8%, nelle Asturie ha registrato un calo dello 0,2% annuale. Allo stesso tempo, questo aumento nella popolazione assistita nelle Regioni non era sufficiente per far ottenere alle ACs una compensazione del finanziamento dal *fondo de nivelación*.

La seconda Conferenza dei Presidenti (formata da rappresentanti dei governi centrale e regionali) si tenne nel settembre 2005, con lo scopo di introdurre misure atte a migliorare il sistema di finanziamento regionale. Fu quindi dimostrata l'inadeguatezza del modello di finanziamento regionale dell'assistenza sanitaria e si prese l'impegno di revisionare tale modello durante il 2007. Di conseguenza, tutte le misure di emergenza approvate riguardavano l'allocazione finanziaria di breve periodo, mantenendo gli stessi incentivi. Necessariamente furono offerte alle ACs entrate addizionali aumentando il potere legislativo fiscale, contribuendo alla percezione generale di un vincolo di bilancio molto soft per le Regioni e mantenendo l'incentivo al lassismo manageriale fino alla prossima revisione del modello stesso. Il decreto regio 12/2005, che legifera circa l'accordo raggiunto nella Seconda Conferenza dei Presidenti, non analizza che cosa (o chi) ha la responsabilità per la produzione di deficit del settore sanitario. Nessuna AC ha perfezionato alcuna misura atta a ridurre tale deficit, dato che si aspettano che il governo centrale provvederà di nuovo ad assumersi direttamente l'onere del debito stesso. Dobbiamo, dunque, aspettare la revisione completa del modello di finanziamento regionale nel 2008.

Alcune condizioni fondamentali sembrano necessarie per una corretta revisione del modello regionale di finanziamento al fine di ridurre il lassismo manageriale, di aumentare la responsabilità fiscale regionale e imporre vincoli di bilancio più stringenti alle ACs. Per prima cosa, è necessario aumentare il potere legislativo in materia fiscale attribuito alle ACs con riferimento alle imposte indirette (IVA e accise), per offrire una sufficiente autonomia nell'aumentare le entrate proprie in accordo con la spesa regionale e i privilegi fiscali. Secondo, il *moral hazard* delle ACs dovrebbe essere mitigato riducendo le aspettative regionali di ricevere maggiori fondi dal governo centrale, aumentando l'iniziale stanziamento centrale finché copre l'attuale livello medio di assistenza, introducendo una formula di compensazione allocativa più flessibile per quelle ACs che subiscono una maggiore crescita della popolazione nel breve periodo, e permettendo alle ACs di partecipare alle decisioni inerenti la copertura di bisogni sanitari nuovi.

### **Riferimenti bibliografici**

- Catalán M, Guajardo J, Hoffmaister AW, Spilimbergo A. "Spain: Selected Issues". *International Monetary Fund*, January 21, 2005.
- Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). "Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público". Available at: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTG S2005.pdf>
- Joumard I, Giorno C. "Getting the most out of public sector decentralisation in Spain". *Economic Department Working Paper No. 436*. OECD, 2005, Paris.
- Lago S. "La autonomía financiera de las CCAA: perspectivas de futuro". Seminario CRES, Barcelona, 2006.
- López-Casasnovas G. "Descentralización sanitaria de segunda generación". XXV *Jornadas de Economía de la Salud, AES*. Barcelona, 2005; pp. 59-70.
- Puig-Junoy J, Rovira J. "Issues raised by the impact of tax reforms and regional devolution on health care financing in Spain, 1996-2002". *Environment and Planning C: Government and Policy* 22. 2004. pp. 453-464.
- Puig-Junoy J. "Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible". *Fundación Rafael de Campalans*, 2006.
- Urbanos RM. "El acuerdo de financiación sanitaria y su repercusión para el Sistema Nacional de Salud". *Presupuesto y Gasto Público* 2006; 42:229-240.

## 2.5 - La competizione regolata su scala nazionale: il caso olandese

Rutten F.<sup>1</sup>

### 2.5.1 L'ultimo step della riforma Dekker

La proposta di introduzione della competizione regolata (Comitato Dekker, 1987) in Olanda è stata portata avanti dai governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni. Il promotore fu Enthoven (*Consumer health Plan*), che formulò una proposta volta a migliorare l'efficienza nell'assistenza sanitaria mediante la competizione regolata sui mercati per l'assicurazione sanitaria e l'assistenza sanitaria. Secondo il piano Dekker, l'equità nel finanziamento dell'assistenza sanitaria verrebbe garantito attraverso il pagamento di premi reddito-correlati in un apposito fondo centrale insieme al pagamento diretto di premi.

Le ulteriori caratteristiche del sistema erano:

- assicurazione di base e obbligatoria;
- versamento di un premio reddito-correlato in un fondo centrale;
- allocazione di un *risk adjusted capitation payment* agli assicuratori;
- pacchetto uniforme comprensivo di benefici descritto in termini funzionali;
- piani di fornitura limitati;
- iscrizione aperta.

Dalla prima stesura sono stati fatti molti passi in avanti. Riguardo al mercato assicurativo fu sviluppata una formula sofisticata per il *risk adjusted capitation payment per i Sicks Funds* (per evitare la selezione avversa) ed è stato presentato un premio a tasso fisso (*flat rate*) nel 1989; ogni anno è, poi, prevista un'iscrizione aperta (dal 1992). Inoltre, alle Casse malattia fu permesso di stipulare contratti selettivi con i fornitori di prestazioni con prezzi e tariffe fissati, ma il tutto è stato sviluppato in maniera molto limitata. Dal 1998 esiste una legge antitrust ed una nuova agenzia antitrust che gradualmente è divenuta più attiva nel settore della cura della salute. Ma fino al 2006 ancora non esisteva un sistema uniforme di assicurazione contro le malattie caratterizzato da un pacchetto base di prestazioni sanitarie. Vigeva ancora il vecchio sistema pubblico/privato (*two-tiered*), caratterizzato da una accentuata mancanza di incentivi per l'efficienza e da un certo grado di iniquità.

A gennaio 2006 è stato introdotto il nuovo *Health Insurance Act* (HIA), che può essere considerato la fase finale del piano Dekker. Mediante HIA vengono poste le condizioni per l'introduzione della competizione regolata nell'assistenza sanitaria, che dovrebbe rendere il sistema più rispondente alle preferenze dei consumatori e meno gravoso da gestire. Le forme di assicurazione pubblica e privata (su base volontaria) sono così integrate in

<sup>1</sup> *Professor of Health Economics and Chairman of the Department of Health Policy and Management, Erasmus Medical Centre and Erasmus University Rotterdam.*

un solo schema che offre copertura all'intera popolazione. La comprensività sarà realizzata da ambedue i soggetti direttamente e indirettamente: permettendo ai consumatori una maggiore scelta (la piena libertà di scegliere il loro assicuratore e, in più casi, il loro fornitore) e dando un ruolo più attivo agli assicuratori (rappresentando gli interessi dei pazienti). Il nuovo schema di assicurazione ha una struttura privata. I cittadini non saranno più assicurati automaticamente ma saranno obbligati ad acquistare un piano di salute proprio. L'integrazione degli schemi di assicurazione sociale e privata implica che la copertura del vecchio schema pubblico dovrà essere estesa all'intera popolazione (pacchetto standard di assistenza essenziale). Il livello del premio di assicurazione nominale differisce tra assicuratori (*range* nel 2006: € 990 – € 1.172 per anno), come incentivo per la competizione fra gli assicuratori e per garantire l'informazione sui costi tra gli assicurati. Effettivamente un inaspettato 25% di assicurati ha deciso di cambiare assicuratore dal momento dell'introduzione del nuovo sistema a gennaio. Questo fu anche provocato da sconti sui premi proposti ai lavoratori nel contesto di contratti collettivi tra datori di lavoro e assicuratori. Inoltre, le assicurazioni non devono firmare contratti individuali con tutti i *provider*. Abolendo questo, la fornitura e il prezzo dell'assistenza possono essere negoziati a livello di assicuratore e fornitore. I fornitori di cure competono l'uno con l'altro sulla base del prezzo e della qualità del servizio. Alcuni assicuratori offrono due polizze assicurative: una con libertà limitata di scegliere il fornitore ma senza oneri per l'assicurato ed una con libertà completa con oneri per l'assicurato; la seconda polizza è più costosa della prima.

### **2.5.2 Il nuovo sistema di finanziamento degli ospedali**

Dato che il vecchio sistema di bilanci fissi per gli ospedali non era compatibile con il modello della competizione regolata e della conseguente negoziazione sui prezzi dei servizi, fu conseguentemente presentato un nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. La produzione ospedaliera può essere vista come costruita su di un gran numero di Combinazioni del Trattamento della Diagnosi (*Diagnose Behandelings Combinaties*, DBCs), una sorta di sistema DRG. Un DBC è definito come il set intero delle attività e interventi ospedalieri e di specialistica, quale conseguenza della prima consultazione e diagnosi del medico specialista. È stata utilizzata l'opinione di esperti per definire la durata di ogni procedura DBCs, sulla quale è stato determinato un prezzo iniziale. Il numero totale di DBCs è enorme (approssimativamente 29.000). Chiaramente è impossibile per gli ospedali calcolare i costi per ogni DBCs e poi negoziare sul livello di rimborso con gli assicuratori.

Due strategie sono state introdotte per ridurre l'impatto della transizione al sistema DBC. Prima, la negoziazione sui prezzi per DBCs viene implementata passo per passo. Al momento il prezzo viene fissato per la maggior parte dei DBCs, ma i prezzi per uno specifico set di DBCs (approssimativamente il 10% della produzione ospedaliera) sono soggetti a negoziazione tra ospedali e assicuratori di salute. Il set di DBCs soggetto a prezzo libero sarà esteso sugli anni successivi.

È stato poi dimostrato che una piccola parte (approssimativamente il 20%) dei DBCs determina una grande parte del volume di risorse utilizzate e dei costi (approssimativa-

mente l'80%). Per questa ragione le assicurazioni e gli ospedali possono limitare le loro negoziazioni ad un sottoinsieme (*subset*) di DBCs.

### **2.5.3 Nuove responsabilità**

La riforma può essere vista come uno spostamento di potere dal governo agli assicuratori di salute, ai *provider* e ai pazienti. I più importanti compiti del governo rimangono la definizione del pacchetto di base, il controllo della qualità di cura e il funzionamento dei mercati. Riguardo gli aspetti finanziari, la spesa totale è pari a circa il 10% del Pil divisa in parti uguali tra assistenza generale e assistenza per lungodegenti. Nel primo settore il contributo del governo è limitato al pagamento dell'assicurazione per i bambini per i quali l'assicurato non paga alcun premio (6% di spesa totale).

Con riferimento alla lungodegenza il contributo del governo è pari al 19% della spesa totale. I pazienti stessi contribuiscono per un ammontare pari € 1,8 bilioni, che rappresenta circa il 7% della spesa totale per la lungodegenza. La quota di finanziamento per entrambi i settori proviene dai premi assicurativi versati in un fondo centrale o versati direttamente agli assicuratori. La responsabilità per il controllo dei costi è quindi responsabilità del settore privato e il ruolo del governo per la spesa pubblica è divenuto più limitato. Diversamente che in Italia, il settore della salute non può produrre un grande deficit dato che i premi sono strutturati in modo da coprire la maggior parte dei costi del sistema.

### **2.5.4 Conclusioni**

L'implementazione della competizione regolata su questa scala presenta la grande sfida per tutte le parti coinvolte. Per esempio, come dovrebbero essere definite le condizioni per una effettiva competizione nell'assistenza sanitaria e quali interventi regolatori sono necessari per promuoverli? Concetti e strumenti usati per questo scopo in settori tradizionalmente commerciali (competitivi) dovranno essere adattati correttamente nel settore della cura della salute. Inoltre, sarà richiesto il servizio di un governo bene informato, capace e dedicato. Perciò, dovrà passare un certo lasso di tempo prima che si possano raccogliere i frutti della competizione così introdotta.

### **Riferimenti bibliografici**

- *Committee Structure and Finance of Health Care. "Preparing for change". The Hague: DOP, 1987.*
- *Enthoven AC. "Health Plan; the only solution to the soaring cost of medical care". Addison Wesley Pub Co, Reading, 1980.*

## 2.6 - Il deficit nel sistema sanitario argentino e analisi degli strumenti di copertura

Levcovich M., San Martin M., Schweiger A.

### 2.6.1 Introduzione

Il presente contributo ha come obiettivo quello di evidenziare le disuguaglianze nella copertura di assicurazione sanitaria e il finanziamento dei distinti sottosettori del sistema sanitario argentino.

A tal fine vengono descritte le principali caratteristiche di ogni sottosettore (assicurazioni sociali, private e settore pubblico), prendendo come riferimento la spesa pro-capite, la popolazione coperta e l'insieme delle prestazioni garantite.

Una volta determinata la spesa pro-capite di ognuno dei sottosettori, abbiamo effettuato un confronto tra la spesa necessaria per la copertura del paniere delle prestazioni e le possibilità finanziarie di copertura di ogni sottosettore. Laddove si è verificato un deficit si analizzano gli strumenti utilizzati per la risoluzione del problema.

### 2.6.2 Caratteristiche del sistema sanitario argentino

Esiste un certo consenso nel considerare il sistema sanitario argentino come molto frammentato, eterogeneo e poco equo tanto negli aspetti relativi all'organizzazione e il finanziamento quanto nell'accesso ai servizi<sup>1</sup> assistenziali. Le conseguenze di queste caratteristiche possono osservarsi nelle differenze che presentano gli indicatori dello stato di salute della popolazione<sup>2</sup>.

Alcuni studi<sup>3</sup> sostengono che non è corretto parlare di un "sistema sanitario" data l'assenza di coordinamento tra le parti che costituiscono la sua organizzazione. Ma al di là della semantica è chiaro che la mancanza di coordinamento e organizzazione va contro l'utilizzo efficiente delle risorse e di livelli accettabili di equità. Si nota non solo la mancanza di integrazione tra i distinti sottosettori – pubblico, previdenza sociale, privato – ma anche all'interno degli stessi si nota un elevato grado di frammentazione. Il settore pubblico contribuisce a questa situazione generale mediante una divisione secondo giurisdizioni – nazionale, provinciale e municipale – che non sono coordinate tra di loro.

L'organizzazione attuale del Sistema Sanitario è il risultato di una storia che va oltre la propria dinamica settoriale. L'offerta di beni e servizi per l'assistenza è a carico dei sottosettori pubblici, della previdenza sociale e del settore privato. A livello centrale (Ministero della Salute) spetta la direzione del sistema nel suo insieme, attraverso la normativa e la programma-

<sup>1</sup> *Post-lauream in Salute Sociale e Comunitaria. Modulo 5. Politiche di Salute. Ministero di Salute e Ambiente. 2005.*

<sup>2</sup> *Indicatori Basilare Ministero di Salute – OPS/OMS (Anno 2005). [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar).*

<sup>3</sup> *Vedere Cetrángolo e Devoto 2002.*

zione. Tuttavia, data la struttura federale del Paese, i governi provinciali possiedono un certo grado di autonomia in materia di politica sanitaria, che richiede la definizione di accordi tra Stato e Regioni. Questo fa sì che la maggior parte della responsabilità nella fornitura dei servizi pubblici si trovi a carico dei governi provinciali. Di seguito si evidenziano le differenze nella copertura di assistenza sanitaria, le caratteristiche principali di ogni sottosettore, la spesa sanitaria e i panieri di prestazioni garantite.

In base al Censimento del 2001<sup>4</sup>, il 52,8% degli argentini ha una copertura sanitaria tramite la previdenza sociale o l'assicurazione privata, mentre la totalità della popolazione teoricamente è coperta mediante un sistema sanitario nazionale, nonostante la maggior parte dei servizi venga domandata dalla popolazione senza copertura assicurativa e da quelli che hanno una copertura assicurativa insufficiente. Questo valore, 52,8%, cela le differenze tipiche di un Paese caratterizzato da forti disuguaglianze; la percentuale di popolazione coperta varia molto tra le province, per età e per livelli di reddito familiare. In alcune province la popolazione coperta attraverso le assicurazioni sanitarie raggiunge il 70%, mentre in altre appena il 30%. Il gruppo di età con minore copertura è quello dei < 15 anni, dove solo il 44% ha una assicurazione mentre per i > 65 anni il valore raggiunge l'81,3%<sup>5</sup>. Nello stesso senso, nel primo quintile di reddito solo il 23% ha una copertura assicurativa, mentre nel quinto il valore raggiunge il 90%<sup>6</sup>.

Di seguito (tabella 1) mostriamo le caratteristiche del sistema assicurativo sia pubblico che privato.

La possibilità di scegliere liberamente per i beneficiari di Opere Sociali vige dal 1993, per le Opere Sociali Nazionali – OSN (e i soci del Piano di Attenzione Medica Integrata – PAMI), mentre lo stesso non vale per gli altri (Opere Sociali Provinciali – OSP, FFAA, ecc.). Come conseguenza di questa politica si è rotto il meccanismo di solidarietà, in quanto coloro che cambiano Opere Sociali portano con sé una quota corrispondente al proprio contributo e non il contributo medio dell'Opera Sociale di origine o del sistema. Questa misura, insieme alla possibilità di offrire piani addizionali, ha fatto sì che la copertura non sia uguale neanche verso l'interno di queste istituzioni. Come conseguenza di quanto detto si è verificato un meccanismo di selezione avversa dove alcune istituzioni hanno soci con rischio più elevato rispetto al contributo apportato, non riuscendo quindi a finanziare le prestazioni previste dal Programma Medico Obbligatorio.

<sup>4</sup> A partire da quella data non esistono informazioni ufficiali sulla copertura delle assicurazioni sanitarie. Alcuni documenti (Banca Mondiale Strategia di Assistenza al Paese) presuppongono che sia aumentata negli anni successivi a causa dell'uscita dalla crisi (crescita del PIL, recupero dell'impiego, ecc.) della fine del 2001, e in accordo al documento raggiunge il 57% della popolazione. Altri autori, González, García e Tobar, sostengono che non può esistere una relazione lineare tra impiego e copertura dovuta all'alto grado di frammentazione che esiste nel sistema.

<sup>5</sup> Un 47% di questi beneficiari è affiliato all'INSSJP, attraverso il proprio PAMI (piano di attenzione medica integrale). Più avanti si descrivono alcune caratteristiche salienti di quell'organismo.

<sup>6</sup> I dati non sostituiti attraverso il Censimento sono stati raccolti attraverso l'Inchiesta di Condizioni di Vita attraverso un campione di 26.000 famiglie urbane.

**Tabella 1 - Caratteristiche delle assicurazioni pubbliche e private**

	<b>Opere Sociali Nazionali</b>	<b>INSSPyP (PAMI)</b>	<b>Opere Sociali Provinciali</b>	<b>Assicurazioni Volontarie</b>
<b>Popolazione di riferimento</b>	<b>Obbligatori: Lavoratori formali e familiari a carico volontari. Aderenti e pensionati delle OS di origine</b>	<b>Pensionati e pensionati nazionali, coniugi, figli, altri</b>	<b>Impiegati pubblici provinciali e pensionati e familiari a carico delle casse di previsione provinciali</b>	<b>Affiliati volontari</b>
<b>Popolazione</b>	<b>11.000.000</b>	<b>3.091.343</b>	<b>5.200.000</b>	<b>3.626.000</b>
<b>Popolazione %</b>	<b>30%</b>	<b>8%</b>	<b>14%</b>	<b>10%</b>
<b>Entità</b>	<b>280</b>	<b>1 con 24 delegazioni provinciali</b>	<b>24 entità provinciali</b>	<b>Esistono circa 250 Assicurazioni volontarie 5 Imprese si dividono il 60% del mercato</b>
<b>Modalità di finanziamento</b>	<b>Operai 3% Patronati 6% + co-pagamenti</b>	<b>Operai: 3%. Datori di lavoro: 2%. Passivi: dal 3% al 6% + Tesoro + co-pagamenti</b>	<b>Datori di lavoro e operai + co-pagamenti + Governi prov.</b>	<b>Pagamento diretto dei soci</b>
<b>Spesa mensile pro-capite</b>	<b>\$ 42</b>	<b>\$ 69</b>	<b>\$ 46</b>	<b>Circa. \$ 100</b>
<b>Prestazioni garantite</b>	<b>PMOE</b>	<b>maggiore al PMOE</b>	<b>Non esiste un pacchetto minimo</b>	<b>PMOE come minimo</b>
<b>Prestazione di servizi</b>	<b>Pubblica e Privata, alcuni propri delle OS</b>	<b>Pubblica e Privata, 2 policlinici propri</b>	<b>Pubblica e Privata, alcuni propri delle OS</b>	<b>Pubblica e Privata, alcuni propri delle EMPP</b>

Fonte: Elaborazione propria su Ministero dell'Economia, Ministero della Salute, COSPRA e PAM

### 2.6.3 Il settore pubblico

Il sistema pubblico offre assistenza gratuita ed è caratterizzato dall'universalità. Questo modello di copertura dei costi, che è in vigore da più di dieci anni, non è riuscito ancora a raggiungere i risultati desiderati. Infatti, l'importo riscosso dagli ospedali è molto basso e, conseguentemente, si generano asimmetrie tra quegli ospedali che avevano una maggiore capacità all'inizio o appartenevano a zone di maggiore sviluppo economico. Inoltre, in alcuni casi, viene effettuata una selezione verso quei pazienti dotati di copertura assicurativa o in grado di pagare per le prestazioni richieste (selezione avversa).

Il tipo di organizzazione fortemente decentrato insieme alla grande disparità nello sviluppo economico e sociale delle distinte province è il problema più importante del sottosettore pubblico, riflettendosi lo stesso in forti disparità nella spesa pubblica provinciale per abitante che analizzeremo più avanti.

La maggior parte delle strutture di ricovero giace sotto l'egida dei governi provinciali o municipali e la loro capacità di produzione e distribuzione di beni e servizi dipende, essenzialmente, dalla struttura, dalla dotazione di attrezzature oltre alla disponibilità di risorse umane specializzate. Su un totale di 17.845<sup>7</sup> strutture di tutti i sottosettori<sup>8</sup> (pubblico, privato e della previdenza sociale), con e senza ricovero, il 44% è pubblico.

**Tabella 2 - Strutture del Settore pubblico. Anno 2001**

Dipendenza Amministrativa	Con ricovero		Senza ricovero	
	Totale	%	Totale	%
Nazionale	4	0,30%	1	0,02%
Provinciale	882	67%	4.062	62%
Municipio	428	33%	2.480	38%
<b>Totale</b>	<b>1.314</b>	<b>100%</b>	<b>6.543</b>	<b>100%</b>

Fonte: Ministero della Salute, Segreteria delle Politiche di Regolazione e Relazioni Sanitarie, Direzione di Statistica e Informazione di Salute.

Esistono altre istituzioni, approssimativamente 20, con dipendenza dallo Stato ma poiché non sono di accesso universale, ma corrispondono ad assicurazioni sanitarie come Forze armate, Polizia, ecc., non sono state inserite nella tabella.

#### 2.6.4 Prestazioni garantite

Nel caso delle OSN, il PAMI e le EMPP dal 1999 sono obbligate ad erogare il Paniere Base delle Prestazioni Obbligatorie (*Canasta Basica de Prestaciones Obligatoria*), definito esplicitamente dall'autorità sanitaria; a causa del fatto che il PAMI è diverso e più ampio, questi panieri dovrebbero funzionare come livello delle prestazioni.

Nel caso del Settore pubblico, dal 2004 fu implementato un paniere specifico per la copertura di un settore della popolazione, materno-infantile, le cui prestazioni sono cofinanziate tra lo Stato e le province. Queste assicurazioni sanitarie furono introdotte nelle nove province del Nord che sono quelle meno sviluppate e con i peggiori indicatori sanitari. Il Piano Federale della Salute<sup>9</sup> afferma che "Tutta la popolazione argentina avrà una copertura di prestazioni sanitarie adeguate".

#### 2.6.5 Spesa sanitaria

In termini generali le tre fonti di finanziamento solitamente riconosciute sono la spesa diretta delle famiglie (per l'acquisto di prestazioni, input, quote di assicurazione, ecc.), il governo nei suoi tre livelli, nazionale, provinciale e municipale, e i lavoratori e datori di lavoro che fanno confluire i loro contributi nelle Opere Sociali.

<sup>7</sup> *Indicadori Basilari 2005. MSAL-OPS.*

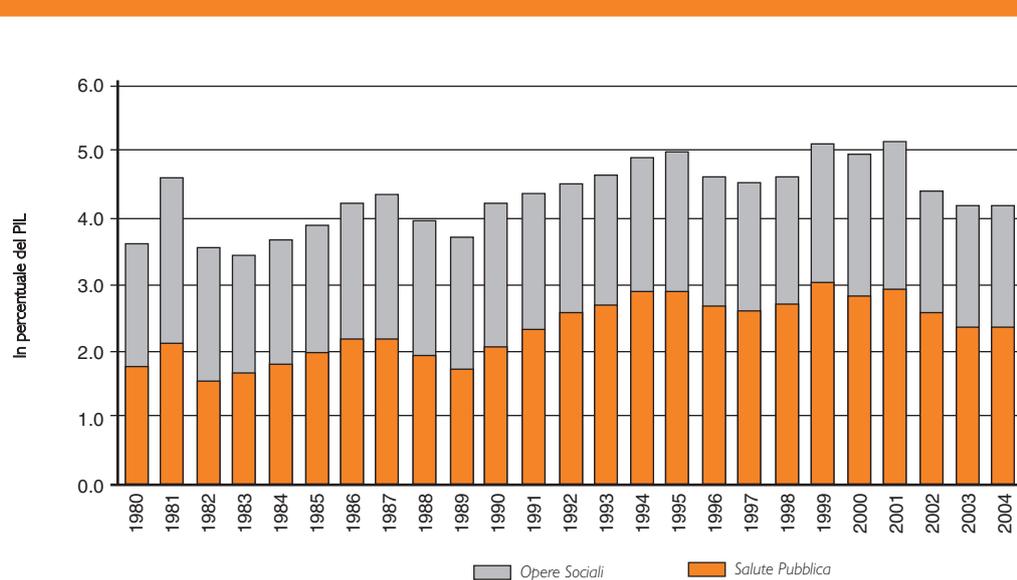
<sup>8</sup> *Negli ultimi anni si è realizzato l'acquisto di efectores privati da parte di alcune Opere Sociali, benché questa statistica non sia stata pubblicata ufficialmente.*

<sup>9</sup> *Il Piano Federale di Salute è lo strumento di programmazione delle attività, per il periodo 2004-2007, sviluppato dal COFE-SA che è l'ambito che afferrisce al Ministero della Salute e Ambiente della Nazione e alla totalità dei Ministeri Provinciali.*

È complicato ottenere una stima della spesa sanitaria totale in Argentina poiché dal 1997<sup>10</sup> non si hanno informazioni dal settore privato che approssimativamente dovrebbe rappresentare tra il 40 e il 50% della spesa totale (come evidenziato da diverse stime, González García e Tobar, 2004)<sup>11,12</sup>.

L'altra componente della spesa sanitaria che proviene dalla Previdenza Sociale e dal settore pubblico, rappresenta il 4,36% del Pil, per cui la spesa totale in sanità si avvicinerebbe all'8% del Pil.

**Figura 1 - Evoluzione della spesa della Previdenza sociale e settore pubblico come % del PIL**



Fonte: Direzione di Spese Sociali Consolidate, Ministero di Economia della Nazione.

Le entrate delle OSN (\$ 5.700 mil. annui) provengono dai lavoratori a cui garantisce una copertura assistenziale. La quota più importante dello stesso va direttamente alla OSN, mentre tra il 10 e 20%, a seconda se il salario è maggiore o minore di \$ 1.000 e in base al tipo di Opera Sociale (di Direzione o Sindacale), viene versato sul Fondo Solidale di Ridistribuzione (FSR). Questo FSR distribuisce le risorse per finanziare le attività dell'Amministrazione di Programmi Speciali e il Sussidio Automatico Nominativo, la cui funzione è complementare alla quota del

<sup>10</sup> Stime della Spesa Sanitaria. Ministero della Salute e Ministero dell'Economia 2001.

<sup>11</sup> Gli autori suggeriscono che è molto difficile stimare la spesa privata soprattutto tenendo in conto la svalutazione della moneta verificatasi nel 2002, dove si triplicò il valore del dollaro che ha un gran impatto sui costi.

<sup>12</sup> Altri studi riportano che per l'anno 2003 la spesa privata fu del 43% benché non esplicita la sua metodologia di calcolo.

gruppo familiare fino ad un valore di \$ 22<sup>13</sup> o 20, nel primo caso del capo famiglia e nell'altro dei parenti a carico.

Le entrate delle OSP provengono principalmente dalle contribuzioni dei lavoratori del settore pubblico, quote di affiliati volontari ed entrate della tesoreria di ogni provincia, e rappresentano il 15% della spesa pubblica (Previdenza sociale). Le risorse del PAMI provengono dai lavoratori attivi, passivi e dalla Tesoreria Generale dello Stato. La spesa è stimata in \$ 2.482 mil.

Nel caso del settore pubblico, la spesa sanitaria (\$ 8.442 mil., 43% della Spesa Pubblica) è realizzata per la maggior parte (66%) dai governi provinciali e viene destinata principalmente agli ospedali (più del 60% delle strutture del Paese per ricovero sono provinciali) e le risorse umane è la variabile che rappresenta in proporzione la quota maggiore di spesa. Ovviamente lo sviluppo relativo di ogni provincia determina il maggiore o minore volume di spesa.

Lo Stato finanzia organizzazioni decentrate (con funzioni di fornitura diretta di servizi sanitari) e programmi<sup>14</sup>; cerca, poi, di compensare in particolare le differenze di risorse e risultati in termini di salute tra le province mediante interventi di primo livello. Si stima, dunque, che il 19% della spesa sanitaria pubblica è rivolto ad interventi di primo livello con trasferimenti alle province pari a circa il 30% di questa quota in forma di beni e servizi. Infine i governi municipali impiegano il restante 15% della spesa pubblica, principalmente nei Centri di Attenzione Primaria della Salute.

**Tabella 3 – Spesa sanitaria pro-capite mensile per i principali tipi di copertura (Anno 2004)**

	<b>Popolazione</b>	<b>Spesa</b>	<b>Spesa pro-capite</b>
OSN	11,3	\$ 5.695	\$ 42
OSP	5,2	\$ 2.889	\$ 46
<b>PAMI</b>	<b>3,2</b>	<b>\$ 2.482</b>	<b>\$ 65</b>
SP	37	\$ 8.442	\$ 19

Fonte: Spesa/Ministero di Economia della Nazione

Popolazione: Censico 2.001, COSPRA, PAMI, SSSALUD

\* in milioni

Si nota come il PAMI ha la maggiore spesa pro-capite, questo è ragionevole poiché la maggioranza della sua popolazione (70%) corrisponde ai > 65 anni.

Nel caso del settore pubblico è molto difficile assegnargli una popolazione di riferimento e pertanto determinare il calcolo della spesa pro-capite può sollevare alcune obiezioni. In questo caso si è provveduto a distribuire la spesa tra il totale della popolazione benché, come si è accennato all'inizio del lavoro, la domanda base e naturale di questo settore è riferita alla popolazione senza copertura assicurativa. Se utilizziamo allora come nume-

<sup>13</sup> Approssimativamente € 5,60. € 1 = 3,89 Pesos Argentini. Teoricamente questo valore dovrebbe essere sufficiente per la copertura del PMO ma vedremo più avanti che non lo è.

<sup>14</sup> Come RIMEDIARE, Programma di Medici Comunitari, Materno Infantile, Immunizzazioni, etc.

ratore quella popolazione di riferimento, la spesa pro-capite mensile raggiunge i \$ 40. Se questa spesa la disaggregiamo per provincia troviamo allora maggiori differenze (da \$ 93 per abitante a \$ 637) che porta ad una spesa media pro-capite di \$ 154.

Nel caso delle Opere Sociali provinciali e nazionali, questi valori medi nascondono anche una forte differenza tra le risorse disponibili per ogni entità.

### 2.6.6 Il deficit<sup>15</sup>

In Argentina, come abbiamo visto, vige un Programma Medico Obbligatorio di Emergenza (PMOE), per un gruppo di entità ben definito (OSN, PAMI ed EMPP). Il settore pubblico però non ha chiarito quali sono le coperture che garantisce ma che le basi del Piano Federale menzionano come obiettivo.

Pertanto, le risorse economiche sulle quali si basa sono assegnate fino ad esaurimento, una volta che questo accade il sistema introduce differenti forme di razionamento (liste di attesa, interruzione di determinati servizi, ecc.).

Nel caso delle Opere Sociali nazionali, il costo medio stimato del PMOE è di \$ 43<sup>16</sup>. Tenendo in considerazione che l'entrata pro-capite del sistema di Opere Sociali è di \$ 42, ci sarebbe un deficit mensile di \$ 1 pro-capite, pari a \$ 11 mil. in totale.

È importante sottolineare che il calcolo avviene per il totale delle entrate vs i costi, ma in realtà non tutte le OS possono coprire il costo stimato e inoltre questo costo dipende dalle caratteristiche della popolazione dei beneficiari di ogni OS. Le alternative per coprire questo "deficit" sono di difficile implementazione:

- aumentare gli apporti e i contributi (che possono provocare maggiore disoccupazione e mancanza di competitività);
- ridurre il Paniere Base delle Prestazioni Obbligatorie (benché di accordo al decreto questi servizi siano i minimi e imprescindibili);
- realizzare gli apporti del sistema pubblico (con un impatto negativo in termini di equità, poiché il settore pubblico serve tutta la popolazione e generalmente quella in peggiori condizioni di salute e come abbiamo visto con minori risorse).

Per il caso del PAMI e sapendo che la maggioranza della popolazione è > 65 anni (la cui spesa media è più del doppio della media<sup>17</sup>), il costo del PMOE si avvicinerebbe ai \$ 100 e questo implicherebbe un deficit mensile pro-capite di \$ 35.

Oltre alle questioni attuariali, Del Pozzo et al. (2004) mostrano che dall'anno 1991 il PAMI ha mostrato come tendenza quella di spendere più di quello che ottiene come entrate, e questo si ripercuote poi in contributi del governo nazionale, nel taglio di servizi ai soci o

<sup>15</sup> I deficit si calcoleranno paragonando il costo della copertura del paniere di prestazioni contro le spese effettivamente realizzate per ognuno dei sottosettori.

<sup>16</sup> Questo studio della Sovrintendenza ai Servizi della Salute è stato realizzato nel 2004 benché gli operatori aggiungono che l'importo mensile raggiungeva i \$ 48. È importante notare che a causa dell'ampiezza delle prestazioni coperte dal PMOE e la difficoltà nella raccolta di informazione su prezzi e tassi di uso non risultano incoerenti nessuna delle due stime.

<sup>17</sup> Vedere "Introduzione di Meccanismi di Accomodamento per Rischio nelle Opere Sociali". Sovrintendenza di Servizi di Salute, Marracino et al. 2004. Mimeo.

la rinegoziazione del debito con i lavoratori.

Nel caso delle Opere Sociali Provinciali, le decisioni delle istituzioni dipendono in larga misura dal governo provinciale che, a partire dalla gestione degli invii dei contributi dei datori di lavoro, condiziona direttamente o indirettamente la dinamica dell'istituzione e le sue possibilità di contrattazione di servizi (Maceira 2003). D'altra parte stimare il costo medio di un pacchetto di prestazioni per le OS provinciali è molto complesso poiché non si ha la possibilità di accedere alle anagrafi di beneficiari per età e sesso ed è noto che la spesa attesa in salute dipende in parte da queste due variabili.

Generalmente le OSN, le OSP e il PAMI non hanno tanti operatori propri e assumono operatori privati. Sulla base dei documenti<sup>18</sup> di questi ultimi, quello che è successo è stato che l'aumento nei costi delle prestazioni effettuate dopo la svalutazione non sono stati riportati ai prezzi e questo fa sì che il deficit ricada più sugli operatori piuttosto che sui finanziatori (OSN e PAMI).

Tali deficit si ripercuotono sui lavoratori con il mancato pagamento degli obblighi fiscali, la mancanza di rinnovo delle squadre mediche, la non realizzazione di miglioramenti edilizi e l'indebitamento con i suoi fornitori.

Nel caso delle Imprese di Medicina Privata, non esiste nessun meccanismo compensatore, benché il valore delle quote pagate dai beneficiari sia più che sufficiente per la copertura economica del PMOE.

Infine nel caso del settore pubblico, non esistendo un paniere di prestazioni definito, è complicato fare un'analisi attraverso i deficit. Come esercizio si potrebbe paragonare il costo del finanziamento del PMOE vs la spesa totale in salute<sup>19</sup> per ogni provincia (sommando la spesa dei tre livelli di governo e assegnandolo alla popolazione che non ha nessuna copertura assicurativa).

Questo esercizio fornisce come risultato che il 67% della popolazione senza copertura vive in province che non avrebbero possibilità finanziarie di coprire il PMOE, esistendo differenze che vanno da \$ 1 pro-capite mensile fino a \$ 10.

### **2.6.7 Commenti finali**

Abbiamo presentato le principali disuguaglianze collegate con la copertura e il finanziamento nel settore della salute. Si è visto come le entrate pro-capite e la copertura fluttuano tra i sottosettori (pubblico, privato e previdenza sociale) e fra gli stessi. Come esempio possiamo ricordare le differenze di più di sei volte nella spesa pro-capite tra la provincia che spende di più e quella che spende di meno, o la differenza nella copertura attraverso assicurazione per provincia che va da un 30% ad un 70% della popolazione. La frammentazione del sistema può essere la spiegazione a queste differenze.

A causa di questa frammentazione è molto difficile riuscire ad arrivare a delle conclusioni sul deficit e su come affrontarlo. Come alternativa per poter risolvere questo tipo di

<sup>18</sup> Vedere "I costi dell'attenzione medica in Argentina". Serie studi n. 3. ADECRA. 2005.

<sup>19</sup> Nello studio *Equità nella Spesa in "Salute" del Ministero della Salute si mostrano le limitazioni di questa metodologia.*

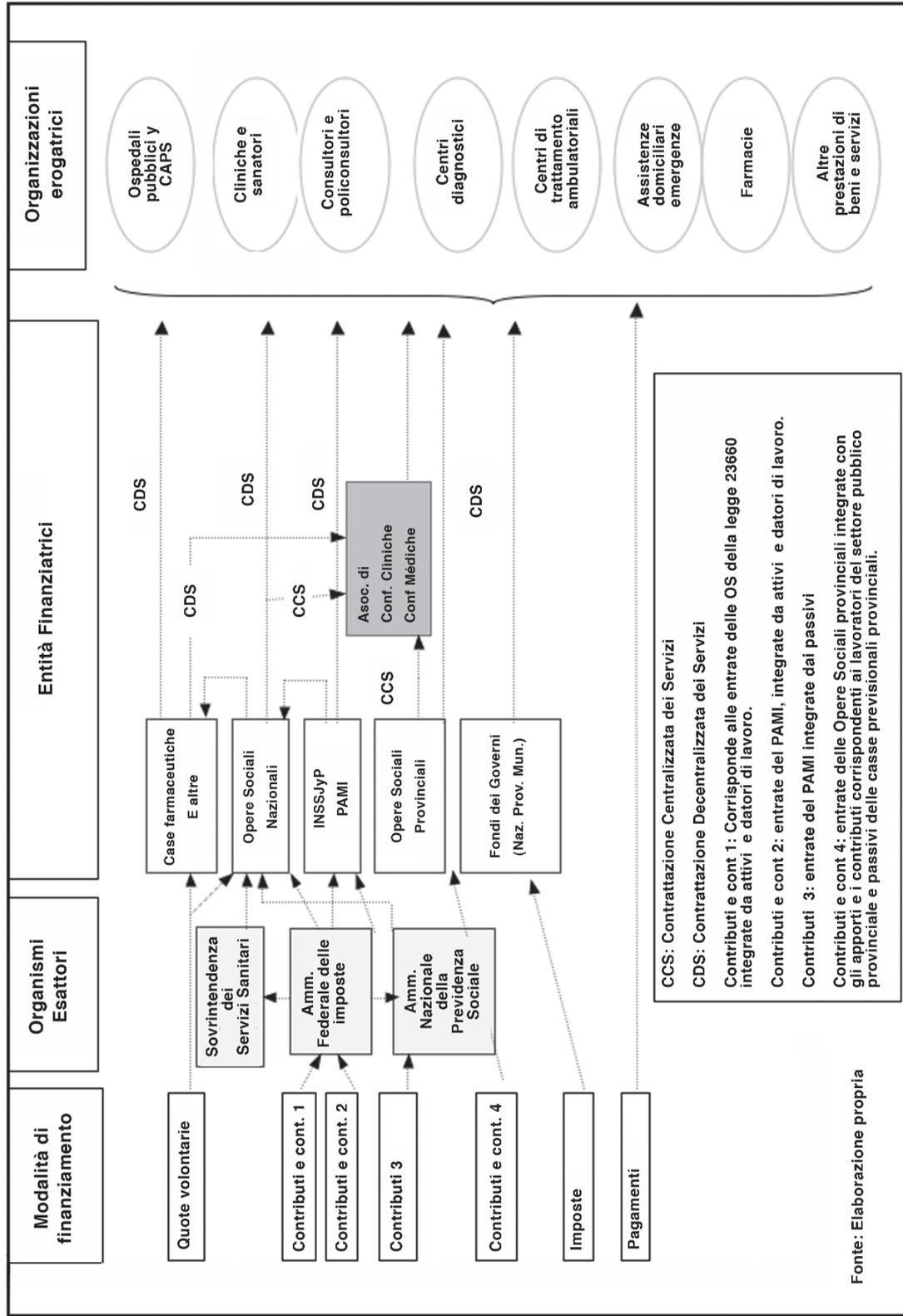
problema si può usare come metodologia il confronto tra le spese stimate necessarie per ogni sottosettore (attraverso la definizione dei costi dei panieri di prestazioni garantite) e le spese effettivamente sostenute.

D'accordo con questa metodologia, le OSN e il PAMI presentano deficit, essendo più importanti nel secondo caso. Nel settore pubblico, si presentano maggiori difficoltà per la stima di questi deficit, benché l'esempio presentato dimostra che la maggioranza della popolazione coperta per il settore pubblico non avrebbe garantito l'insieme del paniere di prestazioni dal punto di vista finanziario. Nel caso delle OSP, non è stato possibile realizzare la stima di questi deficit. Mentre per le EMPP, le entrate dovrebbero essere sufficienti per offrire il PMO ai suoi soci.

### **2.6.8 Riferimenti bibliografici**

- ADECRA (2005). "Los costos de la atención médica en Argentina". Serie estudios n° 3.
- Banco Mundial (2006). "Estrategia de asistencia al país".
- Bruni, San Martín, Izquierdo (2005). "El Costo del PMOE". SSSalud, Mimeo.
- Cetrángolo, Oscar y Devoto, Florencia (2002). "Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual".
- Del pozo, Colina y Giordano (2004). "El Sistema Sanitario Argentino", Edit. ARCOR.
- González García G, Tobar F (2004). "Salud para los argentinos", Ediciones ISALUD.
- Maceira (2003). "Las instituciones sanitarias en un país federal. Obras Sociales provinciales en contexto". CEDES.
- Marracino, Giraldo, Mera Figueroa y San Martín (2004). "Implementación de Mecanismos de Ajuste por Riesgo en el Sistema de Obras Sociales". Superintendencia de Servicios de Salud, Mimeo.
- Ministerio de Salud – OPS/OMS (2005). "Indicadores Básicos". [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar).
- Ministerio de Salud (2006). "Equidad en el Gasto en Salud", Mimeo.
- Ministerio de Salud y Ministerio de Economía (2001). "Estimaciones del Gasto en Salud". Coordinadora Mónica Levcovich.
- Postgrado en Salud Social y Comunitaria (2005). "Políticas de Salud". Módulo 5. Ministerio de Salud y Ambiente.
- Schweiger, De la Puente, Tarragona, Daste, Meghinasso (2005). "The state of Health Care, Spending and Financing: The case of Argentina. Health Report. Seven keywords of NHS". CEIS 2005.
- Torres, Rubén (2004). "Mitos y Realidades de las Obras Sociales". Ediciones ISALUD.

Scheda di Riscossione ed Assegnazione delle Risorse nel Sistema Sanitario Argentino



The background of the top half of the page features a warm, orange-toned image. It shows several people in silhouette, engaged in a meeting or collaborative work. One person is pointing at a screen or document, while others are looking on attentively. The overall atmosphere is professional and focused.

# *Capitolo 3*

## *Efficienza*



## 3.1 - L'efficienza dei Sistemi Sanitari Regionali

### Le politiche regionali di allocazione delle risorse finanziarie per la sanità

Fioravanti L.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

#### 3.1.1 Introduzione

Il presente contributo analizza i modelli di autonomia (decentramento/accentramento delle responsabilità finanziarie) adottati dalle Regioni nel 2005<sup>2</sup> ed evidenzia un tratto comune nelle scelte regionali, ossia far fronte alle condizioni di disavanzo esistenti.

Le scelte regionali sono generalmente legate alla situazione socio-economica e finanziaria locale, per cui sembra di poter confermare, come già evidenziato nelle edizioni passate del Rapporto CEIS Sanità, che sono i gradi di libertà, esercitabili in funzione del livello di disavanzo strutturale esistente, il driver delle diverse scelte di distribuzione delle risorse a livello regionale.

Anche nei modelli di finanziamento più decentrati, con risorse destinate direttamente alle aziende sanitarie territoriali, sono presenti diversi modelli negoziali tra aziende acquirerenti e aziende erogatrici (ospedaliere), nonché vincoli di destinazione e di spesa, che tengono conto della struttura dell'offerta e dei livelli di costo locali. Tali situazioni hanno l'effetto di riportare anche i modelli più "decentrati" verso una situazione che è stata definita (neo)centralismo<sup>3</sup>.

#### 3.1.2 Le scelte regionali

L'analisi è stata condotta partendo dalla quota di finanziamento indistinta per la sanità assegnata nell'anno 2005 a sette Regioni (Calabria, Campania, Lazio, Piemonte, Sicilia, Sardegna e Toscana) e analizzando le scelte regionali di assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie.

Tali assegnazioni, non più soggette a vincoli di destinazione come previsto dal D.Lgs. 56/2000<sup>4</sup>, comportano un onere tutto a carico delle Regioni nella copertura degli even-

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Come per gli anni 2003 e 2004, Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

<sup>3</sup> Il (neo)centralismo regionale può essere considerato come il segnale della percezione a livello regionale della inadeguatezza degli attuali strumenti competitivi al fine di perseguire una razionalizzazione del sistema. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

<sup>4</sup> Le disponibilità finanziarie assegnate sono soggette a due limiti generali: la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il raggiungimento di obiettivi di efficienza a livello regionale.

**Tabella 1 - Fabbisogno Sanitario Regionale nel 2005 (euro)**

REGIONI	FABBISOGNO SANITARIO
Piemonte	6.622.600.757
Toscana	5.594.453.637
Lazio	7.764.490.374
Campania	7.962.288.536
Calabria	2.917.739.679
Sicilia	7.217.363.396
Sardegna	2.357.013.787

Fonte: Ministero della Salute, 2006

tuali disavanzi di gestione finanziaria. Tutte le Regioni analizzate hanno adottato un sistema di assegnazione delle risorse alle aziende sanitarie prevalentemente basato sulla quota capitaria pesata, differenziato per livelli di assistenza<sup>5</sup>. In sostanza, ciascuna Regione segue i criteri previsti dal sistema di riparto nazionale, ma spesso assegna ai livelli di assistenza sanitaria quote di risorse finanziarie differenziate rispetto agli obiettivi fissati nel DPCM 29 novembre 2001, a riprova della propria autonomia. Ad esempio, un indicatore dell'autonomia regionale è rappresentato dalle risorse assegnate all'assistenza territoriale e all'assistenza ospedaliera. I dati mostrano una elevata variabilità regionale: la quota di FSR assegnata all'assistenza ospedaliera nel 2005 varia dal 41,0% della Campania e della Sardegna al 48,0% della Sicilia; la variabilità (nominale) è ancora maggiore per l'assistenza territoriale, si passa dal 28,6% della Campania al 52,0% della Toscana<sup>6</sup>. Ciò può essere in parte spiegato dalle modalità di riparto regionali: in alcune Regioni (es. la Campania) la voce "Altro" spesso racchiude risorse di "natura territoriale" destinate all'ARPA (Agenzia Regionale per l'Ambiente), alla Salute Mentale, ad Osservatori epidemiologici, ecc.

L'autonomia finanziaria delle Regioni permette poi di assegnare fondi ad attività specifiche non incluse "in maniera specifica" nei livelli di assistenza: ad esempio Campania, Lazio, Sicilia e Sardegna destinano una parte delle loro disponibilità specificamente e in maniera vincolata ad Aziende Sanitarie e Ospedaliere, per un ammontare pari al 5,5% del Fondo Sanitario Regionale (FSR) in Sardegna, al 7,8% nel Lazio e al 2,9% in Sicilia.

La differenziazione osservata nelle quote assegnate da ciascuna Regione ai livelli di assistenza dovrebbe essere imputabile, nella logica federalista, al raggiungimento di un obiettivo di aumento dell'efficienza interna, che si dovrebbe tradurre in una allocazione più aderente alle specificità regionali (ad esempio la struttura per età della popolazione). Sussiste peraltro il rischio che le quote vengano invece determinate *ex-post* sulla base della spesa storica e, quindi, delle scelte (o "non scelte") fatte nel tempo in termini di programmazione sanitaria e in particolare di riqualificazione dell'offerta.

<sup>5</sup> Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

<sup>6</sup> Questi dati confermano i risultati di variabilità riportati per gli anni 2003 e 2004 nel Rapporto CEIS Sanità 2005.

**Tabella 2 - Il finanziamento dei LEA**

REGIONI	ASSISTENZA OSPEDALIERA			ASSISTENZA TERRITORIALE			ASS. SANITARIA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO			ALTRO		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Calabria	n.d.	n.d.	44,0%	n.d.	n.d.	51,0%	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	n.d.	-
Campania	41,0%	n.d.	41,0%	35,4%	n.d.	28,6%	5,0%	n.d.	-	18,6%	n.d.	30,4%
Lazio	47,6%	48,5%	44,7%	47,4%	46,6%	42,9%	5,0%	4,9%	4,6%	-	-	7,8%
Piemonte	n.d.	n.d.	46,0%	n.d.	n.d.	49,2%	n.d.	n.d.	4,8%	n.d.	n.d.	-
Sardegna	n.d.	n.d.	40,9%	n.d.	n.d.	48,6%	n.d.	n.d.	5,0%	n.d.	n.d.	5,5%
Sicilia	47,0%	n.d.	48,0%	52,3%	n.d.	48,0%	0,7%	n.d.	5,0%	-	n.d.	2,9%
Toscana	43,0%	43,0%	43,0%	52,0%	52,0%	52,0%	5,0%	5,0%	5,0%	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

Per esempio, riguardo l'assistenza ospedaliera, un finanziamento legato ai posti letto esistenti capace di coprire i costi delle strutture, ma che non tenga conto dell'effettiva domanda appropriata di assistenza, potrebbe determinare il perpetuarsi di una situazione di inefficienza piuttosto che configurare un incentivo verso la razionalizzazione del sistema di offerta. L'analisi delle determinazioni regionali in tale ambito sembra far emergere che anche per il 2005<sup>7</sup> un maggior numero di posti letto sia effettivamente associato ad un finanziamento maggiore dell'assistenza ospedaliera. Il Lazio, rispetto al gruppo di Regioni osservato, destina la maggior quota di risorse all'assistenza ospedaliera (52,5%, suddiviso nel 44,7% "libero" e 7,8% vincolato per finalità specifiche di Aziende Ospedaliere) e presenta contemporaneamente il maggior numero di posti letto (5,2 posti letto per 1.000 abitanti). L'autonomia e la responsabilizzazione delle aziende sanitarie è ancora più evidente analizzando la destinazione delle risorse assegnate ai singoli livelli di assistenza e la variazione che è avvenuta nel 2005 rispetto agli anni 2003 e 2004. Con particolare riferimento al livello "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro"<sup>8</sup>, è possibile osservare che mentre in Regioni come la Sardegna, ove l'assegnazione è vincolata solo in minima parte per finalità di prevenzione, le aziende sanitarie hanno completa autonomia e il controllo sarà effettuato *ex-post*, in altre Regioni (es. Campania<sup>9</sup>) dove ai livelli essenziali tradizionalmente identificati si aggiungono finanziamenti specifici inclusi nella voce "Altro", destinati di fatto a finalità territoriali specifiche ("Salute Mentale" e ad "Altre funzioni"), si determina un'autonomia programmatoria aziendale limitata.

<sup>7</sup> La stessa relazione si è mostrata vera nell'analisi presentata nel Rapporto CEIS Sanità 2005 per la Regione Basilicata. Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

<sup>8</sup> Il livello essenziale di assistenza "Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro" in alcune Regioni, come il Lazio, è sostituito dal termine di prevenzione.

<sup>9</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004).

### 3.1.3 Le modalità di assegnazione delle risorse per la sanità a livello regionale

Le risorse finanziarie a gestione diretta della Regione spesso rappresentano il “polmone” finanziario per garantire un allineamento delle risorse alle spese storicamente determinatesi a livello locale e sono generalmente utilizzate nel corso dell’esercizio finanziario per esigenze di carattere generale (maggiori costi, obiettivi strategici o spese impreviste). Di conseguenza un basso grado di autonomia finanziaria assegnato alle aziende locali ed una quota di risorse direttamente controllate e gestite dalla Regione sono la risposta alla necessità di far fronte al finanziamento dei servizi, indipendentemente dalla loro efficacia.

**Tabella 3 - Centralizzazione/Decentralizzazione delle risorse finanziarie regionali per la sanità**

Regioni	FSR QUOTA ASSEGNATA ALLE ASL			FINANZIAMENTO DIRETTO DELLA REGIONE		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Calabria	n.d.	n.d.	95,4%	n.d.	n.d.	4,6%
Campania	88,4%	n.d.	89,5%	6,7%	n.d.	10,5%
Lazio	95,0%	95,1%	95,4%	5,0%	4,9%	4,5%
Sardegna	n.d.	n.d.	95,6%	n.d.	n.d.	4,4%
Sicilia	97,1%	n.d.	97,1%	2,9%	n.d.	2,9%
Toscana	100,0%	100,0%	100,0%	-	-	-

Fonte: nostre elaborazioni su dati contenuti nelle Deliberazioni Giunta Regionale

La Regione Campania presenta il più elevato grado di centralismo regionale, infatti il 10,5% delle risorse totali è direttamente gestito a livello centrale<sup>10</sup>. In generale si osserva una forte variabilità regionale, si passa dal 2,9% in Sicilia al 10,5% in Campania.

Di contro, la quota parte di risorse del FSR destinate direttamente alle aziende presenta i valori maggiori in Toscana (100%) e in Sicilia (97,1%), nel 2005; in questo modo si lascia alla negoziazione l’allocazione delle risorse tra assistenza territoriale e assistenza ospedaliera. Anche la Calabria attribuisce una elevata autonomia alle ASL (95,4% del FSR), ma impone dei limiti: tetti alla produzione, come ad esempio il tetto alla spesa farmaceutica, alla spesa territoriale e alla produzione. Il sistema dei tetti può limitare l’autonomia delle ASL, ma in alcune Regioni (es. Toscana) non ha un ruolo centrale, quanto quello di scoraggiare gli incrementi di attività (o di spesa). Di conseguenza, ancora una volta, sembra che prevalgano le preoccupazioni di ordine finanziario sulle aspettative di razionalizzazione del sistema attraverso una concorrenza, sebbene amministrata, fra erogatori<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

<sup>11</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

### 3.1.4 Conclusioni

L'analisi (un'estensione degli studi riportati nel Rapporto CEIS Sanità 2004 e 2005<sup>12</sup>) dimostra che non è possibile definire un modello di finanziamento regionale ottimale.

Sembra quindi possibile affermare che l'analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante* e dei risultati (*ex-post*), in termini di efficienza finanziaria di ciascuna Regione, faccia emergere come la Regione sia condizionata in sede di scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere, a breve termine, risparmi sul versante finanziario.

**Tabella 4 - Disavanzi regionali (% del FSR)**

Regioni	2005
Calabria	(5,38%)
Campania	14,73%
Lazio	18,54%
Piemonte	(0,28%)
Sardegna	8,71%
Sicilia	4,44%
Toscana	1,52%

Fonte: Nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

Incrociando le informazioni relative alle decisioni regionali e i risultati finanziari (disavanzi/avanzi sanitari) sembra sia confermato che un alto disavanzo determini un maggiore (neo)centralismo regionale.

I risultati riportati nella Tabella 4 sembrano confermare le nostre considerazioni, infatti la Regione Campania presenta un elevato disavanzo sanitario (14,73% del FSR) e concentra le risorse disponibili.

Il Lazio, anch'esso caratterizzato da un elevato disavanzo (18,54% del FSR), presenta una autonomia finanziaria "formale" a favore delle ASL, nel senso che mantiene il controllo delle risorse finanziarie assegnate ad ASL e Aziende Ospedaliere.

La Regione che presenta la minore incidenza di deficit rispetto al FSR è la Toscana (1,52%) ed è anche quella che assegna il maggior ammontare di risorse alle ASL.

Concludendo, si può ipotizzare che le inefficienze regionali dipendano da tre aspetti principali:

- primo, dal fatto che i meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria per esplicitare la loro funzione è quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti ed erogatori;
- secondo, la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori che, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzo strutturale) in sanzioni efficaci, come ad esempio la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti, determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappro-

<sup>12</sup> Cfr. Fioravanti L., Spandonaro F. (2004); Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

priatezza;

- terzo, gli scostamenti dalle indicazioni nazionali sui LEA possono essere interpretati in due modi: come il perseguimento di una maggiore efficienza allocativa derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, oppure come un adattamento (magari parziale) alla spesa storica che impone ripiani e riequilibri.

Quindi, in assenza di un piano straordinario che sani le situazioni di disavanzo patologico, si perde la possibilità di utilizzare la leva competitiva per razionalizzare il mercato.

#### **Riferimenti bibliografici**

- Arachi G, Zanardi A (1999), "Sanità alle Regioni, il rischio di due velocità. Restano insufficienti i meccanismi perequativi" Il Sole 24 Ore.
- Atella V, Mennini FS, Spandonaro F (2004), "Criteri per l'allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano", Politiche Sanitarie, anno V, n. 1, gennaio-marzo 2004, Pensiero Scientifico Editore.
- Carbone C et al. (2005), "Rapporto OASI 2005", Milano EGEA.
- Cuccurullo C, Meneguzzo M (2003), "Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie. Le tendenze in atto nell'area del federalismo", Rapporto CEIS Sanità 2003, Italtpromo.
- Del Vecchio M (2004), "Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione", in Jommi C. (2004), Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche, Milano, Egea.
- Dirindin N (1996), "Chi paga per la salute degli italiani?", Il Mulino, Bologna.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001.
- Fioravanti L, Spandonaro F (2004), "La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005), "L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2004.
- Jommi C (2000), "I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie", in Anessi Pessina E e Cantù E (a cura di), L'Aziendalizzazione della sanità in Italia – Rapporto Oasi 2000, Milano, Egea.
- Jommi C (2004), "Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie pubbliche", Milano, Egea.
- Ministero della Salute. "Dati economico-finanziari del SSN", Programmazione sanitaria e qualità.
- Petretto A (2001), "Il futuro del finanziamento pubblico in sanità", Fondazione Smith Kline.

#### **Fonti normative regionali**

- Regione Calabria, Deliberazione Giunta Regionale del 6 maggio 2006 n. 334.
- Regione Campania, Deliberazione Giunta Regionale del 23 settembre 2005 n. 1215.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 20 dicembre 2002 n. 1762.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 9 luglio 2004 n. 602.
- Regione Lazio, Deliberazione Giunta Regionale del 22 marzo 2006 n. 43.

- Regione Sardegna, Deliberazione Giunta Regionale del 13 luglio 2005 n. 32/3.
- Regione Sicilia, Decreto Assessore Sanità del 30 dicembre 2005 n. 9.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 200s2-2004.
- Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 2005-2007.

## 3.2 - L'efficienza delle Aziende Ospedaliere

Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 3.2.1 Introduzione

Il presente contributo vuole fornire una valutazione dell'efficienza delle strutture ospedaliere italiane.

Sebbene il tema sia di ovvia importanza, per comprenderne i molteplici impatti si consideri che lo spostamento del core assistenziale dall'ospedale al territorio è ormai da alcuni anni un tema centrale delle politiche sanitarie, che per essere realizzato necessita di una liberazione di risorse in favore delle cure primarie, senza che questo implichi, però, una diminuzione della funzionalità ospedaliera: un obiettivo ambizioso perseguibile, evidentemente, solo con recuperi di efficienza.

Gli effetti di questa scelta di politica sanitaria sono tangibili: si osservi la progressiva espansione della quota di risorse destinate al LEA "assistenza territoriale" e la parallela contrazione di quello destinato all'"assistenza ospedaliera", che oggi vede come indicazione il 49,5% per la prima e il 45,5% per la seconda. A livello regionale il processo, seppure con notevoli inerzie, specialmente nelle Regioni meridionali, si è effettivamente attivato, riducendo la quota di spesa ospedaliera (secondo i dati sul monitoraggio dei costi dei LEA diffusi dall'ASSR) a quote variabili fra il 43,8% dell'Emilia Romagna (quindi persino "sotto" il LEA previsto) al 53,8% della Valle D'Aosta.

I costi dell'assistenza ospedaliera sono, comunque, secondo le stime ISTAT, pari a € 44,9 mld., ovvero al 51,7% del totale della spesa. Si consideri, ancora, che convenzionalmente nella voce Assistenza Ospedaliera non vengono ricomprese tutte le forme di residenzializzazione, quali Residenze Sanitarie per Anziani, Hospice ecc., che sono "appoggiate" sul LEA dell'Assistenza Territoriale. Il problema dell'efficienza si pone quindi prioritariamente per i presidi per acuzie che rappresentano, per dimensione e costo, la quota più rilevante del LEA Assistenza Ospedaliera. Considerando poi che la questione dell'efficienza è al centro delle preoccupazioni delle politiche sanitarie (in larga misura) per effetto della crescita dei costi dei sistemi sanitari pubblici, si giustifica perché il *focus* del presente contributo sia stato posto sui presidi ospedalieri a gestione diretta pubblica, e in particolare di quelli che hanno avuto lo status di azienda dotata di autonomia imprenditoriale in ossequio alla sua complessità e rilevanza. A questa classe di presidi si è rivolto il legislatore, nella riforma degli anni 1992-1993 prevedendo, almeno nell'assetto originario della norma, il finanziamento a prestazione resa (per DRG). Il pagamento prospettico degli ospedali, sebbene rimasto per lo più sulla carta (cfr. cap. 3.1, Fioravanti, Spandonaro), ha certamente inciso profondamente sulle performance del sistema di assistenza ospedaliera, come già evidenziato in precedenti contributi<sup>2</sup>: la progressiva contrazione della degenza media ha oggi

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Cfr. Fioravanti L., Ratti M., Spandonaro F. (2005).

portato ad una degenza media in acuzie di 6,7 giorni, con un tasso di ospedalizzazione che, rispetto al valore di 160 ricoveri ogni 1.000 abitanti previsto dall'art. 1 L. 662/1996, passa da 126,49 per mille abitanti della Val d'Aosta a 225,66 per mille abitanti dell'Abruzzo (cfr. cap. 1.5, Rocchetti, Spandonaro).

Obiettivo del presente contributo è quindi valutare i livelli relativi di efficienza tecnica delle aziende ospedaliere autonome, replicando e aggiornando il lavoro econometrico presentato nel Rapporto CEIS Sanità 2005<sup>3</sup>.

A tal fine si utilizza come misura di prodotto "l'unità di ricovero omogeneo": in altri termini l'attività effettiva, in termini di ricoveri, è stata preventivamente resa omogenea, utilizzando le differenze medie attese di assorbimento di risorse, secondo quanto previsto a priori dal sistema tariffario per DRG.

In questo modo è possibile stimare quali fattori contribuiscano all'(in)efficienza delle aziende ospedaliere, effettuando anche un *benchmarking* significativo fra i costi per caso trattato nei diversi presidi.

### **3.2.2 I dati e l'elaborazione del costo medio per ricovero standardizzato**

Per valutare l'efficienza delle aziende ospedaliere è prioritariamente necessario definire un costo per unità di prodotto confrontabile.

A tal fine si sono utilizzati i dati di costo desumibili dai cosiddetti CE ministeriali, ovvero dai conti economici standardizzati secondo la riclassificazione richiesta dai livelli centrali di governo.

Per quanto concerne il volume del prodotto, sono note in letteratura le difficoltà di misurazione nel caso di imprese di servizi e multi-prodotto<sup>4</sup>. In via di prima approssimazione si è optato per elaborare una misura di prodotto espressa in punti DRG, assumendo che l'attuale sistema tariffario rappresenti ("abbastanza bene") la complessità ("economica") dei casi trattati.

In altri termini per ogni ospedale si è calcolato il costo unitario per unità di peso secondo il tariffario DRG nazionale. La scelta di utilizzare il tariffario nazionale discende da ragioni di confrontabilità fra Regioni.

Si consideri, infine, che l'assunzione fatta relativamente alla capacità del sistema tariffario di rappresentare correttamente la complessità trattata, dati i fini di *benchmarking*, va intesa in termini sostanziali: ovvero non sui valori assoluti, quanto di rapporti relativi di assorbimento di risorse in condizioni di efficienza.

Sono stati altresì utilizzati i dati pubblicati dall'ASSR<sup>5</sup> relativi agli indici di attività e costo delle Aziende Ospedaliere per gli anni 2001, 2002 e 2003.

I dati disponibili riguardano 102 Aziende Ospedaliere pubbliche per gli anni 2001 e 2002 e 97 per il 2003: nelle elaborazioni si sono però considerate solo 89 Aziende Ospedaliere, in quanto in alcuni casi i dati risultavano incompleti o incoerenti.

<sup>3</sup> Cfr. Fioravanti L., Polistena B., Spandonaro F. (2005), Maruotti A., Pieroni E., Spandonaro F., 2004.

<sup>4</sup> Cfr. *Measuring Efficiency in Health Care*, maggio 2006.

<sup>5</sup> ASSR (2004).

La banca dati predisposta si riferisce a strutture appartenenti a tutte le 20 Regioni<sup>6</sup>, dotate di 77.189 posti letto nel 2003, con un decremento del 2,73% rispetto alle stesse aziende ospedaliere al 2002. Il numero di ricoveri è passato da 3.842.614 del 2002 a 3.781.711 nel 2003, mentre il numero delle giornate di degenza è passato da 22.865.072 a 21.713.149 con una riduzione del 5,3%.

Complessivamente le aziende considerate hanno impiegato nel 2003 212.167 unità di personale, di cui 37.516 medici e 88.189 infermieri.

Le aziende considerate hanno avuto un costo totale pari nel 2003 a € 14.270 mil., equivalenti a € 186.465 per letto e € 3.741 per ricovero.

Per ogni Azienda Ospedaliera sono stati rielaborati indicatori di attività (ad es. tasso di occupazione, peso medio dei DRG, indice di attrazione, ecc.), indicatori di costo (per giornata di degenza, per ricovero, oltre al costo medio del personale) e indicatori relativi all'efficienza dei fattori di produzione (ad es. dimessi per medico, infermieri per posti letto).

Concentrandoci sugli indicatori di costo, osserviamo che fra il 2002 e il 2003 il costo medio per giornata di degenza è aumentato del 4,5% e infine il costo per unità di personale è rimasto pressoché costante (+ 0,04%).

Ovviamente gli indicatori precedenti risentono delle diverse complessità trattate e non si prestano ancora a confronti fra strutture.

### **3.2.3 Il costo per unità di ricovero omogeneo nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane**

Il costo per unità di ricovero omogeneo, ovvero il costo per punto DRG<sup>7</sup>, per le 89 Aziende Ospedaliere considerate, risulta essere in media pari a € 3.555,830 nel 2002 e € 3.627,76 nel 2003, con un valore massimo passato rispettivamente da € 6.779,86 a € 7.351,66 ed uno minimo da € 1.867,64 a € 2.080,22.

Si evince immediatamente come, contrariamente alle aspettative, il costo per caso trat-

**Tabella 1 - Principali indicatori di costo: aziende ospedaliere**

<b>Costo per punto DRG</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Osservazioni utilizzabili	89	89
Media Nazionale	3.555,83	3.627,76
Mediana	3.480,80	3.518,13
Standard deviation	843,97	879,23
Max	6.779,86	7.351,66
Min	2.080,22	1.867,64
Max/min	3,26	3,94

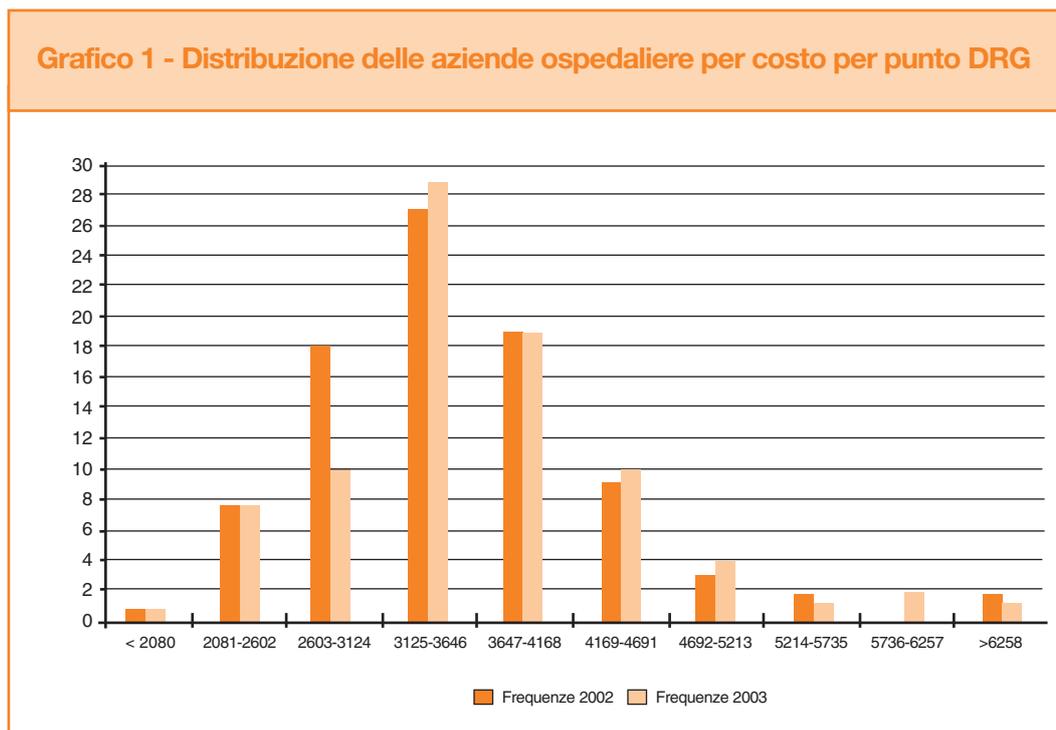
Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

<sup>6</sup> Come è noto alcune Regioni hanno reso autonomi tutti i presidi ospedalieri, mentre altre non ne hanno "scorporato" alcuno.

<sup>7</sup> Cfr. Fioravanti, Polistena, Spandonaro (2005), per i dettagli tecnici.

tato (confrontabile) è estremamente difforme: il valore massimo è pari al 394% nel 2003 e 326% nel 2002 del valore minimo (era 312% nel 2001)<sup>8</sup>.

Nel periodo dal 2001 al 2003, si nota quindi una tendenza ad un aumento dei costi, ma principalmente della variabilità.



Nel grafico 1 si riporta la distribuzione delle aziende ospedaliere in base al costo per punto DRG.

I dati sopra riportati confermano, anche per il 2003, i risultati già ottenuti per il biennio 2001-2002 (Fioravanti, Polistena, Spandonaro, 2005), consolidandone l'attendibilità.

In particolare, a fronte di questa preoccupante difformità di performance fra le aziende ospedaliere, rimane irrisolta la spiegazione del fenomeno, che può essere attribuito a inattendibilità dei bilanci, inaffidabilità del sistema di pagamento a DRG nel rappresentare la complessità dell'attività svolta, oppure a inefficienza gestionale.

Il mancato riavvicinamento dei valori implica quantomeno che non è in atto un processo di miglioramento della qualità contabile (in questo caso riferita ai cosiddetti CE ministeriali), né una riconsiderazione delle politiche tariffarie nel segno dell'eliminazione delle distorsioni relativamente alla valutazione della complessità assistenziale.

Ai fini della seguente analisi è però maggiormente interessante analizzare la questione dell'efficienza tecnica e organizzativa, onde valutarne livelli e relazioni con le caratteristiche strutturali e gestionali dei presidi.

<sup>8</sup> Il dato si riferisce a un campione di 96 aziende.

### **3.2.4 Le determinanti dell'(in)efficienza ospedaliera**

La letteratura economica propone diversi approcci per la misura dell'efficienza (cfr. Jacobs, Smith, Street, 2006); in particolare si ricorre a tecniche parametriche o non parametriche, stocastiche o deterministiche.

Già dai primi studi pionieristici<sup>9</sup> sono state individuate molte caratteristiche relative agli ospedali utilizzabili per l'analisi della funzione di costo e quindi dell'efficienza:

- dimensione (numero di posti letto);
- indicatori dell'attività dell'ospedale, come ad esempio il tasso di occupazione o la degenza media;
- il salario medio del personale;
- indicatori dei servizi e delle attrezzature dell'azienda;
- case mix;
- caratteristiche demografiche e socio-economiche (reddito medio regionale, densità della popolazione, ecc.).

Come già in Fioravanti, Polistena, Spandonaro (2005), nella scelta del modello qui adottato ci si è attenuti alle indicazioni presenti in letteratura, con il vincolo peraltro della disponibilità di dati, ma anche dell'interesse che suscitano le seguenti ulteriori osservazioni:

- a. nel campione sono presenti ospedali specialistici, per i quali esiste evidenza in letteratura di una non applicabilità del sistema di pagamento a DRG, di cui tenere conto;
- b. le aziende ospedaliere potrebbero avere caratteristiche (tipicamente la presenza o meno del pronto soccorso, che pure era normativamente requisito necessario per il riconoscimento dell'autonomia aziendale) che potrebbero spiegare le differenze di costo;
- c. differenti costi unitari dei fattori produttivi a livello locale potrebbero altresì spiegare le differenze di costo;
- d. le dimensioni degli ospedali risultano molto differenti, potenzialmente giustificando eventuali inefficienze da complessità organizzativa e/o da diseconomie di scala;
- e. la spinta derivante dall'adozione di tecniche budgetarie ha spinto alla ricerca di una maggiore efficienza negli ospedali, attraverso la riduzione della degenza media e l'aumento della produttività degli operatori; la giustificazione di ciò si può far risalire alla constatazione che, in un contesto pubblico, il fattore lavoro, che genera la quota di gran lunga predominante dei costi, viene considerato alla stregua di un costo fisso;
- f. sempre in considerazione della rigidità del fattore lavoro, assume grande rilevanza la "struttura" della pianta organica.

### **3.2.5 Il modello econometrico**

Per quanto sopra argomentato, si è in primo luogo proceduto a integrare la banca dati, con l'indicazione della natura monospecialistica o meno delle aziende ospedaliere.

Non si è invece riusciti a integrare la banca dati con informazioni utili a valutare le funzioni assistenziali, quali il pronto soccorso nonché sulla qualità dell'assistenza.

Il modello stimato è quindi il seguente:

<sup>9</sup> Si veda ad es. Breyer F. (1987).

CMS = f(COST, CMP, PL, RC, DM, PMED, AP, DMS, DREG)

dove:

CMS = Costo medio per ricovero standardizzato

COST = Costante

CMP = Costo medio del personale

PL = Posti letto

RC = Quota di ricoveri con peso > 2,5

DM = Degenza media

PMED = Dimessi per medico

AP = Quota di personale non sanitario

DMS = Dummy struttura specialistica

DREG = Dummy Regione Sicilia

A parte il costo del fattore produttivo lavoro CMP (che, come è noto, rappresenta di gran lunga la quota maggiore dei costi), si è considerata la dimensione PL (posti letto), la complessità assistenziale, rappresentata dalla *proxy* RC (quota di ricoveri con peso maggiore di 2,5); si è poi considerata la produttività, in termini di degenza media DM e di dimessi per medico PMED e il *mix* delle professioni AP nella pianta organica.

L'equazione stimata con un modello di regressione multipla sui dati 2002 e 2003 ha fornito i seguenti risultati.

**Tabella 2 - Significatività del modello econometrico**

Modello	R	R Quadro	R quadro corretto	Std. Error della stima
2002	0.8249	0.6805	0.6485	0.1329
2003	0.8709	0.7584	0.7340	0.1189

Il modello spiega il 68,05% della variabilità totale del costo totale per punto DRG nel 2002 e il 75,84% nel 2003.

Tutti i coefficienti sono significativi (tranne la dimensione dell'ospedale) e i segni quelli attesi. Per il 2003 è significativa la *dummy* Sicilia che coglie la diversa fonte contabile utilizzata per i presidi siciliani.

Trova verifica l'ipotesi che il sistema di finanziamento a DRG non può essere direttamente esteso alle strutture monospecialistiche, che costano in media il 13,4% in più.

Inoltre emerge come un differente costo medio del personale sia effettivamente e significativamente un motivo di differenza nei costi dell'ospedale.

Abbiamo poi una indiretta conferma che differenti livelli di efficienza spiegano una significativa parte della variabilità della variabile dipendente.

Degenze medie basse e alta produttività del personale sanitario (si è scelto di usare la produttività per medico, ma evidentemente quella per infermiere è a questa correlata) implicano costi per caso trattati minori.

**Tabella 3 - Coefficienti di regressione e significatività delle variabili**

Modello		Coefficiente non standardizzati		Coefficiente standardizzati	P> t
		B	Std. Error	Beta	
2002	(Costante)	4.857	2.327		0.040
	Appartenenza Regione Sicilia	-0.065	0.048	-0.113	0.177
	Totale posti letto	-0.023	0.029	-0.064	0.419
	% ricov.ordinari con peso > 2,5	-0.140	0.048	-0.318	0.004
	Costo medio per unità di personale	0.469	0.190	0.218	0.016
	% altro pers.	0.350	0.131	0.223	0.009
	Dimessi (totali) per medico	-0.670	0.079	-0.747	0.000
	Tipo spec. strutt.	0.168	0.047	0.266	0.001
	Degenza media ric. ord.	0.284	0.117	0.305	0.017
	(Costante)	0.284	2.329		0.903
2003	Appartenenza Regione Sicilia	-0.125	0.045	-0.211	0.007
	Totale posti letto	0.045	0.026	0.117	0.093
	% ricov.ordinari con peso > 2,5	-0.101	0.038	-0.219	0.010
	Costo medio per unità di personale	0.787	0.191	0.330	0.000
	% altro pers.	0.486	0.115	0.309	0.000
	Dimessi (totali) per medico	-0.603	0.069	-0.667	0.000
	Tipo spec. strutt.	0.185	0.043	0.287	0.000
	Degenza media ric. ord.	0.221	0.096	0.222	0.024

Ci sembra anche una indiretta conferma dell'utilità di politiche manageriali tese ad aumentare la produttività<sup>10</sup>. Una giornata di degenza media in meno provoca una riduzione del costo totale per punto DRG dello 0,006% e dello 0,008% rispettivamente nel 2002 e nel 2003. Analogamente un dimesso per medico in più riduce il costo per punto DRG € 0,673 nel 2002 e € 0,603 nel 2003.

La presenza di una quota elevata di "personale non sanitario" incide negativamente sulla performance, implicando un aumento del costo medio per ricovero standardizzato; un aumento dell'1% della quota di "altro personale" implica un aumento del costo totale

<sup>10</sup> Dobbiamo però ricordare che la nostra analisi non riesce a misurare la qualità dell'assistenza.

per punto DRG dello 0,010% nel 2002 e dello 0,133% nel 2003.

Sembra infine interessante notare come gli ospedali a più elevata complessità abbiano costi medi per caso standardizzato mediamente inferiori: la spiegazione può essere tanto nel fatto che la maggiore complessità clinica è correlata a migliore organizzazione dei servizi, sia che l'attuale sistema tariffario sovrastima il costo degli interventi maggiori (con peso maggiore di 2,5).

### **3.2.6 Conclusioni**

L'analisi econometrica tesa a valutare l'(in)efficienza delle strutture ospedaliere pubbliche permette, con sufficiente convinzione, di affermare che nel sistema ospedaliero italiano, analizzato limitatamente alle aziende ospedaliere pubbliche, esistono problemi significativi sia sul lato del finanziamento che su quello dell'efficienza.

Pur rimanendo il dubbio che possano esistere rilevanti problemi di confrontabilità dei dati contabili, la cui importanza quantitativa è peraltro allo stato attuale non inferibile, emergono alcune indicazioni di inadeguatezza dell'attuale sistema tariffario basato sui DRG.

Le strutture monospecialistiche risultano infatti penalizzate (almeno sulla carta, perché in molte Regioni ricevono finanziamenti aggiuntivi), mentre quelle con quote rilevanti di ricoveri ad alta complessità potrebbero essere in qualche modo favorite.

L'ultimo dato potrebbe però attribuirsi anche ad una maggiore efficienza di tali strutture rispetto a quelle a bassa intensità assistenziale: si consideri peraltro che per effetto delle diverse politiche regionali, in alcune Regioni tutti (o molti) presidi risultano Aziende Ospedaliere autonome, indipendentemente dalla loro complessità.

Sembra altresì emergere chiaramente una dimostrazione dell'esistenza di problemi di inefficienza tecnica, sia a fronte dell'associazione statistica di maggiori livelli di produttività con minori livelli di costo, sia di una quota rilevante di variabilità residua, sia sovra-regionale che a livello di singola Regione, che non trova spiegazione in fattori strutturali o attinenti alla natura (contabile e tariffe DRG) dei dati utilizzati.

Peraltro le dimensioni stesse degli scarti (una differenza che ricordiamo essere dell'ordine di oltre tre volte fra struttura più costosa e struttura meno costosa e per di più crescente nel tempo) di per sé suggerisce che è impensabile possa dipendere da soli fattori contabili o di distorsione tariffaria.

Quanto sopra (ri)porta quindi la questione dell'efficienza tecnica del sistema ospedaliero al centro dell'attenzione delle politiche sanitarie.

I DRG hanno sicuramente incentivato una maggiore produttività e le nostre stime indicano che questa si è almeno parzialmente trasformata in maggiore efficienza; i criteri di tariffazione unica per le aziende ospedaliere autonome evidenziano però forti criticità: ai fini di una più corretta incentivazione di comportamenti virtuosi da parte delle aziende sanitarie, sarebbe auspicabile che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Si evidenziano inoltre seri problemi sul versante delle modificazioni strutturali dell'assetto produttivo: piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi davvero critici per l'efficienza delle strutture.

Attualmente i sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti intrinseci nell'at-

tuale sistema di tariffazione, riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione, o semplicemente *ad hoc*. Il rischio è che così prevalga la logica del finanziamento a pié di lista (o storico), vanificando le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero.

Si tratta quindi di trovare nuovi strumenti che premino le aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori.

I risultati ottenuti, letti congiuntamente ad una analisi effettuata sui finanziamenti medi per punto DRG corrisposti alle case di cura private iscritte all'AIOP (Piasini, Spandonaro, 2006), pongono anche rilevanti problemi di interpretazione sul ruolo di committenza svolto dalle ASL. Emerge infatti un rilevante gap di costo per i SSR (dell'ordine del 50%), a favore dell'uso dei servizi in convenzione/accreditamento rispetto a quello dell'uso dei servizi diretti.

Le dimensioni della differenza non sembrano giustificabili con le sole funzioni assistenziali specifiche di cui si fanno carico le aziende pubbliche, ad esempio l'emergenza.

Piuttosto sembra opportuno indagare il differenziale di costo relativo ai fattori produttivi, in primo luogo il personale, ma anche quello degli approvvigionamenti.

Tale differenziale è peraltro almeno in parte attribuibile a distorsioni di mercato derivanti dall'attività extra-moenia del personale pubblico.

Come già proposto nel Rapporto 2005, sembra auspicabile la stesura di classifiche degli ospedali per performance, sia per incentivare una maggiore attenzione delle aziende verso l'efficienza, sia per integrare l'elemento economico con quello qualitativo.

#### **Riferimenti bibliografici**

- ASSR (2003). "Confronto tra le aziende ospedaliere 2001". Monitor 6, pp. 49-61.
- ASSR (2004). "Focus on: quali livelli di assistenza sanitaria?" Monitor 10, pp. 8-63.
- ASSR (2004). "Confronto tra le aziende ospedaliere 2002". Monitor 11, pp. 41-59.
- Fioravanti L, Polistena B, Spandonaro F (2005). "La misurazione dell'efficienza delle aziende ospedaliere", in Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Fioravanti L, Ratti M, Spandonaro F (2005). "L'efficienza dei sistemi sanitari regionali. L'assegnazione delle risorse per la sanità", in Rapporto CEIS Sanità 2005.
- Harris JE (1990). "The boren amendment: Medicaid reimbursement to hospital nursing facilities". American Public Welfare Association, Washington DC.
- Jacobs R, Smith PC, Street A (2006). "Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy". University Press, Cambridge, United Kingdom.
- Maruotti A, Pieroni E, Spandonaro F (2004). "Tre domande in cerca di risposta". Il Bisturi n. 5, Italtromo Esis Publishing, Roma.
- OECD (1992). "The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries". Paris.
- OECD (1994). "The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seventeen OECD Countries". Paris.
- Piasini L, Spandonaro F (2006). "Paradosso della spesa sanitaria". Relazione al convegno AIOP.
- Wang J (2001). "Estimation of hospital cost functions and efficiency measurement: an overview". China Center for Economic Research, Working Papers Series, n. E2001004

### **3.3 - L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale: il supporto di Consip all'innovazione dei processi e alla razionalizzazione degli acquisti per le aziende sanitarie**

Bettacchi R.<sup>1</sup>, Russo A.<sup>2</sup>

#### **3.3.1 Introduzione**

Il Programma per la Razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi per le Pubbliche Amministrazioni, che Consip gestisce per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), rappresenta uno dei progetti di *e-government* che, nel tempo, ha dimostrato di promuovere l'innovazione tecnologica e di processo all'interno delle P.A., consentendo un forte recupero di efficienza.

Il modello organizzativo del Programma, attraverso i suoi strumenti operativi, il sistema delle convenzioni, il mercato elettronico della P.A., le gare telematiche e i progetti a supporto della P.A., ha avviato un processo, in costante evoluzione, di introduzione di rilevanti novità sulle modalità di acquisto di beni e servizi da parte delle Amministrazioni, allo scopo di procurare benefici riconducibili non solo ai costi diretti, ma anche ai livelli di servizio dei fornitori e alla semplificazione dei processi interni.

Il fine del Programma, infatti, non è solo quello di consentire un recupero di efficienza e di risorse finanziarie nell'ambito della realtà amministrativa pubblica, ma anche di fare della P.A. il motore del cambiamento della società.

#### **3.3.2 Cenni sull'evoluzione normativa**

L'*e-procurement* fa ormai parte delle politiche di sviluppo economico di tutti i Paesi industrializzati e della stessa Unione Europea (UE). Il pieno ricorso alle nuove tecnologie nel settore degli appalti pubblici è stato più volte, in sede europea, proposto e sollecitato in virtù del convincimento che l'*e-procurement* sia uno strumento in grado di incentivare la concorrenza, attraverso una più ampia partecipazione e dinamicità del mercato e di fornire una maggiore trasparenza, economicità e rapidità delle gare.

<sup>1</sup> Consip, *Mercato Sanità*.

<sup>2</sup> Consip, *Marketing*.

Infatti, la Direttiva Europea<sup>3</sup> relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di forniture, servizi e lavori, persegue diverse finalità: l'adozione di un testo unico, armonico e privo di incongruenze, la semplificazione, il rafforzamento e la modernizzazione della normativa.

La finalità di modernizzazione è perseguita principalmente attraverso l'applicazione al settore degli appalti dell'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche e telematiche non solo nelle comunicazioni, ma anche nelle stesse procedure di gara, prospettando, per la prima volta, un sistema di appalti per via elettronica nei Paesi membri dell'UE.

In Italia il recepimento della Direttiva Europea è stato garantito mediante l'entrata in vigore del nuovo Codice per gli appalti<sup>4</sup> che, ispirandosi appunto ai principi di modernizzazione del *public procurement* e rafforzamento della normativa, introduce i cosiddetti "istituti innovativi": centrale di committenza, accordo quadro, sistema dinamico di acquisto, asta elettronica e dialogo competitivo. Consip, tra l'altro, ha già avviato un'attenta analisi degli istituti, con particolare attenzione all'accordo quadro, al sistema dinamico di acquisto e all'asta elettronica, al fine di valutarne l'opportunità di utilizzo nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti.

Rimanendo ancora in un ambito più prettamente nazionale, a partire dal secondo semestre 2004 e nel corso del 2005 il Programma è stato oggetto di diversi interventi normativi volti anche a garantire a tutte le Amministrazioni, centrali e locali, l'autonomia delle proprie decisioni rispetto ad eventuali scelte di acquisto centralizzate, pur nel rispetto dei criteri di economicità complessiva, e a promuovere un'efficace cooperazione fra diversi soggetti istituzionali che si trovino ad affrontare problemi simili. Il DPCM<sup>5</sup> n. 325/2004 formalizza i principi generali su cui Consip da sempre si ispira nell'esercizio delle sue attività: parità di trattamento nell'ambito dell'aggiudicazione delle gare, garanzia della massima trasparenza delle procedure, garanzia della massima e più diffusa pubblicità delle iniziative e delle caratteristiche dei beni/servizi oggetto delle convenzioni e così via. Consip, oltre ad emanare Direttive e criteri su tempi e modalità di divulgazione delle informazioni ai soggetti interessati alle proprie iniziative, predispone formulari per la raccolta di informazioni sugli aspetti quantitativi e qualitativi dei beni e dei servizi cui le P.A. sono interessate. Questa ultima azione risponde all'esigenza di incrementare l'aderenza delle iniziative Consip alle esigenze delle Amministrazioni, coinvolgendole sempre di più nel processo di rilevazione dei fabbisogni. La Legge Finanziaria 2005 ha ulteriormente rafforzato la volontà del Governo di riduzione, contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica fissati in sede comunitaria e stabilendo che la spesa complessiva delle Pubbliche Amministrazioni non deve superare il limite del 2% rispetto alle previsioni del precedente anno.

<sup>3</sup> Direttiva 2004/18/CE del 31 marzo 2004, relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi. (G.U.C.E. n. 134 del 30 aprile 2004).

<sup>4</sup> D.Lgs. 12-4-2006 n. 163 – Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 2 maggio 2006, n. 100, S.O.

<sup>5</sup> DPCM n. 325 dell'11 novembre 2004, pubblicato in Gazzetta Ufficiale nel gennaio 2005, disciplina le procedure di gara Consip non ancora concluse e conferma i principi generali di indirizzo per le gare bandite dalla Consip.

### 3.3.3 La collaborazione con le strutture regionali dei SSR

Al fine di formare un sistema nel settore del *procurement* pubblico, occorrono iniziative finalizzate ad incrementare il livello di collaborazione e integrazione con gli enti territoriali (vedi anche Legge Finanziaria per il 2006<sup>6</sup> e le recenti linee di indirizzo del MEF). Da un'attenta analisi dei diversi modelli di aggregazione esistenti a livello regionale sono emersi, da un lato, specifici ambiti di intervento e, dall'altro, ambiti favorevoli ad un approccio sinergico tra le strutture territoriali e la Consip.

Consip, infatti, ha realizzato e ha attualmente in corso numerose iniziative di collaborazione con gli aggregatori di spesa territoriali (protocolli di intesa, partecipazione a gruppi di lavoro congiunti, supporto su specifiche iniziative, ecc.). L'esigenza di instaurare una partnership con le realtà locali si avverte in modo particolare nell'area Sanità, in cui ormai tutte le Regioni si stanno dotando di una modalità di aggregazione per la gestione centralizzata degli acquisti. La partnership consente il raggiungimento di benefici ad entrambe le parti: se da un lato la Consip si consolida quale centro di competenza nazionale in materia di *e-procurement* e favorisce lo sviluppo delle aggregazioni territoriali secondo logiche di complementarità rispetto al proprio sistema per gli acquisti, dall'altro il territorio persegue l'obiettivo di ampliamento del portafoglio di offerte costituito dal giusto mix di iniziative di spesa comune e specifica, di acquisizione del *know-how*, servizi specialistici, semplificazione amministrativa e riduzione dei costi di processo, ecc.

Tale scenario è perfettamente in sintonia – e in un certo senso anticipa – con il DPEF 2007-2011, in cui in un'ottica di rilancio e di ulteriore sviluppo della Consip ci si prefigge “la creazione di un “sistema a rete” coordinato fra i diversi livelli di governo responsabili della spesa pubblica. Occorrerà identificare con precisione il ruolo della centrale statale e valorizzare, attraverso la creazione di centrali regionali di acquisto, una dimensione, quella regionale appunto, in grado di interpretare al meglio le esigenze delle autonomie locali, governare sul territorio le forniture di beni e servizi, specie quelle sanitarie... In tale contesto la missione della Consip si sviluppa in più direzioni: gestore della centrale per le P.A. dello Stato con azioni mirate su settori di spesa specifica, facilitatore dello sviluppo delle centrali regionali in particolare con il trasferimento di metodologie e *know-how* ed un osservatorio nazionale che consenta la condivisione delle migliori pratiche, promotore di tecnologie e procedure innovative di *public procurement*, responsabile di progetti per la messa a fattor comune delle piattaforme informatiche, specie con riferimento al mercato elettronico...”

Significativi esempi di collaborazioni avviate, che hanno già prodotto risultati in termini di sinergie e innovazione, sono riportati nel paragrafo descrivente le attività progettuali.

### 3.3.4 Il nuovo ruolo di Consip alla luce degli interventi normativi

Nel corso del tempo l'attenzione del Programma è stata rivolta non solo a rendere dispo-

<sup>6</sup> Legge finanziaria n. 266 del 23 dicembre 2005 – Art. 1 comma 160: «Anche al fine di conseguire l'armonizzazione dei sistemi, gli enti locali e gli enti decentrati di spesa possono avvalersi della consulenza e del supporto della CONSIP, anche nelle sue articolazioni territoriali».

nibili alle Amministrazioni modelli evoluti di acquisto per la riduzione della spesa e l'ottimizzazione dei processi, ma anche all'introduzione di nuovi modelli organizzativi per gli acquisti e la creazione e il costante sviluppo di strumenti a supporto del modello. Tali strumenti, considerati nel complesso, mutano fortemente l'ottica dei processi tradizionali, legati molto spesso a prassi non codificate, a favore di una nuova gestione caratterizzata dalle tecnologie informatiche. Questo aspetto, in particolare, ha spinto il Legislatore ad implementare e successivamente potenziare l'attività di supporto e consulenza verso le Pubbliche Amministrazioni in tema di approvvigionamento di beni e servizi, con l'obiettivo di consentire la più rapida e completa diffusione e, laddove possibile, replica delle conoscenze e delle migliori esperienze presso le medesime. Si evidenzia quindi una sostanziale evoluzione del modello operativo di Consip, che passa da una logica di obbligatorietà a un regime di libera scelta della Pubblica Amministrazione. Consip, infatti, nella realizzazione del Programma di razionalizzazione degli acquisti, lavora al fianco delle P.A. secondo due diversi approcci:

1. supporto diretto alle Amministrazioni, attraverso i sistemi di *e-procurement* messi a disposizione delle P.A. (Sistema delle convenzioni, mercato elettronico della P.A., piattaforma per le gare telematiche e *account management*);
2. consulenza e *project management* in materia di acquisti, attraverso interventi formativi, anche personalizzati, sugli strumenti di *e-procurement*, supporto a singole Amministrazioni per la realizzazione di gare telematiche (anche in modalità ASP<sup>7</sup>) e sviluppo di progetti specifici *on demand*, supporto tecnologico per lo sviluppo di piattaforme autonome di *e-procurement*.

Inoltre, l'introduzione progressiva dei nuovi e più flessibili strumenti di acquisto introdotti dalle recenti normative e dal Codice degli appalti, può consentire alla Consip di raggiungere un posizionamento ideale poiché essa ha la possibilità di diversificare in modo più ampio la propria offerta di servizi, utilizzando di volta in volta lo strumento ritenuto più idoneo, in funzione della categoria merceologica affrontata, delle esigenze delle Amministrazioni e, più in generale, delle caratteristiche del mercato di fornitura. Un'attenta analisi della norma e degli Istituti introdotti evidenzia che il Codice fa espressamente salva la normativa relativa a Consip, confermando la possibilità per le Amministrazioni di far ricorso alle centrali di committenza. I nuovi Istituti introdotti dalla normativa, pur con le opportune differenze, sono già di fatto utilizzati dalla Consip.

Consip, già da alcuni anni, fa ricorso alle gare telematiche (asta elettronica) per la selezione dei fornitori e la stipula delle relative convenzioni e fornisce la piattaforma telematica del MEF in modalità ASP alle Amministrazioni che vogliono sperimentare le nuove procedure di acquisto. Ad esempio per quanto attiene alle strutture del SSN, nel luglio 2006 si è conclusa, con la relativa aggiudicazione, la gara telematica del Centro Servizi

<sup>7</sup> In una gara telematica in modalità ASP (*Application Service Provider*) viene consentito l'accesso con qualsiasi connessione internet (*http*) ai servizi applicativi messi a disposizione e il loro utilizzo da parte degli utenti. In questo modo l'utente non deve acquistare nessuna licenza software, né alcun tipo di hardware, ma può usufruire gratuitamente della piattaforma telematica del MEF per l'espletamento della gara.

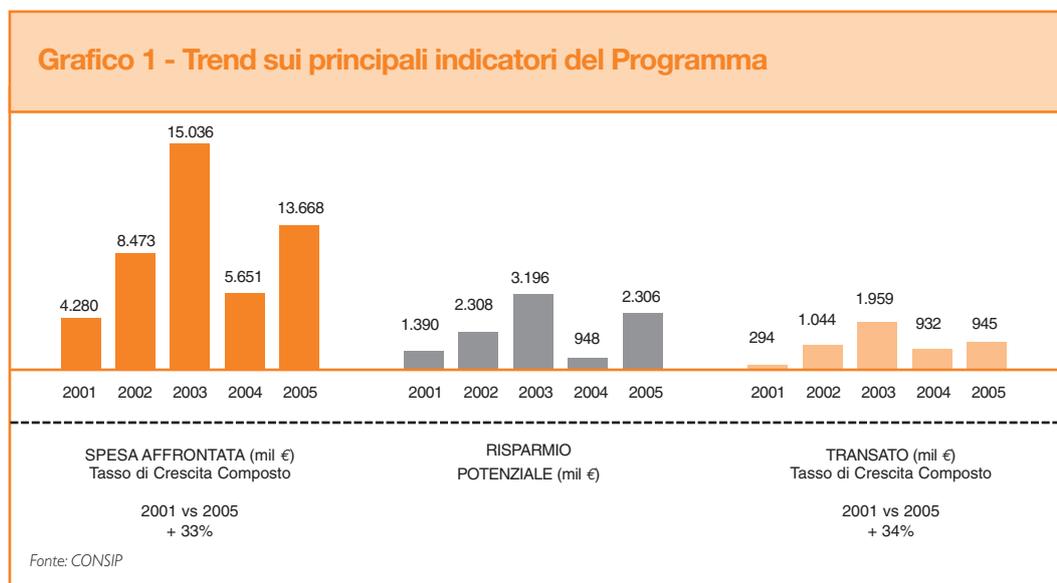
Condivisi (CSC) della Regione Friuli Venezia Giulia (consorzio regionale delle strutture sanitarie) per la categoria “vaccini”, gara gestita interamente sulla piattaforma del MEF con il supporto di Consip. Le attuali convenzioni offerte da Consip altro non sono che la forma più semplice degli accordi quadro introdotti dal Codice, scenario in cui esiste un singolo aggiudicatario e le condizioni contrattuali sono prefissate. Il Sistema dinamico di acquisto, infine, pur con le dovute differenze, ha molte similitudini con il mercato elettronico della P.A. (MEPA). È bene a tale proposito ricordare che il DPR n. 101/02<sup>8</sup>, la norma basilare del MEPA, è tuttora vigente e che si riscontra un crescente utilizzo del MEPA da parte delle Amministrazioni afferenti al SSN (vedi capitolo sul MEPA).

### 3.3.5 Attività e risultati 2005 del Programma rispetto alle strutture sanitarie

#### 3.3.5.1 Le Convenzioni

L'anno 2005, coerentemente con la strategia complessiva del Programma, è stato caratterizzato da un sostanziale riequilibrio tra le componenti dell'offerta del Programma e dal rafforzamento del Sistema delle convenzioni, consolidamento del mercato elettronico della P.A., sviluppo di attività di consulenza a supporto della Pubblica Amministrazione e perfezionamento delle procedure di gara telematica.

Complessivamente i risultati raggiunti sono stati estremamente soddisfacenti non solo in termini di complementarietà dell'offerta di acquisto messa a disposizione della Pubblica Amministrazione, ma anche come capacità di Consip di accreditarsi quale interlocutore privilegiato delle Amministrazioni sulle tematiche del *public procurement*.



<sup>8</sup> Il DPR 101 del 4 aprile 2002 introduce nuovi processi di acquisto basati su tecnologie innovative. Oltre alle modalità di acquisto della Pubblica Amministrazione (trattativa privata, pubblico incanto, licitazione privata) introduce il Mercato Elettronico della PA – soltanto per acquisti sotto soglia – e la Gara Telematica per attuare la gestione on-line dell'intero processo di gara, per acquisti sia sopra che sotto la soglia di rilievo comunitario.

Nel 2005 il Sistema delle convenzioni ha fatto osservare un significativo incremento dei valori di spesa affrontata<sup>9</sup> e risparmio potenziale<sup>10</sup>, grazie all'aggiudicazione di nuove iniziative e al rinnovo di convenzioni scadute/esaurite, offrendo un paniere di beni e servizi sempre più ampio e in linea con il fabbisogno atteso. Il volume del transato<sup>11</sup> si attesta sullo stesso livello dell'anno precedente.

Nel grafico 1 si evidenzia l'andamento generale sulle principali grandezze (spesa affrontata, risparmio potenziale e transato generato dal Sistema delle convenzioni) dal momento dell'avvio del Programma sino alla fine del 2005.

Nel 2005 il valore complessivo di spesa affrontata è stato pari a circa € 13,7 mld., superiore al valore previsto di € 12,5 mld., con una riduzione media dei prezzi unitari di beni e servizi del 16,7%. Dal punto di vista dell'utilizzo del sistema, gli ordinativi emessi hanno fatto registrare un *trend* di crescita costante che conferma i risultati ottenuti dall'avvio del Programma sino ad oggi, nonostante il rallentamento delle attività occorso nel 2004. La "spesa affrontata" nel 2005 relativamente al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stata pari a € 6.288 mil. Nel corso dell'anno sono state rese disponibili due importanti nuove iniziative di spesa specifica sanità, quali "ausili per incontinenti" e "gestione integrata delle apparecchiature elettromedicali".

Per quanto riguarda la partecipazione al Programma delle Amministrazioni del SSN, in termini di volume degli ordinativi effettuati tramite il Sistema delle convenzioni, particolare attenzione merita il risultato del transato che nell'anno 2005 ha raggiunto i € 185 mil. (su un totale di 945), un risultato sostanzialmente superiore a quello dell'anno 2004, benché l'ambito di intervento del Programma fosse sostanzialmente differente. Al progressivo esaurimento delle convenzioni a causa della sospensione di nuove gare che ha carat-

<sup>9</sup> Per spesa affrontata s'intende la spesa annua riconducibile ai servizi o ai beni oggetto delle iniziative di risparmio attivate. Una categoria merceologica di beni/servizi può essere affrontata da più iniziative di risparmio, a fronte di una copertura della gamma offerta, con diverse modalità e tempistiche di gara. La capacità di aumentare la spesa di riferimento per le categorie affrontate si basa sull'avvio di nuove iniziative di risparmio per ulteriori categorie merceologiche.

<sup>10</sup> La percentuale di riduzione dei costi unitari è lo sconto medio ottenuto, a valle della procedura di gara, con riferimento anche all'inflazione media e ai prezzi correntemente pagati dalle Amministrazioni per beni e servizi paragonabili a quelli convenzionati, in termini di qualità e di livello di servizio del fornitore.

Un'indagine statistica, condotta in collaborazione con il MEF, l'ISTAT e Consip, ha permesso di procedere ad una rilevazione puntuale dei prezzi medi P.A. su alcune categorie merceologiche, evidenziando, sostanzialmente, la corretta stima dei valori assunti in merito al risparmio potenziale.

Il risparmio potenziale complessivo considera anche l'effetto benchmark, per le P.A. che hanno facoltà di aderire alle convenzioni e che devono utilizzare i parametri di qualità e di prezzo per l'acquisto di beni comparabili.

<sup>11</sup> Per transato in convenzione, in base alla specifica iniziativa attiva, si fa riferimento alternativamente al:

- costo dei beni ordinati;
- valore dell'ordine per le convenzioni che prevedono il noleggio/leasing;
- valore del traffico in convenzione (per esempio per la telefonia fissa);
- valore dei progetti definitivi o in attesa della formalizzazione degli ordinativi preliminari (per esempio per la convenzione centrali telefoniche).

terizzato il 2004, si è infatti contrapposto nel 2005 il processo di rilancio del Sistema delle convenzioni, che ha fisiologicamente impegnato gran parte dell'anno, rendendo disponibili i prodotti nel secondo semestre con l'attivazione di nuove convenzioni.

Sono state, poi, poste in atto delle azioni volte ad assicurare il rispetto dei criteri di trasparenza procedurale e accessibilità al Programma di razionalizzazione e, al contempo, sono stati rafforzati i rapporti con le Autorità di controllo e di vigilanza al fine di garantire il pieno rispetto delle regole di mercato.

**Tabella 1 - Valore della spesa e del transato del SSN (€ migliaia)**

Iniziative attive 2005	Spesa complessiva SSN per le iniziative che hanno prodotto transato nel 2005	% di risparmio costo medio unitario P.A.	Transato
Autovetture (in acquisto)	n.d.	5%	133
Ambulanze	44.000	26%	2.794
Arredi didattici e per ufficio	98.000	36%	16
Ausili per incontinenti	200.000	15%	20.869
Noleggio autoveicoli	11.000	8%	4.444
Biodiesel da riscaldamento	2.000	11%	158
Buoni Pasto	131.000	6%	62.597
Carburanti extrarete	5.000	11%	76
Carburanti rete - buoni acquisto	2.000	3%	3.925
Carburanti rete - fuel card	2.000	3%	6.705
Carta in risme	22.000	13%	12
Centrali telefoniche	15.000	53%	1.181
Ecotomografi	107.000	34%	1.040
Farmaci	3.228.000	5%	14.076
Fax	4.000	23%	38
Fotocopiatrici	26.000	39%	814
Gasolio da riscaldamento	40.000	20%	1.186
Licenze Microsoft	33.000	13%	891
Reti fonia - dati	7.000	47%	1.977
Servizi integrati app. elettromedicali	562.000	15%	4.132
Soluzioni di videocomunicazione	6.000	42%	170
Stampanti	12.000	36%	21
Telefonia fissa	281.000	8%	57.000
Telefonia mobile	26.000	82%	323
Videoproiettori	3.000	35%	166
<b>Totale</b>	<b>4.883.000</b>		<b>184.744</b>

Fonte: Consip

Conseguentemente è cresciuto il supporto alle Pubbliche Amministrazioni nella redazione della documentazione di gara al fine di evitare lunghi, e talvolta costosi, contenziosi.

In relazione al SSN si riportano in tabella 1 alcuni dati di dettaglio:

- le iniziative attive nel 2005;
- il valore della spesa complessiva del SSN relativa a tali iniziative;
- la percentuale attesa di riduzione dei costi medi unitari;
- il valore del “transato” del 2005 generato dalle aziende appartenenti al SSN.

Si segnala, come evidenziato nella tabella 1, che le strutture sanitarie si avvalgono di tutte le convenzioni offerte dal Programma.

Per quanto riguarda, invece, il livello di gradimento da parte del mondo della Sanità verso le iniziative del Programma, questo si può misurare attraverso le adesioni del SSN al Sistema delle convenzioni che risulta incrementato rispetto al 2004. La quasi totalità delle strutture è ormai da tempo registrata al Sistema delle convenzioni e ha effettuato almeno un ordine sulle convenzioni attive. Il numero complessivo di ordini, alla fine del 2005, è pari a 23.406 (rispetto a 19.504 di fine 2004). I Punti Ordinanti (PO) del SSN registrati al sistema sono 1.633, di cui 1.060 in modalità *on-line*.

### **3.3.5.2 Le iniziative sul mercato elettronico della P.A.**

Relativamente al mercato elettronico per la Pubblica Amministrazione, obiettivo del 2005 è stato il consolidamento del modello di sviluppo del mercato elettronico in un’ottica di integrazione e complementarietà con il Sistema delle convenzioni, in termini di apertura al mercato, contributo di trasparenza e supporto all’innovazione e all’efficienza della P.A.

Particolare attenzione merita la progressiva crescita del transato nel corso dell’anno, a testimonianza della maggiore diffusione dell’utilizzo dello strumento da parte delle Amministrazioni, che ha portato a superare le stime previsionali effettuate ad inizio 2005. Certamente tale risultato è stato realizzato anche attraverso la fidelizzazione dei punti ordinanti attivi con specifiche azioni di supporto continuativo e specializzato. Le attività poste in essere nel corso del 2005 hanno percorso una duplice direzione: dal lato della domanda, un sempre maggiore coinvolgimento delle Pubbliche Amministrazioni, inteso come effettivo utilizzo dello strumento, insieme ad un riequilibrio del rapporto tra le due tipologie di acquisto del mercato elettronico, ordine diretto o richiesta di acquisto, inizialmente sbilanciato a favore del primo; dal lato dei fornitori, l’ampliamento e la razionalizzazione della gamma di categorie merceologiche presenti sul mercato elettronico, necessario per assicurare alle Pubbliche Amministrazioni un set di offerta in linea con le loro aspettative ed una maggiore estensione della copertura geografica connessa ad un ampliamento del numero dei fornitori abilitati. Al 31 dicembre 2005 erano presenti sul mercato elettronico complessivamente 190.484 articoli appartenenti a 19 categorie merceologiche. Alla stessa data risultavano abilitati complessivamente 597 fornitori, con ampia partecipazione delle piccole e medie imprese locali distribuite su tutto il territorio nazionale, per un totale di 771 cataloghi (un singolo fornitore può infatti essere presente con propri cataloghi abilitandosi a più bandi).

Per l’inserimento delle categorie merceologiche all’interno del MEPA è stata valutata sia la frequenza di acquisto/livelli di spesa delle Amministrazioni sia l’adattabilità della categoria allo

strumento informatico. Sono stati altresì sperimentati i primi mercati elettronici di servizi (Igiene ambientale e Formazione).

La proficua collaborazione con le confederazioni imprenditoriali ha favorito la partecipazione delle aziende alle diverse iniziative fin dalla fase di predisposizione della documentazione (bando, capitolato, schede tecniche dei prodotti), contribuendo così alla crescita della fiducia in questo strumento.

Al 31 dicembre 2005 i Punti Ordinanti del SSN registrati al mercato elettronico erano 261. Le strutture sanitarie attive (che hanno effettuato almeno un ordine di acquisto utilizzando il MEPA nel corso del 2005) sono state 147 e hanno effettuato un numero complessivo di transazioni pari a 881, generando un “transato” di € 4.398.563 (su un complessivo di € 29,9 mil. generati dall’intera Pubblica Amministrazione). Con l’obiettivo di supportare le Amministrazioni nel loro processo di abilitazione e di utilizzo del Sistema, il ministero dell’Economia e delle Finanze ha previsto nel corso dell’anno la distribuzione gratuita di firme digitali. Sono circa 80 le strutture sanitarie che hanno richiesto e beneficiato di tale iniziativa.

### **3.3.6 Attività progettuali attraverso collaborazioni con le amministrazioni territoriali del SSN**

Le attività di consulenza in favore delle Pubbliche Amministrazioni hanno portato allo sviluppo di molteplici iniziative di collaborazione e supporto specifico per le quali la Consip è in grado di fornire competenze qualificate, volte a promuovere l’avvio di iniziative locali e di altri progetti innovativi trasversali. Tali iniziative hanno avuto come ambito di intervento la semplificazione dei processi, la razionalizzazione organizzativa e la consulenza tecnico-merceologica e di utilizzo degli strumenti di *e-procurement*, con l’obiettivo di rafforzare le relazioni con le Pubbliche Amministrazioni e di dare in tal modo un contributo significativo allo sviluppo del Programma. La selezione dei progetti da avviare è stata basata su parametri oggettivi e fortemente legati ai temi dell’innovazione e ha costituito il veicolo attraverso cui diffondere le migliori esperienze sul tema degli approvvigionamenti pubblici.

Tra le attività più importanti si possono citare quelle relative a:

- supporto per la riorganizzazione dei processi interni alle strutture sanitarie;
- assistenza merceologico-legale per studi di fattibilità su specifiche merceologie;
- supporto nella predisposizione delle documentazioni di gara, anche attraverso la costituzione di kit per merceologie specifiche;
- disponibilità della piattaforma di *e-procurement* per l’espletamento di procedure di gara telematiche.

Nel 2005 sono stati realizzati e completati 22 progetti di cui 6 specifici a favore delle strutture sanitarie. Di seguito vengono descritti due progetti ritenuti particolarmente interessanti proprio nell’ottica dell’innovazione e rivisitazione dei processi che possono portare a significativi risparmi di spesa e a maggiore efficienza nell’erogazione dei servizi ai pazienti.

#### **3.3.6.1 Riorganizzazione dei processi di logistica dei farmaci e dei beni sanitari nelle ASL/AO del Comune di Torino**

L’obiettivo del progetto (perseguito dall’AReSS – Agenzia Regionale Servizi Sanitari della Regione Piemonte) è stato quello di sviluppare uno studio a supporto di un eventuale intervento

di riorganizzazione dei processi di approvvigionamento e di magazzino dei farmaci e dei beni sanitari nelle ASL/ASO presenti nel territorio del Comune di Torino. Analogamente a quanto svolto per la ASL di Viterbo, è stata effettuata l'analisi del modello attuale ed è stato individuato un nuovo modello che propone di centralizzare i magazzini che gestiscono farmaci e materiale sanitario delle diverse strutture, affidando l'erogazione del servizio ad un operatore esterno. L'analisi costi-benefici ha previsto quattro possibili scenari come di seguito descritto.

- Il primo scenario prevede che il personale venga riallocato nelle strutture sanitarie e che la proprietà delle scorte resti in capo alle stesse.
- Il secondo scenario prevede che parte del personale venga assorbito dall'operatore esterno e in parte riallocato internamente e che la proprietà delle scorte resti in capo alle strutture sanitarie.
- Il terzo scenario prevede che il personale venga riallocato internamente e che la proprietà delle scorte vada in capo all'operatore esterno.
- Il quarto scenario prevede che parte del personale venga assorbito dall'operatore esterno e in parte riallocato internamente e che la proprietà delle scorte vada in capo all'operatore esterno. Nel modello attuale i costi annui sono pari a circa € 10 mil. Il flusso di cassa stimato dell'iniziativa evidenzia un risultato positivo, con un risparmio netto cumulato al terzo anno, che oscilla dai 4 milioni di euro dello scenario 2 (caso migliore), a € 1,2 mil. dello scenario 3 al quinto anno (caso peggiore).

### **3.3.6.2 Riorganizzazione dei processi di "risk management sanità" delle strutture sanitarie del Friuli Venezia Giulia**

Il progetto verte sull'analisi del contesto europeo e nazionale e sullo studio di fattibilità per la razionalizzazione della spesa assicurativa (RC medica) delle strutture sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia. Lo studio, oltre a definire la metodologia con la quale effettuare una tracciatura sistematica dei sinistri (e quindi dei relativi rischi), ha identificato due possibili scenari descritti nel seguito.

- Il CSC (Centro Servizi Condivisi) diviene la struttura di risk management per tutta la Regione FVG. Pur permanendo un rapporto diretto tra le aziende sanitarie e le compagnie di assicurazione, la raccolta sistematica di tutte le informazioni inerenti i rapporti assicurativi delle strutture, consente di avere un database strutturato ed una possibilità di analisi dei rischi e degli scenari a livello aggregato, che costituiscono un potere di negoziazione nei confronti del mercato assicurativo di assoluto interesse, senza contare i benefici in termini di risparmi amministrativi nel bandire un numero limitato di gare (magari anche solo una) con polizze strutturate realmente in funzione dei rischi.
- La Regione conferisce direttamente al CSC i fondi per la gestione dei rischi assicurativi, che diviene una *captive insurance company*. La *captive insurance company* è una compagnia di assicurazione (o di riassicurazione) giuridicamente uguale a qualsiasi altra compagnia, di emanazione e proprietà della struttura sanitaria utilizzata da quest'ultima per assicurare i propri rischi puri.

Il maggior fattore di razionalizzazione riguarda il patrimonio informativo relativo ai sinistri e ovviamente alle eventuali azioni per la loro minimizzazione, che consente di ricorrere alla copertura assicurativa solo dove effettivamente necessario.

## 3.4 - Rafforzare le capacità di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie

Tanese A.<sup>1</sup>

### 3.4.1 Autonomia organizzativa: a che punto siamo?

La dimensione organizzativa è stata al centro del processo di cambiamento delle aziende sanitarie in questi ultimi dieci anni. Con l'istituzione delle aziende, infatti, dotate di autonomia strategica e gestionale, è sorta la necessità di considerare la "variabile organizzativa" una leva manageriale per il cambiamento.

Le aziende sanitarie, a differenza delle USL, non sono più mere articolazioni territoriali del Sistema Sanitario Nazionale, ma vere e proprie autonomie territoriali operanti, seppur in una logica di rapporto strumentale con le Regioni, con una forte connotazione "imprenditoriale". Anche l'assetto organizzativo richiede l'adozione di logiche e strumenti di progettazione e implementazione nuovi, di tipo aziendale. Per questo ogni azienda sanitaria ha avuto la possibilità (oltre che la necessità) di progettare e modificare la propria macrostruttura, di "disegnare" l'organigramma e di adattare strutture e processi organizzativi in funzione delle proprie specifiche esigenze, senza dover far riferimento ad un unico modello e a modalità di articolazione delle funzioni predefinite.

Quali sono state le implicazioni concettuali e operative di questa condizione di autonomia organizzativa?

Innanzitutto, il passaggio da un approccio giuridico-formale all'organizzazione ad un approccio strumentale. La logica che deve ispirare le scelte organizzative, in una prospettiva aziendale, non può più essere infatti quella della mera applicazione *ex ante* di norme, principi e modelli precostituiti e validi universalmente, ma quella della ricerca continua e dell'attuazione di soluzioni organizzative coerenti con la missione e gli indirizzi strategici dell'azienda. Il Direttore Generale, in qualità di organo di governo dell'azienda, deve costantemente adattare strategia e struttura, vale a dire gli obiettivi che intende realizzare con l'assetto organizzativo interno. L'uno vincola e al tempo stesso favorisce l'altro dei due aspetti, in un rapporto di forte interdipendenza: obiettivi troppo ambiziosi possono essere non sostenibili con l'organizzazione di cui si dispone, ma al tempo stesso la capacità di innovazione organizzativa può costituire il presupposto e lo stimolo ad un rilancio strategico e al raggiungimento di più elevati livelli di performance.

Un'ulteriore implicazione del nuovo statuto di autonomia organizzativa delle aziende sanitarie è stata la "scoperta" del carattere contingente dell'organizzazione, la rinuncia alla ricerca del modello ideale, valido per i diversi contesti territoriali e le differenti tipologie di

<sup>1</sup> *Direttore amministrativo ASL Roma E. Docente di Organizzazione e marketing aziendale e di Gestione del cambiamento organizzativo presso la Facoltà di Scienze Sociali dell'Università di Chieti-Pescara.*

aziende. A partire dalla metà degli anni '90, sono stati adottati dalle aziende modelli organizzativi fortemente differenziati, anche all'interno degli stessi contesti regionali.

Un'altra implicazione è l'esigenza di flessibilità degli assetti organizzativi. Nessun modello può infatti resistere nel tempo senza evidenziare la necessità di interventi correttivi, di verifiche della reale efficacia delle soluzioni sperimentate. Molte aziende sanitarie, infatti, possiedono oggi macrostrutture organizzative di terza o quarta generazione.

Con il riconoscimento dell'autonomia organizzativa delle aziende, il Servizio Sanitario Nazionale ha rinunciato alla pretesa di un'apparente universalità e omogeneità dei modelli, di fatto smentita da reali e profonde differenze nei livelli di assistenza da Regione a Regione e da USL a USL, per riconoscere in modo esplicito la rilevanza delle persone e del loro modo di lavorare insieme nel condizionare la qualità dei servizi e, in ultima analisi, la garanzia di un servizio sanitario pubblico all'altezza delle aspettative.

Nessuno può dunque obiettare che sin dalla loro istituzione le aziende sanitarie hanno potuto disporre di ampi margini di manovra per innovare l'organizzazione.

Dal punto di vista pratico, tuttavia, ogni riforma deve essere valutata non tanto per le condizioni che crea, pur necessarie, ma per la capacità da parte degli attori chiamati in causa a dare concretezza e attuazione a scelte e interventi che modificano realmente il sistema. Nel nostro caso, ad esempio, la maggiore autonomia organizzativa e, quindi, il potere di scelta concesso ai Direttori Generali, non ha garantito di per sé l'adozione da parte delle aziende sanitarie di nuovi e più efficaci assetti organizzativi. Quest'ultima richiede l'esercizio di nuove e specifiche competenze di analisi/diagnosi organizzativa, di progettazione organizzativa e, ancor più, in quanto non facilmente delegabili, di competenze nella gestione del cambiamento organizzativo.

Incidere in termini organizzativi sulle aziende sanitarie, istituti nati dall'accorpamento (o dallo scorporo, per le aziende ospedaliere) dalle precedenti USL non è stata in questi anni un'operazione facile e indolore; i Direttori Generali infatti sono stati chiamati non già a dirigere aziende costituite *ex novo*, ma a trasformare un sistema di relazioni preesistenti, organizzazioni già fortemente caratterizzate da oltre un decennio di esistenza del SSN e, a voler guardare più a fondo, ancora segnate dalla provenienza per buona parte dai precedenti enti mutualistici ante L. n. 833/78.

Andare fino in fondo nell'esercizio dell'autonomia organizzativa richiedeva alle aziende (e ai Direttori Generali in *primis*) la capacità di colmare un deficit di conoscenza e di governo complessivo delle strutture, dei processi e delle culture organizzative presenti all'interno della sanità italiana, a partire dal livello locale.

A distanza di dieci anni dall'istituzione delle aziende, occorre recuperare il senso originario e profondo dell'autonomia organizzativa delle aziende; quest'ultima non può essere un semplice attributo, una proprietà detenuta dall'azienda in virtù del suo stato giuridico, ma deve essere considerata una delle principali leve per dare concreta attuazione alla riforma, un modo di progettare e gestire il cambiamento organizzativo all'interno dei diversi sistemi sanitari regionali.

Qual è oggi lo stato dell'arte di questo cambiamento? Quanto la condizione di autonomia organizzativa è stata esercitata ed è ostacolata o favorita dal livello regionale e nazionale? Quali sono state le principali applicazioni e quali i limiti di un processo di sviluppo organizzativo?

Analisi e ricerche condotte in questi anni confermano che la dimensione organizzativa è stata e rimane un aspetto centrale e al tempo stesso fortemente problematico del cambiamento. Nei prossimi due paragrafi cercheremo di fornire un quadro d'insieme dei principali ambiti di innovazione organizzativa praticati nel decennio 1996-2005 e, successivamente, alcune ipotesi di sviluppo che tengano conto dei rischi e delle opportunità che sembrano profilarsi in questi ultimi anni.

### 3.4.2 L'innovazione organizzativa nel decennio 1996-2005

In modo schematico, possiamo ricondurre i principali ambiti di innovazione organizzativa praticati dalle aziende sanitarie nell'ultimo decennio ai seguenti:

- la riorganizzazione in chiave dipartimentale degli ospedali;
- la ricerca di nuovi assetti organizzativi nei servizi territoriali (unicamente per le ASL);
- lo sviluppo di funzioni innovative a supporto del governo aziendale;
- la razionalizzazione delle funzioni di supporto tecnico-amministrativo.

Per ognuno di essi analizzeremo le principali tendenze organizzative e gli interventi più diffusi sul territorio nazionale.

**Tabella 1 - I principali ambiti di innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie (1996-2005)**

<b>Servizi ospedalieri</b>	Dipartimenti Reti ospedaliere infra e interaziendali Specializzazione e innovazione tecnologica Percorsi del paziente e governo clinico Area delle professioni sanitarie Integrazione ospedale-territorio
<b>Servizi territoriali</b>	Rafforzamento dei distretti Gestione della matrice "distretti-dipartimenti" Organizzazione delle cure primarie Integrazione socio-sanitaria Informatizzazione sistemi di accesso alle prestazioni Continuità assistenziale
<b>Funzioni di staff</b>	Sviluppo di nuove funzioni di supporto al governo aziendale - pianificazione, programmazione e controllo di gestione - marketing - finanza - ingegneria clinica - formazione e valutazione del personale - sviluppo organizzativo - ..... Sperimentazione di nuovi processi gestionali
<b>Servizio tecnico-amministrativi</b>	Informatizzazione e utilizzo nuove tecnologie nelle procedure Scelte tra accentramento-decentramento Esternalizzazioni Reti integrate interaziendali Centrali di acquisto

1. Per quanto riguarda il primo aspetto, è un dato acquisito che quasi tutte le aziende si sono impegnate, a partire dalla fine degli anni '90, in percorsi di "dipartimentalizzazione", soprattutto in ambito ospedaliero.

Il dipartimento, già previsto dalla cd. riforma Mariotti del 1969, ha trovato a seguito del processo di aziendalizzazione nuova linfa, in virtù dei vantaggi potenziali derivanti dall'accorpamento delle strutture, non riconducibili unicamente a una maggiore integrazione dei processi di diagnosi e cura (peraltro limitata nei dipartimenti per aree specialistiche funzionali), ma soprattutto a possibili economie di scala, all'utilizzo di risorse comuni, alla semplificazione dei processi decisionali. Attualmente, secondo le più recenti indagini, quasi tutte le aziende ospedaliere e gran parte delle aziende sanitarie locali hanno istituito i dipartimenti in ambito ospedaliero, come prevalente forma di organizzazione. Tale processo è avvenuto con tempi, modalità e soluzioni differenziate, a seconda dei criteri di aggregazione delle unità operative, della scelta tra soluzione funzionale o strutturale della forma dipartimentale, o ancora dell'accorpamento di unità operative tutte interne allo stesso presidio (secondo un modello "verticale" di dipartimento) o afferenti a presidi diversi, secondo un modello di tipo "orizzontale".

La riorganizzazione in chiave dipartimentale degli ospedali è stata caratterizzata in questi anni da alcune criticità ed evoluzioni:

- a) in primo luogo, una diffusa tendenza a considerare il dipartimento di per sé una soluzione, quindi in un certo senso imprescindibile, salvo il riscontro nel tempo di una estrema difficoltà nel trasferire la logica dipartimentale nei processi e nelle culture organizzative; di qui, come ampiamente segnalato da alcune ricerche, il rischio di definire "dipartimenti sulla carta" non supportati nella loro attuazione da adeguati processi di progettazione, implementazione e sviluppo organizzativo, spesso contrastati da logiche professionali e assetti organizzativi preesistenti;
- b) una maggiore attenzione agli aspetti strutturali e regolamentari dei dipartimenti, ma una minore attenzione alla costruzione dei processi, delle risorse e delle competenze necessari alla loro attuazione; di qui una diffusa debolezza del dipartimento come macrostruttura in grado di costituire realmente, all'interno di un'azienda sanitaria, un riferimento forte e condiviso, dall'alto e dal basso, nella programmazione delle attività, nella gestione delle risorse e nella valutazione dei risultati;
- c) il progressivo spostamento, nelle più recenti applicazioni, da modelli dipartimentali funzionali, in cui le Unità Operative aggregate condividono obiettivi ma poche risorse e il Capo Dipartimento svolge funzioni di coordinamento, a modelli più strutturali, in cui prevale la condivisione delle risorse e il ruolo gerarchico e gestionale del Capo Dipartimento; le finalità organizzativo-gestionali che sottendono il ritrovato interesse per il Dipartimento ospedaliero in questi ultimi anni richiedono di dotare chi lo dirige di maggiori poteri e di vincolare le Unità Operative che ne fanno parte ad una programmazione e gestione condivisa di obiettivi e risorse; è evidente come in questo caso sia rilevante la nomina del Capo Dipartimento, la sua legittimazione da parte della direzione aziendale, l'effettivo funzionamento degli organi dipartimentali, l'esistenza di processi strutturati di programmazione, gestione e valutazione dei risultati;
- d) un più recente orientamento, almeno a livello concettuale, a dare sempre minore

importanza al dipartimento ospedaliero come forma organizzativa e a considerarlo soprattutto come strumento di supporto al governo clinico; il tentativo, quindi, di riportare al centro dei processi di riorganizzazione aziendale la dimensione clinica e professionale.

2. Sempre con riferimento ai servizi sanitari, un secondo grande asse di riorganizzazione ha riguardato negli ultimi anni i servizi territoriali. A differenza dell'ambito ospedaliero, qui le soluzioni formali sono state fortemente eterogenee, trattandosi di servizi che all'atto dell'istituzione delle aziende presentavano assetti e gradi di maturità molto diversi sul territorio nazionale. Benché il D.Lgs. n. 229/99 abbia ribadito e rafforzato la centralità del distretto socio-sanitario non solo come luogo fisico di erogazione dei servizi ma come modello di presa in carico dei bisogni di salute della popolazione, i processi di riorganizzazione da parte delle aziende non sono stati affatto lineari e hanno dovuto fare i conti con due criticità:

- da un lato, l'esistenza all'interno delle aziende di servizi o dipartimenti territoriali (Salute Mentale, Materno-Infantile., Riabilitazione, Dipendenze, Prevenzione, ecc.) che inevitabilmente creano un'organizzazione matriciale, che incrocia la dimensione geografico-territoriale dei distretti con quella specialistico-funzionale dei singoli settori di intervento; essendo nella maggior parte dei casi molto più consolidati dei distretti dal punto di vista organizzativo e professionale, i dipartimenti costituiscono naturalmente l'asse più forte della matrice;

- dall'altro lato, il carattere più contingente e reticolare del modello distrettuale rispetto al dipartimento ospedaliero, e quindi una maggiore difficoltà nel riempirlo di contenuti; il distretto infatti, a differenza del dipartimento, non nasce dall'aggregazione di strutture preesistenti o con qualche livello di affinità, ma dalla necessità di ripensare, integrare e far lavorare diversamente servizi anche molto eterogenei, o di istituirne di nuovi; organizzare il distretto significa costruire una rete di servizi che comprende, al tempo stesso, l'organizzazione delle cure primarie, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, l'integrazione socio-sanitaria, il governo della spesa farmaceutica, ecc. Tutti ambiti difficili da pensare come "modelli" e che richiedono una grande capacità di adattamento e di progettazione ad hoc in funzione delle caratteristiche della popolazione e del territorio, del grado di sviluppo dell'offerta pubblica e privata, ma anche delle culture e dei comportamenti sanitari diffusi nella comunità.

Di qui, a differenza del contesto ospedaliero, una ricerca ancora in corso di nuovi assetti organizzativi per il territorio. A ben guardare, negli ultimi tempi, proprio in virtù della sopra richiamata centralità dei processi di governo clinico, i due ambiti di riorganizzazione – ospedale e territorio – appaiono come punti di vista diversi di uno stesso problema. Rimane tuttavia molto difficile la ricerca delle soluzioni e la pratica dell'integrazione organizzativa, laddove si moltiplicano le dimensioni da tenere in considerazione (territoriale, specialistico-funzionale, professionale) e si amplia il quadro delle relazioni e degli interessi in gioco con il coinvolgimento degli altri attori locali.

Vi è infine da sottolineare che, oltre ad una visione più integrata tra ospedale e territorio, e forse proprio in virtù di essa, i processi di riorganizzazione dei servizi sanitari negli ultimi anni hanno affiancato agli interventi sulla struttura organizzativa iniziative di ridisegno

dei processi e di costituzione di reti sanitarie. Processi e reti organizzative appaiono sempre più determinanti per uscire da una logica in un certo senso “statica” dell’organizzazione, quella che interpreta il cambiamento unicamente come diversa articolazione delle strutture e dei livelli di responsabilità (in buona sostanza, una modifica dell’organigramma). In realtà, l’azienda sanitaria opera attraverso processi assistenziali e gestionali la cui qualità ed efficienza condizionano molto più delle strutture l’esito finale, così come la stessa azienda, proprio nello svolgimento di tali processi, è sempre più chiamata a interagire e a cooperare con altri soggetti pubblici (altre aziende sanitarie, enti locali, agenzie di protezione dell’ambiente, università) e privati (erogatori accreditati, imprese e cooperative fornitrici di beni e servizi, istituti finanziari). In pratica, l’organizzazione delle aziende sanitarie è sempre meno riconducibile all’interno dei confini giuridicamente definiti per coincidere con un reticolo di relazioni interne ed esterne non facilmente né utilmente separabili.

3. Un terzo ambito di intervento nei processi di innovazione organizzativa ha riguardato il rafforzamento delle funzioni di staff alla direzione aziendale. Lo scopo di questi interventi sulla macrostruttura appare comune, indipendentemente dal fatto che si tratti di un unico staff di direzione o di staff differenziati per le tre direzioni generale, sanitaria e amministrativa: rafforzare i processi decisionali e di governo strategico dell’azienda. Sono state infatti istituite o potenziate funzioni inesistenti o molto deboli all’interno delle precedenti USL, quali ad esempio pianificazione strategica, programmazione e controllo di gestione, sviluppo organizzativo, comunicazione e relazioni con il pubblico, marketing, ingegneria clinica, valutazione e formazione del personale. Alcune ricerche hanno evidenziato la tendenza nelle aziende a strutturare e collocare queste funzioni alle dirette dipendenze della direzione e a farle evolvere rapidamente prevalentemente attraverso l’acquisizione di competenze esterne o una rapida riqualificazione di personale interno. Anche con riferimento alle funzioni di staff possiamo individuare alcune linee di tendenza comuni:

- la forte dinamicità: a differenza degli altri ambiti di innovazione, la riorganizzazione delle funzioni di staff ha seguito in questi anni una rapida e continua evoluzione; trattandosi di ruoli che richiedono un rapporto di fiducia particolare con la direzione aziendale, la loro strutturazione appare spesso provvisoria e in qualche modo precaria: uffici e funzioni in staff possono nascere e morire, veder aumentata o ridotta rapidamente la dotazione di personale, cambiare nome, responsabile e figure professionali dedicate;
- una maggiore indeterminazione nel ruolo: la struttura di staff, chiamata a svolgere funzioni in genere ad alto contenuto innovativo e che richiedono prevalentemente un investimento in capitale intellettuale e immateriale, è meno direttamente coinvolta delle funzioni di *line* nella gestione diretta dei servizi; al tempo stesso però, disponendo di conoscenze e competenze rilevanti per il governo dell’azienda, può assumere un peso e un potere rilevanti all’interno dell’azienda;
- una minore criticità organizzativa: in genere la progettazione organizzativa delle funzioni di staff richiede un minor investimento di tempo ed energie rispetto ai dipartimenti o ai distretti sanitari, in quanto trattasi di funzioni che non possiedono standard e modelli di riferimento precisi, né in genere esperienze già consolidate in azienda, che possono

costituire naturali resistenze al cambiamento.

4. Un ultimo ma non meno rilevante ambito di innovazione organizzativa è quello dei servizi tecnico-amministrativi. A differenza dei casi precedenti, gli interventi realizzati in quest'ambito non hanno riguardato tanto le strutture organizzative quanto i processi o le formule di gestione. E in particolare:

- a) la razionalizzazione e l'integrazione delle procedure, attraverso l'informatizzazione, l'applicazione delle norme sulla semplificazione amministrativa, la diffusione dell'*e-procurement* e di altre forme innovative di acquisto;
- b) le scelte di accentrimento e di decentramento delle attività, in genere finalizzate a rafforzare il governo unitario della funzione (es. centralizzazione delle gare, dei processi di amministrazione delle risorse umane, delle funzioni di archivio e protocollo, del contenzioso, della contabilità) e a decentrare la gestione operativa delle risorse (gestione del personale, monitoraggio dei consumi di beni e servizi, controlli);
- c) le scelte di esternalizzazione di attività e servizi, soprattutto per l'area tecnico patrimoniale (manutenzioni edilizia, impianti, rete informatica), i servizi alberghieri (pulizia, lavanderia, ristorazione) e la logistica (magazzini, trasporti), benché con modalità molto differenti di valutazione economica delle alternative *make or buy*, di selezione del fornitore e soprattutto di gestione del contratto e di verifica delle prestazioni erogate;
- d) più recentemente, la ricerca di forme associative o di *networking* interaziendale (gare centralizzate a livello di area vasta, costituzione di consorzi, istituzione di dipartimenti interaziendali, progetti di gestione unitaria dei magazzini, ecc.), che costituiscono indubbiamente la principale sfida all'innovazione organizzativa nei prossimi anni in questo ambito.

### **3.4.3 Limiti e prospettive di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie**

Il dinamismo che ha caratterizzato l'assetto delle aziende sanitarie in questi dieci anni è stato il segno tangibile di una assoluta rilevanza della dimensione organizzativa e una prova della condizione di autonomia in cui le aziende operano.

Occorre tuttavia interrogarsi, da un lato, sull'efficacia del cambiamento indotto da tali processi e, dall'altra, sul grado di reale autonomia in cui le aziende si trovano ad operare. L'ipotesi è che esistano elementi endogeni al Servizio Sanitario Nazionale che, a nostro avviso, possono condizionare e limitare fortemente sia l'efficacia del cambiamento che il grado di autonomia delle aziende.

Più che di limiti effettivi, si tratta di rischi potenziali, ossia di possibili derive innescate da alcune caratteristiche degli interventi di riorganizzazione in questi anni, aspetti che è bene analizzare e conoscere per evitare eventuali conseguenze negative. In funzione di questa analisi, saranno di seguito indicate alcune prospettive lungo le quali riorientare i processi di cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie (fig. 3).

1. Il primo aspetto da considerare è il rischio di una progressiva coincidenza tra Atto aziendale e assetto organizzativo. È infatti invalsa negli ultimi anni la convinzione che l'Atto aziendale sia, in buona sostanza, il documento con il quale l'azienda descrive il proprio modello organizzativo. Convinzione maturata sulla base dei casi in cui le linee guida

regionali per la redazione dell'Atto aziendale hanno esplicitamente previsto che in esso le aziende inseriscano anche la declinazione delle strutture aziendali e delle relative competenze. Vi sono peraltro molte aziende che, indipendentemente dalle direttive regionali, considerano comunque l'Atto aziendale il principale strumento di organizzazione dell'azienda.

Se da un lato è comprensibile che le Regioni vogliano favorire, attraverso l'Atto aziendale, uno sviluppo organizzativo omogeneo dei diversi contesti territoriali, questa tendenziale identificazione dell'Atto aziendale con la descrizione della struttura organizzativa è foriera di alcune possibili derive:

- innanzitutto l'irrigidimento dei processi di cambiamento della struttura, vincolati al medesimo iter previsto per l'approvazione e la modifica dell'Atto aziendale, con tempi lunghi e processi autorizzativi che sembrano in contraddizione con l'idea di autonomia e di flessibilità organizzativa che il concetto di azienda evoca;
- secondariamente, una sbagliata identificazione dell'organizzazione aziendale con l'elenco delle strutture e, di conseguenza, con le posizioni rispetto alle quali attribuire gli incarichi dirigenziali, lasciando in secondo piano tutti gli aspetti relativi ai processi, ai progetti, e ad ogni altra forma di organizzazione non connessa unicamente all'afferenza ad una precisa struttura;
- la perdita di una visione più incrementale e progressiva del cambiamento organizzativo, che dovrebbe passare attraverso l'elaborazione di un Piano, di un progetto di cambiamento piuttosto che attraverso l'elaborazione di un Atto definitivo; quest'ultimo sembra più adatto per l'esplicitazione dei principi, della missione e dell'assetto istituzionale dell'azienda, per rendere trasparenti le sue logiche di azione più che per definire nel dettaglio le specifiche soluzioni organizzative adottate;
- da ultimo, il rischio di un ritorno ad un approccio più giuridico-formale che sostanziale dell'organizzazione, in cui la forma prevale sulla sostanza e la struttura, una volta definita, appare più un vincolo alle capacità di sviluppo dell'azienda che non una variabile da modificare e adattare costantemente in relazione alle strategie perseguite e concretamente realizzate.

Una via per evitare queste possibili limitazioni consiste, a nostro avviso, nella costruzione di atti aziendali che si limitino a definire la "cornice" istituzionale e strategica entro la quale le aziende si muovono, demandando ad altri strumenti (il Piano di organizzazione, regolamenti attuativi, atti di organizzazione interna) la definizione e la gestione dei processi di cambiamento organizzativo. A tal fine è opportuno che le stesse Regioni emanino direttive e linee guida non eccessivamente vincolanti nei contenuti dell'Atto; limitando di fatto l'autonomia organizzativa delle aziende si ottiene l'effetto opposto (e perverso) di una deresponsabilizzazione delle stesse sull'esercizio di un potere discrezionale di autorizzazione.

Il Piano di organizzazione, a differenza dell'Atto aziendale, deve rappresentare il percorso di cambiamento coerente con la strategia (definita in un eventuale Piano Strategico aziendale) da realizzare in prospettiva pluriennale, con tutte le possibilità di modifica in itinere derivanti dal sopraggiungere di nuove esigenze o dalla valutazione dei risultati raggiunti (Fig. 2).

2. Un secondo limite alle prospettive di sviluppo organizzativo delle aziende è l'assoluta predominanza di interventi sulla struttura organizzativa. Troppo spesso si identifica il cambiamento organizzativo con l'atto di formalizzazione di nuove strutture (a livello sia macro che micro organizzativo): l'istituzione di dipartimenti, la modifica di strutture semplici o complesse, l'istituzione di nuove strutture di coordinamento o specialistiche. Il cambiamento organizzativo sembra insomma ridursi a soluzioni strutturali, attraverso le

**Figura 2 - Funzioni del Piano di Organizzazione**



quali tener conto di tutti i possibili criteri di aggregazione delle unità semplici. Per fare un esempio, nell'ambito dei servizi territoriali di un'azienda sanitaria possono coesistere la logica territoriale (il distretto), la logica specialistico-funzionale (i dipartimenti e i servizi) e la logica professionale (medica, degli psicologi, delle professioni sanitarie, ecc.). Spesso per soddisfare in qualche modo tutte e tre queste dimensioni l'azienda prevede la coesistenza di più strutture (il distretto, il DSM e il servizio per le professioni sanitarie) cui ad esempio un infermiere o un assistente sociale si può trovare ad afferire contemporaneamente, in termini gerarchici o funzionali. Negli ospedali, la stessa introduzione della forma dipartimentale sembra aver posto in secondo piano la ricerca di nuove soluzioni organizzative nei modelli di assistenza.

L'identificazione del cambiamento organizzativo con il cambiamento della struttura è peraltro fortemente rafforzata dai Contratti Collettivi di lavoro della dirigenza, che in qualche modo creano una correlazione molto forte tra incarichi dirigenziali e articolazione delle strutture nei diversi gradi di complessità, lasciando ben pochi spazi alla valorizzazione delle professionalità o a trattamenti economici differenziati al di fuori di un'unica e naturale progressione di carriera connessa al grado di complessità della struttura diretta. Il cambiamento organizzativo, tuttavia, non passa unicamente attraverso modifiche della struttura organizzativa, ma molto più attraverso una ridefinizione dei processi, lo sviluppo di sistemi operativi e di gestione, azioni di comunicazione, di motivazione e di coinvolgimento degli operatori.

Occorre prendere atto che un'azienda sanitaria è un'organizzazione molto complessa, caratterizzata da molteplici linee produttive e differenti criteri di differenziazione delle strutture; la "matrice" organizzativa, che incrocia differenti criteri di organizzazione, è di per sé irriducibile. Quindi, anziché cercare semplificazioni e soluzioni alla complessità intervenendo costantemente sulla riprogettazione della struttura organizzativa, occorre mettere in atto altri strumenti e processi per favorire l'integrazione (gruppi di progetto, team interfunzionali, processi interdipartimentali, ecc.).

In altri termini, la gestione del cambiamento organizzativo appare sempre molto problematica e il rischio corso dalle aziende è spesso quello di limitare il cambiamento all'atto di riorganizzazione formale. La debolezza dei piani di organizzazione e l'enfasi posta sull'Atto aziendale, di cui al punto precedente, possono ulteriormente rafforzare questa tendenza.

3. Un terzo possibile ostacolo allo sviluppo organizzativo delle aziende è la difficoltà di capitalizzare le esperienze e le competenze sviluppate negli ultimi dieci anni. Sono rari i casi in cui il processo di cambiamento organizzativo ha seguito nelle aziende un percorso lineare; molto più spesso i cambiamenti degli organi di governo, così come gli ostacoli incontrati nell'implementazione di determinati modelli, conducono a rimettere in discussione le scelte già fatte, le soluzioni sperimentate. Spesso si modifica l'assetto organizzativo dell'azienda senza aver acquisito e condiviso sufficienti elementi di valutazione dei suoi punti di forza e di debolezza. Ciò può generare una condizione di instabilità o di precarietà dell'organizzazione che non ha nulla a che vedere con la flessibilità, poiché si trasforma in incertezza. È il caso, ad esempio, di molti ospedali di piccole dimensioni che nel corso del tempo sono stati oggetto di progetti discordi, dalla chiusura alla riconversione, dal potenziamento alla cessione, senza che si affermi un progetto chiaro. O ancora, è il caso dei distretti sanitari, sempre indicati come elemento centrale per una presa in carico dei bisogni della popolazione e poi spesso sistematicamente indeboliti dall'assenza di risorse o di una progettualità ben definita.

Se i primi anni dell'aziendalizzazione sono stati indubbiamente un momento di ingresso e di confronto con nuovi modelli organizzativi, creando una condizione favorevole all'innovazione, si assiste oggi in alcune realtà ad un ripiegamento, un sentimento di "stanchezza organizzativa"; cambiano le direzioni aziendali, si succedono gli interventi di riorganizzazione, ma i nodi critici del funzionamento aziendale permangono irrisolti.

Insomma, i processi di apprendimento organizzativo, per essere tali, hanno bisogno di "istituzionalizzare" nuovi modelli, nuove *routines* organizzative, che possano sostituire schemi del passato e logiche d'azione preesistenti; nelle aziende sanitarie, invece, spesso permangono culture e comportamenti che ostacolano e resistono fortemente all'innovazione organizzativa e che riemergono più forti a seguito di cambiamenti annunciati e non realizzati.

Si rischia così di perdere un patrimonio di innovazione che pure in questi anni è stato molto ricco. Sarebbe opportuno promuovere a livello nazionale e regionale una maggiore sistematizzazione e diffusione delle conoscenze su modelli e soluzioni innovative, far circolare informazioni su sperimentazioni di successo e buone pratiche, creare attenzione intorno ad alcuni temi di rilievo (il governo clinico, l'integrazione socio-sanitaria, i processi amministrativi e gestionali, per citarne solo alcuni) per non perdere la tensione al cambiamento e

fare tesoro delle riflessioni e delle esperienze condotte a livello nazionale.

Ma anche all'interno delle singole aziende diventa indispensabile iscrivere il cambiamento in un percorso continuo e radicato nel vissuto e nella memoria dell'organizzazione, trovando il modo ad esempio di riconoscere e valorizzare le punte di eccellenza, di non rimettere in discussione soluzioni che hanno funzionato, di far crescere costantemente le conoscenze e le competenze organizzative degli operatori. L'autonomia e la pluralità di culture professionali all'interno di un'azienda sanitaria sono un potenziale ostacolo all'integrazione organizzativa; per trasformare eventuali resistenze in spinte al cambiamento non vi è altra strada che valorizzare tali professionalità nella condivisione di obiettivi strategici aziendali e nel riconoscimento delle capacità di innovazione provenienti dal basso.

Il limitato investimento sulle persone e sulle professioni è uno dei fattori di maggiore ostacolo al cambiamento e di rafforzamento dei potenziali fattori disgreganti dell'organizzazione.

4. Le riflessioni appena condotte si legano molto bene ad un altro aspetto oramai critico nei processi di cambiamento organizzativo delle aziende sanitarie, che riguarda gli strumenti e i processi di gestione del personale. È singolare come organizzazioni mediamente così grandi e complesse in termini di dotazione quanti-qualitativa di personale (basti pensare alla percentuale di personale laureato ben superiore alla media di altre aziende pubbliche e private) abbiano ancora sistemi di gestione del personale prevalentemente tradizionali e scarsamente evoluti. Non vi può essere innovazione senza una visione completamente rinnovata della dotazione di personale come patrimonio da valorizzare. Non è questa la sede per sviluppare una riflessione sugli strumenti innovativi di gestione del personale, dalla selezione alla formazione, dalla gestione dei percorsi di carriera alla valutazione. Indubbiamente la loro adozione, anche in conformità con gli spazi già previsti dall'ordinamento contrattuale, è condizione necessaria per costruire percorsi stabili di apprendimento organizzativo.

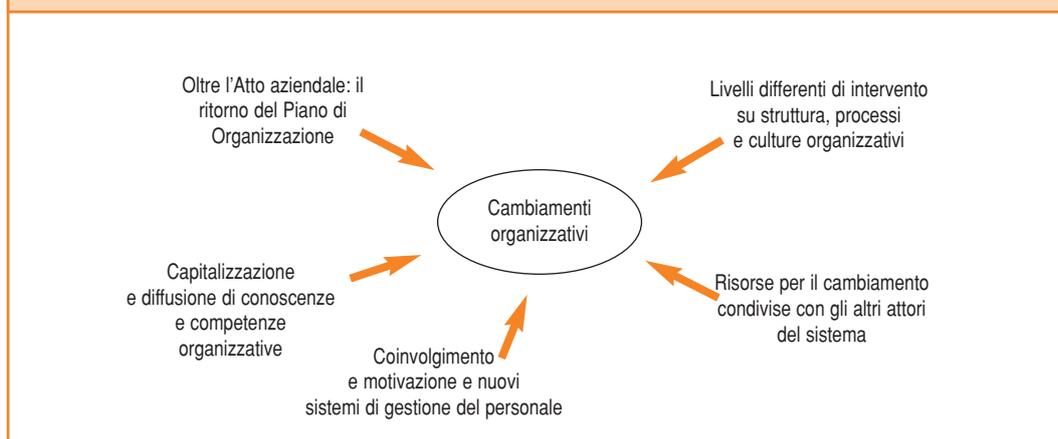
Spesso inoltre si rischia di istituire o potenziare funzioni di staff (anche con riferimento alla valutazione del personale o alla formazione) penalizzando tuttavia una crescita dei servizi di *line* cui è affidata la gestione del personale. Sottesa a queste situazioni vi è la convinzione che i servizi tecnico-amministrativi possano essere distinti tra "tradizionali" e "innovativi", garantendo ai primi una certa continuità di organizzazione e investendo più sullo sviluppo dei secondi.

Questa impostazione sottovaluta il potenziale di innovazione presente nei processi di gestione delle risorse (bilancio, acquisti, personale) e il forte carattere integrato di tali processi; se eventuali funzioni di staff (come il controllo di gestione, ad esempio, o lo sviluppo organizzativo) non generano ricadute sulla qualità delle funzioni di *line*, o si riasorbono in esse, l'azienda difficilmente potrà generare dei cambiamenti stabili e duraturi al proprio interno.

5. Un ultimo ma non meno importante aspetto riguarda le relazioni tra l'azienda e i diversi soggetti pubblici e privati con i quali è chiamata a interagire, soprattutto per quanto attiene lo sviluppo di politiche di rete nell'offerta dei servizi. In quest'ambito il rischio da evitare è quello di non tener conto della reciprocità di tali relazioni. Le aziende sanitarie sono spesso viste dai soggetti privati o come concorrenti (per l'attività di produzione) o come finanziatori (per l'attività di committenza o di acquisizione di beni e servizi), o come

autorità (per l'attività di controllo e di ispezione); in realtà se il focus dell'attenzione si sposta sui processi di innovazione organizzativa, aziende sanitarie e soggetti privati (ma anche altri soggetti pubblici) devono necessariamente diventare partner. La cooperazione deve essere vista come disponibilità a condividere risorse per il cambiamento, che non può essere a carico di un'unica parte, pena la non sostenibilità del cambiamento stesso. Erogatori privati, enti locali, farmacie, imprese, associazioni, sono tutti soggetti chiamati a svolgere sempre più un ruolo di cooperazione per lo sviluppo dei sistemi sanitari locali. Le innovazioni organizzative di maggior successo sinora realizzate poggiano proprio su un diverso rapporto dell'azienda sanitaria con la comunità locale e, più in generale, con gli altri soggetti presenti nel contesto istituzionale, economico e sociale di riferimento. Di qui l'ultima delle nostre riflessioni, che riteniamo tocchi il cuore del cambiamento, e che riguarda la capacità di costruire nuovi sistemi di *accountability* e di partecipazione a livello locale. L'azienda sanitaria non può essere considerata di per sé solo per ciò che acquista e produce, ma deve interpretare la propria missione come soggetto in grado di guidare e condividere, con la Regione in primo luogo e con gli altri attori presenti nel proprio contesto, un sistema di *governance* per la salute dei cittadini, sostenibile dal punto di vista economico e orientato al medio-lungo periodo. L'innovazione organizzativa si sposa così con l'innovazione istituzionale e sociale. Ed è forse questa la prospettiva di cambiamento alla quale fare riferimento per ripensare lo stesso concetto di autonomia organizzativa e individuare per i prossimi anni nuovi spazi d'azione per le aziende sanitarie.

**Figura 3 - Cinque prospettive d'azione per rilanciare lo sviluppo organizzativo delle aziende sanitarie**



### **Riferimenti bibliografici**

- Bergamaschi M (a cura di), "Manuale di organizzazione delle aziende sanitarie", McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Carbone C, Cattabeni L, "Analisi organizzativa dei servizi di supporto non sanitari", in Anessi Pessina E, Cantù E, Rapporto Oasi 2005, Egea, Milano, 2005.
- Cavallo C, Gerzeli S, Vendramini E, "Organizzazione e gestione delle cure primarie", McGraw-Hill, Milano, 2001.
- Cicchetti A, "La progettazione organizzativa: principi strumenti e applicazioni nel settore sanitario", Franco Angeli, Milano, 2004.
- De Pietro C, "Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche e strumenti", McGraw-Hill, Milano, 2005.
- De Pietro C, Lega F, Pinelli N, "L'indagine nazionale sul processo di aziendalizzazione: organizzazione e personale", in Anessi Pessina E, Cantù E, Rapporto Oasi 2003, Egea, Milano, 2003.
- Lega F, "Orientare all'innovazione gli ospedali: aspetti strategici, organizzativi e gestionali", in Anessi Pessina E, Cantù E, Rapporto Oasi 2003, Egea, Milano, 2003.
- Longo F, "ASL, distretto e medico di base", EGEA, Milano, 1999.
- Meneguzzo M, Roncetti L, Rossi AG, "Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete", in Rapporto Ceis Sanità 2004. Università di Roma Tor Vergata, Italtromo Esis Publishing, Roma, 2004.
- Tanese A, "Interessi in gioco, strategie degli attori e responsabilità sociale. La centralità dei sistemi locali nel governo della sanità", Mecosan, n. 57, 2006.
- Tanese A, "L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie", in Hinna L (a cura di) Management in Sanità. Scenari, metodi e casi, Aracne, Roma, 2002.

## 3.5 - La *Balanced Scorecard* tra finalità e contesti eterogenei nel confronto tra alcune esperienze internazionali

Ferrari D.<sup>1</sup>, Greco S.<sup>2</sup>, Merlini L.<sup>3</sup>

### 3.5.1 Introduzione

Il presente contributo si propone di illustrare le principali leve di azione a cui si sono ispirati alcuni progetti d'introduzione della *Balanced Scorecard* (BSC) a livello internazionale<sup>4</sup>. Più che mirare alla completezza ed esaustività nella descrizione delle esperienze selezionate, è esplicita intenzione degli autori di focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti peculiari e distintivi di tre realtà in cui la BSC ha trovato terreno fertile per un'applicazione sistematica: l'Ente Ospedaliero Cantonale (Svizzera), l'*Agència Valenciana de Salut* (Spagna) e il *Vinzenz-Gruppe* (Austria).

Il filo conduttore che s'intende far risultare dalla trattazione è il dato di fatto che l'applicazione nelle aziende sanitarie del modello di Kaplan e Norton risulta lontana dal modello teorico e che la pluralità di sistemi di BSC esistenti dipende in larga misura da almeno due rilevanti sfere di eterogeneità:

- eterogeneità del tipo di azienda sanitaria in cui la BSC viene applicata (azienda ospedaliera pubblica, rete di strutture sanitarie, azienda ospedaliera privata, azienda sanitaria locale, ecc.);
- eterogeneità delle aspettative rispetto allo strumento BSC (strumento di controllo strategico, strumento di comunicazione, strumento per la definizione e la distribuzione di incentivi, strumento di sintesi del sistema informativo, ecc.).

### 3.5.2 Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera Italiana

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) nasce nel 1982 per riunire sotto un'unica direzione strategica gli ospedali pubblici del Canton Ticino. La creazione di questa azienda con personalità propria di diritto pubblico ha permesso di conseguire, nel corso degli anni, importanti risultati in termini di efficienza nell'utilizzo delle risorse, di efficacia terapeutica e di coordinamento dell'offerta di prestazioni. D'altro canto la gestione di un ospedale mul-

<sup>1</sup> Università della Svizzera italiana e Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana.

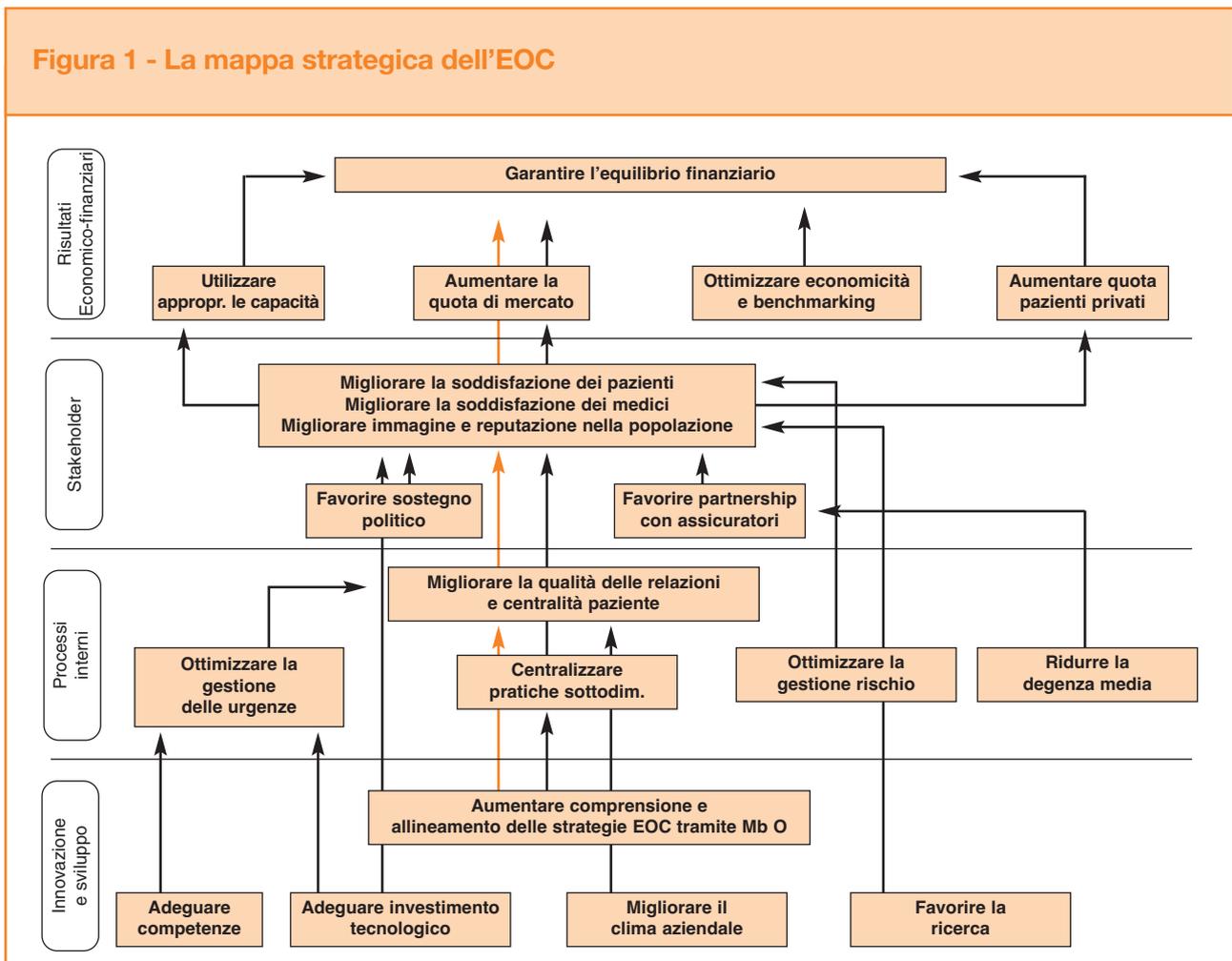
<sup>2</sup> Università della Svizzera italiana, Ospedale Regionale La Carità di Locarno e Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione di Brissago.

<sup>3</sup> Università della Svizzera italiana e Ospedale Regionale La Carità di Locarno.

<sup>4</sup> Le informazioni contenute in questo contributo prendono spunto dalle relazioni svolte nell'ambito dell'atelier *Balanced Scorecard* organizzato dall'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), svoltosi a Lugano, presso l'Università della Svizzera Italiana, il 2 giugno 2006.

tisito (7 istituti acuto-somatici, 1 clinica di riabilitazione, per un totale di circa 1.000 posti letto, 36.000 pazienti e 320.000 ricoveri all'anno) impone un impegno importante della direzione generale in termini non solo di definizione delle strategie, ma soprattutto di comunicazione delle stesse a tutti i collaboratori e di monitoraggio continuo del raggiungimento degli obiettivi strategici (controllo strategico). In tal senso, l'implementazione di una mappa strategica (Figura 1) e di una BSC hanno dato all'EOC la possibilità di tradurre la strategia in un sistema semplice di indicatori e di conseguire un allineamento delle prestazioni individuali e di gruppo alla strategia stessa. Quest'ultimo proposito è alla base di un sistema incentivante, secondo il quale una parte della retribuzione della dirigenza risulta legata al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e di gruppo secondo la BSC, che si propone così come vera e propria piattaforma di negoziazione nell'ambito del sistema di *Management by Objectives*<sup>5</sup>.

Figura 1 - La mappa strategica dell'EOC



<sup>2</sup> Maggiori dettagli, sia sul modello di negoziazione che sulle modalità di attuazione della BSC all'interno dell'EOC, sono contenuti in Greco et al., 2005.

Relativamente alle modalità di implementazione, va notato come la BSC sia stata dapprima introdotta, nel 2002, presso un ospedale pilota (nella fattispecie l'Ospedale Regionale di Locarno "La Carità") al fine di testarne la validità, per poi essere estesa, su impulso della Direzione Generale, alle altre sedi dell'ospedale multisito.

Ciò testimonia come la Direzione dell'EOC sia ben lungi dal sovrastimare la portata strategica della BSC, che si rivela in grado di illustrare la strategia aziendale in modo più sistematico ma non ha certamente condotto ad un ripensamento sostanziale di un processo di definizione della strategia consolidato da anni, tanto più che i rischi costituiti da una possibile mancanza di coerenza dei legami di causa-effetto tra le diverse aree chiave di obiettivi e la quantificazione sempre difficoltosa degli indicatori di carattere non finanziario possono in ogni momento intaccare la logica sottesa al modello di BSC definito dall'azienda.

### **3.5.3 Agència Valenciana de Salut**

Rispetto al caso precedente, concernente un ospedale multisito, con l'*Agència Valenciana de Salut (AVS)* il punto di vista diventa quello di un intero sistema sanitario territoriale, avvicinandosi in larga misura a quello tipico di un Sistema Sanitario Regionale italiano. Il territorio coperto dall'AVS, creata nel 2003, comprende 21 dipartimenti sanitari, laddove l'AVS stabilisce le politiche sanitarie da porre in essere e offre l'inquadramento istituzionale necessario ai dipartimenti, a cui vengono assegnate le risorse per l'organizzazione dei processi assistenziali. Ciascun dipartimento – che può essere parzialmente assimilato ad un'Azienda Sanitaria Locale italiana – dispone di una propria compagine di direzione, la quale gestisce l'insieme delle risorse, organizza le prestazioni e coordina i professionisti. A livello di prestazioni erogate, nel territorio di competenza dell'AVS operano circa 45.000 unità di personale a tempo pieno, che garantiscono la gestione di circa 400.000 ricoveri all'anno e oltre 50 mil. di "consultazioni" nell'assistenza primaria.

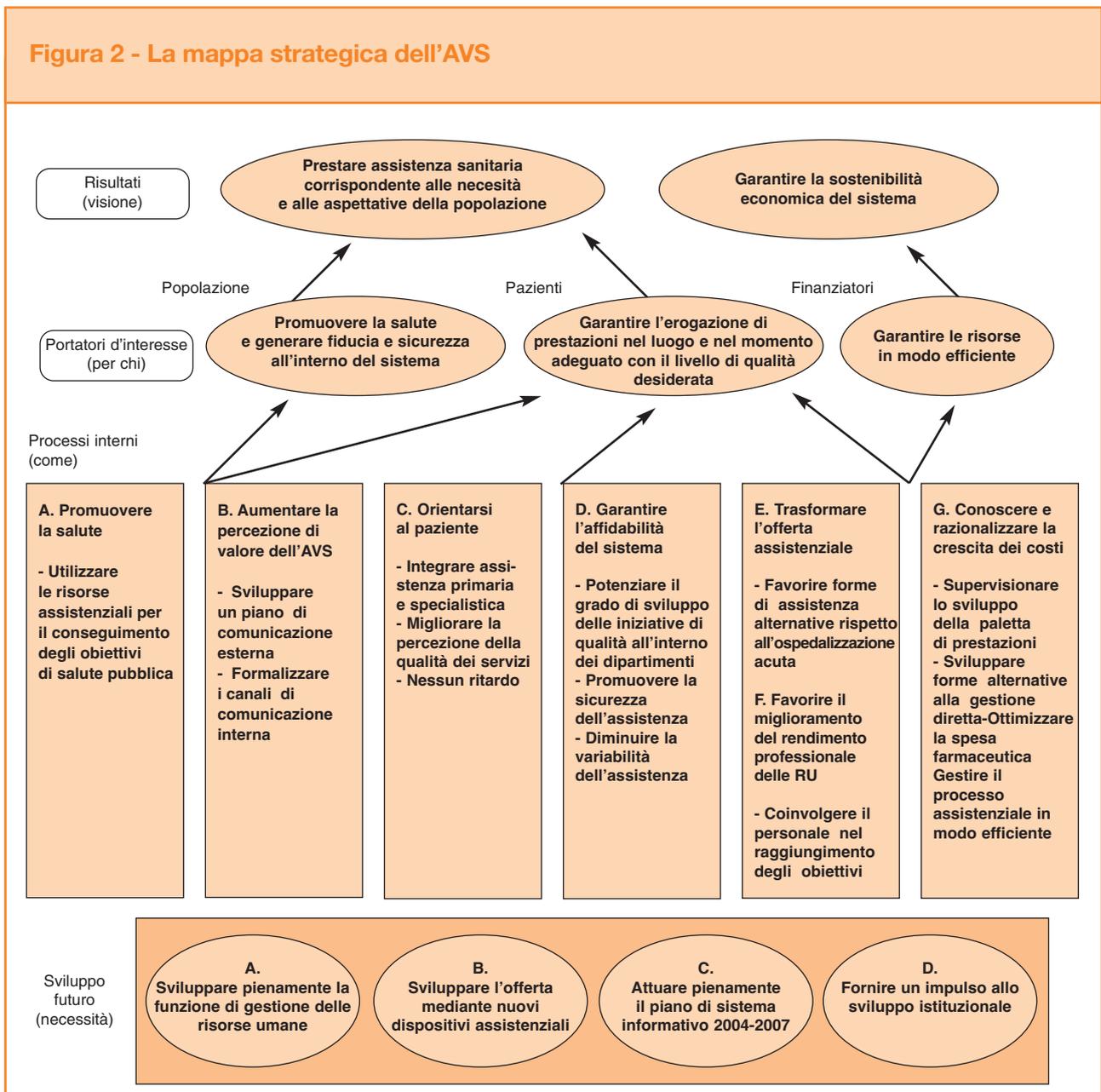
Rispetto all'impiego della BSC, occorre innanzitutto evidenziare come il piano strategico sia stato impostato proprio secondo questa logica. La Figura 2 mostra la mappa strategica dell'AVS, dalla quale risulta evidente l'ispirazione all'approccio BSC, dal momento che vengono evidenziati i risultati attesi, i portatori d'interesse, le leve di azione a livello di processi interni e i *driver* dello sviluppo futuro.

Come si può constatare, il modello di BSC si articola in 4 prospettive, 3 portatori d'interesse con le relative proposte di valore, 7 linee d'intervento e 4 tematiche di sviluppo futuro. In totale risultano 24 obiettivi strategici, rispetto ai quali sono stati definiti 43 indicatori.

In particolare, è interessante notare come la tradizionale prospettiva economico-finanziaria sia stata denominata, in modo più ampio, prospettiva dei risultati, vista la necessità di esplicitare che l'obiettivo primario dell'AVS è costituito dal fornire un'assistenza sanitaria corrispondente alle aspettative della popolazione, tenendo sotto controllo la sostenibilità economica dell'intero sistema sanitario di riferimento.

Una scelta di fondo dell'AVS nella configurazione del modello di BSC è stata inoltre quella di conferire alla prospettiva dei processi interni un'articolazione estremamente dettagliata in termini di aree chiave di performance (ne sono state identificate ben 15), al fine di rappresentare compiutamente le numerose leve di azione su cui l'AVS intende agire.

Figura 2 - La mappa strategica dell'AVS



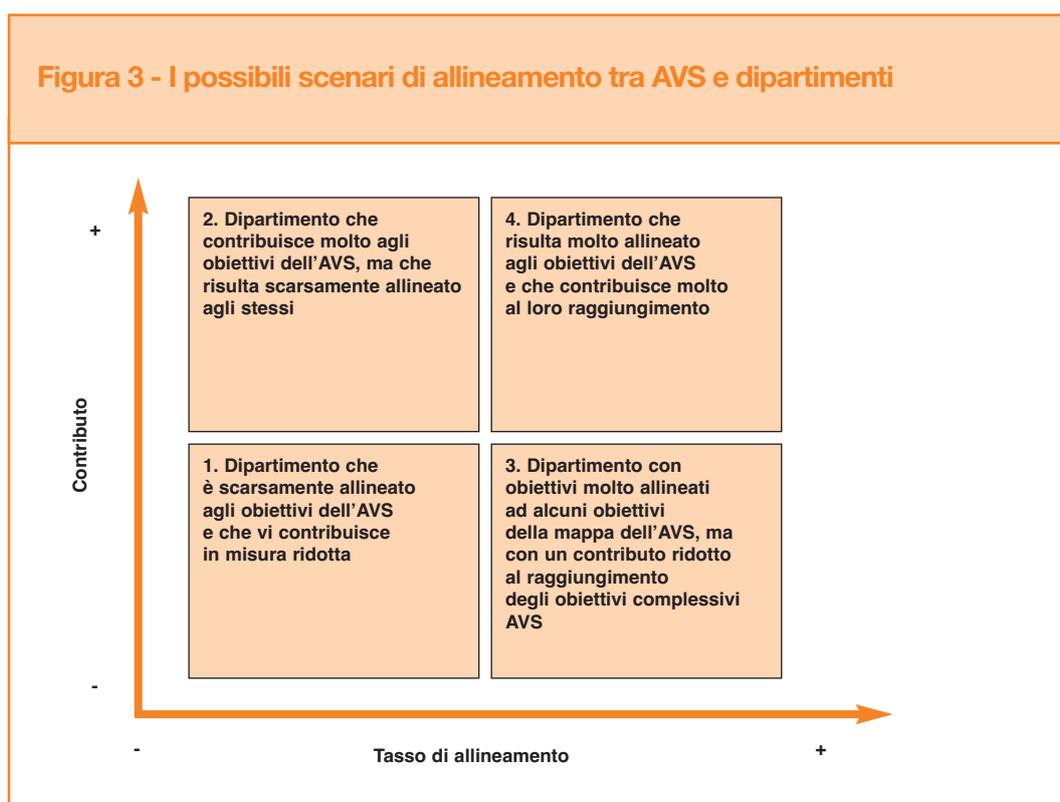
Un aspetto peculiare del sistema di BSC dell'AVS è il ruolo da esso ricoperto nel perseguire un'ottimizzazione dell'allineamento strategico tra il livello *corporate* e i singoli dipartimenti. La mappa strategica dell'intera organizzazione (che può essere considerata, appunto, come una mappa strategica *corporate*) si trova infatti a svolgere una funzione di riferimento rispetto all'azione dei singoli dipartimenti. Il rischio è in effetti quello che i piani strategici territoriali di dipartimento possano divergere dal piano d'insieme dell'intera organizzazione.

Al fine di analizzare la coerenza dei 21 piani territoriali con il piano strategico *corporate*

vengono utilizzati due criteri:

- il contributo (cioè se un dipartimento contribuisce direttamente o meno al raggiungimento di un obiettivo *corporate*);
- il tasso di allineamento (cioè la percentuale di obiettivi di ciascun dipartimento che hanno un legame diretto con un obiettivo *corporate*).

Risulta così la tassonomia di situazioni illustrata nella matrice della Figura 3, dove i due estremi sono rappresentati dal quadrante 1 (situazione peggiore) e dal quadrante 4 (situazione ideale). Inoltre, la situazione del quadrante 2 (contributo elevato e tasso di allinea-



mento ridotto) potrebbe essere legata alla presenza di un numero eccessivamente alto di obiettivi di dipartimento, mentre quella del quadrante 3 può derivare dal fatto che gli obiettivi per i quali si constata l'allineamento risultano troppo micro per generare un impatto significativo sugli obiettivi complessivi dell'AVS.

Degne di nota sono pure le tre iniziative complementari messe in atto dall'AVS per supportare la gestione della BSC, che si rivela estremamente articolata proprio a seguito dell'ampiezza ed eterogeneità del territorio da monitorare. Esse sono:

- un ufficio di progetto, il cui ruolo è quello di controllare e assicurare l'esecuzione delle azioni, rendere affidabili i processi e accompagnare le *équipe* qualora si rivelasse necessario;
- l'integrazione della BSC con altri strumenti quali il contratto di programma dei diparti-

menti (in cui sono definiti gli obiettivi attribuiti a questi ultimi e le relative modalità di finanziamento) e il sistema di definizione dei percorsi professionali e della remunerazione variabile;

- la creazione di una comunità virtuale per le compagini di direzione, destinata a favorire la professionalizzazione della gestione, la comunicazione orizzontale e l'apprendimento.

### 3.5.4 Vinzenz-Gruppe

Il *Vinzenz-Gruppe* (VG) è un gruppo di cliniche private afferente ad un ordine religioso (l'Ordine di San Vincenzo, appunto) leader di mercato in Austria e comprendente 6 ospedali di cure acute, per un totale di 2.100 letti e di 6.000 collaboratori circa. La struttura è quella tipica di un gruppo di aziende, dove presso la capofila (*holding*) sono ospitati una serie di servizi centralizzati. Le prestazioni erogate negli ospedali VG sono da considerarsi di eccellenza rispetto allo *standard* dell'assistenza ospedaliera austriaca, con un ampio ventaglio di specialità offerte, mentre i fattori che distinguono il VG agli occhi dei loro pazienti/clienti (cioè le *Unique Selling Proposition*) sono la qualità e personalizzazione delle cure, il clima piacevole di soggiorno per i pazienti e l'efficienza in termini di costi. L'introduzione della BSC si inserisce in un contesto di cambiamento strategico volto ad ottenere un riposizionamento sul mercato mediante:

- la ridefinizione del portafoglio di attività (in termini sia di coerenza che di efficacia);
- un rafforzamento dell'influenza sul piano politico-istituzionale;
- l'acquisizione di nuove strutture;
- la definizione di nuovi partenariati strategici.

Il modello di BSC del VG è impostato su 5 prospettive, denominate rispettivamente:

- asse delle posizioni strategiche di successo;
- asse finanziario;
- asse clienti e mercati;
- asse interno;
- asse dell'apprendimento e sviluppo.

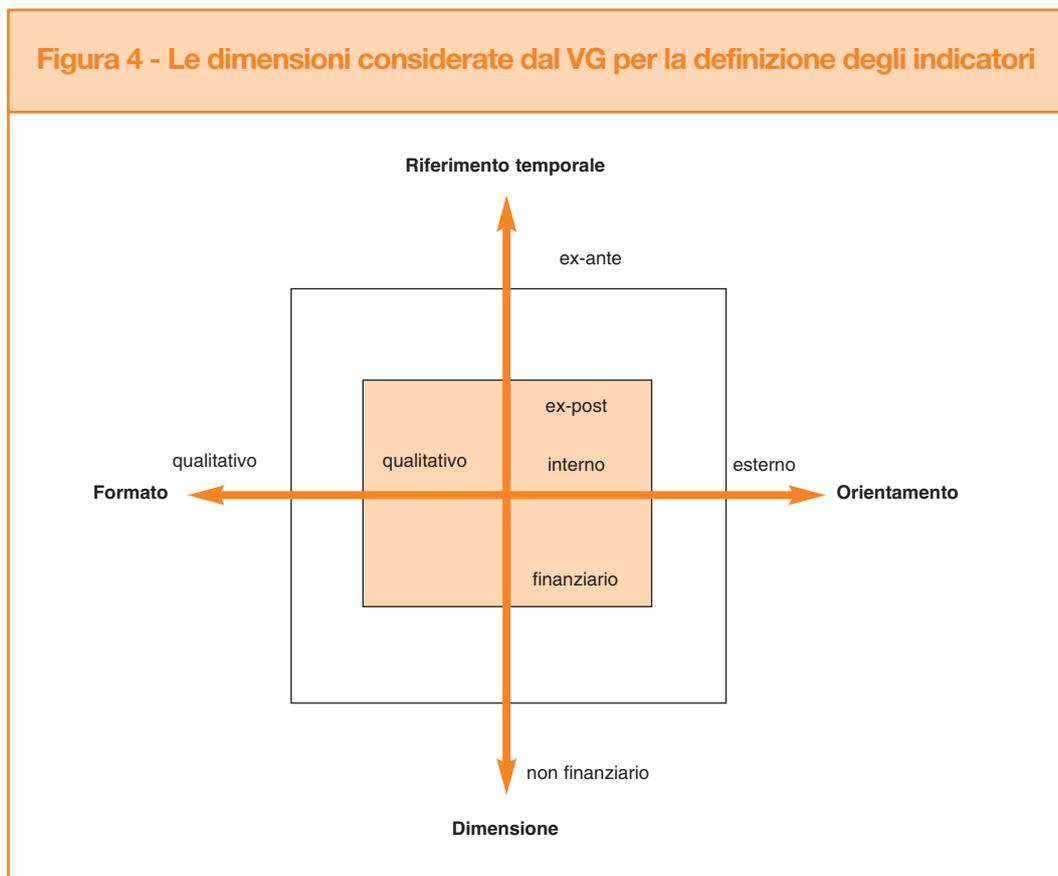
Rispetto ai due casi analizzati in precedenza, va segnalata la rilevanza attribuita all'asse finanziario, giustificata dal carattere privato dell'assetto proprietario.

Di particolare interesse è inoltre l'approccio adottato dal VG per la definizione degli indicatori, che è articolato secondo le 4 dimensioni illustrate nella Figura 4.

In sintesi è possibile affermare che il VG ha raggiunto, anche e soprattutto grazie all'opera di chiarificazione delle linee strategiche future svoltesi al momento dell'introduzione della BSC, i seguenti risultati:

- una *vision* condivisa (tra Consiglio, Direzione e Ordine religioso);
- delle *mission* ridefinite in funzione delle masse critiche;
- una definizione esauriente delle priorità e dei progetti da realizzare;
- un *business plan* per la *holding* e per ogni ospedale del Gruppo;
- l'identificazione di alcuni ospedali e cliniche da acquistare;
- un maggiore orientamento alla performance della cultura aziendale, che resta comunque di impronta cristiana;
- un allineamento della struttura organizzativa alle nuove strategie (ad esempio tramite

**Figura 4 - Le dimensioni considerate dal VG per la definizione degli indicatori**



una revisione dell'assetto del Consiglio di amministrazione);

- un ancoraggio politico nettamente migliore, sia a livello locale che a livello regionale e nazionale.

### **3.5.5 Conclusioni**

Dall'analisi delle realtà presentate appare evidente come nelle aziende sanitarie non si possa parlare, almeno per ora, di un'implementazione della BSC secondo il modello definito da Kaplan e Norton, ma piuttosto di una pluralità di modelli frutto della diversa modalità di approccio al tema. La distanza dal modello ideale dipende, a nostro parere, da una serie di fattori di criticità che possono essere letti in relazione al contesto e in chiave aziendale.

L'elemento della multidimensionalità sembra essere una discriminante forte nel rapporto pubblico-privato: nel privato, infatti, vi è una tendenza alla divisione delle 4 prospettive, finalizzata alla migliore comprensione delle determinanti del profitto; ciò non si ha nel pubblico dove, invece, il risultato economico è considerato come fine parziale e non esaustivo, accanto al quale deve porsi anche il perseguimento di finalità non economiche, che la BSC dovrebbe perlomeno esplicitare. Individuando nel risultato economico una condizione necessaria ma non sufficiente per le aziende sanitarie, emerge, dunque, una complessità del contesto che incentiva l'utilizzo di strumenti, come la BSC, i quali,

laddove ben consolidati, dovrebbero aiutare a ridurre la complessità stessa. Peraltro, l'elemento della multidimensionalità sottende anche una diversità di analisi delle prospettive che, mentre nel settore privato si focalizza maggiormente sull'aspetto economico, nel pubblico, invece, comporta un costante parallelismo tra la prospettiva economica e quella del cliente-paziente. Da ciò deriva un'ulteriore diversità rispetto alla tensione economica, che è evidentemente meno accentuata nelle organizzazioni pubbliche e comunque solo in parte discriminante per le scelte di politica sanitaria.

Un elemento che sancisce la distanza tra il modello ideale e i casi illustrati riguarda poi la peculiarità delle organizzazioni sanitarie che, trattandosi di organizzazioni professionali per eccellenza, convivono costantemente con il problema della condivisione tra le diverse categorie di professionisti attivi all'interno delle stesse: la BSC dovrebbe di conseguenza, nelle realtà sanitarie, riuscire a far dialogare, coinvolgere e collaborare il *management* con i professionisti, e ciò in quanto la difficoltà di rintracciare dei nessi causali tra la prospettiva economica e quella del cliente potrebbe essere risolta laddove tali nessi venissero garantiti nel rapporto tra i soggetti (*manager* e medici) che, con il loro operare, influenzano tali prospettive. In questo modo l'organizzazione riuscirebbe, infatti, a beneficiare maggiormente dei legami che vengono ad instaurarsi tra le persone rispetto a quelli sanciti in modo deterministico e quantitativo.

Da ciò risulta una configurazione della BSC nelle organizzazioni sanitarie più come mezzo di comunicazione che come strumento gestionale.

Infine, rispetto al modello tracciato per le imprese, nelle aziende sanitarie è presente, in qualche caso, un *deficit* di strumenti e competenze adeguate a supportare lo sviluppo della BSC e, in altri, un sovraccarico di obiettivi e risultati ad essa legati: tale disomogeneità può essere un freno alla realizzazione di processi imitativi, che invece potrebbero aversi tra aziende operanti nello stesso contesto.

### Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2006), "Atti dell'atelier Balanced Scorecard" organizzato dall'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), Lugano, 2 giugno 2006.
- Baraldi S. (2005), "Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie", McGraw-Hill, Milano.
- Greco A, Luchessa G, Maggini C e Merlini L. (2005), "Ente Ospedaliero Cantonale della Svizzera Italiana", in Baraldi S, Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, Milano.
- Kaplan RS, Norton DP (2001), "The strategy focused organization", Harvard Business School Press, Boston.

## 3.6 - Le relazioni tra *Balanced Scorecard* e *Activity Based Costing*

Frittoli G.<sup>1</sup>, Granzotto S.<sup>2</sup>

### 3.6.1 La *Balanced Scorecard* e l'*Activity Based Costing*

Durante la metà degli anni Ottanta si sviluppava la critica ai sistemi di *management accounting* e si evidenziava la loro “rilevanza perduta” rispetto alle necessità reali del *management*<sup>3</sup>. Le necessità informative per il controllo direzionale si sono negli ultimi venti anni significativamente modificate. Tra gli elementi che più hanno influenzato tali bisogni (soddisfacendoli e alimentandoli) vi è lo sviluppo delle tecnologie informatiche. Con l’evoluzione delle possibilità di raccolta e di fruizione tempestiva delle informazioni si sono sviluppati i bisogni informativi e di controllo. La crisi dei sistemi di misurazione ha stimolato sperimentazioni e nuove procedure di contabilità direzionale che si adeguassero ai cambiamenti tecnologici e alle nuove “filosofie” gestionali (*total quality management, just in time, reengineering,...*). Le esperienze più significative riguardano le varie tecniche di *cost management*, i sistemi *activity based*<sup>4</sup> e, relativamente al controllo direzionale, si è diffuso lo *Strategic* o *Advanced Management Accounting* (SMA o AMA), che in Italia si è definito come Contabilità Direzionale Integrata (CDI)<sup>5</sup>. In questo articolo, cercheremo di illustrare le possibili relazioni tra due di queste metodologie: la *Balanced Scorecard* (BSC) e l'*Activity Based Costing* (ABC), evidenziandone le connessioni e presentando l’opportunità di un loro utilizzo complementare. Sottolineeremo il loro utilizzo in sanità tralasciando la descrizione delle due metodologie, che rimandiamo alla bibliografia allegata<sup>6</sup>. Kaplan<sup>7</sup>, alla specifica doman-

<sup>1</sup> Ce.Ri.S.Ma.S. Centro di ricerche e studi in management sanitario.

<sup>2</sup> Direttore Amministrativo Fondazione Sospiro.

<sup>3</sup> Johnson e Kaplan (1987).

<sup>4</sup> Per il “*cost management*” vogliamo riferirci al *target costing, kaizen costing, life cycle costing*, mentre per i sistemi “*activity based*” intendiamo: *ABM activity base management, ABC activity based costing, ABB activity based budgeting*.

<sup>5</sup> Esiste una vasta bibliografia sull’argomento. Per approfondimenti sulle soluzioni più innovative si rimanda a due manuali, due “classici” del *management accounting* nelle loro edizioni italiane: il primo Kaplan RS, Atkinson AA (2000) tradotto e arricchito da Alberto Bubbio e Carmine Bianchi; il secondo di Horngren CT, Foster G, Datar SM (1997) tradotto da Santesso e Cinquini che propone una vasta e sistematica panoramica delle attività di *cost management* e controllo direzionale.

<sup>6</sup> Si segnalano in particolare quali opere generali sul *performance management*: Cooper e Kaplan (1988 e 1991), Adkins (2006), Simons (2000, 2005); mentre per l’ABC e ABM: Brimson e Antos (1994), Bubbio (2001), Casati e Vichi (2002) e Cooper (2005); infine per la BSC, oltre ovviamente ai libri di Kaplan e Norton (1992, 1996, 2001 e 2003) si suggerisce Baraldi (2005) la più completa analisi sia della metodologia, sia della sua applicazione in sanità.

<sup>7</sup> Kaplan e Norton (1992, 1996, 2001 e 2003) sono gli ideatori della metodologia BSC.

da sulla natura del rapporto fra BSC e ABC, ha risposto definendo le metodologie “complementari”. Per le aziende sanitarie la relazione tra BSC e ABC assume rilevanza proprio per le caratteristiche dei servizi offerti. Come evidenziato da Kaplan l’ABC, come sistema di controllo dei costi, non può misurare il valore del servizio erogato agli utenti, in quanto «Il sistema di ABC identifica i driver del costo di un’organizzazione e le iniziative che può prendere per ridurre i costi, pur continuando a offrire al cliente lo stesso valore. Invece la BSC identifica i driver del valore della strategia di un’organizzazione e un nuovo sistema di *management* per allineare l’organizzazione alla strategia»<sup>8</sup>. L’ABC viene vista come una “applicazione analitica” in grado di «misurare al meglio il valore economico per l’azionista e il *management* dei rapporti con il cliente». Quindi i due sistemi, ABC e BSC, «si integrano bene»<sup>9</sup>. È opinione diffusa che l’*Activity Based Management* (ABM) sia strumento fondamentale a servizio della BSC, quasi una pre-condizione per il suo successo. La performance di processo che finisce per influire sui risultati finali dell’azienda trova nell’ABM un potente mezzo di analisi. L’ABC è uno dei costituenti fondamentali dell’ABM, ma può essere applicato anche autonomamente. ABC e ABM hanno due prospettive differenti:

1) L’ABC analizza quali attività producono valore, allocando i costi in base a driver il più possibile correlati all’attività svolta; ha quindi una propria utilità come strumento di supporto nella definizione delle strategie di medio termine.

2) Anche L’ABM promuove l’ottimizzazione dell’uso delle risorse senza compromettere la qualità dei servizi erogati, ma si pone in un’ottica diversa: identificare le cause che generano i costi, ossia il “come” questi costi vengono generati e quindi come possono essere ridotti. In un certo senso, l’ABM risponde alla “domanda successiva” di un’analisi ABC (che identifica i driver di costo, senza interrogarsi sul perché i processi siano proprio quelli e se siano migliorabili). In questo senso, possiamo definire la prospettiva dell’ABM come operativa, e quella dell’ABC come strategica. L’approccio *Critical Success Factors* (CSF) rappresenta l’aspetto di collegamento tra BSC e ABM. È dall’individuazione delle variabili necessarie per poter gestire efficacemente che deriva conseguentemente la focalizzazione sulle attività ad esse correlate, suggerendo in tal modo il livello di analiticità del sistema contabile a supporto<sup>10</sup>. Il sistema di controllo si trasforma in *strategic cost management*. È plausibile pensare che l’analisi possa abbracciare logiche di valutazione del valore della prestazione erogata. La difficoltà è nella misurazione: a fronte di un prodotto/servizio, le singole attività analitiche che lo compongono lungo la catena del valore possono essere molto numerose ed è necessario individuare i parametri che consentano le opportune valu-

<sup>8</sup> Kaplan e Norton (2001) pp 372.

<sup>9</sup> Kaplan e Norton (2001), pp 324.

<sup>10</sup> È indispensabile dotarsi di un adeguato sistema informativo orizzontale, ovvero interfunzionale, tale da evidenziare i dati chiave relativi a tutte le attività esaminate. È altrettanto importante “visualizzare”, “mappare” le interconnessioni tra le attività analizzando tutti gli aspetti, interni ed esterni all’azienda che possono avere un peso sul risultato del processo. In questo modo risulta evidente il rapporto tra il sistema di contabilità e le valutazioni di carattere strategico cui si richiamano i CSF.

tazioni. Indici di pertinenza e qualità potrebbero essere una soluzione soddisfacente<sup>11</sup>. Ovviamente la valorizzazione economica di queste valutazioni può avvenire solo se si adotta un sistema di ABM.

### 3.6.1.1 L'applicazione dell'ABC nelle aziende sanitarie

Secondo le dottrine manageriali lo strumento dell'ABC è indicato soprattutto in contesti di forte competitività e/o di attenzione sul costo del prodotto (competizione sui prezzi). Il settore sanitario (se pensiamo alla situazione italiana, segnatamente per le aziende pubbliche) non sembra avere le suddette caratteristiche. Quindi, perché applicarlo?

1. Perché si focalizza sui processi. L'implementazione di un sistema di *accounting* basato sull'ABC richiede un approfondito studio dei processi. Per allocare correttamente gli *overhead* impiegati per la produzione/realizzazione di un determinato prodotto/servizio è necessario stimare i tempi di impiego delle risorse coinvolte, tradotti poi in valori economici. L'analisi dei tempi comporta necessariamente lo studio dei processi di produzione/erogazione.

2. Perché più vicino al modo di pensare dei clinici. Una analisi, che entra nel merito dell'utilizzo delle risorse (servizi diagnostico-terapeutici, servizi sanitari di supporto, ...) è più prossima all'operatività del personale sanitario. Utilizzare la metodologia ABC per una struttura di ricovero e cura significa orientarsi al trattamento diagnostico terapeutico da valutare in modo trasversale in tutti i passaggi<sup>12</sup>.

L'ABC può supportare il *management* analizzando le attività svolte sotto diverse prospettive. Se, ad esempio, è prioritario analizzare la produttività o l'efficienza di un servizio, i *cost objects* sotto esame sarebbero le linee di servizio, mentre se sono sotto esame determinate patologie o tipologie a pazienti, i *cost object* saranno queste ultime. In tal senso, vediamo come l'ABC sia efficace come strumento di supporto decisionale in quanto identifica i processi che creano valore e consente di ottimizzare i processi, in un'ottica di miglioramento continuo. Una delle difficoltà dei sistemi di *accounting* tradizionali per le aziende sanitarie è nella valorizzazione dei servizi sani-

<sup>11</sup> Il grado di pertinenza è dato dall'esistenza di un'ineffettiva domanda di un'attività, il cui rapporto qualità/prezzo sia competitivo rispetto a soluzioni alternative atte a soddisfare lo stesso bisogno. Al di fuori di questa categoria le attività possono dividersi in obbligatorie, poiché imposte da normative, ad esempio, oppure possono essere espressione di scelte o politiche aziendali deliberate. La qualità è la seconda condizione per cui un'attività possa creare valore, e fa riferimento alla appropriatezza, alla tempestività, e tutte le condizioni complementari a quelle che determinano il livello di pertinenza.

<sup>12</sup> Una delle modalità per massimizzare l'efficacia dell'ABC nel contesto sanitario è rapportare il numero massimo di attività (ovvero: allocare quanti più costi) direttamente al paziente. L'ABC dimostra la sua efficacia soprattutto in contesti di multi-prodotto/multiservizio. Nel contesto sanitario, significa identificare e classificare la casistica trattata per raggruppamenti omogenei e considerare questi raggruppamenti (es. per famiglia di patologie) come i servizi forniti dalla struttura. In tal modo, il management avrà risposte sulla redditività della casistica (confronto tra costi effettivi e remunerazione DRG) e sulla qualità dei processi di diagnosi e cura (evidenza delle attività a valore aggiunto).

tari di supporto<sup>13</sup>. Proprio questo è uno dei motivi principali per cui l'ABC può essere utile nel settore sanitario e può bene integrarsi con la BSC. Per il *management* sanitario è più efficace una chiave di lettura che non si focalizzi sul centro di costo o di responsabilità, ma sulle attività svolte (casi trattati, richieste ai servizi diagnostico-terapeutici, procedure e interventi, consulenze): per usare un termine organizzativo, "sui processi"; per usare un linguaggio clinico, "sui pazienti".

### 3.6.2 L'applicazione della BSC nelle aziende sanitarie straniere

La BSC in sanità, nell'analisi delle esperienze straniere, risulta estesamente conosciuta, diffusa e applicata: non «un modello teorico, bensì una soluzione concretamente praticabile»<sup>14</sup>. Nell'esperienza italiana l'unica indagine disponibile è quella realizzata dal Ce.Ri.S.Ma.S., che evidenzia come la BSC sia ancora poco conosciuta e le aziende "pioniere" siano «attualmente impegnate nelle prime fasi di sviluppo dei progetti»<sup>15</sup>. Le esperienze avviate in questi anni vedono soprattutto impegnate le aziende del centro-nord. Il processo di diffusione in azienda di tale metodologia richiede alcuni anni di lavoro e la costante legittimazione dei vertici aziendali. Sicuramente risulta fattore critico il fatto che le Direzioni generali abbiano una durata media inferiore al tempo di avvio della BSC! Sarà interessante osservare nei prossimi anni la diffusione della BSC nelle aziende sanitarie in quanto tale metodologia contribuisce a risolvere la necessità gestionale ritenuta oggi tra le più rilevanti in sanità: coniugare le strategie con gli strumenti di programmazione e controllo. Il tradizionale sistema di budget è talvolta considerato come: un esercizio fine a se stesso; un sistema di controllo delle performance individuali; uno strumento di controllo delle performance dell'unità operativa. Rendere i sistemi di programmazione e controllo parte integrante del sistema di controllo strategico è la difficoltà principale a cui va incontro il *management*<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> Considerarli come costi indiretti dei reparti cosiddetti "produttivi" li fa scomparire al termine delle operazioni di ribaltamento, penalizzando i responsabili di suddette unità anche e soprattutto dal punto di vista delle informazioni utili ad orientare i comportamenti. Un secondo aspetto da tenere in considerazione sono le modalità di ribaltamento dei costi: ad esempio un servizio di sala operatoria può essere ripartito sulla base delle ore di impegno delle sale, ma se non si considera il differente impegno richiesto dalle diverse tipologie di intervento (nel caso specifico, il driver potrebbe essere la durata media degli interventi per tipologia) si rischia di sovrastimare o sottostimare gravemente la redditività/efficienza di taluni processi. Questo è tanto più vero, quanto più variegata è la casistica trattata.

<sup>14</sup> Baraldi (2005), p. 262.

<sup>15</sup> Baraldi (2005), pp 303-334.

<sup>16</sup> In questo senso, l'uso della BSC in sanità risulta particolarmente efficace in quanto:

- a) supera la diffidenza del personale nei confronti dei sistemi di misurazione delle performance di strumenti che appaiono finalizzati a valutare le prestazioni del singolo. La BSC ha una visione strategica ad ampio respiro che appare maggiormente accettabile e meno "minacciosa" agli occhi degli operatori, anche di professionisti poco avvezzi e culturalmente bendisposti nei confronti di valutazioni oggettivabili. È orientata al futuro, non guarda al passato come altri sistemi di misura, è rivolta alla ricerca costante dell'allineamento tra strategie, risultati e allocazione delle risorse.
- b) Propone un sistema di controllo orientato al risultato al processo e non solo alla dimensione economica, capace quindi di rappresentare gli aspetti ritenuti importanti dai professionisti (qualità del servizio, aspetti clinici, l'outcome).
- c) Infine la BSC è uno strumento di efficace comunicazione consente di declinare la strategia dell'azienda dal livello top fino alla singola unità con un linguaggio comune, efficace e condiviso.

### 3.6.3 Complementarietà e sinergie tra ABC e BSC

Quali che siano gli strumenti con i quali comunicare e misurare la strategia, è fondamentale che riescano ad orientare i comportamenti organizzativi. L'esame della prospettiva economico-finanziaria di un processo (e in contesto sanitario possiamo considerare il trattamento di una patologia o famiglia di patologie, alcune procedure diagnostiche, ecc.) anziché di un centro di costo o dipartimento è più significativa per chi ne deve usufruire. Per questi motivi, il "linguaggio" dell'ABC è molto più simile a quello dei dirigenti medici responsabili di spesa, rispetto alle metodologie di *accounting* tradizionali<sup>17</sup>. Utilizzare la BSC come linguaggio strategico unico, pur declinato diversamente ai vari livelli dell'organizzazione, ha il vantaggio di utilizzare misure e definizioni omogenee, anche se i diversi utenti ne usufruiranno in modi e con viste diverse. A livello strategico, considerando ad esempio la prospettiva finanziaria, la BSC aggrega i dati di costo a livello di consolidato aziendale. A questo livello, l'utilizzo di strumenti di *accounting* avanzati o tradizionali fanno poca differenza, giacché il dato è aggregato e non risente di differenti sistemi di ripartizione costi o di "viste". Ma a livello più operativo (con ciò si intende la visione dei dirigenti di dipartimento o di struttura così come anche un *drill down* dei dati aggregati da parte della direzione strategica), l'utilizzo dell'ABC aiuta a tradurre le misure della *scorecard* o del *dashboard*, del "cruscotto" strategico in dettami operativi.

L'ABC riveste quindi una duplice funzione:

- 1) a livello strategico, aiuta a tradurre le linee strategiche in obiettivi economico finanziari misurabili e facili a capirsi;
- 2) a livello operativo, rende gli obiettivi economico-finanziari più comprensibili, traducendoli in evidenze di creazione o mancata creazione di valore; orienta meglio i comportamenti, dando valori di costo di prodotto/servizio più affidabili; rende compartecipi tutti i responsabili di Unità Operativa coinvolti nel medesimo processo diagnostico terapeutico<sup>18</sup> orientando i comportamenti in modo coerente e contribuendo a superare dicotomie "cliente-fornitore". In questo senso, BSC e ABC concorrono a creare una soluzione olistica che combina le differenti visioni e percezioni dell'attività aziendale. Su piani diversi, entrambi concorrono ad orientare i comportamenti strategici, organizzativi e operativi. Abbiamo visto come BSC e ABC siano strumenti complementari e che, pur da ottiche diverse, contribuiscano agli stessi risultati strategici: allineamento dei comportamenti, consapevolezza del *management*, miglioramento continuo, focus sui processi e sulle *best practices*. Ci possiamo quindi aspettare che siano mutuamente complementari, che l'utilizzo dell'uno favorisca l'introduzione dell'altro e che il loro impiego combinato migliori ulteriormente le performance<sup>19</sup>. La relazione tra

<sup>17</sup> Prova ne è ad esempio il fatto che pur essendo precipuamente uno strumento di allocazione dei costi, richiede lo sviluppo di misure non finanziarie, che ad esempio possono identificare le attività a basso valore aggiunto (es. tempi di attesa del paziente per accedere a una diagnostica).

<sup>18</sup> Per esempio: servizio di accettazione, servizi diagnostico terapeutici, reparto di degenza, sala operatoria, terapia intensiva, riabilitazione, servizi albergheri.

<sup>19</sup> Newing (1995).

le due metodologie è però da dimostrare: è l'ABC che favorisce l'implementazione della BSC, o viceversa? O sono vere entrambe le cose? Da quanto sopra esposto e dalle esperienze riportate di seguito, appare difficile dare una gerarchia tra i due strumenti, anche se tradizionalmente si ritiene che l'ABC possa essere uno dei componenti della BSC. È possibile usare la BSC come strumento di introduzione di un sistema ABC, o vedere BSC e ABC come elementi di un più complesso sistema di *activity-based management*.

#### **3.6.4 L'uso dell'ABC per l'introduzione e l'affermazione della BSC**

L'evoluzione del concetto di BSC, che si è sviluppato di pari passo con la sua affermazione nel mondo delle imprese, suggerisce che quando la *balanced scorecard* si afferma come strumento centrale di controllo strategico, l'ABC e l'ABM ne diventano parte integrante, dando visibilità ai fattori endogeni ed esogeni che impiegano risorse e generano costi<sup>20</sup>. In un recente studio<sup>21</sup>, si sono esaminati gli effetti complementari della BSC e dell'ABC sulle performance organizzative. L'analisi, condotta su 83 *business units* di imprese manifatturiere americane che avevano applicato entrambe le metodologie, ha mostrato che per quanto riguarda le performance organizzative, l'implementazione dell'ABC in realtà organizzative che utilizzano la BSC può contribuire a migliorare i processi di produzione.

Entrando maggiormente nel merito dell'azione sinergica dell'ABC rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici indicati nella BSC, lo studio ha analizzato se e in che misura esista una relazione positiva tra l'applicazione dell'ABC e i *key performance indicators* della *scorecard* per le 4 prospettive. Il risultato è che tutte e 4 le prospettive tradizionali della BSC sono favorevolmente influenzate dall'applicazione dell'ABC.

Se ne può dedurre che l'utilizzo dell'ABC favorisca non solo l'introduzione e l'applicazione della BSC, ma che contribuisca in modo fattivo al raggiungimento degli obiettivi strategici<sup>22</sup>.

#### **3.6.5 L'uso della BSC per l'applicazione dell'ABC e dell'ABM**

Altri studi hanno esaminato l'utilizzo della *balanced scorecard* allo scopo di verificare se la BSC può favorire l'applicazione di un sistema ABC e, più in generale, di *Activity Based Management*. Il Dipartimento medico dell'esercito americano, avendo preso la decisione di passare ad un sistema di ABM, ha optato di introdurre la BSC per prima<sup>23</sup>. L'intenzione è quella di trasferire la strategia del *top management* attraverso la linea gerarchica. Il piano strategico, che aveva orizzonte quinquennale, è stato tradotto in obiettivi e iniziative ad orizzonte annuale tramite la BSC. Sempre la BSC, a cascata, è stata utilizzata per definire gli obiettivi annuali dei singoli dipartimenti. Gli obiettivi annuali comprendevano attività propedeutiche all'introduzione dell'ABC, con un'at-

<sup>20</sup> Newing (1995).

<sup>21</sup> Jacobs e Maiga (2003).

<sup>22</sup> Dowless R. (1997).

<sup>23</sup> Holt (2001).

tenzione particolare rivolta alla qualità dei processi clinici. Possiamo ipotizzare che la diffusione e articolazione della strategia tramite la BSC costituisca una solida base per l'implementazione di strumenti manageriali ad essa coerenti. Abbiamo già affermato che una delle caratteristiche che maggiormente qualificano la BSC è proprio l'efficacia comunicativa.

Per l'applicazione di entrambi gli strumenti, è critico il supporto del sistema informativo. La capacità di gestire dati multidimensionali (dati economici, di attività, qualitativi), "bidirezionali" (dalla Direzione aziendale alla "periferia" dei centri di responsabilità e viceversa), nonché un sistema di *reporting* tempestivo, sono elementi critici per il successo nell'introduzione sia dell'ABC che della BSC<sup>24</sup>. Secondo molti operatori nel settore del software strategico il massimo interesse dei manager, in ambito imprenditoriale, in particolare per aziende innovative o che investono in R&D, è nella correlazione tra iniziative/progetti e creazione di valore<sup>25</sup>. La correlazione deve essere resa immediatamente percepibile agli attori coinvolti: la visibilità crea consapevolezza e contribuisce ad allineare i comportamenti. Questo è uno dei vantaggi dello strumento BSC.

### 3.6.6 Conclusioni

L'ABC diventa pertanto uno strumento a servizio della BSC, contribuendo per esempio all'analisi dei valori all'interno della prospettiva economico-finanziaria, e dall'altro fornendo utili elementi per la *internal perspective*, la prospettiva dei processi interni, attraverso la misurazione dei costi per attività e processi critici. «Only an ABC model can accurately trace organizational expenses to a procurement, manufacturing, distribution, or delivery process. So a properly constructed ABC model is central to measuring costs in the BSC's internal perspective»<sup>26</sup>. È evidente che quando tra le strategie aziendali sia prioritario il controllo dei costi o la comprensione delle relazioni tra i costi e una vasta gamma di prodotti/servizi (è sicuramente il caso delle aziende sanitarie), l'ABC offre gli strumenti più efficaci per la comprensione degli accadimenti. Il BSC può dare un apporto ulteriore, che ha la portata e il contributo di un modello cognitivo, di interazione, comunicazione e riflessione strategica, al quale nessun tipo di azienda, e forse ancor di più l'azienda sanitaria, dovrebbe rinunciare. Terminiamo

<sup>24</sup> Va da sé che l'uso dei 2 strumenti deve essere coerente e integrato. Coerente perché entrambi devono indirizzare i comportamenti; integrato perché come abbiamo già affermato, l'ABC rientra tra gli strumenti che possono essere integrati nella BSC in particolare per quanto riguarda le prospettive finanziaria e interna. Per realizzare ciò, è necessaria un'architettura informativa e informatica adeguata.

<sup>25</sup> Questa considerazione, trasferita nella realtà sanitaria pubblica e not for profit, può tradursi in: correlazione tra attività svolte (processi di diagnosi e cura) e rispondenza alle linee strategiche (aspettative degli stakeholders e compatibilità economica). Utilizzare la BSC per una visione integrata (olistica) dell'azienda, a livello top, comporta l'assemblaggio dei classici KPI (turnover del personale, tempi di attesa, costi diretti) multidimensionali che per essere efficaci (orientare la gestione) devono essere il più tempestivi possibile.

<sup>26</sup> Kaplan e Norton (2003), p. 85.

con le parole di Kaplan e Norton in risposta ad un quesito sulla priorità nell'adottare i due sistemi. Prima il BSC o l'ABC? «Probabilmente le imprese che devono chiarire la propria linea strategica ed allineare l'organizzazione a una nuova strategia orientata dal cliente troveranno che la BSC ha un livello di priorità immediata più elevato, mentre le imprese che devono focalizzarsi nell'immediato sull'escalation dei costi, sulla proliferazione di prodotti e clienti e sulla competitività dei costi, potrebbero cominciare con un sistema di ABC. Riteniamo comunque che le organizzazioni possano trarre beneficio dall'uso di entrambi i sistemi in modo da misurare e gestire i driver del valore nonché i driver di costo»<sup>27</sup>.

### Riferimenti bibliografici

- Adkins TC (2006), "Case Studies in Performance Management: A Guide from the Experts", John Wiley & Sons Inc., New York.
- Baker J (1998), "Activity-Based Costing and Activity-Based Management for Health Care", Aspen Publishers Inc., U.S., 1998.
- Baraldi S (2005), "Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie", McGraw-Hill, Milano.
- Brimson JA, Antos J (1994), "Activity-based management for service industries, government entities and non profit organizations", John Wiley & Sons Inc., New York.
- Bubbio A (2001), "Calcolo dei costi per attività: activity based costing", Guerini e Associati, Milano.
- Casati G, Vichi MC (2002), "Il percorso assistenziale del paziente in ospedale", McGraw-Hill, Milano.
- Cooper R, Kaplan R (1988), "How Cost Accounting Distort Product Costs", in Management Accounting, Aprile.
- Cooper R, Kaplan R (1991), "The design of cost management systems", Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Cooper R (2005), "Design of Cost Management Systems: Easy ABC Package", Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Dowless R (1997), "Using activity-based costing to guide strategic decision making", Healthcare financial management, Giugno.
- Frittoli G, Mancini M (2004), "BSC e Aziende sanitarie", Mecosan, 49 (gennaio-marzo).
- Holt T (2001), "Developing an ABM system for the Army Medical Department", Journal of health care finance, n. 27, p. 41.
- Jacobs F, Maiga A (2003), "Balanced Scorecard, Activity-Based Costing and Company Performance: An Empirical Analysis", Journal of Managerial Issues, vol. 15.
- Johnson TH, Kaplan R (1987), "Relevance Lost. The rise and fall of management accounting", Harvard Business School Press, Boston.

<sup>27</sup> Kaplan e Norton (2003), p. 373.

- Kaplan, R, Atkinson A (2000), trad. it. a cura di Bianchi C e Bubbio A, "Advanced Management Accounting: gli strumenti del controllo di gestione", Isedi, Torino.
- Kaplan R, Cooper R (1997), "Cost and Effect: Using Integrated Cost Systems to Drive Profitability and Performance", Harvard Business School Press, Boston.
- Kaplan R, Norton D (1992), "The Balanced Scorecard. The measure that drive performance", Harvard Business Review, Jan-Feb.
- Kaplan R, Norton D (1996), Balanced ScoreCard: translating strategy into action", ● Harvard Business School Press, Boston, 1996 (trad. it. "Balanced scorecard: Tradurre la strategia in azione", ISEDI, Torino).
- Kaplan R, Norton D (2001), "The strategy focused organization", Harvard Business School Press, Boston (trad. it. "L'impresa orientata alla strategia", ISEDI, Torino).
- Kaplan R, Norton D (2003), "Strategy Map. Converting Intangible Assets into Tangible Outcomes", Harvard Business School Press, Boston, 2003 (trad. it. "Mappe strategiche. ● Come convertire i beni immateriali in risultati tangibili", ISEDI, Torino).
- Lippi G (2004), "L'activity-based management nelle aziende sanitarie: un modello applicativo sviluppato per l'Azienda Sanitaria di Firenze, Grosseto.
- Newing R (1995), "Wake up to the balanced scorecard", Management accounting, Marzo.
- Simons R (2000), "Performance Measurement & control Systems for Implementing Strategy", Prentice Hall, Englewood Cliffs, 2000 (trad. it. a cura di Amigoni F: "Sistemi di controllo e misure di performance", Egea, Milano).
- Simons R (2005), "Levels of organization design: how managers use accountability systems for greater performance and commitment", Harvard Business School Press, Boston, 2005 (trad. it. a cura di Agliati M: "La gestione delle performance aziendali", Egea, Milano).
- Toscano G (1996), "La misurazione delle performance di processo: tra non financial indicators ed activity accounting", Budget, n. 5.

## 3.7 - La gestione dei processi assistenziali

Casati G.<sup>1</sup>, Marchese E.<sup>2</sup>, Roberti V.<sup>2</sup>, Vichi M.C.<sup>2</sup>

### 3.7.1 La Clinical Governance

Il concetto di *Clinical Governance* nasce nel Regno Unito e, nello specifico, nell'ambito del Piano Sanitario del 1998 denominato *A First Class Service*, sulla base della sistematica osservazione della grande variabilità esistente nel comportamento adottato dalle diverse strutture sanitarie e, al loro interno, da singoli professionisti nell'affrontare e trattare specifici problemi di salute<sup>3</sup>. Il Piano Sanitario inglese evidenzia poi come, anche grazie alla progressiva consapevolezza che i pazienti assumono in materia di trattamenti sanitari, una così significativa variabilità dei comportamenti generi confusione nel paziente e i suoi famigliari e dubbi sulla qualità del servizio che essi possono ricevere da una struttura sanitaria.

Un ruolo centrale nella *Clinical Governance*, che si caratterizza comunque come un insieme di azioni più articolato, è di conseguenza ricoperto dalla formulazione di standard clinico-assistenziali da assicurare ai pazienti, definiti con un processo di forte coinvolgimento dei professionisti interessati, e la sistematica comparazione di questi ultimi con i risultati effettivamente conseguiti.

La *Clinical Governance*, tuttavia, non implica un rifiuto del modello aziendale di gestione della sanità ma, più semplicemente, si propone di integrarlo con nuovi strumenti e logiche di indirizzo maggiormente coerenti, rispetto alle precedenti, sia con la mission delle organizzazioni sanitarie (tutelare la salute), sia con le peculiarità che caratterizzano tali organismi sul piano della natura dell'attività svolta (poco standardizzabile) e su quello della concreta misurabilità dei risultati mediante l'utilizzo di indicatori monetari (scarsa). I vincoli economici, così come i principi organizzativi e gestionali tipici dell'azienda, sono elementi che fanno parte integrante del modello della *Clinical Governance*. Allo scopo di rispondere alle attese, l'azienda deve sviluppare i propri processi produttivi, ossia deve essere gestita, fondendo in modo equilibrato la dimensione economico-finanziaria e quella qualitativo-professionale.

<sup>1</sup> Amministratore Unico, Sanità & Management Consulting Srl.

<sup>2</sup> Partner, Sanità & Management Consulting Srl.

<sup>3</sup> Lo stesso Piano cita esempi: «In una regione, con 35 chirurghi, la percentuale di mastectomia per carcinoma alla mammella varia dallo zero per cento, il che significa che tutte le donne sono state sottoposte ad interventi chirurgici di carattere conservativo, fino all'80%. La media complessiva registrata era pari al 18%.»

### 3.7.2 La gestione per processi

Nell'ultimo decennio hanno riscosso una grande attenzione i percorsi assistenziali<sup>4</sup>, strumenti applicati inizialmente in ambito ospedaliero, che consentono la rappresentazione delle attività, delle risorse e dei risultati attesi in corrispondenza di ogni momento temporale che segna lo sviluppo del processo, per come esso si sviluppa all'interno di una determinata organizzazione. Questi piani sono utilizzati come base per il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti che normalmente si verificano nella pratica assistenziale, in una logica di miglioramento continuo. Concretamente, i referenti delle professioni e discipline coinvolte si confrontano al fine di dare una rappresentazione condivisa del processo, registrando le informazioni, con il supporto di un coordinatore aziendale, all'interno di schede come quella rappresentata nella Tabella 1<sup>5</sup>. Attraverso le colonne, sono identificate le principali fasi in cui si articola il processo, insieme al luogo in cui esse si svolgono e il tempo che esse impiegano per essere completate. Sotto ciascuna colonna è rappresentato il dettaglio delle attività caratteristiche, distinto per categorie, e i traguardi attesi rispetto alle condizioni del paziente. Il percorso assistenziale, quindi, è lo strumento che rende evidente il miglior processo produttivo di una determinata organizzazione (percorso di riferimento) e che consente, tramite la valutazione sistematica degli scostamenti che nella pratica si verificano tra di esso e la gestione dei singoli pazienti (percorsi effettivi), di avviare il ciclo di miglioramento continuo<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> È stato documentato che, nel corso degli anni Novanta, i clinical pathways hanno acquisito crescente popolarità negli Stati Uniti, in Australia, nel Regno Unito, in Belgio e nei Paesi Bassi e in molti altri sistemi sanitari dei Paesi occidentali, e così accade, negli ultimi anni, anche nel Servizio Sanitario Nazionale (Vichi, 2005). A determinare l'interesse verso i percorsi sono sia un numero crescente di applicazioni anticipatrici sia gli orientamenti programmatori nazionali e delle Regioni. La normativa nazionale ha stabilito l'obbligo di sviluppo dei processi a più riprese, a partire dal 1996 (Casati, 2002), mentre tutti i piani sanitari e socio sanitari regionali prevedono da tempo obiettivi in capo alle aziende sanitarie su questo fronte, in termini generali o in modo mirato rispetto a specifiche patologie (Di Stanislao e Roberti, 2004). Lo sviluppo e l'audit dei processi, sulla base di dati di monitoraggio, ai fini del miglioramento della qualità è inoltre previsto dalla certificazione ISO, dal modello della European Foundation for Quality Management (EFQM), dall'accreditamento istituzionale, dalle iniziative di accreditamento professionale e dal modello della Joint Commission (JCAHO - JCI) (Vichi, 2005).

<sup>5</sup> Di norma la scheda utilizzata per rappresentare il percorso è la stessa con la quale è condotto il monitoraggio degli scostamenti che si verificano su singoli casi trattati, e su di una scheda dedicata sono registrate le motivazioni che li hanno generati (condizioni specifiche del paziente e la sua compliance, ragioni organizzative, percezione di particolari opportunità o rischi...). Possono così essere registrate attività anticipate o ritardate, attività mancate, duplicate o non previste, attività che si sviluppano secondo modalità diverse all'atteso e, non ultimo, possono essere documentate le situazioni in cui non è stato conseguito un traguardo sanitario atteso e ciò che nella gestione del percorso esso ha comportato.

<sup>6</sup> Nella pratica, sono egualmente diffusi due differenti approcci per l'avvio di questo ciclo di miglioramento che definisce la gestione per processi: uno parte dalla registrazione del percorso nelle diverse modalità con le quali esso effettivamente si sviluppa e identifica, tra di esse, la migliore; l'altro parte dalla identificazione degli standard che il processo dovrebbe assicurare, per poi calarlo all'interno dell'organizzazione. In entrambi i casi, il patrimonio delle conoscenze di diverse discipline e i risultati della ricerca scientifica hanno un ruolo centrale nel determinare quali contenuti, e in che termini, entrano a fare parte del percorso, che ha valenza clinica e organizzativa ad un tempo (Casati, 2002).

**Tabella 1 - Scheda di percorso per l'infarto miocardico st elevato**

Infarto Miocardico ST elevato	Emodinamica: Coronarografia, Angioplastica	UTIC prime 24 ore	UTIC seconde 24 ore, poi trasferimento in Cardiologia degenze	Cardiologia degenze (degenza di riferimento: 5 giorni)
Valutazione		Valutazione clinica All'arrivo: VAS, Anamnesi complessiva (INF) Diagnosi infermieristica e pianificazione percorso infermieristico	Valutazione clinica Passaggio di consegne al trasferimento e accompagnamento paziente in cardiologia	Valutazione necessità di dimissioni protette Programmato follow up a 1-2 mesi
Osservazione - monitoraggio	Monitoraggio ECG e invasivo pressione arteriosa e SaO2 Controllo tracciato (1 INF)	Monitoraggio continuo ECG, Pressione (non invasivo o invasivo), SaO2 Dolore 1v / turno; T 2v/die Bilancio parziale ore 12 e 18, totale ore 6 Controllo polsi periferici, sensibilità, sanguinamento punto di inserzione (in media 6 volte nelle 24 ore)	Monitoraggio continuo ECG, Pressione (non invasivo o invasivo), SaO2 Dolore 1v / turno; T 2v/die Bilancio parziale ore 12 e 18, totale ore 6 Controllo polsi periferici, sensibilità, sanguinamento punto di inserzione (in media 6 volte ogni 24 ore)	PV 1-2v/die Peso e BMI prima della dimissione Prosegue con telemetria al trasferimento in reparto, per almeno 48 ore Telemetria per 24 ore in predimissione
Indagini		Enzimi (Troponina, CKMB massa, Mioglobina) ogni 3 ore per prime 12 ore, successive ogni 6 PTT ogni 6h ECG 12d; Rx Torace (se non fatta in PS)	Enzimi (Troponina, CKMB massa, Mioglobina) ogni 6 h Batteria esami di base: Emocromo, VES, Urine, Urea, Bilirubina diretta e totale, Calcio, Cloro, Colesterolo tot - HDL - LDL, Creatinina, Gamma GT, glucosio, GOT, GPT, Potassio, Proteine tot, Sodio, Trigliceridi, Elettroforesi, Ferritina, PCR, lipoproteina (a), PTT ECG 12d	In predimissione: Ecocardiogramma, emocromo, VES, elettroliti (Astra 8), esame urine ECG 12d a riposo in predimissione (eventuale da sforzo)
Trattamenti	Tricotomia, posizionamento, accesso venoso periferico (2 linee), trasporto in sala Inibitori della glicoproteina: tirofiban secondo schema di somministrazione (consumo 1 flacone / 1,5) Eventuale morfina Coronarografia (riferimento: 20', 1MED, 2 INF di giorno, altrimenti 1) Prima dello stent: aspirazione del trombo (catetere export) Uso del pallone. Riferimento: Stent (ind 95%) - non medicati (driver) salvo situazioni particolari Dispositivo emostatico (angioseal perclose starclose) (1 MED e 1 INF di supporto per tutta la procedura, da 10 a 40')	Mantiene 2 aghi cannula, gestione terapie e medicazione accesso venoso - Clopidogrel (75 mg) os - inizio terapia con betabloccanti, con carico iniziale (atenololo - 1 bolo di 5mg iv seguito da 50 mg*2 os; metoprololo - 50 mg os 2v; bisoprololo - 1,25-2,5 mg) - inizio terapia con aceinibitore (lisinopril 20 mg os; ramipril 5mg os) - inizio terapia con statine (simvastatina 20-40 mg e parvastatina 20-40mg) - continua Eparina non frazionata oppure sc - Inibitori della glicoproteina per 12-18 ore da angioplastica - ev lasix IV; ev potassio IV	Sospesa terapia infusiva; mantiene 2 aghi cannula prosegue terapia impostata	Prosegue terapia impostata con aspirina, aceinibitori, statine, clopidogrel, betabloccanti Rimossi aghi cannula Eparina sc per i primi 1-2 giorni Prescrizione terapia domiciliare: - aspirina - statine - aceinibitori - betabloccanti
Mobilizzazione, sicurezza		Paziente a letto, aiuto completo nella assistenza di base (INF 90')	Paziente a letto Mobilizzazione in poltrona prima del trasferimento	Programma mobilizzazione a stadi (1 stadio / die)
Nutrizione - idratazione	- Digiuno - Fisiologica (continua)	Digiuno prime 12 ore - poi dieta leggera; Fisiologica	Dieta leggera Fisiologica	Dieta libera
Educazione paziente e famiglia	Consenso informato alla procedura Spiegazione condizioni cliniche (paziente prende visione condizioni coronariche)	Verifica comprensione del percorso seguito e del suo stato aiuto nell'accettazione della malattia	Sostegno psicologico e informazioni	Valutazione psicologica e educazione sui fattori di rischio, assunzione terapie
Traguardi per il paziente	Riapertura della coronaria Riduzione o scomparsa del dolore Riduzione o scomparsa tracciato ECG sopraslivellato (riduzione del 50% sopraslivellamento complessivo e stenosi residua <50%)	Assenza sanguinamento punto di inserzione Riduzione o scomparsa del dolore Assenza aritmie Paziente Orientato Paziente non con catecolamine in corso	Assenza sanguinamento punto di inserzione Riduzione o scomparsa del dolore Assenza aritmie Paziente Orientato Paziente non con catecolamine in corso	Stabilità clinica (no recidive ischemiche) Assenza di aritmie Criteri di dimissione da ricovero ordinario

La conoscenza dei propri processi, inoltre, è base per il confronto con i piani assistenziali di altre organizzazioni e con gli standard professionali proposti dalle linee guida (in forma di raccomandazioni), dalla letteratura e dagli attori di sistema (Stato, Regioni) in ragione dell'avvio di un programma di Governo Clinico. Questo confronto può portare alla definizione di un percorso completamente nuovo (percorso obiettivo), che per essere implementato richiede di intervenire sull'organizzazione, sulle capacità professionali, sull'introduzione di nuova tecnologia, sulla logistica, sulle risorse disponibili, sul sistema delle responsabilità.

Così facendo, la conoscenza approfondita dei propri processi diventa la leva per uscire dall'autoreferenzialità (già che nel tempo il confronto tra il proprio standard e i propri percorsi esaurisce la propria forza propulsiva) e per valutare l'introduzione di cambiamenti più significativi, nel luogo e nel momento opportuno, con la definizione di un percorso reingegnerizzato.

### **3.7.3 Il CeBePS – Centro Benchmarking dei Processi in Sanità**

Il Centro Benchmarking dei Processi in Sanità (di seguito CeBePS), gestito da Sanità & Management Consulting Srl in partnership con AstraZeneca Spa e Pfizer Italia Srl e in collaborazione con Eurosoft Informatica Medica Srl, nasce nel 2004 con l'intento di mettere a confronto i processi assistenziali (inizialmente solo per l'attività ospedaliera), prodotto delle iniziative che si sviluppano autonomamente nelle singole organizzazioni sanitarie aderenti.

Alla chiusura del primo biennio di attività, la proposta di adesione al CeBePS, aperta a tutte le organizzazioni sanitarie operanti sul territorio nazionale, ha generato un network di 65 organizzazioni, rappresentativo di più di un quinto delle aziende sanitarie pubbliche sul territorio nazionale.

Con riferimento al numero di processi studiati e inviati al CeBePS, ci si attende di poter entro la fine dell'anno superare il numero di cento.

Il CeBePS restituisce alle aziende partecipanti elaborati di confronto, in forma sintetica e analitica, allo scopo di:

- permettere, in una logica di consultazione, la conoscenza delle principali caratteristiche dei processi;
- supportare le singole aziende partecipanti nello sviluppo di analisi di benchmarking;
- promuovere il miglioramento della qualità, tramite l'imitazione di altre best practice locali.

Sia gli elaborati di sintesi sia gli elaborati analitici, intestati a specifiche diagnosi o procedure, contengono batterie di indicatori oggetto di calcolo con riferimento a ciascun processo, con in chiaro il nome dell'azienda. Gli indicatori sono organizzati in tre dimensioni distinte: economica, organizzativa e professionale<sup>7</sup>. Gli indicatori della dimensione

<sup>7</sup> Il sistema è strutturato in modo da garantire la consultazione in report distinti degli indicatori di queste tre dimensioni, che sono a tutti gli effetti da considerarsi "inconciliabili" nelle analisi di benchmarking. In altre parole, la performance complessiva di un processo può essere espressa, ad un massimo livello di sintesi e attraverso un opportuno sistema di pesi che ciascuna azienda partecipante liberamente configura, con un numero minimo di tre punteggi, uno per ciascuna dimensione.

**Tabella 2 - Indicatori di sintesi dei rapporti CeBePS per la dimensione economica e organizzativa**

<b>Trattamento chirurgico dell'ernia inguinale</b>	<b>pazienti trattati</b>	<b>n° prestazioni ambulatoriali</b>	<b>n° prestazioni ric.ordinario</b>	<b>n° prestazioni ricovero diurno</b>	<b>numero di accessi</b>	<b>durata processo in giorni</b>	<b>giornate di degenza ord.</b>	<b>totale costo farmaci (€)</b>	<b>totale costo diagnostica (€)</b>	<b>totale costo personale (€)</b>	<b>dati di monitoraggio</b>	<b>Ultimo aggiornamento</b>
AUSL di Reggio Emilia	300	1	0	1	5	33	0	5,21	28,21	164,22	No	27/06/2004
AO Fondazione Macchi - Varese	262	1	0	1	4	49	0	9,38	75,96	446,06	No	21/06/2004
ASL 20 Alessandria e Tortona	190	1	0	1	5	33	0	-	45,76	285,17	No	01/06/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	310	1	0	1	5	58	0	3,01	81,40	132,50	Si	26/10/2004
ASO San Giovanni Battista - Torino	184	1	0	1	5	167	0	1,92	41,63	268,68	No	11/07/2004
ASO Maggiore della Carità - Novara	481	3	0	1	5	118	0	2,95	132,10	307,68	Si	07/07/2004
AO S. M. Angeli - Pordenone	109	0	0	1	5	189	0	5,24	38,32	296,71	No	01/07/2004
ASL 9 - Ivrea	200	4	0	1	5	72	0	81,14	48,95	462,55	No	19/12/2005
AO San Carlo Borromeo (MI) - Pediatrico	330	1	0	1	5	35	0	-	31,97	60,62	No	14/05/2004
<b>Trattamento chirurgico della cataratta</b>	<b>pazienti trattati</b>	<b>n° prestazioni ambulatoriali</b>	<b>n° prestazioni ric.ordinario</b>	<b>n° prestazioni ricovero diurno</b>	<b>numero di accessi</b>	<b>durata processo in giorni</b>	<b>giornate di degenza ord.</b>	<b>totale costo farmaci (€)</b>	<b>totale costo diagnostica (€)</b>	<b>totale costo personale (€)</b>	<b>dati di monitoraggio</b>	<b>Ultimo aggiornamento</b>
A.O. Fondazione Macchi - Varese	1810	2	0	1	3	19	0	2,43	65,31	80,42	No	05/12/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	869	1	0	1	5	35	0	1,34	59,81	128,22	Si	02/11/2004
AO "S. M. Angeli" - Pordenone	450	0	0	1	3	24	0	0,33	94,60	85,20	No	26/08/2004
ASO Maggiore della Carità - Novara	943	0	0	1	3	11	0	10,49	119,21	440,34	Si	28/04/2004
AUSL di Reggio Emilia	2000	1	0	1	4	21	0	0,37	50,34	216,96	No	02/09/2004
AO G.Salvini - Garbagnate	1096	1	0	1	4	54	0	-	47,32	-	No	18/05/2005
<b>Trattamento in ricovero ordinario della BPCO riaculizzata</b>	<b>pazienti trattati</b>	<b>n° prestazioni ambulatoriali</b>	<b>n° prestazioni ric.ordinario</b>	<b>n° prestazioni ricovero diurno</b>	<b>numero di accessi</b>	<b>durata processo in giorni</b>	<b>giornate di degenza ord.</b>	<b>totale costo farmaci (€)</b>	<b>totale costo diagnostica (€)</b>	<b>totale costo personale (€)</b>	<b>dati di monitoraggio</b>	<b>Ultimo aggiornamento</b>
A.O. Fondazione Macchi - Varese	233	0	1	0	1	12	12	41,48	65,31	252,22	No	04/11/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	373	0	1	0	1	10	9	-	94,71	265,05	No	27/06/2004
ASO Maggiore della Carità - Novara	200	2	1	0	3	14	10	-	446,14	-	Si	23/08/2004
AO San Carlo Borromeo - Milano	100	0	1	0	1	3	2	4,70	69,55	69,80	No	18/07/2004
AO Santa Corona - Pietra Ligure	500	0	1	0	1	8	8	74,85	305,98	825,64	No	09/02/2005
AO S.Giovanni Battista - Le Molinette	100	0	1	0	1	10	10	-	488,71	-	No	08/09/2005

Segue pag. 216

Tabella 2 segue da pag. 215

	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
<b>Trattamento in ricovero ordinario Dell'ictus ischemico</b>												
ASL Valle d'Aosta (trombolisi)	9	3	1	0	5	372	8	692,94	960,35	1158,96	Si	05/12/2004
ASO San Giovanni Battista - Torino	237	1	1	0	2	43	12	61,78	469,55	397,10	No	15/09/2004
AO Santa Corona - Pietra Ligure (trombolisi)	20	3	1	0	4	281	7	675,43	1097,72	827,70	No	25/07/2004
AO Ospedale Mauriziano Umberto I - Torino	401	1	1	0	2	45	14	-	1120,67	1182,72	No	14/11/2004
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	100	3	1	0	4	403	10	-	166,28	-	No	16/09/2005
ASUR Zona 5 - Jesi	200	3	1	0	4	407	14	-	309,84	-	No	30/06/2005
ASL 1 - Nocera Inferiore	773	0	1	0	1	7	7	-	297,01	-	Si	06/07/2004
<b>Coxartrosi: intervento per protesi d'anca e riabilitazione</b>												
	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASO Magg. della Carità - Novara (intervento + riabilitazione)	118	2	1	0	7	349	8	125,00	84,99	1255,12	Si	26/02/2005
AO Santa Corona - Pietra Ligure (intervento)	733	5	1	1	7	526	6	21,83	164,57	755,90	Si	25/07/2004
ASL 8 - Chieri (riabilitazione)	20	1	1	1	23	77	15	-	43,28	-	No	29/11/2004
<b>Trattamento chirurgico calcolosi della colecisti</b>												
	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASO Maggiore della Carità - Novara	100	2	0	2	5	141	0	80,56	61,59	520,77	Si	30/03/2005
AO Santa Corona - Pietra Ligure	86	4	1	0	5	43	4	-	86,11	856,00	No	07/11/2004
AO San Carlo Borromeo - Milano	999	0	0	1	3	13	0	10,24	129,60	94,10	No	28/10/2004
ASL 8 - Chieri	100	3	1	0	4	23	4	7,99	119,10	154,99	No	08/10/2005

Tabella 2 segue

	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
<b>Parto fisiologico</b>												
ASL 8 - Chieri	50	1	1	0	2	35	4	-	-	362,10	No	02/11/2005
AO Santa Corona - Pietra Ligure	580	0	1	0	1	3	3	-	3,20	200,42	No	20/09/2004
AO S. M. Angeli - Pordenone	728	1	1	0	2	17	4	-	23,94	168,92	Si	09/01/2005
<b>Trattamento IMA con ST sopraslivellato</b>												
	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
AO Busto Arsizio (PTCA prim)	292	0	1	0	1	7	7	5,29	625,32	671,90	Si	12/09/2005
ASL - Reggio Emilia (fibrinolisi)	91	0	1	0	1	9	9	759,10	735,62	620,88	Si	30/06/2005
ASUR Zona 5 - Jesi (fibrinolisi)	190	1	1	0	3	369	7	-	438,17	-	Si	30/09/2005
AO Ospedale San Salvatore - Pesaro	91	0	1	0	2	38	7	-	39,17	-	No	20/12/2004
<b>Frattura del femore nell'anziano (trattamento chirurgico)</b>												
	pazienti trattati	n° prestazioni ambulatoriali	n° prestazioni ric.ordinario	n° prestazioni ricovero diurno	numero di accessi	durata processo in giorni	giornate di degenza ord.	totale costo farmaci (€)	totale costo diagnostica (€)	totale costo personale (€)	dati di monitoraggio	Ultimo aggiornamento
ASL 8 - Chieri	120	0	1	0	1	10	10	-	-	-	No	10/08/2005
ASO Maggiore della Carità - Novara	150	2	1	0	3	73	10	-	240,09	1267,79	Si	25/05/2004
AO Santa Corona - Pietra Ligure	90	5	1	0	6	561	10	370,24	229,87	1569,26	Si	02/09/2004

professionale sono specifici a ciascuna patologia studiata, e attualmente in fase di sviluppo con il contributo delle aziende che hanno già studiato i rispettivi processi<sup>8</sup>. In ciascun report sono sempre riportati la data di aggiornamento, il numero di pazienti trattati su base annua e la presenza di indicatori di monitoraggio (il prodotto dell'attività di audit aziendale) trasmessi al CeBePS.

Alcuni indicatori di sintesi, per le dimensioni organizzativa ed economica, sono oggetto di divulgazione estesa, attraverso rapporti di ricerca quadrimestrali, presso tutte le aziende sanitarie operanti sul territorio nazionale, a scopo di sensibilizzazione (si tratta di ele-

<sup>8</sup> Nei rapporti CeBePS, al sito [www.samaco.it](http://www.samaco.it), è possibile consultare le proposte di indicatori avviate a discussione per i processi dell'ernia inguinale, della BPCO riacutizzata, dell'ictus ischemico e della protesi totale d'anca.

menti importanti già che, anche in una condizione ideale di parità di orientamenti seguiti nella gestione clinica, non esiste un percorso uguale ad un altro) e di promozione per l'adesione al progetto.

Le aziende partecipanti hanno invece accesso ai confronti analitici e a tutti gli indicatori di monitoraggio trasmessi, nonché la facoltà di richiedere al CeBePS i piani di assistenza nel dettaglio.

Nel proseguimento delle attività del CeBePS, si prevede di:

- potenziare in modo significativo l'attività di raccolta dei processi;
- migliorare la qualità del dato: a fronte di un numero di processi di buona qualità, esistono aspetti di incompletezza o più spesso carenze di metodo (i processi sono molto dettagliati ma non se ne desumono le specificità, oppure sono intestati a categorie di pazienti troppo ampie), chiaramente identificati nelle analisi comparative di dettaglio, che inficiano per essi gli indicatori di sintesi;
- spostare l'attenzione delle aziende dalla semplice consultazione di *report* comparativi alla effettuazione di analisi di *benchmarking*, in grado di ordinare i processi per livello di performance.

Grande interesse viene dalle aziende coinvolte nel progetto nell'esplorare nuovi ambiti applicativi e definire, al riguardo, orientamenti condivisi nello sviluppo di iniziative pilota. Questi riguardano percorsi territoriali o di altri settori dell'integrazione socio-sanitaria (come la salute mentale o la malattia e disabilità dell'età evolutiva), processi gestionali (come budget e valutazione del personale), processi collaterali (come laboratorio, radiodiagnostica, trasfusionale, riabilitazione).

### **Riferimenti bibliografici**

- Buetow SA, Roland M (1999), "Clinical Governance: Bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care", *Qual Health Care*; 8:184-190.
- Casati G (1999) (a cura di), "Il percorso del paziente". EGEA, Milano.
- Casati G (2002), "La gestione per processi in sanità", *QA*, Vol. 13, N. 1.
- Casati G, Vichi MC (2002) (a cura di), "Il percorso assistenziale del paziente in ospedale", McGraw-Hill.
- Casati G, Di Stanislao F, Caroli G (2003), "Processi Clinici allo Specchio", *Sanità e Management – Sole 24 ore Sanità*, N. 12, Dicembre.
- Di Stanislao F (2001), *Evidence Based Medicine e profili di assistenza strumenti di integrazione e di innovazione organizzativa, il miglioramento dell'efficacia e di razionalizzazione della spesa*, Aress, I N. 3 22-24.
- Di Stanislao F, Roberti V (2003), "La qualità si fa per processi", *Sanità e Management, Sole 24 Ore Sanità*, N. 12, Dicembre.
- Donabedian A (1990), "La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume", NIS, Firenze.
- Grilli R, Penna L, Liberati S (1995), "Migliorare la pratica clinica: come promuovere le linee guida", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Guzzanti, "Governo clinico. Responsabilità comuni per chi presta assistenza".
- Institute of Medicine (1992), "Guidelines for clinical practice: from development to use", National Academic Press, Washington D.C.

- Morosini P, Perraro F (2001), “Enciclopedia della gestione di qualità in sanità”, Centro Scientifico Editore, Torino.
- NHS (1998), “White Paper: A First Class Service”.
- Panella M, Moran N, Di Stanislao F (1997), “Una metodologia per lo sviluppo di profili di assistenza: l’esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali”, QA; 8(1).
- Sanità & Management Consulting: Rapporti CeBePS – numeri da 1 a 6 (Centro Benchmarking sui Processi in Sanità), stampato in proprio, San Donato Milanese, 2004-2006.
- Schriefer J (1984), “The synergy of pathways and algorithms: two tools work better than one, Journal on quality improvement, Vol. 20, N. 9.
- Spath PL (1997), “Beyond Clinical Paths”, American Hospital Association.
- Taroni F, Grilli R (2000), “È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?” Politiche sanitarie, marzo-aprile.
- Vichi MC (2005), “La gestione dei processi”, in Roberti V. (a cura di), La gestione dei processi e la rete dei servizi per la salute mentale, Franco Angeli Editore.
- Zander K (1995), “Managing outcomes through collaborative care”, AHA.

## 3.8 - Assicurazioni sanitarie private e spesa out of pocket: livelli di protezione

Borgia P.<sup>1</sup>, Doglia M.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>3</sup>

### 3.8.1 Premessa

Le assicurazioni sanitarie private contribuiscono ad una più completa copertura delle famiglie dai rischi di spese per le cure mediche (OECD 2004).

L'impatto delle spese sanitarie può risultare particolarmente gravoso e talvolta insostenibile soprattutto sui bilanci delle famiglie con reddito medio basso (Doglia e Spandonaro, 2005). D'altra parte anche le famiglie con reddito medio alto si trovano spesso ad affrontare ingenti spese sanitarie che segnalano una richiesta all'*opting out*.

Si evidenzia quindi l'utilità di un sistema assicurativo che da una parte tuteli le famiglie più deboli e dall'altra offra a quelle benestanti la possibilità di scelta fra pubblico e privato.

In Italia l'assicurazione sanitaria privata è tuttavia ancora poco sviluppata.

I premi incassati dalle 93 Compagnie operanti nel Ramo Malattia nel 2005 sono stati pari a € 1.716 mil. e hanno rappresentato solo il 4,7% del portafoglio dei Rami Danni e circa l'1% della spesa sanitaria nazionale.

Al fine di indagare sulle motivazioni alla base delle difficoltà di sviluppo dell'assicurazione sanitaria in Italia, in questo lavoro è stato analizzato il livello di protezione offerto dalle polizze sanitarie e l'incidenza dell'assicurazione sulla spesa *out of pocket* (OOP) delle famiglie. In particolare, partendo dalle osservazioni di un precedente lavoro (Borgia, Doglia e Spandonaro, 2005), si è voluto approfondire lo studio sul livello di OOP delle famiglie assicurate che risultava sorprendentemente maggiore o quantomeno uguale a quello delle famiglie non assicurate.

Infine, attraverso lo studio dei differenziali di spesa sanitaria delle famiglie assicurate e non, sono state sviluppate alcune considerazioni sui livelli di protezione attualmente offerti dalle polizze malattia e sui possibili interventi per promuoverne l'utilità sociale.

### 3.8.2 Dati e metodologia

Lo studio utilizza i dati provenienti da molteplici fonti (Banca d'Italia, Istat, Nomisma, Ceis); tuttavia gran parte delle elaborazioni è stata effettuata sui microdati dell'indagine Istat sui consumi delle famiglie relativa all'anno 2004. Nella spesa *out of pocket* sono state considerate le spese di ospedalizzazione, le visite specialistiche, infermieristiche e di assistenza, le odontoiatriche, quelle per l'acquisto o l'affitto di apparecchi sanitari, le farmaceutiche e i trattamenti termali.

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> ISTAT.

<sup>3</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

Essendo il livello di reddito fortemente correlato sia con il livello di spesa OOP che con la probabilità di acquisto di un'assicurazione privata, si è provveduto a rimuoverne l'effetto confondente, stratificando le famiglie in base ai quintili di consumo standardizzato<sup>4</sup>.

Si sono quindi confrontati i livelli di spesa OOP per le famiglie con e senza assicurazione all'interno di uno stesso quintile. I dati riportati in tabella 1 evidenziano, come era lecito aspettarsi, una forte concentrazione di famiglie assicurate<sup>5</sup> fra quelle appartenenti ai quintili più elevati. Pertanto, anche al fine di mantenere la rappresentatività del campione, si è indirizzata l'analisi soprattutto al quarto e quinto quintile (che contengono circa il 74,2% delle famiglie assicurate). Dove è stato possibile, si è incluso anche il terzo quintile (arrivando quindi ad includere circa l'84,8% delle famiglie assicurate).

**Tabella 1 - Distribuzione delle famiglie con spesa per assicurazione sanitaria (Italia 2004)**

Quintili di consumo standardizzato	Famiglie con spesa per assicurazioni sanitarie
1° Quintile	3,2%
2° Quintile	8,0%
3° Quintile	14,6%
4° Quintile	25,7%
5° Quintile	48,5%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

### 3.8.3 Analisi

Come si evince dalla tabella 2, la spesa media OOP per le famiglie assicurate e quelle non assicurate appartenenti allo stesso quintile risulta fondamentalmente simile.

**Tabella 2 - Spesa OOP media effettiva (Italia 2004)**

Quintili di consumo standardizzato	Spesa OOP media familiare effettiva	
	famiglie senza assicurazione	famiglie con assicurazione
1° Quintile	€ 720	€ 756
2° Quintile	€ 1.044	€ 1.584
3° Quintile	€ 1.380	€ 1.344
4° Quintile	€ 1.932	€ 1.836
5° Quintile	€ 3.144	€ 3.096

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

<sup>4</sup> Il reddito non è direttamente disponibile nell'indagine sui consumi delle famiglie. Pertanto si è utilizzato il livello di consumo standardizzato come variabile proxy per la stima del livello del reddito.

<sup>5</sup> Per famiglie assicurate si intendono quelle per le quali è stata registrata una spesa per premi di assicurazione.

Le differenze fra le medie di spesa sono state sottoposte al t-test. L'analisi ha mostrato che, anche nei casi in cui le differenze siano risultate statisticamente significative, il *gap* è risultato così basso da non risultare economicamente significativo (tabella 3).

**Tabella 3 - Differenze nelle spese OOP medie effettive tra le famiglie con e senza spesa per assicurazione (Italia 2004)**

Quintili di consumo standardizzato	Differenza fra le medie
3° Quintile	€ 36
4° Quintile	€ 96
5° Quintile	€ 48

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

Considerando, ad esempio, il quarto quintile, è possibile notare come una famiglia assicurata abbia avuto nel 2004 una spesa media effettiva<sup>6</sup> OOP di € 1.836. Per una famiglia non assicurata appartenente allo stesso quintile, la spesa effettiva media risultava invece di € 1.932. La differenza media stimata tra le due spese risulta dunque pari a € 96, che non può in generale giustificare i premi pagati.

In altri termini non è lecito affermare che le polizze malattia contribuiscano ad una efficace protezione dalle spese sanitarie OOP.

Al fine di verificare ulteriormente la tesi, si è ricorso anche ad una modellizzazione di tipo ANOVA. Tale studio ha evidenziato l'assenza di una relazione lineare tra OOP e assicurazione e ha confermato che la variabilità delle spese OOP è solo in minima parte dovuta alla presenza o assenza di una polizza assicurativa.

### 3.8.4 Discussione

Da quanto sopra riportato, si delinea come l'assicurazione sanitaria privata in Italia apparentemente non provveda ad una effettiva protezione dalla spesa OOP. È comunque opportuno considerare i seguenti aspetti:

1. I dati utilizzati per le coperture assicurative potrebbero comprendere anche le polizze che non prevedono il rimborso delle spese sanitarie (ad esempio indennità, diarie e simili). L'indagine Istat sui consumi delle famiglie infatti considera solo la spesa effettuata per una polizza malattia senza specificare il tipo di copertura. Tuttavia (Borgia, Maruotti, e Spandonaro, 2004) tali tipologie di garanzie rappresentano una quota estremamente marginale del mercato e non possono quindi essere considerate distorsive ai fini della nostra analisi.

<sup>6</sup> Per spesa media effettiva si intende la spesa media calcolata solo sulle famiglie che hanno effettivamente sostenuto quel tipo di spesa, escludendo le famiglie che non hanno avuto la spesa OOP.

2. Ad una prima analisi si potrebbe concludere che il fenomeno osservato sia riconducibile ad un livello di salute peggiore degli assicurati, che li porterebbe ad affrontare un maggior quantitativo di spese sanitarie, nonostante la copertura assicurativa. Peraltro, le compagnie sottoscrivono contratti di assicurazione solo dopo aver controllato lo stato di salute dei potenziali clienti attraverso appropriati questionari. Cosicché per affermare uno stato di salute peggiore negli assicurati rispetto ai non assicurati si dovrebbe presupporre un errore sistematico da parte delle compagnie. Una tale ipotesi appare alla luce delle nostre conoscenze poco plausibile, anche data la selezione per età fatta dalle compagnie.
3. Un'altra ipotesi è che i rimborsi erogati dalle Compagnie costituiscano risorse finanziarie aggiuntive, da contabilizzare in aumento al reddito disponibile. Queste disponibilità aggiuntive potrebbero essere utilizzate per l'acquisto di prestazioni sanitarie non coperte dal Sistema Sanitario Nazionale o dalle polizze. Se ciò avvenisse dovremmo però osservare una differente distribuzione delle spese OOP fra le famiglie assicurate e quelle non assicurate; ciò non appare però evidente nella nostra analisi (tabella 4). Piuttosto le evidenze lasciano intravedere un ruolo duplicativo delle coperture assicurative private.
4. La similitudine dei livelli di spesa OOP potrebbe anche essere spiegata supponendo

**Tabella 4 - Composizione della spesa OOP per le famiglie assicurate e quelle non assicurate (Italia 2004)**

Voci di Spesa OOP	Famiglie assicurate	Famiglie non assicurate
Ospedaliera	3,32%	1,45%
Specialistica	16,70%	13,02%
Dentista	22,59%	21,09%
Ausiliari	3,10%	2,24%
Analisi	8,58%	7,15%
Apparecchi	7,03%	7,43%
Termali	0,01%	0,44%
Farmacia	38,67%	47,18%
<b>Totale OOP</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

che sia uguale il livello delle franchigie e dei ticket. In altre parole si potrebbe immaginare che le quote di spesa non garantite dall'assicurazione privata e quelle non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale siano simili. Anche in questo caso, però, si dovrebbe concludere che l'assicurazione privata non sia efficace nel proteggere le famiglie dalla spesa OOP.

5. Ci sembra inoltre che vada evidenziato come l'analisi condotta supporta l'idea che almeno parte della spesa OOP delle famiglie assicurate sia dovuta ad una forma di selezione avversa operante nel mercato assicurativo; in altri termini, le dimensioni infime del mercato comportano alti premi (per ragioni cautelative) che finiscono per selezionare solo

le famiglie che tendono ad avere *expensive tastes*, così che l'uguaglianza ex post delle spese OOP sarebbe spiegabile con un differente livello di consumo ex ante.

### **3.8.5 Conclusioni**

La nostra analisi ha confermato come la spesa OOP aumenti al crescere del livello del reddito. Ciò è evidente sia per le famiglie assicurate sia per quelle non assicurate.

Piuttosto sorprendentemente l'assicurazione sanitaria privata non sembra ridurre significativamente la spesa OOP e le famiglie assicurate presentano una distribuzione di spesa molto simile rispetto a quelle non assicurate.

Considerando il ruolo principalmente duplicativo dell'assicurazione sanitaria in Italia, è possibile rilevare come questa non consenta una effettiva protezione dalle spese OOP. È tuttavia evidente come l'assicurazione possa contribuire positivamente ad aumentare le opportunità di accesso alle cure, assecondando quelle che sono le preferenze dei cittadini (Borgia, Doglia e Spandonaro, 2005). Purtroppo gli importi richiesti per i premi di tali coperture<sup>7</sup> risultano abbastanza elevati e tali opportunità sono ancora quasi esclusivamente riservate alle famiglie con reddito più elevato.

Se teniamo anche conto della bassa redditività delle Compagnie di assicurazione sul Ramo Malattie, che nel 2005 ha evidenziato un rapporto sinistri a premi del 75,4%, sono difficilmente ipotizzabili maggiori spazi di crescita dell'assicurazione sanitaria privata in Italia.

Peraltro uno sviluppo dell'assicurazione integrativa sarebbe auspicabile al fine di aumentare il livello di equità a livello di spese OOP (Borgia, Maruotti e Spandonaro 2004).

L'assicurazione privata dovrebbe essere prerogativa non solo delle famiglie più ricche: l'intervento pubblico dovrebbe quindi mirare ad un sistema di incentivazione che non solo favorisca coloro che abbiano un reddito più basso, ma che tenga anche conto della tipologia delle prestazioni coperte.

Quest'ultima condizione è necessaria per evitare la stipula di polizze di fatto duplicative, il cui valore sociale è modesto.

Si potrebbe così anche ottenere un allargamento della popolazione assicurata che, oltre a comportare una maggiore dispersione del rischio e quindi presumibilmente una possibilità di contenimento dei premi richiesti dalle Compagnie, è anche condizione necessaria per evitare la selezione avversa evidenziata nel presente studio e quindi il fallimento del mercato assicurativo privato.

### **Riferimenti bibliografici**

- ANIA (2005), "L'assicurazione italiana nel 2004/2005", Roma.
- Banca d'Italia (2004) "I Bilanci delle famiglie italiane".
- Borgia P, Doglia M, Spandonaro F (2005), "I comportamenti di consumo sanitario delle famiglie assicurate e le prospettive di sviluppo dell'assicurazione malattia" in Rapporto CEIS Sanità 2005, Italtel Edizioni, Roma.
- Borgia P, Maruotti A, Spandonaro F (2005), "Costi delle forme di assistenza sanitaria

<sup>7</sup> Il premio annuale medio è circa € 390 individuo (ANIA).

integrativa e prospettive di sviluppo” in *Sanità Pubblica e Privata* n. 1-2/2005, Maggioli.

- Bruni (2002), “Le determinanti della domanda di assicurazioni integrative: un’analisi empirica del caso italiano”, Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna.
- Doglia M, Spandonaro F (2005), “La fairness del Servizio Sanitario Nazionale Italiano” in *Rapporto CEIS Sanità 2005*, Italtel Edizioni, Roma.
- ISTAT (2002), “Indagine Multiscopo sulla famiglia Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000”.
- OECD (2004), “Towards High - Performing Health Systems: The OECD Health Project”.
- OECD (2004), “Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems – Health Working Papers.
- OECD (2005), “Health Data”.
- R.I.B. (2002), “L’industria delle assicurazioni ed il mondo della sanità che cambia” in *Atti del 9° Convegno*.



The background of the top half of the page features a warm, orange-toned gradient. Overlaid on this gradient are several faint, semi-transparent silhouettes of people. Some are standing and talking, while others appear to be sitting or leaning over a table, suggesting a collaborative meeting or workshop environment. The overall aesthetic is professional and focused on human interaction.

# *Capitolo 4*

## *Equità*



## 4.1 - L'equità nel Servizio Sanitario Nazionale: impoverimento e spese catastrofiche

Doglia M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

### 4.1.1 Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è una assicurazione sociale di stampo universalistico: questo dovrebbe implicare non solo la capacità di promuovere la tutela della salute della popolazione, ma anche fondamentalmente di assicurare i cittadini contro l'insorgenza di oneri economici derivanti dalla malattia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto, per valutare l'equità del SSN, di integrare le classiche misure *ex-ante* sul lato del finanziamento, con misure nel cosiddetto *burden space* ovvero misure *ex-post* che si basano sulla comparazione della spesa *out of pocket* con la *capacity to pay*.

Tale ultimo approccio è quindi particolarmente utile per verificare in che misura sia stato raggiunto l'obiettivo di copertura dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia.

Il presente contributo analizza in particolare le misure di impoverimento e catastroficità, in quanto indicatori privilegiati della fragilità delle famiglie<sup>3</sup>.

### 4.1.2 Dati e metodologia

Rimandando ai contributi citati in bibliografia per i dettagli tecnici, ci si limita ad osservare che nello studio si è cercato di adattare le misure proposte dall'OMS per un contesto mondiale alla situazione specifica di un Paese sviluppato quale l'Italia; si è quindi scelto di utilizzare, nell'elaborazione degli indicatori, quelle soglie che meglio potessero descrivere la realtà italiana. In particolare sono state utilizzate: la soglia di povertà assoluta ISTAT nel calcolo della *capacity to pay* e la soglia di povertà relativa ISTAT per la valutazione dell'impoverimento.

In linea con le indicazioni dell'OMS, la *capacity to pay* delle famiglie è stata stimata standardizzando il livello di consumo effettivo non di sussistenza.

Si è inoltre scelto di focalizzare l'attenzione sulle misure di impoverimento e catastroficità. Tale scelta è dovuta all'osservazione di come i suddetti fenomeni siano indicatori di carenze nel sistema di assicurazione sociale: vuoi per il fallimento del meccanismo di tra-

<sup>1</sup> ISTAT.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Per un approfondimento sulla metodologia si rimanda a A. Maruotti, F. S. Mennini, L. Piasini e F. Spandonaro, 2004 e M. Doglia e F. Spandonaro, 2005.

sferimento del rischio economico, vuoi per le tensioni all'*opting out* dal sistema universalistico, segnalati dalla presenza di una quota di famiglie gravate da oneri rilevanti per l'assistenza sanitaria.

Per ovviare al fatto che una delle principali critiche mosse agli indicatori nel *burden-space* è la loro sensibilità alle soglie scelte, si è anche provveduto a fornire, oltre ad una stima puntuale della catastroficità, anche la distribuzione del rapporto tra spese oop e *capacity to pay*.

Infine, per garantire la continuità con l'analisi contenuta nel Rapporto CEIS Sanità 2005, si è scelto di includere nella spesa sanitaria *out of pocket* anche i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili: sebbene, con riferimento alla quota erogata da professionisti non sanitari (badanti ecc.), non si tratti strettamente di spese classificabili come sanitarie, è sembrato interessante (e dovuto) cogliere il fenomeno socio-sanitario in modo quanto più possibile complessivo e integrato.

#### 4.1.3 Analisi preliminare

Nel 2004 (ultimo anno disponibile) in Italia risultano impoverite 295.572 famiglie (pari a circa l'1,3% della popolazione), gran parte delle quali (circa il 65,3%) presenta almeno un membro di età superiore ai 65 anni; risultano invece 967.619 le famiglie (pari al 4,2% della popolazione) soggette a spese catastrofiche.

Per individuare quali possano effettivamente essere le cause dell'impoverimento delle famiglie e dei pagamenti catastrofici si è effettuata una serie di test statistici tra impoverimento (*impoor*) e catastroficità (*cata*) da una parte e variabili socio demografiche relative alla famiglia dall'altra. Le variabili testate sono state: il quintile di consumo standardizzato (*scq*), il numero di componenti (*nhm*), il numero di componenti anziani (*nhe*), la Regione di residenza (*region*), l'età della persona di riferimento (*arp*) e la tipologia fami-

**Tabella 1 - Associazione tra impoverimento ed altre caratteristiche familiari**

Variabile	Livello di significatività Chi quadro	Coefficiente Phi
Numero di componenti	<,0001	0,0273
Età della persona di riferimento	<,0001	0,0730
Numero di componenti anziani	<,0001	0,0739
Regione di residenza	<,0001	0,0705
Tipologia familiare	<,0001	0,0862
Quintile di consumo standardizzato	<,0001	0,3092

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

**Tabella 2 - Associazione tra spese catastrofiche ed altre caratteristiche familiari**

Variabile	Livello di significatività Chi quadro	Coefficiente Phi
Numero di componenti	<,0001	0,06814
Età della persona di riferimento	<,0001	0,13203
Numero di componenti anziani	<,0001	0,13069
Regione di residenza	<,0001	0,12346
Tipologia familiare	<,0001	0,14798
Quintile di consumo standardizzato	<,0001	0,25170

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

**Tabella 3 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, distribuzione percentuale delle famiglie per quintili di consumo standardizzato - Italia 2004**

Quintile di consumo standardizzato	1	2	3	4	5	Tutta Italia
POOR <sup>4</sup>	57,3%	-	-	-	-	11,5%
IMPOOR	5,4%	1,0%	-	-	-	1,3%
CATA	14,3%	2,6%	1,5%	1,3%	1,5%	4,2%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

liare (htp); tutti i test hanno portato, con un elevato livello di confidenza, a rifiutare l'ipotesi di assenza di associazione (tabella 1 e tabella 2).

Chiaramente l'impoverimento è risultato associato in maniera più evidente della catastroficità al livello di consumo (e quindi presumibilmente di reddito), mentre la catastroficità si è rivelata maggiormente associata con le altre caratteristiche familiari relative alla localizzazione geografica, al livello di istruzione all'età e alla dimensione e tipologia familiare.

#### **4.1.4 La distribuzione dell'impoverimento e delle spese catastrofiche**

Considerando la distribuzione per livello di consumo standardizzato della popolazione,

<sup>4</sup> Il dato presenta valori leggermente differenti rispetto a quanto pubblicato dall'ISTAT (ISTAT, 2005), questo è dovuto al fatto che la metodologia di aggregazione delle spese indicata dall'OMS è leggermente differente rispetto a quella usata dall'ISTAT.

**Tabella 4 - Distribuzione percentuale degli impoveriti e dei soggetti a spese catastrofiche secondo la tipologia familiare – Italia 2004**

<b>Tipologia Familiare</b>	<b>Impoor</b>	<b>Cata</b>
Persona sola con meno di 35 anni	0,0%	0,3%
Persona sola con 35-64 anni	1,9%	2,4%
Persona sola con 65 anni e più	25,1%	31,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con meno di 35 anni	0,0%	0,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 35-64 anni	3,8%	3,2%
Coppia senza figli con persona di riferimento con 65 anni e più	24,5%	20,1%
Coppia con 1 figlio	8,8%	8,3%
Coppia con 2 figli	15,6%	12,2%
Coppia con 3 e più figli	3,8%	6,0%
Monogenitore	7,4%	7,3%
Altre tipologie	9,3%	8,8%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

sia l'impoverimento che le spese catastrofiche sembrano colpire maggiormente le famiglie più povere, essendo fortemente concentrate nel primo quintile di consumo standardizzato. Bisogna però ricordare che l'analisi della catastroficità include le famiglie povere ed è quindi fortemente influenzata dalle basse *capacity to pay* delle stesse. Se si restringe l'analisi alle sole famiglie non povere la concentrazione della catastroficità risulta fortemente attenuata.

**Tabella 5 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato. Tutte le famiglie Italia 2004**

<b>Quintile di consumo standardizzato</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Ospedale	0,2%	0,6%	0,8%	0,8%	2,6%
Specialistica	12,2%	14,3%	14,6%	12,5%	11,8%
Dentista	5,1%	9,5%	11,8%	18,7%	28,9%
Analisi	6,9%	7,2%	8,6%	6,9%	6,3%
Apparecchi	3,6%	5,8%	5,8%	6,6%	8,6%
Termali	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,7%
Farmacia	68,7%	57,3%	52,8%	47,3%	33,7%
Disabilità e serv. Ausiliari	3,4%	5,0%	5,4%	7,0%	7,4%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

La tabella 4 mostra, inoltre, come una notevole quota (45,6%) delle famiglie impoverite sia composta da anziani soli o coppie di anziani senza figli. Per di più, la grande maggioranza (circa il 65,3%) delle famiglie soggette ad impoverimento ha almeno un membro anziano.

La presenza di un anziano in famiglia aumenta, secondo le nostre stime, e a parità di altre condizioni, di circa il 42% la probabilità di impoverimento; la presenza di due o più anziani porta a più che raddoppiare tale rischio (Doglia e Spandonaro, 2006a).

**Tabella 6 - Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato famiglie povere – Italia 2004**

Quintili di consumo standardizzato	1
Ospedale	0,4%
Specialistica	10,3%
Dentista	4,4%
Analisi	7,7%
Apparecchi	2,7%
Termali	0,0%
Farmacia	70,5%
Disabilità e serv. Ausiliari	4,1%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

**Tabella 7 - Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato - Primi due quintili, famiglie impoverite – Italia 2004**

Quintili di consumo standardizzato	1	2
Ospedale	0,1%	2,1%
Specialistica	16,5%	15,9%
Dentista	9,2%	26,9%
Analisi	6,9%	6,9%
Apparecchi	7,6%	5,9%
Termali	0,0%	0,3%
Farmacia	54,4%	25,0%
Disabilità e serv. Ausiliari	3,0%	15,1%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

#### 4.1.5 La struttura della spesa sanitaria per le famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche

Al fine di avere una migliore comprensione dei fenomeni si è provveduto ad analizzare la composizione delle spese sanitarie *out of pocket* (oop) per livello di consumo standardizzato.

Per le famiglie povere (tabella 6) le spese sanitarie *out of pocket* risultano fortemente concentrate nella voce Farmaceutica: questo sembra confermare la presenza di un imperfetto funzionamento del sistema di compartecipazione ed esenzione, che risulta in un considerevole onere lasciato in capo alle famiglie meno abbienti.

Oltre alla farmaceutica, le visite specialistiche assumono un peso rilevante nelle spese *out of pocket* delle famiglie impoverite (tabella 7). Anche le cure dentistiche sembrano avere un peso notevole quando le famiglie cominciano a “poterle permettere” (famiglie appartenenti al secondo quintile di consumo standardizzato).

Per tali famiglie appare peraltro rilevante anche l’impatto della non autosufficienza (LTC). La tabella 8 mostra la struttura della spesa per le famiglie soggette a spese catastrofiche; tale tabella può fornire quindi un’indicazione di come vengano destinate le spese *out of pocket* di quelle famiglie che (costrette o per scelta) si trovano ad utilizzare una notevole quota delle loro risorse per spese sanitarie. L’analisi deve sempre essere effettuata tenendo conto del livello di consumo standardizzato.

La maggior parte delle spese effettuate dalle famiglie a medio reddito (terzo quintile) sono utilizzate per il dentista (28,9%), la LTC (26,7%) e le spese farmaceutiche (23,6%); la composizione non varia molto nelle famiglie più ricche (quarto e quinto quintile) dove però le spese per il dentista assumono un ruolo predominante.

#### 4.1.6 Distribuzione regionale dell’impoverimento e delle spese catastrofiche

L’impoverimento e la catastroficità non si distribuiscono uniformemente sul territorio nazionale (tabella 9).

**Tabella 8 - Composizione del consumo sanitario *out of pocket* per quintili di consumo standardizzato - Famiglie soggette a spese catastrofiche Italia 2004**

Quintile di consumo standardizzato	1	2	3	4	5
Ospedale	0,3%	0,9%	0,7%	4,9%	9,4%
Specialistica	12,8%	16,8%	6,7%	3,7%	2,2%
Dentista	7,2%	16,8%	28,9%	43,4%	57,9%
Analisi	6,3%	6,7%	5,0%	3,9%	0,5%
Apparecchi	5,3%	9,1%	8,3%	4,0%	7,4%
Termali	0,0%	0,1%	0,0%	0,7%	2,2%
Farmacia	61,9%	32,5%	23,6%	8,3%	4,3%
Disabilità e serv. Ausiliari	6,1%	17,0%	26,7%	31,0%	16,0%

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

**Tabella 9 - Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, distribuzione percentuale delle famiglie per Regione - Italia 2004**

	Poor	Impoor	Cata
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%
<b>Italia</b>	<b>11,5%</b>	<b>1,3%</b>	<b>4,2%</b>

Fonte: Nostra elaborazione su dati ISTAT

Le Regioni del sud mostrano una maggiore incidenza sia di povertà che di impoverimento; considerando quindi che le famiglie povere non sono considerate nell'analisi dell'impoverimento, possiamo concludere che le inefficienze del SSN nel proteggere le famiglie dal peso delle spese per la salute contribuisce all'aumento della povertà effettiva (ottenuta sommando poveri e impoveriti) e quindi all'aumento della sperequazione già presente nel Paese.

Le Regioni del nord presentano quasi tutte un'incidenza dell'impoverimento inferiore alla media nazionale, l'unica eccezione è la Liguria dove, probabilmente, l'effetto positivo dovuto ad una maggior ricchezza generalizzata della popolazione non riesce comunque a superare l'effetto sull'impoverimento dovuto alla presenza di numerosi anziani. Questo conferma il ruolo centrale nelle politiche sanitarie dell'assistenza agli anziani e della LTC. Sorprendentemente le Regioni del centro (in particolare Lazio e Marche) mostrano una bassa incidenza di impoverimento, peraltro precedenti studi (Doglia e Spandonaro, 2006a) avevano già evidenziato come, per famiglie simili (per reddito e tipologia), il fatto di risiedere nel centro Italia portasse ad una riduzione di circa il 20% del rischio di impoverimento rispetto alle altre zone del Paese.

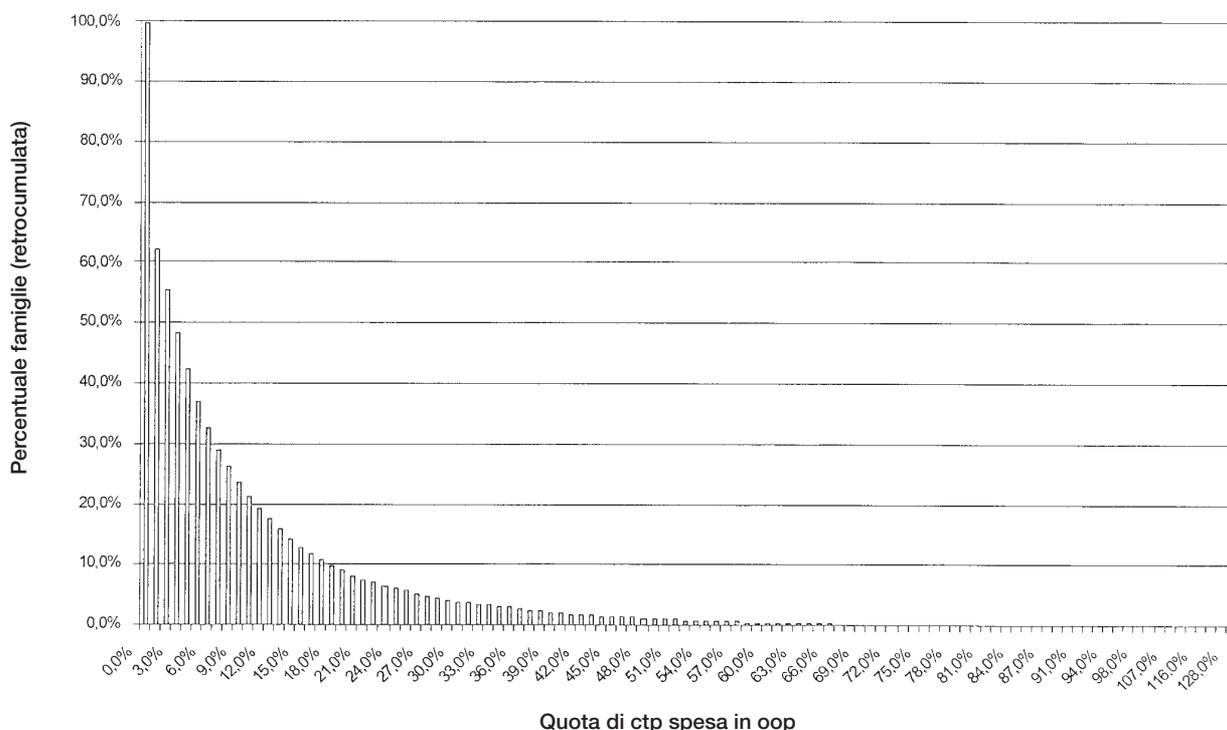
Se si considera l'incidenza delle spese catastrofiche, invece, le Regioni del Nord sembrano avere la migliore performance, quelle del sud la peggiore con tutti valori superiori alla media nazionale, con quelle del centro in posizione intermedia.

Individuare esattamente le motivazioni che portano a queste differenze non appare facile; tre tipologie di fattori possono essere addotte: un livello di reddito più basso (che influenza negativamente la *capacity to pay*) può aumentare il rapporto *oop/capacity to pay* anche in caso di similitudine nei livelli di *oop*; un sistema sanitario carente (dal punto di vista qualitativo) potrebbe d'altra parte aumentare la pressione all'*opting out*; da ultimo l'effetto potrebbe essere dovuto ad effettive differenze nella capacità di protezione dalle spese *oop* da parte dei diversi sistemi regionali, per effetto delle difformi scelte in termini di *co-payment* ed esenzione.

#### 4.1.7 Distribuzione del peso delle spese out of pocket sulla capacity to pay familiare

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, uno dei maggiori problemi relativi alla misura dell'equità nel *burden space* è la sensibilità degli indicatori alle soglie scelte.

**Figura 1 - Distribuzione retro cumulata delle famiglie per quota di oop sulla capacity to pay per le famiglie non povere (valori arrotondati al più vicino punto percentuale) - Italia 2004**



Questo risulta particolarmente vero nell'analisi dei pagamenti catastrofici. Infatti, benché la spesa *out of pocket* per la salute sia di solito legata ad una necessità inderogabile, questa può diventare, almeno parzialmente, una scelta per le famiglie più ricche.

Tale scelta, in un sistema universalistico come quello italiano, segnala comunque una disaffezione al sistema e un implicito interesse a poter liberamente scegliere tra sanità pubblica e privata.

La distribuzione del rapporto tra spesa *out of pocket* e *capacity to pay* può aiutare ad identificare al meglio l'effettivo peso della spesa sanitaria privata sui bilanci familiari.

In Italia 12.569.364 famiglie non povere (pari a circa il 62,2% delle stesse) hanno dovuto sostenere spese oop per la sanità ogni mese nel 2004. La figura 1 mostra la distribuzione percentuale retro cumulata di queste famiglie in relazione al livello di spesa oop sulla *capacity to pay*.

Dalla figura 1 emergono alcune interessanti considerazioni: innanzitutto la percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche, quando si restringe l'analisi alle sole famiglie non povere passa dal 4,2% a circa il 2,2%, confermando il peso notevole della povertà sulla catastroficità. In secondo luogo si osserva una forte influenza della scelta della soglia sul livello di catastroficità. Così, a fronte di una catastroficità netta al 2,2% con una soglia *oop/capacity to pay* del 40%, portando la soglia al 30% si passa ad una percentuale di famiglie soggette a spese catastrofiche di circa il 4%, mentre si ridurrebbero all'1,1% alzando la soglia al 50%.

Bisogna infine sottolineare la presenza, seppur molto contenuta (intorno allo 0,2%) di famiglie non povere che spendono per consumi sanitari più dei tre quarti della loro *capacity to pay* e di qualche famiglia (molte poche per fortuna) che arriva perfino a superare il 100%.

#### 4.1.8 Conclusioni

In presenza di un sistema sanitario universale che, almeno parzialmente, sacrifica il principio della libertà di scelta dei pazienti per privilegiare la globale copertura dei bisogni di assistenza sanitaria della popolazione, la misura degli effetti equitativi in termini di impatto delle spese sanitarie *out of pocket* sui bilanci delle famiglie, assume una valenza centrale.

In presenza di risorse pubbliche sempre scarse, almeno se confrontate con la tendenziale crescita dei bisogni, il concetto si rafforza, in quanto risulta necessario governare il processo di razionamento. Sia che esso sia esplicito (modifiche nei LEA), sia che (più frequentemente) sia implicito, capire il "segno" in termini equitativi delle politiche economiche sanitarie adottate è fondamentale da un punto di vista sociale.

Ad esempio, il ritorno di forme di compartecipazione, auspicabili per governare la questione dell'appropriatezza, tanto sul lato dell'offerta che su quello della domanda, implica anche effetti finanziari sulle famiglie che devono essere attentamente valutati e monitorati.

Lo studio dell'equità del SSN, o meglio dei SSR, giunto al suo terzo aggiornamento, permette in primo luogo di concludere che esiste uno "zoccolo duro" di iniquità sociale, numericamente rappresentato dalle famiglie che si impoveriscono e, almeno in parte, da

quelle che sostengono spese “catastrofiche”: senza rilevanti modificazioni nel triennio 2002-2004, pari a circa l’11% di famiglie povere italiane, a cui si aggiunge un 1,3%, di impoverimento causato da bisogni di salute. In altri termini la salute provoca un aumento del 10% ca. dei poveri “effettivi”. A questi si aggiunga oltre il 4% di famiglie che, malgrado siano titolari “sulla carta” di una copertura globale dei propri bisogni sanitari, sostengono direttamente una spesa per assistenza sanitaria che supera la soglia di riferimento proposta dall’OMS, ovvero il 40% della loro *capacity to pay*.

In termini assoluti il fenomeno è ragguardevole, essendo coinvolti complessivamente oltre 1.200.000 nuclei familiari.

Questi nuclei rappresentano contemporaneamente un’area particolare di fragilità e una platea di cittadini che non riescono o non vogliono esercitare il proprio diritto all’assistenza: ad essi va evidentemente deputata una particolare attenzione dai *policy makers*. Lo studio rappresenta come l’anzianità sia un catalizzatore potente della fragilità: oltre il 60% delle famiglie impoverite contiene anziani; in altri termini, la condizione anziana aumenta del 50% la probabilità di un impoverimento causato da spese sanitarie *out of pocket*.

Le aree assistenziali che maggiormente contribuiscono al fenomeno sono la farmaceutica e la specialistica per i nuclei più poveri, ma anche l’odontoiatrica e la non autosufficienza per le famiglie che “possono permettersela”: evidentemente, quindi, il fenomeno è maggiore di quanto appaia, poiché non avere avuto spese può non implicare che il bisogno sia stato soddisfatto gratuitamente, quanto che potrebbe essere stato semplicemente posticipato (spesso comportando maggiori costi diretti e indiretti nel futuro) o “risolto nella famiglia”, con costi che sfuggono alla contabilizzazione.

Si noti, ancora, che nella spesa diretta delle famiglie, la cosiddetta spesa *out of pocket*, sono comprese tanto spese del tutto private, quanto quelle derivanti da compartecipazioni alle prestazioni erogate dal SSN, oltre a quelle “miste” rappresentate dal pagamento di prestazioni rese in intramoenia.

Malgrado la leva finanziaria, rappresentata nello specifico dai ticket, sia una di quelle più utilizzate a livello di politiche economiche sanitarie, del fenomeno sappiamo poco, non avendo rilevazioni che distinguono per tipologia le spese *out of pocket*.

Dai risultati ottenuti, in particolar modo relativamente alla farmaceutica e alla specialistica, si può peraltro immaginare che l’attuale regime di compartecipazioni/esenzioni non sia ben tarato: è infatti presumibile che il meccanismo della quota fissa per ricetta (non soggetto a esenzione), sia in larga parte responsabile dell’impoverimento nelle fasce più povere.

Si aggiunga a questo che l’attuale sistema di esenzione comporta un’unica soglia intorno ai € 36.000 di reddito familiare, creando una ingiustificabile disparità fra chi è di poco sopra o sotto tale soglia.

Sarebbe auspicabile che il settore, proprio per la sua valenza strategica e per il suo impatto sociale, sia monitorato molto più approfonditamente, adeguando allo scopo le rilevazioni statistiche.

Si consideri, infine, che a livello regionale si registrano differenze significative; in parte esse sono spiegate dai differenziali endemici di livello socio-economico: citiamo che la

distribuzione dei poveri è molto disomogenea, incidendo del 3,4% in Emilia Romagna fino a sfiorare il 30% in Sicilia.

Non di meno gli impoveriti sono solo lo 0,3% in Friuli Venezia Giulia, dove evidentemente il SSR riesce a svolgere in modo egregio la sua funzione di socializzazione del rischio economico derivante dalla malattia, sino al 2,6% della Calabria. Si noti che la Regione più virtuosa, e quella meno, non coincidono con quelle del *ranking* per incidenza dei poveri, a dimostrazione sia che i fenomeni sono differenti, sia che l'impoverimento dipende in modo rilevante dalle scelte di politica economica sanitaria.

Ci sembra non casuale che anche l'incidenza di famiglie che sostengono spese catastrofiche veda nuovamente la primazia del Friuli Venezia Giulia (1,9%) e come fanalino di coda la Calabria (10,2%).

Un'ultima osservazione riguarda quindi le scelte di politica sanitaria regionali, in quanto esse non appaiono affatto neutrali in termini di equità, sia locale che complessiva del sistema.

Si noti che mentre si tiene conto, specialmente a livello di finanziamento, dei diversi livelli di bisogno sanitario delle popolazioni (per mezzo ad esempio di quote capitarie ponderate per l'età), non si tiene adeguatamente conto dei diversi livelli socio-economici: in altri termini non si considera il differente livello di esenzione nelle varie Regioni, che pure contribuisce a determinare il livello di equità del sistema.

Sarebbe in conclusione auspicabile che le compartecipazioni siano legate ai livelli di inappropriatazza dei consumi, e che i livelli di esenzione siano regionalmente specificati sotto il vincolo, che rappresenta un principio basilare di cittadinanza, di un livello massimo di spesa ritenuto accettabile in funzione della *capacity to pay* della famiglia, ad esempio utilizzando strumenti quali l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

### Riferimenti bibliografici

- Doglia M, Spandonaro F, "Healthcare expenditures on Italian households with elderly members: impoverishment and catastrophic payments", in Atti della XLIII Riunione Scientifica della SIS, SIS, Torino, 2006.
- Doglia M, Spandonaro F, "Il peso della spesa sanitaria privata sui bilanci delle famiglie italiane", in Sanità Pubblica e Privata – Maggio-Giugno 2006, Maggioli, Rimini, 2006.
- Doglia M, Spandonaro F, "La fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano", in Rapporto CEIS - Sanità 2005, IEP, Roma, 2005.
- Istat, "La povertà assoluta: informazioni sulla metodologia di stima", Statistiche in breve, 30 giugno 2004.
- Istat, "La povertà relativa in Italia nel 2004", Statistiche in breve, 6 ottobre 2005.
- Maruotti A, Mennini FS, Piasini L, Spandonaro F, "Equità e fairness del Servizio Sanitario Nazionale italiano", in Rapporto CEIS - Sanità 2004, IEP, Roma, 2004.
- Mennini FS et al., "Monitoraggio della Spesa Sanitaria e del Finanziamento dell'Assistenza Sanitaria", in Salute e Territorio, 2004.
- Murray CJL et al., "Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Concepts and Empirical Application", Health System Performance Assessments, WHO, Ginevra, 2003.

- Rafaniello A, Spandonaro F, “Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi”, in Rapporto CEIS - Sanità 2003, IEP, Roma, 2003.
- Wagstaff A, “Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization’s Fairness of Financing Index”, Development Research Group and Human Development Network, World Bank, 2001.
- World Health Organization, “Distribution of health payments and catastrophic expenditures”.
- Xu K et al., “Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical and Technical Challenges”. Health Systems Performance Assessments, WHO, Ginevra , 2003.

## 4.2 - L'equità di accesso

Rocchetti I.<sup>1</sup>

### 4.2.1 Introduzione

Negli ultimi decenni all'interno dei Paesi sviluppati, la salute dei cittadini è andata sempre migliorando, grazie soprattutto ai cambiamenti negli stili di vita e ai numerosi progressi dei sistemi sanitari (Materia 1999).

Vari studi socio-economici ed epidemiologici sulla salute hanno, però, rilevato l'importanza dell'intensità delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni erogate dai servizi sanitari. Le disuguaglianze socio-economiche, misurate non solo in termini di reddito, ma anche in termini di istruzione, di posizione occupazionale e sociale, sono evidenti sia all'interno dei singoli Paesi sia nel confronto tra Stati.

In questo contributo ci si limita ad analizzare l'equità nell'uso di servizi; in termini di equità orizzontale si sottintende il principio di "uguale utilizzo per uguale bisogno", per cui il reddito, il livello di istruzione e il fatto di risiedere in una certa area geografica piuttosto che in un'altra, non dovrebbero influenzare il livello e la qualità delle cure sanitarie ricevute.

In particolare ci si è concentrati sull'utilizzo di alcuni servizi, standardizzandolo rispetto al bisogno. La metodologia di misurazione usata è quella proposta da Wagstaff e Van Doorslaer (2000a) e utilizza curve e indici di concentrazione, nonché criteri di standardizzazione indiretta.

### 4.2.2 Il modello econometrico

L'indice di concentrazione può essere considerato un ottimo strumento di misura dell'ineguaglianza e perciò anche dell'ineguaglianza nell'utilizzo di servizi sanitari.

In questo contributo si analizza come si concentrano le variabili "utilizzo effettivo" ed "utilizzo standardizzato" rispetto alla posizione socio-economica.

Si definisce CI l'indice di ineguaglianza e H quello di iniquità<sup>2</sup>: il secondo differisce dal primo in quanto le disuguaglianze di utilizzo sono standardizzate per il bisogno. Un suo valore positivo indica che i gruppi con posizione economica più alta fanno un utilizzo maggiore di cure sanitarie rispetto al loro grado di bisogno, viceversa un valore negativo indica che a parità di bisogno i gruppi più economicamente avvantaggiati fanno un uso minore di cure sanitarie. Solo se l'indice assume un valore pari a zero non c'è iniquità orizzontale.

Il metodo di standardizzazione degli utilizzi si basa sul confronto tra la distribuzione attuale dell'uso dei servizi sanitari e quella attesa in base al bisogno. Tale metodo viene definito di standardizzazione indiretta.

Nel caso di regressioni lineari la formula usata per il calcolo dell'utilizzo standardizzato per

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Entrambi gli indici variano tra -1 ed 1.

il bisogno è la seguente (Dolores Jimenez Rubio, 2004):

$$\hat{Y}_i^B = Y_i - \hat{Y}_i^A + Y^m,$$

(i rappresenta o l'individuo o il gruppo),  $\hat{Y}_i^{is}$  indica l'utilizzo indirettamente standardizzato in base al bisogno,  $y_i$  è l'utilizzo attuale di servizi sanitari,  $y^m$  è la media campionaria, mentre  $\hat{y}_i^x$  indica l'utilizzo atteso in base al bisogno.

Quest'ultimo viene calcolato in due passi:

1) con una regressione sull'uso dei servizi sanitari  $Y_i$  in funzione di tre tipi di variabili esplicative: il reddito (inc), un vettore di  $k$  variabili indicatrici del bisogno (variabili demografiche, di morbilità)  $x_{ki}$ , e un insieme di  $p$  variabili di non-bisogno  $z_p$  (istruzione, attività professionale, Regione di residenza...):

$$Y_i = \alpha + \beta inc_i + \sum_k \gamma_k x_{ki} + \sum_p \delta_p z_{pi} + \varepsilon_i,$$

2) combinando le stime dei minimi quadrati dei coefficienti ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ) dell'equazione sopra riportata, con i valori effettivi delle variabili di bisogno  $x_{ki}$  e con i valori medi campionari del reddito e delle altre variabili di non bisogno  $z_{pi}$ :

$$\hat{Y}_i^A = \hat{\alpha} + \hat{\beta} inc^m + \sum_k \hat{\gamma}_k x_{ki} + \sum_p \hat{\delta}_p z_{pi}^m,$$

dove  $\hat{Y}_i^A$  indica l'ammontare di servizi sanitari di cui un individuo dovrebbe usufruire qualora fosse trattato come coloro che hanno le stesse caratteristiche di bisogno, in media. Per il calcolo dell'indice di concentrazione per un generico utilizzo  $Y$  si è utilizzata la seguente formula (Citoni, 2006):

$$C = \frac{2}{\mu} cov_w(Y_i, R_i),$$

dove  $\mu$  indica l'utilizzo medio pesato e  $R_i$  è il rango frazionale socio-economico pesato di appartenenza dell'individuo  $i$ -mo, espresso come (Citoni, 2006):

$$R_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^{i-1} w_j + \frac{1}{2} w_i,$$

dove  $w_i$  è il peso campionario dell'individuo  $i$  mentre  $R^m$  è il valore medio di  $R_i$  ed equivale ad  $1/2$ .

L'indice di concentrazione, essendo equivalente alla covarianza pesata moltiplicata per  $\frac{2}{\mu}$  è detto anche covarianza conveniente pesata.

L'errore standard (SE) dell'indice di concentrazione è a sua volta ottenibile dalla regressione dei minimi quadrati di  $Y_i$  rispetto al suo rango, in cui il peso è dato dalla varianza del rango:

con 
$$\frac{2\sigma^2}{\alpha} Y_i = \alpha_1 + \beta R_i + \epsilon_i,$$

$$\hat{\beta}_1 = C \quad e \quad SE(\hat{\beta}_1) = SF(C).$$

#### 4.2.3 Pregi e limiti del metodo

Un primo pregio del metodo sopra descritto consiste nella possibilità di scomporre l'indice di concentrazione all'interno dei gruppi e tra i gruppi, dove i gruppi possono essere ad esempio le Regioni, nel tentativo di verificare se le differenze nell'utilizzo dei servizi sanitari presenti a livello di popolazione nazionale siano dovute maggiormente alle differenze esistenti tra Regioni ricche e Regioni povere del Paese piuttosto che alle distanze tra i singoli individui ricchi e poveri all'interno delle stesse Regioni.

L'analisi si presta anche, nel caso di Paesi federali, a trarre delle riflessioni in merito alle politiche sanitarie messe a punto a livello di governo centrale e regionale.

Tra i meriti dell'approccio inoltre vi è quello della possibilità di scindere le varie determinanti dello stato di differente concentrazione (i redditi, i bisogni e le variabili non di bisogno) e distinguere perciò il loro diverso contributo alla spiegazione dell'iniquità complessiva nell'utilizzo dei servizi sanitari.

Oltre a presentare dei pregi il metodo mostra però dei punti deboli che è necessario prendere in considerazione.

Un primo problema è presentato proprio dalla variabile utilizzata per identificare lo stato socio-economico: la scelta di un indicatore piuttosto che di un altro può provocare delle alterazioni nei risultati e addirittura nel segno dell'indice di concentrazione; è stato provato come, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, indicatori quali il possesso di beni durevoli, lo status abitativo, ecc., evidenzino disuguaglianze minori rispetto ad altri indicatori come quelli di reddito e consumo (Citoni, 2006). Un altro aspetto importante e limitativo dell'approccio sta nel fatto che esso considera come variabile dipendente l'utilizzo di una specifica voce di assistenza sanitaria, che deve essere naturalmente espresso in termini quantitativi (ad es. numero di visite).

Ciò significa che ci sono problemi nella determinazione dell'equità globale del sistema sanitario a causa della difficoltà di stabilire dei pesi che ponderino in modo esatto il contributo di ogni voce di assistenza all'equità complessiva.

Un ultimo limite dell'approccio è dovuto al fatto che esso non considera la dimensione qualitativa dell'equità: la qualità dei servizi sanitari può implicare peraltro effetti differenziati per classi sociali (Citoni, 2006).

#### 4.2.4 Banca dati e analisi statistica

I dati utilizzati provengono dalla Multiscopo dell'Istat, in particolare l'indagine quinquennale "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1999-2000.

La popolazione di interesse dell'indagine, ossia l'insieme delle unità statistiche oggetto di investigazione, è costituita sia dalle famiglie residenti in Italia, sia dagli individui che le compongono, al netto dei membri permanenti delle convivenze.

La scelta dell'utilizzo di tale fonte è dovuta al fatto che essa contiene indicazioni sulle condizioni di salute (percezione dello stato di salute, presenza di malattie croniche ecc.),

la presenza di disabilità, gli stili di vita (abitudine al fumo, attività fisica, ecc.), la prevenzione, il ricorso ai servizi sanitari, il ricorso a farmaci o a terapie non convenzionali e il percorso della maternità dalla gravidanza all'allattamento.

L'indagine perciò comprende rilevazioni sullo stesso campione relative a "quasi" tutte le variabili necessarie per l'applicazione a dati reali del metodo di Wagstaff e Van Doorslaer descritto precedentemente (variabili di utilizzo, di bisogno, socio-economiche).

L'indagine è però purtroppo priva di informazioni sul reddito disponibile dei singoli individui e delle famiglie.

Peraltro essa contiene informazioni sulla posizione socio-economica degli individui. Naturalmente, perché il modello possa applicarsi senza problemi, è necessario che la posizione socio-economica venga sintetizzata attraverso una variabile in base ai valori della quale si possano costruire dei ranks socio-economici di appartenenza degli individui.

La variabile socio-economica (R) utilizzata in questo studio è stata creata considerando delle possibili combinazioni di due variabili originarie presenti nell'indagine e cioè quelle relative rispettivamente alla "posizione nella professione" e al "titolo di studio conseguito", ponendo come variabile di primaria importanza la "posizione nella professione" in quanto fortemente correlata con il reddito.

Tale indicatore socio-economico assume valori in un intervallo che va da 1 a 20: se  $R_i=1$  l'individuo  $i$  appartiene al rango socio-economico più "basso", se  $R_i=20$  l'individuo  $i$  appartiene al rango socio-economico più "alto" (es: dirigente, imprenditore, dottorato di ricerca o specializzazione post-laurea:  $R=20$ , ecc.).

Sulla base di tale variabile R poi si sono calcolati i ranks socio-economici pesati frazionati  $R_i$  da utilizzare nel calcolo della concentrazione e dati dalla seguente equazione:

$$R_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^i w_j + \frac{i}{2} w_i$$

dove  $w_i$  è il peso campionario dell' $i$ -mo individuo.

Il limite che si ha nel considerare lo stato socio-economico al posto del reddito sta nel fatto che vengono escluse le categorie non produttive della popolazione e cioè i bambini e gli anziani.

Al fine di poter includere nell'analisi i pensionati, dato che costituiscono una larga fascia della popolazione italiana e particolarmente rilevante dal punto di vista sanitario, si è creato un gruppo e lo si è posizionato in uno dei ranghi socio-economici creati, in base al reddito medio lordo pro-capite annuo dei pensionati (fonte: Banca d'Italia, Relazione generale sulla situazione economica del Paese).

L'altra variabile di non bisogno utilizzata nello studio è l'età.

In realtà tale indicatore potrebbe essere considerato contemporaneamente sia di bisogno che di non bisogno in quanto non rappresenta un bisogno effettivo ma è molto correlato con esso: il bisogno sanitario aumenta evidentemente con l'aumentare del tempo.

In particolare come variabile di non bisogno può cogliere l'effetto di induzione di domanda derivante dall'esenzione degli over 65, mentre come variabile di bisogno può coglie-

re la variabilità latente che non riesce ad essere spiegata da nessuna delle altre variabili di bisogno considerate.

In particolare per l'età è stata utilizzata una variabile dummy che individua otto classi<sup>3</sup>: sono stati assegnati naturalmente punteggi maggiori alle classi più elevate per rispettare il naturale andamento della variabile età e considerando anche il fatto che i bisogni sanitari aumentano all'aumentare di essa.

Per quanto riguarda invece le variabili di bisogno, si è privilegiata la percezione che gli individui hanno del proprio stato di salute per verificare quanto tali percezioni influiscano sull'utilizzo di servizi (es. "come va in generale la sua salute", "la sua salute la limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico", ecc.).

Anche per le variabili di bisogno sono state utilizzate delle dummies al fine di attribuire un peso maggiore al bisogno più elevato.

Per quanto riguarda le variabili di utilizzo, infine, sono state scelte cinque voci di assistenza diverse: le visite generiche, le visite specialistiche, le visite totali (che comprendono le prime due più le visite in ambito di lavoro e sportive), le visite specialistiche a pagamento intero e gli accertamenti diagnostici, effettuati nelle quattro settimane precedenti all'indagine.

Essendo di fronte a variabili risposta politomiche<sup>4</sup> (numero visite generiche, ecc.) si è ritenuto necessario effettuare una analisi preliminare, mediante una regressione logistica in modalità *stepwise*.

Nella fase successiva si sono stimati per ogni utilizzo e attraverso il metodo dei minimi quadrati i coefficienti delle covariate scelte al passo precedente in base al loro livello di significatività.

Sono stati poi calcolati, secondo la procedura sopra esposta, gli indici di concentrazione e i loro relativi SE (*standard errors*).

#### 4.2.5 Risultati

La prima variabile di utilizzo considerata è il numero di visite totali, dove per visite totali si intendono quelle del medico di famiglia ma anche quelle di medici specialisti, sono escluse le visite di pronto soccorso e quelle effettuate durante un ricovero ospedaliero, sono invece incluse le visite di lavoro e quelle sportive.

La regressione logistica in modalità *stepwise* effettuata sulle variabili esplicative mostra che le variabili di bisogno sono le maggiori determinanti della probabilità di effettuare visite totali.

Si può notare che tra i parametri più statisticamente significativi secondo il test del chi-quadro (in base ad un livello di significatività  $\alpha = 0.05$ ) che spiegano l'utilizzo "numero di visite totali" ci sono: "in che misura il dolore ha ostacolato l'individuo" e "la salute percepita".

L'indice di concentrazione calcolato sul numero di visite totali standardizzate è pari a -0,0030,

<sup>3</sup> Sono state individuate le seguenti classi di età:  $età < 10$  (classe 1),  $10 < età \leq 30$  (classe 2),  $30 < età \leq 40$  (classe 3),  $40 < età \leq 50$  (classe 4),  $50 < età \leq 60$  (classe 5),  $60 < età \leq 70$  (classe 6),  $70 < età \leq 80$  (classe 7),  $80 < età$  (classe 8).

<sup>4</sup> Per politomiche si intende variabili discrete che assumono due o più valori.

mentre quello calcolato sull'utilizzo effettivo, cioè sul numero reale di visite totali non standardizzato, assume un valore pari a  $-0,0138$ . Dal calcolo degli SE (cioè delle stime della variabilità degli stimatori e perciò della loro imprecisione) le stime risultano statisticamente significative.

Ciò implica sia una ineguaglianza nell'utilizzo effettivo, che iniquità orizzontale e i due stati di concentrazione hanno lo stesso segno: a parità di bisogno gli individui con posizione socio-economica più bassa effettuano un maggior numero di visite totali rispetto alle proprie necessità sanitarie e agli individui più economicamente avvantaggiati.

Tale risultato si può facilmente spiegare con il fatto che le visite totali comprendono quelle specialistiche, quelle generiche, e le visite effettuate in ambiente di lavoro e quelle sportive. Le visite generiche sono per lo più gratuite e quelle lavorative e sportive vengono effettuate indipendentemente dalla posizione socio-economica, ma esclusivamente nel caso in cui si eserciti un'attività lavorativa o si appartenga ad una società sportiva. La seconda variabile di utilizzo considerata è il numero di visite generiche.

L'analisi econometrica mostra che le determinanti della probabilità di utilizzo di visite generiche sono: "l'età", lo stato socio-economico, "la salute percepita", "in che misura il dolore ha ostacolato l'individuo", "la limitazione di alcuni tipi di lavoro o di altre attività a causa della salute fisica", ecc.

L'indice di iniquità è pari a  $-0,0110$ , mentre quello calcolato sul numero reale di visite generiche assume un valore pari a  $-0,0219$ .

Dagli SE calcolati sui due indici risulta che le stime di concentrazione sono statisticamente significative. Anche in questo caso i risultati mostrano la presenza sia di ineguaglianza nell'utilizzo reale che di iniquità orizzontale. Ciò si potrebbe spiegare anche con il fatto che coloro che hanno una posizione economica più svantaggiata, in presenza di un disturbo percepito, ricorrono alle visite del medico di base per accedere successivamente a quelle specialistiche; mentre chi è più economicamente avvantaggiato può scegliere se ricorrere al medico di base o effettuare direttamente una visita specialistica a pagamento.

La terza variabile di utilizzo è il numero di visite specialistiche.

La regressione logistica in modalità stepwise mostra che le determinanti della probabilità di utilizzo di visite specialistiche sono alcune delle variabili di bisogno e l'età.

L'indice di iniquità è pari a  $0,0061$ , mentre quello calcolato sul numero reale di visite specialistiche assume un valore pari a  $-0,0114$ , le due stime sono statisticamente significative.

I risultati mostrano la presenza di ineguaglianza nell'utilizzo effettivo e di iniquità orizzontale. Per poter interpretare in modo plausibile l'indice di iniquità è necessario considerare il fatto che le visite specialistiche possono essere a pagamento intero o a compartecipazione tramite ticket.

La quarta variabile di utilizzo è il numero di visite specialistiche a pagamento intero. Le determinanti della probabilità di fare un uso considerevole di visite specialistiche a pagamento intero sono "la limitazione di alcuni tipi di lavoro o di altre attività a causa della salute fisica" e "l'età".

L'indice di iniquità è pari a  $0,0025$ , mentre quello calcolato sul numero reale di visite assume un valore pari a  $-0,0032$ .

I risultati mostrano che, a parità di bisogno, sono gli individui con posizione socio-economica più elevata ad effettuare un numero maggiore di tali visite, essendo disposti a pagare delle somme di denaro per verificare se effettivamente il proprio bisogno percepito corrisponda ad un bisogno clinico e/o soprattutto per ricevere un'assistenza di qualità più elevata.

Anche in questo caso le stime dei due indici sono risultate statisticamente significative. L'ultima variabile di utilizzo considerata è il numero di accertamenti diagnostici. Le determinanti della probabilità di usufruire del suddetto servizio sono esclusivamente variabili di bisogno ("salute percepita", "riduzione di autonomia perché affetto da malattia cronica", ecc.). L'indice di iniquità è pari a 0,0125, mentre quello calcolato sul numero reale di accertamenti assume il valore -0,0069; le stime dei due indici sono significative e indicano che l'utilizzo effettivo si concentra maggiormente nelle classi socio-economiche più basse, mentre a parità di bisogno sono gli individui più avvantaggiati economicamente ad effettuare un maggior numero di accertamenti diagnostici. Vengono sintetizzati di seguito i risultati dell'analisi.

**Tabella 1 - Indici di iniquità (H) e di ineguaglianza (CI)**

Tipo di visite	H	CI
totali	-0,0030	-0,0138
generiche	-0,0110	-0,0219
specialistiche	0,0061	-0,0114
spec. a pag. intero	0,0025	-0,0032
acc. diagnostici	0,0125	-0,0069

Fonte: nostra elaborazione sulla multiscopo dell'Istat, dati 1999-2000

#### 4.2.6 Conclusioni

Dall'analisi precedente emerge che a parità di bisogno gli utilizzi dei servizi assistenziali considerati si concentrano in modo diverso a seconda della posizione socio-economica degli individui, determinando forme di iniquità orizzontale.

La prima conclusione è che nelle popolazioni con livelli socio-economici più bassi esiste una tendenza al maggior consumo, almeno per il paniere considerato che comprende medicina di base e specialistica. L'indicazione è rilevante perché invece, come è noto, nei sistemi attuali di riparto regionale delle risorse non si tiene conto di tale variabile.

In particolare per le visite totali e per le visite generiche, l'indice di iniquità orizzontale è negativo: chi ha una posizione socio-economica più bassa fa un uso maggiore delle suddette cure sanitarie rispetto al proprio grado di bisogno.

Relativamente invece agli altri tipi di utilizzi considerati gli indici di iniquità sono positivi. Quindi indipendentemente dal consumo totale, si evidenzia un comportamento opposto: le classi più basse tendono a ricorrere maggiormente alla medicina di base, mentre le categorie socio-economiche più alte tendono a ricorrere maggiormente a servizi più specialistici.

Sebbene con i limiti sopra evidenziati la presente analisi sembra indicare la presenza di iniquità, cioè una dipendenza dell'utilizzo dei servizi dal rango socio-economico. In termini di policies ciò implica sia un impegno per rimuovere le cause di impedimento all'accesso, ma soprattutto quelle di inappropriatezza.

#### **Riferimenti bibliografici**

- Citoni G (2006), "La misurazione dell'equità. Il punto di vista di un economista sanitario", Convegno Torino, marzo 2006. Presentazione in power point.
- Giannoni, Masseria (2005), "Health system Performance and equity in Italy: a disease based approach", 11th Meeting of the European Health Policy Group University of Perugia. Presentazione in power point.
- Kakwani, Wagstaff, Van Doorslaer (1997), "Measurement, Computation and Statistical inference", Journal of Health Economics No. 77, pag. 887-103.
- Materia E (1999), "Le disuguaglianze socio-economiche nella salute", Agenzia Sanità Pubblica del Lazio, Convegno Nazionale "Esclusione e marginalità", Istituto Superiore di Sanità, Roma, pag. 27-34.
- Wagstaff, Van Doorslaer (1993-1998), "Paying for health care: quantifying fairness, catastrophe and impoverishment, with applications to Vietnam", World Bank, Working Paper No. 2715, pag.1-30.
- Wagstaff, Van Doorslaer (1997), "Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands", Journal of Health Economics No.16, pag. 499-516.
- Wagstaff, Van Doorslaer (2000a), "Measuring horizontal inequity in health care using Belgian panel data". WP Equity III Project, pag.1-25.
- Wagstaff, Van Doorslaer (2004), "Overall versus socioeconomic health inequality: a measure framework and two empirical illustration", Health Economics N.13, pag. 297-301.



# *Capitolo 5*

## *Outcomes (qualità, efficacia e sicurezza)*



## 5.1 - Le mediane di morte per la valutazione dei costi umani delle malattie in Italia

Bruzzone S.<sup>1</sup>, Mennini F. S.<sup>2</sup>, Palazzo F.<sup>3</sup>, Ricciardi A.<sup>4</sup>

### 5.1.1 Introduzione

Gli aspetti relativi alla mortalità, oltre a costituire uno dei principali elementi della salute di una popolazione, dal punto di vista economico rappresentano il più rilevante elemento ai fini della quantificazione dei costi umani delle malattie.

Nel presente contributo, si è voluto continuare l'analisi effettuata nel Rapporto 2005 delle età mediane alla morte, che costituiscono un'importante informazione sul fenomeno della mortalità. Diversamente dai tradizionali dati epidemiologici (numero assoluto di decessi e relativi tassi rapportati alla popolazione), che si soffermano sul "quanto si muore", si tratta di un indicatore che si preoccupa del "quando si muore".

### 5.1.2 Metodologia

L'età mediana alla morte (in demografia "vita mediana") è indicatore di longevità di una popolazione ed è l'età in cui il contingente iniziale di popolazione a cui si riferisce, si dimezza. Calcolate per singola patologia, o per gruppi di cause, permettono di individuare a che età mediamente si muore per quella malattia.

Le cause di morte sulle quali ci si è voluti soffermare sono alcuni tumori maligni per i quali è già stato attivato o si sta attivando un programma di screening pubblico per la diagnosi precoce: i tumori maligni della mammella, del collo dell'utero (o cervice uterina) e del colon e del retto, rispettivamente classificati secondo la nona revisione dell'*International Classification of Disease* (ICD-9) con i codici 174 e 180, 153 e 154. Per i primi due è già attivo dagli anni Novanta del secolo scorso il programma di screening in molte Regioni, ma non ancora in tutte (anche se i primordi si hanno fin dagli anni Settanta); per i tumori maligni del colon e del retto, considerati insieme in quanto le metodologie di test diagnostici sono le medesime, lo screening è solo in fase iniziale in poche realtà regionali, e ancora copre solo parte della popolazione bersaglio.

Se non è possibile esaminare gli effetti di questi programmi sulla mortalità, e quindi anche sulle mediane di morte, si è voluto iniziare a monitorare l'andamento delle mediane di morte per queste cause di morte negli ultimi 10 anni. Poiché il numero di morti a livello

<sup>1</sup> Istituto Nazionale di Statistica, Dipartimento delle statistiche sociali, Servizio Sanità ed assistenza, Roma.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>3</sup> Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e Politiche Sociali, Roma.

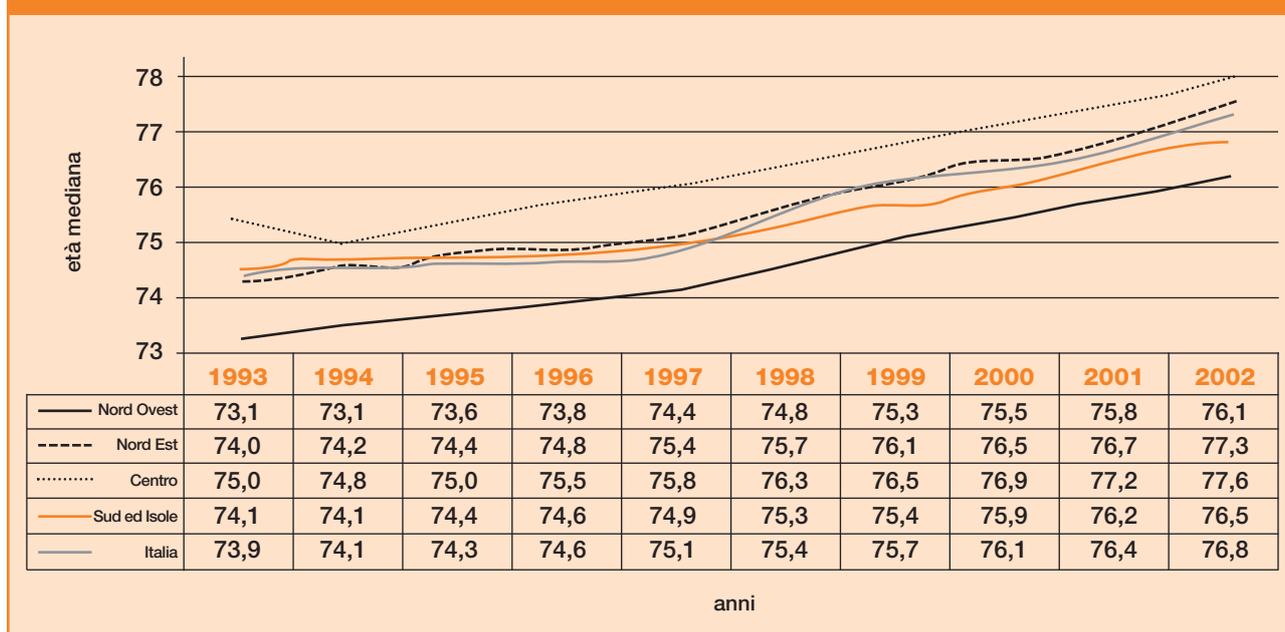
<sup>4</sup> Lazio Sanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma.

regionale è eccessivamente basso per ottenere informazioni statisticamente significative, il fenomeno è stato rappresentato attraverso le tradizionali macroaree del nostro Paese: Nord-Ovest (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia e Liguria), Nord-Est (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Province di Bolzano e Trento), Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio), Sud e Isole (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

### 5.1.3 Risultati

Il trend delle mediane di morte per tutte le cause è rappresentato nelle figure 1 e 2; se per i maschi l'andamento è sempre crescente (fig. 1), per le femmine si può osservare una leggera flessione, o quantomeno un arresto, negli ultimi tre anni rispetto al periodo precedente (fig. 2). Per quanto riguarda le differenze tra le 4 macroaree, per i maschi la situazione è migliore nel Centro e peggiore nel Nord-Ovest, con le altre due quasi sovrapponibili; per le femmine si osserva che il Sud e Isole hanno valori sensibilmente al di sotto delle altre tre macroaree.

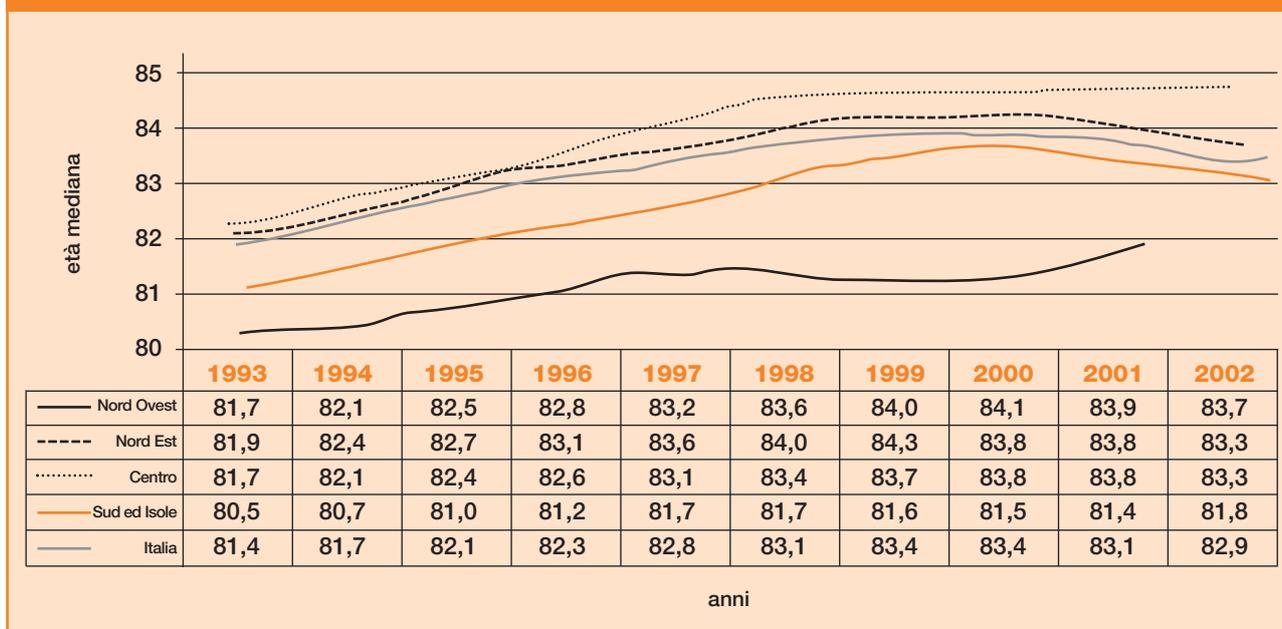
Figura 1 - Trend dell'età mediana alla morte per tutte le cause (Maschi, anni 1993-2002)



Nelle quattro figure successive (figg. 3-6) viene riportato il trend delle mediane di morte per i 3 diversi tipi di tumori maligni: mammella e utero, che riguardano esclusivamente le femmine, e colon e retto, che riguardano invece sia i maschi che le femmine.

Per i due tumori femminili, mammella e utero (fig. 3 e fig. 4), occorre immediatamente sottolineare il notevole scarto tra l'età mediana per queste cause e invece l'età mediana dovuta alla mortalità generale (11,7 e 15,6 anni rispettivamente nel 2002), anche se il

Figura 2 - Trend dell'età mediana alla morte per tutte le cause (Femmine, anni 1993-2002)



divario si è leggermente ridotto nel tempo (dai 13 e 16 anni del 1993).

Relativamente alle differenze regionali, è utile osservare che per le femmine nel Sud e Isole non solo la tendenza è la stessa di quella verificatasi per tutte le cause, ma

Figura 3 - Trend dell'età mediana alla morte per tumori maligni della mammella della donna (ICD-9 = 174) (Femmine, anni 1993-2002)

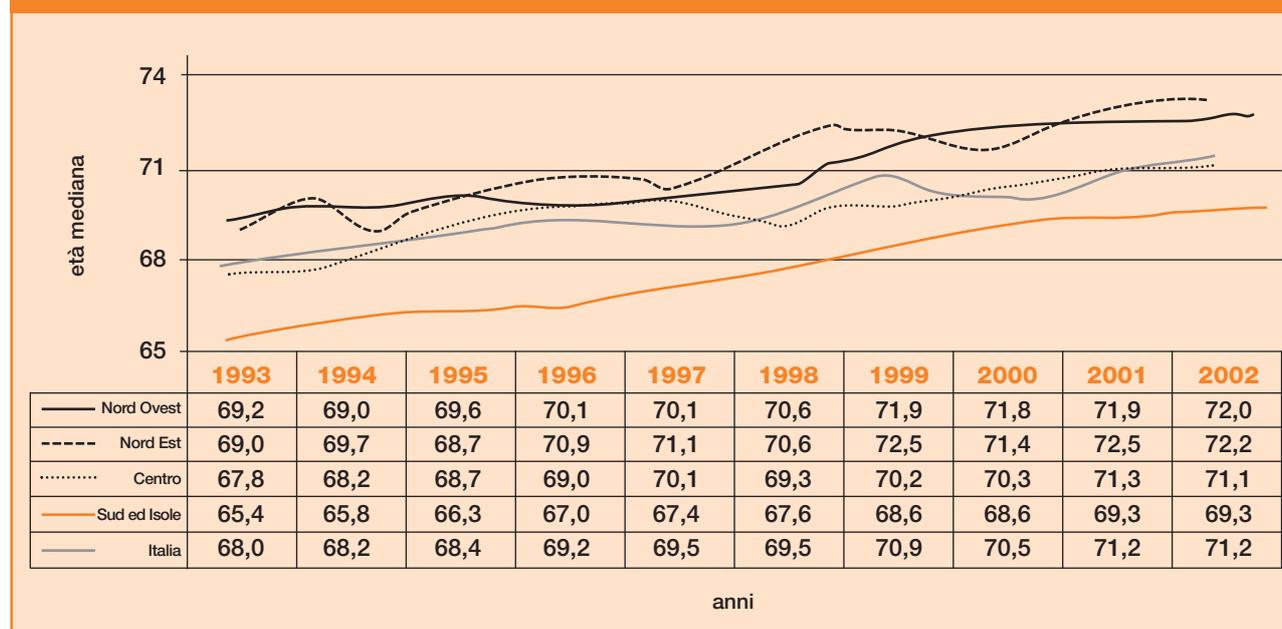


Figura 4 - Trend dell'età mediana alla morte per tumori maligni del collo dell'utero (ICD-9 180) (Femmine, anni 1993-2002)

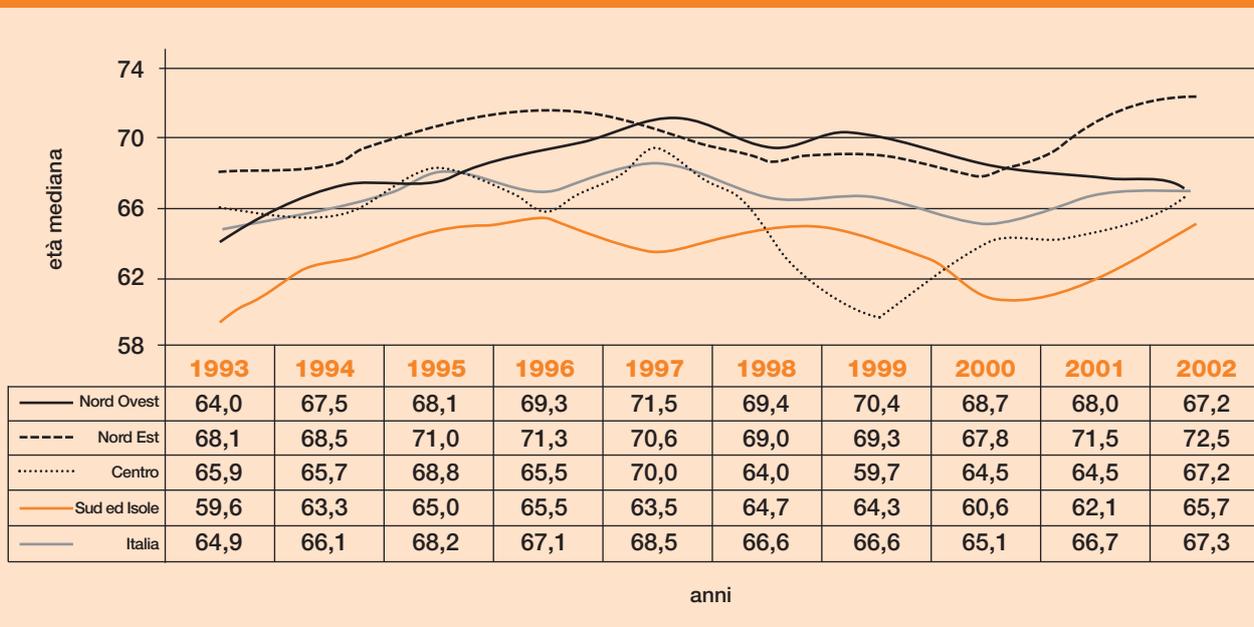
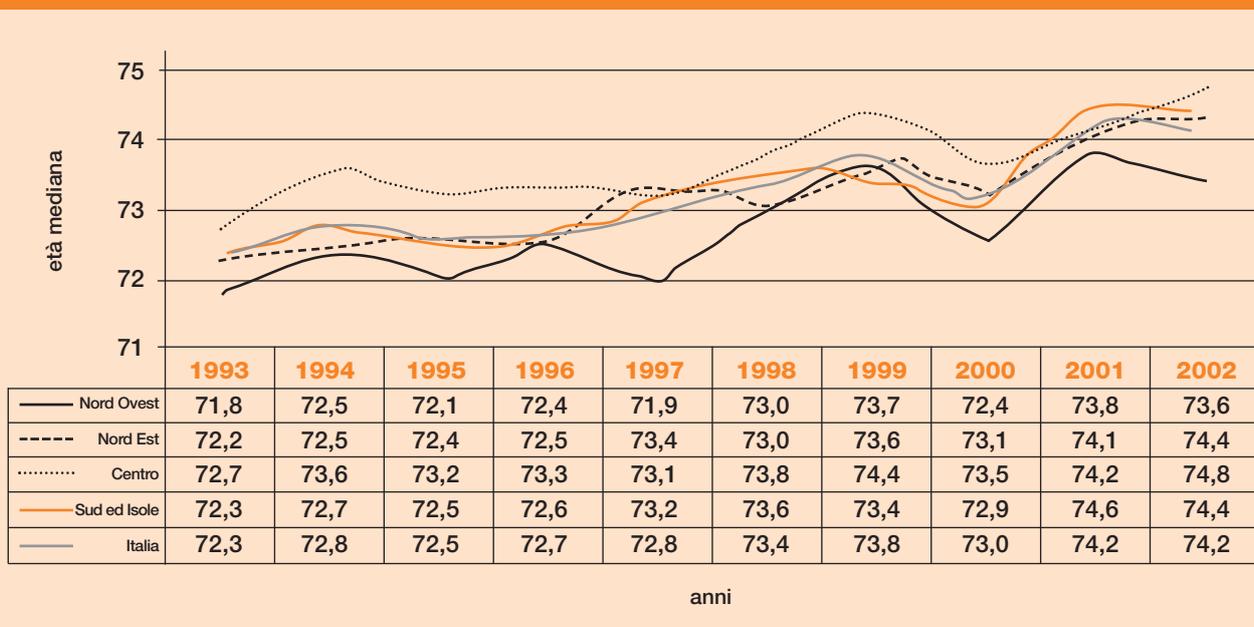


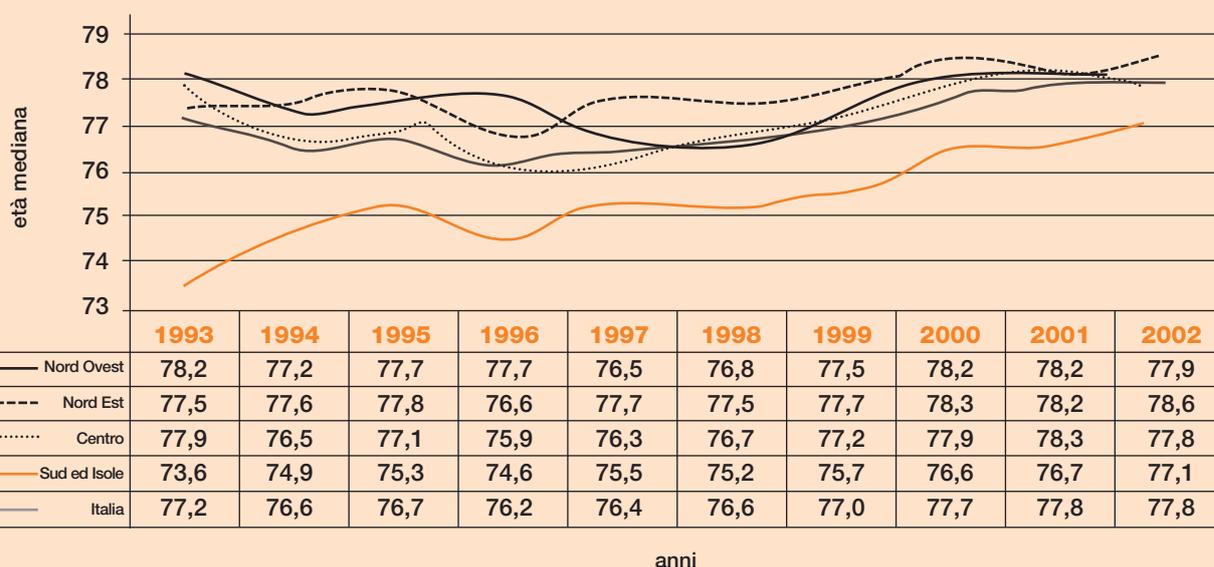
Figura 5 - Trend dell'età mediana alla morte per tumori maligni del colon e del retto (ICD-9 = 153 e 154) (Maschi, anni 1993-2002)



si accentua ancor di più il divario con le altre macroaree: di circa 4 anni e mezzo di differenza, con una punta di oltre 6 anni nel tumore dell'utero nel 2002.

Solo nel tumore del colon-retto (fig. 6), nelle donne il divario pur esistente tra Sud-Isole e altre macroaree si è sensibilmente ridotto nel tempo. Per i maschi la situazione migliore è al Centro, con una sovrapposizione nelle altre tre macroaree.

**Figura 6 - Trend dell'età mediana alla morte per tumori maligni del colon e del retto (ICD-9 = 153 e 154) (Femmine, anni 1993-2002)**



### 5.1.4 Commenti

L'analisi dei risultati permette di rilevare che la situazione nel Sud e le Isole rispetto ad altre parti dell'Italia è particolarmente svantaggiosa per le femmine, mentre non è vero per i maschi. Se non è possibile indagare su tutte le cause di morte, qualcosa si può aggiungere per quelle qui esaminate. In primo luogo la tendenza delle donne nelle Regioni meridionali e insulari a non effettuare una buona prevenzione mediante diagnosi precoce; infatti seppure la mammografia e il Pap test hanno avuto un largo utilizzo nello screening fin dalla fine degli anni '60 del XX secolo (il secondo addirittura introdotto già negli anni '50), nei primi programmi pubblici organizzati, è nelle Regioni del Nord, e in parte del Centro, che le autorità sanitarie pubbliche hanno dimostrato maggiore operatività. Solo con l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) degli screening mammografico e citologico (mammella e utero), sancito con il DPCM del 29 Novembre 2001, vi è stato un certo risveglio delle amministrazioni delle Regioni meridionali che hanno iniziato ad avviare in sempre maggior numero programmi pubblici di screening.

D'altra parte però non si può interamente far ricadere sui ritardi della Pubblica

Amministrazione la bassa adesione ai programmi di screening che al Sud più che altrove trova ostacoli nel comportamento (abitudini) della popolazione femminile, ancora non abituata a partecipare ad iniziative di carattere pubblico anche laddove interessano la salute.

Un secondo aspetto da rilevare è che la mediana di morte per i tumori del colon-retto, in entrambi i sessi, non è così distante dalla mediana per tutte le cause. Ciò non significa che l'importanza di questo tipo di patologia si possa sottovalutare.

Un altro aspetto interessante, che non emerge direttamente dai dati presentati, è l'andamento del Centro dove alcune delle *performance* negative si devono in particolare al Lazio, che si comporta come una Regione del Sud, mentre le altre tre Regioni (Toscana, Umbria e Marche) hanno andamenti più simili a quelli del Nord.

In conclusione si deve considerare che i morti di oggi sono effetto di patologie insorte già negli anni addietro; ci si deve quindi aspettare che le differenti politiche sanitarie regionali portino ad ampliare i divari oggi esistenti nella durata della vita, ed è proprio quello che si intende monitorare in futuro tramite questo strumento delle mediane.

### **Appendice**

L'età mediana alla morte è stata così calcolata:

$$\pi_0 = i + [(p_{i+1} - P/2) / (p_{i+1} - p_i)]$$

dove :

- i     estremo inferiore della classe di età mediana
- $p_{i+1}$  popolazione all'età  $i+1$
- $p_i$    popolazione all'età  $i$
- P     popolazione totale

### **Riferimenti bibliografici**

- Attanasio E, Ruscitti R, Palazzo F, Cardaci V, Sardoni A. "Mortalità e anni potenziali di vita perduti per tumore in Italia dal 1984 al 1990". *Difesa Sociale* 1995; 1: 165-180.
- AA VV. "Prometeo Atlante della sanità". Roma: Italpromo Esis Publishing Srl, 2000.
- Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", second edition, Oxford University Press, 1997.
- Lery A, Vallin J. "Un enfant qui meurt en bas age est souvent remplacé". *Economie et Statistique, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques* 1975; 63:27.
- Pan American Health Organization. "Area of health analysis and information systems. Life tables: a technique to summarize mortality and survival". *Epidemiological Bulletin* 2003; 24(4):6-10
- Pressat R. "L'analyse Démographique". Paris, PUF, 1983.
- World Health Organization. "Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, based on the Ninth revision Conference". Geneva: WHO; 1975,1977.

## 5.2 - Analisi della mortalità evitabile in Italia: un contributo ai profili e piani di salute delle Regioni

Conti S.<sup>1</sup>, Mennini F. S.<sup>2</sup>, Minelli G.<sup>3</sup>, Palazzo F.<sup>4</sup>, Ricciardi A.<sup>5</sup>

### 5.2.1 Introduzione

Il concetto di mortalità evitabile scaturisce dalle elaborazioni del *Working Group on Preventable and Manageable Disease*, guidato da David Runstein della *Harvard Medical School*, che ha operato alla metà degli anni '70. Essi introdussero la nozione di “*unnecessary untimely deaths*” (morti premature non necessarie), proponendo una lista di condizioni patologiche che non debbono provocare la morte in presenza di assistenza medica (*medical care*) tempestiva ed efficace. Assistenza medica definita in senso ampio, comprendendo “prevenzione, cura e assistenza e includendo l'applicazione di tutte le conoscenze mediche rilevanti, il servizio dei medici e di tutto il personale sanitario, le istituzioni mediche, le risorse pubbliche, di volontariato ... e anche la collaborazione responsabile dell'individuo medesimo ...”.

A partire da questa ampia definizione, il *Working Group* selezionò oltre 90 condizioni definite “eventi sentinella per la salute” nel senso che casi di malattia, disabilità o morte causata da esse sono da considerare prevenibili e/o trattabili con un'assistenza medica appropriata e tempestiva. La catena di responsabilità che portano al verificarsi degli eventi sentinella è complessa e coinvolge molti attori, dai medici alle strutture sanitarie. Si possono considerare due tipi di eventi sentinella:

- quelli in cui ciascun singolo caso di malattia o disabilità o mortalità giustifica un'immediata risposta alla domanda “Perché è accaduto?” (esempio: una morte per botulino);
- quelli in cui ciascun singolo caso va contestualizzato in un piano collettivo di prevenzione che faccia diminuire l'incidenza di condizioni correlate (es. conseguenze cardiovascolari dell'ipertensione).

Inoltre, una stessa condizione che funge da evento sentinella può verificarsi sia a causa

<sup>1</sup> Istituto Superiore di Sanità, Ufficio di Statistica, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Protezione della Salute, Roma.

<sup>2</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”.

<sup>3</sup> Istituto Superiore di Sanità, Ufficio di Statistica, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Protezione della Salute, Roma.

<sup>4</sup> Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerca sulla Popolazione e Politiche Sociali, Roma.

<sup>5</sup> Lazio Sanità, Agenzia di Sanità Pubblica, Roma.

di un mancato intervento di prevenzione che di un trattamento medico non appropriato. Il lavoro originale di Rutstein ha subito varie evoluzioni che hanno tenuto conto del passaggio dall'VIII alla IX Revisione della *International Classification of Disease* (ICD), usata per classificare le cause di morte, nonché dell'introduzione di avanzamenti significativi nella prevenzione e nella terapia. Le liste di patologie considerate dunque per gli eventi sentinella costituiscono la base di tutti i successivi studi sulla mortalità evitabile.

Il primo lavoro che introduce il termine di mortalità evitabile e che applica il concetto a livello non individuale, ma di popolazione, effettuando analisi geografiche e temporali è dovuto a Charlton et al. (1983). Sono seguiti poi vari studi che hanno successivamente rielaborato le liste delle cause di mortalità evitabile, tra i quali sono una pietra miliare gli Atlanti Europei.

Un approccio particolarmente completo al tema della mortalità evitabile è quello dovuto a Simonato et al., in cui sono presi in considerazione tre gruppi di cause di morte evitabile: 1° Gruppo: cause evitabili mediante interventi di prevenzione primaria (riduzione delle esposizioni);

2° Gruppo: cause evitabili mediante interventi di prevenzione secondaria (diagnosi e trattamento in fase precoce);

3° Gruppo: cause evitabili mediante adeguata assistenza sanitaria.

Il presente lavoro si ispira a quest'ultima classificazione.

### 5.2.2 Metodologia

La fonte utilizzata per questo lavoro sono i dati di mortalità ufficiali rilevati e codificati dall'ISTAT secondo la IX revisione dell'*International Classification of Disease* (ICD IX), relativi ai decessi avvenuti in Italia, tra la popolazione residente, nell'anno 2002 (il più recente anno disponibile)<sup>6</sup>.

A partire da questi dati sono stati calcolati i tassi standardizzati per gli Anni di Vita Potenziale Persi (YPLL), calcolati sulla mortalità generale, e gli Anni di Vita Potenzialmente Guadagnabili (YPLG), riferiti alla mortalità evitabile; entrambi sono stati calcolati a livello regionale per permettere un confronto.

Dal calcolo degli YPLL sono esclusi i decessi avvenuti nel primo anno di vita (la cosiddetta mortalità infantile) poiché essi sono dovuti a cause molto peculiari e si concentrano fondamentalmente nella prima settimana di vita.

Come *cut-off* dell'età da considerare nel computo degli YPLL è stata scelta l'attesa di vita alla nascita in Italia, che nel 2002 è di 77 anni per gli uomini e 83 per le donne, secondo i dati ISTAT. Per il calcolo della mortalità evitabile si sono considerate "evitabili" le morti per specifiche cause, illustrate nel prosieguo del testo, avvenute nella fascia di età compresa fra 5 e 64 anni.

Per mettere in relazione il numero assoluto di YPLL e YPLG con la numerosità della popolazione in esame, vengono calcolati i Tassi Standardizzati di YPLL e YPLG, avendo come

<sup>6</sup> Le elaborazioni sono state svolte dall'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore di Sanità. Le elaborazioni riferite agli YPLL e YPLG sono stati elaborati dal CNR, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e Politiche Sociali (Roma), Istituto Superiore di Sanità, Ufficio di Statistica (Roma) e CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma Tor Vergata.

popolazione di riferimento quella italiana al Censimento del 2001.  
Per la loro rilevanza nell'ambito dei tre gruppi di cause di morte evitabile e all'interno dei suddetti grandi raggruppamenti, sono state inoltre analizzate alcune specifiche cause: le Malattie Ischemiche del Cuore (Codice ICD-IX 410-414), il Tumore Maligno del Polmone (Codice ICD-IX 162) e il Tumore Maligno del Collo dell'Utero (ICD-IX 179-182).

**Tabella 1 - Elenco delle cause specifiche di morte definite evitabili in età compresa fra 5-64 anni**

<b>1° Gruppo: Prevenzione primaria</b>	
<b>Tumori (140-239)</b>	
da 140 a 150	cavo orale
155	fegato
da 160 a 162, 165	vie respiratorie
188	vescica
<b>Malattie sistema circolatorio (390 - 459)</b>	
da 430 a 438	
Malattie apparato digerente (520 a 579)	malattie cerebrovascolari
571.0,1,2,3	
Traumatismi e avvelenamenti (800 a 999)	cirrosi e altre malattie del fegato 'da alcool'
da 800 a 999	
<b>2° Gruppo: Diagnosi precoce e terapia</b>	
<b>Tumori (140-239)</b>	
da 172 a 173	pelle
da 174 a 175	mammella
da 179 a 182	collo dell'utero
186	testicolo
201	malattia di Hodgkin
<b>3° Gruppo: Igiene e assistenza sanitaria</b>	
<b>Malattie infettive (001-139)</b>	
da 001 a 139	tutte le cause
<b>Tumori (140- 239)</b>	
da 204 a 208	leucemie
Disturbi psichici, malattie del sistema nervoso e	organi di senso (290- 389)
da 320 a 322	meningite
<b>Malattie sistema circolatorio (390 -459)</b>	
da 393 a 398	cardiopatie reumatiche croniche
da 401 a 405	malattia ipertensiva
da 410 a 414	malattie ischemiche cardiache
<b>Malattie apparato respiratorio (460- 519)</b>	
da 460 a 478 prime vie respiratorie	da 460 a 478 prime vie respiratorie
da 480 a 491 polmoniti, influenza, bronchiti	da 480 a 491 polmoniti, influenza, bronchiti
507 alveolite allergica; polmoniti da inalazione di solidi o liquidi	507 alveolite allergica; polmoniti da inalazione di solidi o liquidi
<b>Malattie apparato digerente(520 -579)</b>	
531	ulcera gastrica
da 540 a 543	appendicite
da 550 a 553	ernie inguinali e addominali
da 575 a 576	disturbi cistifellea e vie biliari (escl. calcoli)
<b>Complicazioni gravidanza, parto e puerperio (630-676)</b>	
da 630 a 676	tutte le cause
<b>Malformazioni congenite (740-759)</b>	
da 745 a 747	malformazioni sistema cardiocircolatorio

### **5.2.3 Risultati**

Come si osserva nelle figure 1 e 2, dove sono riportati i tassi standardizzati degli YPLL e degli YPLG (per 100.000 abitanti), il contributo degli anni di vita potenzialmente guadagnabili (calcolati sulla mortalità evitabile, ossia persone che muoiono in età 5-64 anni per le cause sopra indicate) all'ammontare degli anni di vita potenziale persi (persone che muoiono prima della speranza di vita alla nascita) nel nostro Paese nell'anno in esame è di circa il 22,8% per i maschi e il 12,3% per le femmine. Le variazioni regionali, per i maschi vanno da un minimo del 18,2% della Liguria ad un massimo del 31,2 della Provincia di Bolzano, per le femmine si va invece da un minimo di 10,5% della Campania ad un massimo del 16,3% del Molise.

Si tratta di valori che indicano possibili margini di riduzione mediante adeguate politiche di prevenzione.

Poiché le cause di morte che vanno a comporre la mortalità evitabile si distribuiscono diversamente tra uomini e donne è interessante analizzare la mortalità evitabile per genere: come si osserva nelle figure 3 e 4, mentre negli uomini risulta un'alta prevalenza di anni di vita potenzialmente guadagnabili per cause afferenti al primo gruppo (oltre il 75% di valore nazionale dei maschi rispetto a poco meno del 50% delle femmine), nelle donne un forte contributo della mortalità evitabile è dato dal secondo gruppo di cause (31,4% di valore nazionale rispetto al 2,3% degli uomini); il terzo gruppo pesa in maniera quasi analoga per maschi e femmine (rispettivamente il 22,5% e il 19,2%).

Un altro aspetto meritevole di attenzione, ai fini delle conoscenze e delle azioni in ambito di sanità pubblica, è la distribuzione geografica della mortalità evitabile.

Come già evidenziato in ERA (2006), anche nel nostro studio si conferma come la mortalità evitabile in Italia è caratterizzata da una forte presenza di "variabilità" geografica sia complessivamente che all'interno delle tre grandi aggregazioni di cause.

Per quanto riguarda il primo gruppo di cause (prevenzione primaria) si conferma la situazione più sfavorevole nelle Regioni del Nord, fatta eccezione per gli uomini delle Regioni Abruzzo e Sardegna (con valori molto superiori alla media nazionale) e per le donne del Molise.

Per il secondo gruppo di cause, legate alla prevenzione secondaria, non si osserva un evidente gradiente geografico.

Per quanto riguarda il terzo gruppo, costituito dalla mortalità prevenibile con adeguati interventi di igiene e azione sanitaria, si conferma la situazione più sfavorevole delle Regioni del Sud rispetto a quelle del Centro e del Nord.

Nel presente lavoro sono inoltre state enucleate una causa per ciascun gruppo di morti evitabili, di grande rilievo ai fini della sanità pubblica: il tumore del polmone (patologia contrastabile con interventi di prevenzione primaria mirati contro il fumo), il tumore del collo dell'utero (causa contrastabile con la diffusione di *screening*) e le malattie ischemiche del cuore, che si giovano di una organizzazione efficiente dei servizi, dai soccorsi ai primi interventi terapeutici.

Come si evince dai grafici che illustrano gli andamenti temporali, queste tre cause sono in diminuzione in entrambi i generi, ad eccezione del tumore del polmone tra le donne, il che richiama l'esigenza di campagne contro il tabagismo particolarmente mirate al gene-

re femminile.

Richiamiamo inoltre l'attenzione sulla diminuzione della mortalità per tumore del collo dell'utero, causa contrastabile grazie alla diffusione degli *screening* per la diagnosi precoce, tipico intervento di prevenzione secondaria.

In conclusione, i nostri risultati, che si inseriscono peraltro tra gli studi sulla mortalità evitabile che mostrano una sua riduzione nel corso degli anni, indicano che la mortalità per cause contrastabili con la prevenzione rappresenta ancora un contributo importante alla perdita di anni di vita potenziale nel nostro Paese e che, per la caratterizzazione delle cause stesse, è possibile agire con adeguati piani di prevenzione in sanità pubblica in grado di ridurne l'impatto.

**Figura 1 - Anni di vita potenziale perduta (YPLL) e anni di vita potenziale perduta per cause di morte evitabile (YPLG) (Maschi, anno 2002)**

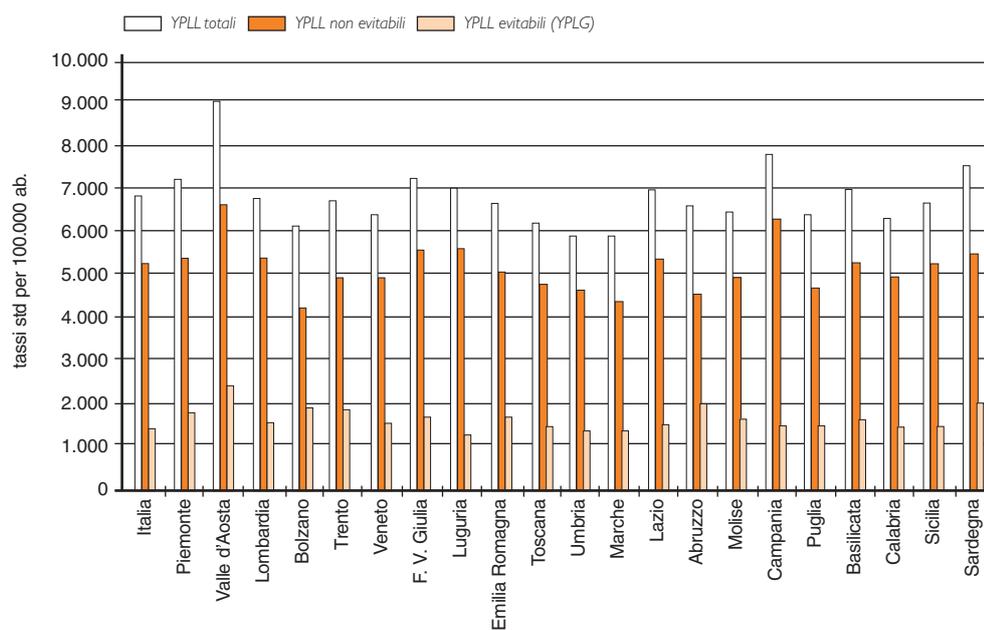


Figura 2 - Anni di vita potenziale perduta (YPLL) e anni di vita potenziale perduta per cause di morte evitabile (YPLG) (Femmine, anno 2002)

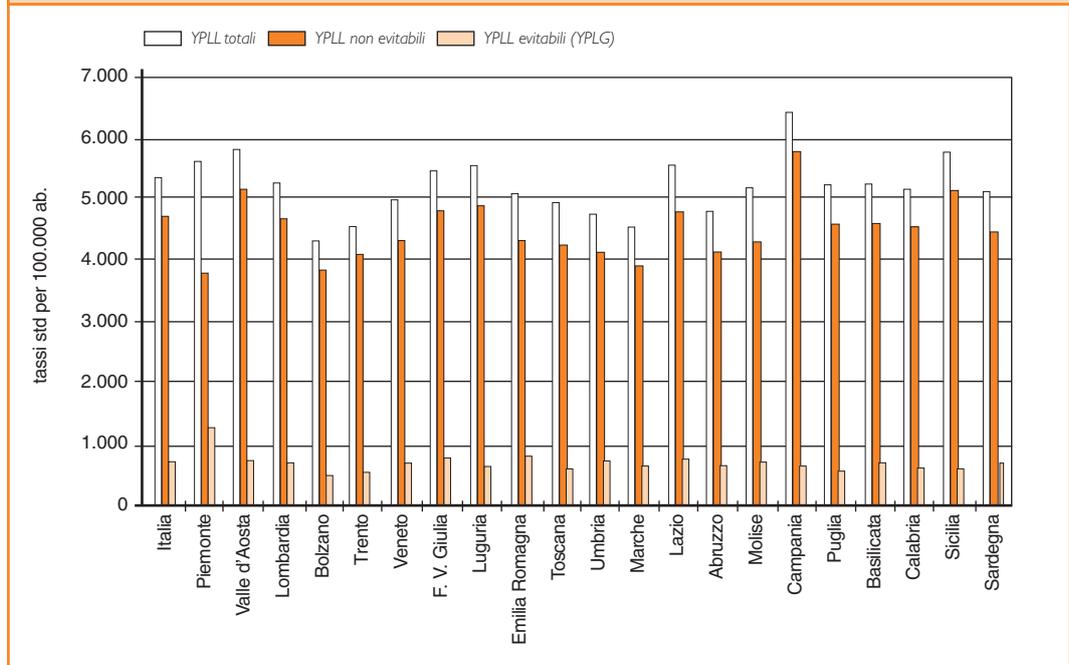


Figura 3 - Composizione % degli anni di vita potenziale perduta per cause di morte evitabile (YPLG) (Maschi, 2002)

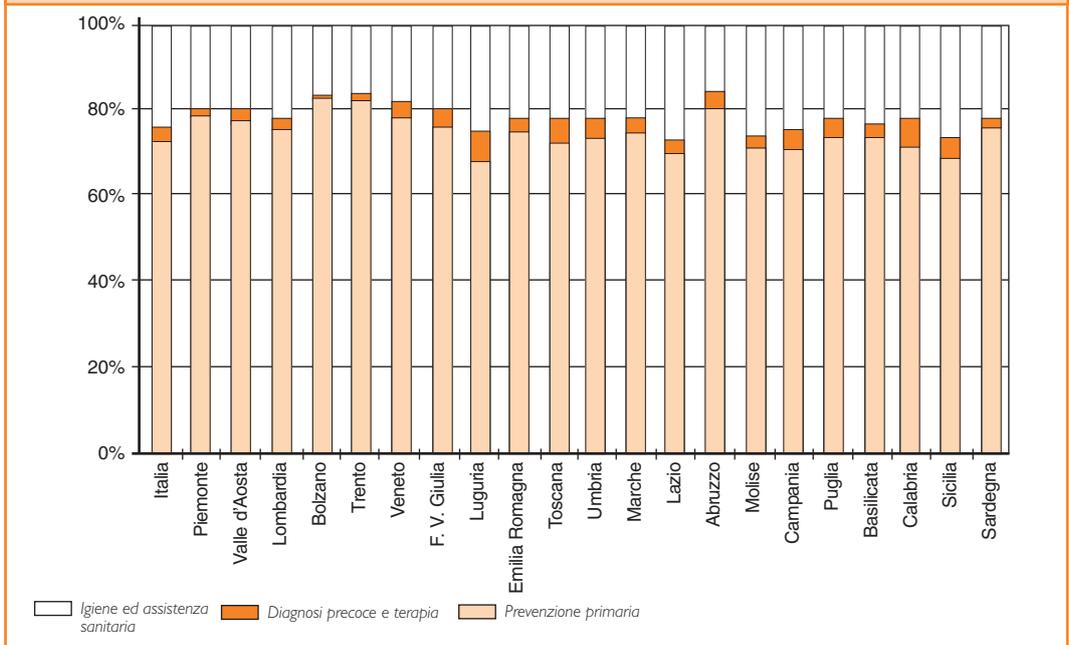


Figura 4 - Composizione % degli anni di vita potenziale perduta per cause di morte evitabile (YPLG) (Femmine, 2002)

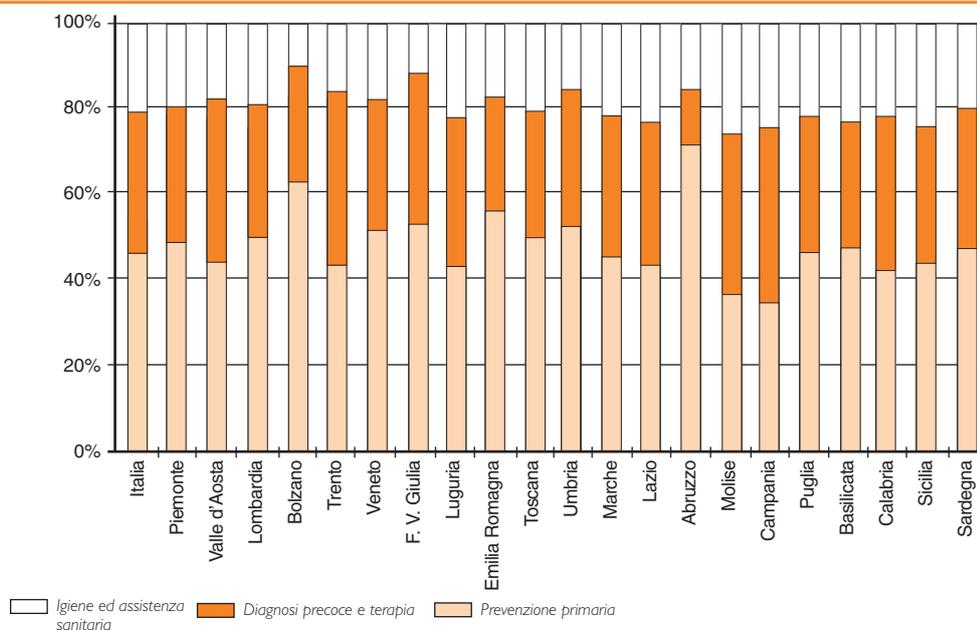
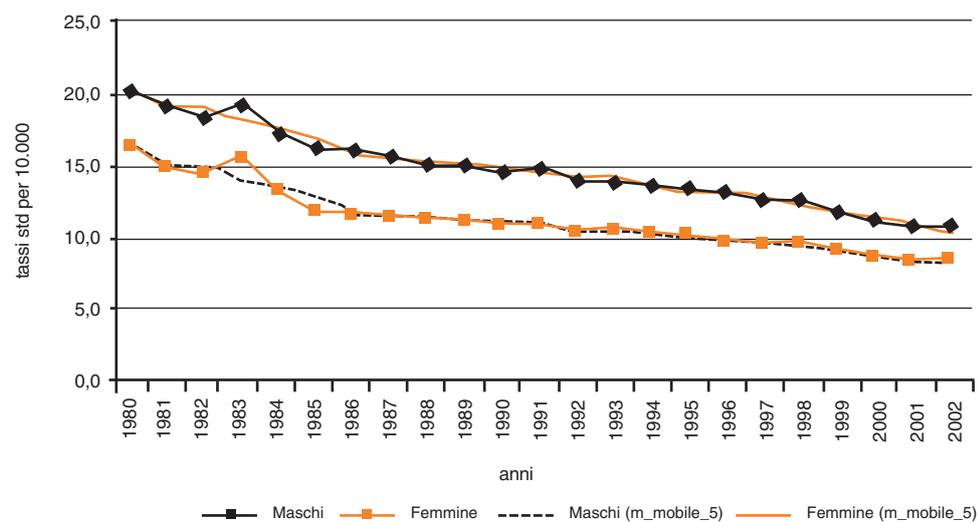
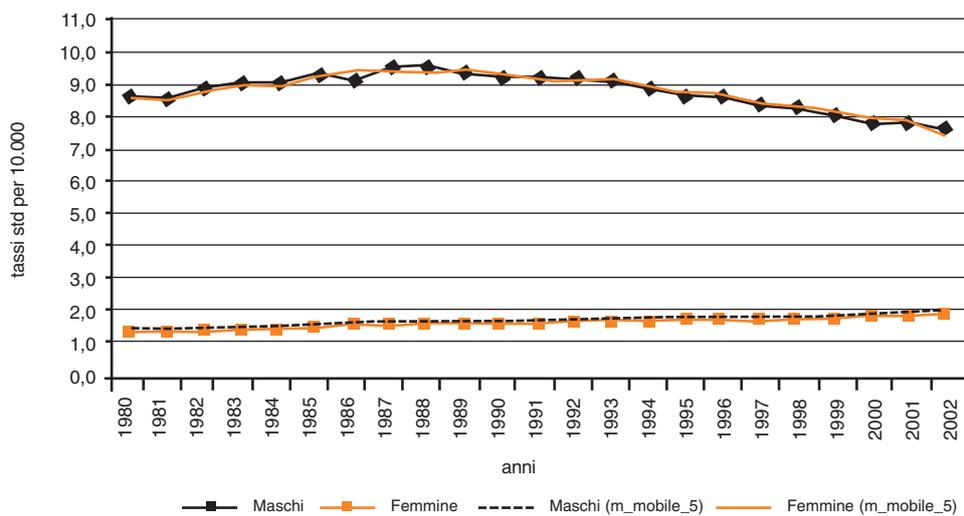


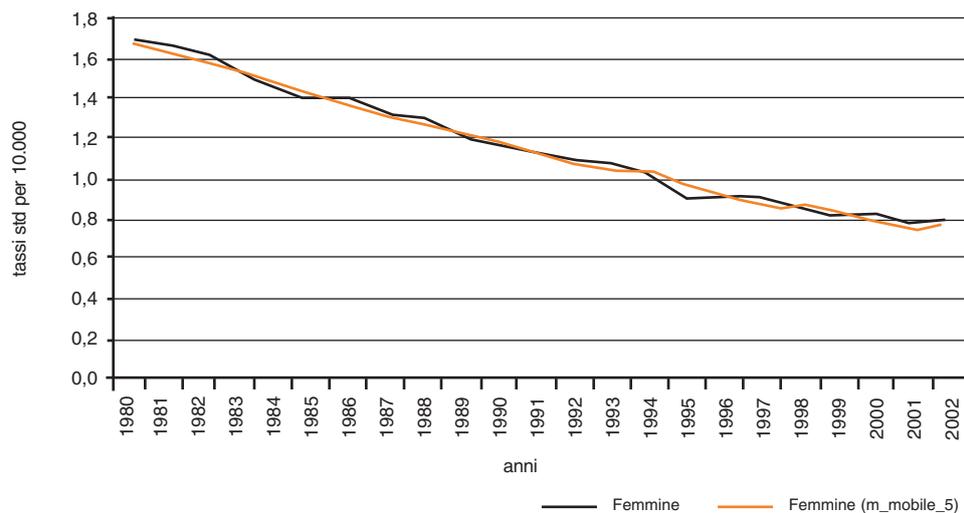
Figura 5 - Trend dei tassi standardizzati di mortalità per malattie ischemiche del cuore (ICD-IX=410-414) (Maschi e femmine - Anni 1980-2002)



**Figura 6 - Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (ICD-IX = 162) (Maschi e femmine - Anni 1980-2002)**



**Figura 7 - Trend dei tassi standardizzati di mortalità per tumori maligni dell'utero (ICD-IX = 179-182) (Femmine - Anni 1980-2002)**



#### 5.2.4 Commenti

I risultati dell'analisi condotta nel presente contributo confermano l'idea secondo cui, nonostante un miglioramento registrato negli ultimi anni, il problema relativo alla mortalità evitabile nel nostro Paese rimane vivo e necessita di essere affrontato con sempre maggiore attenzione. In particolare, dai dati presentati si evince con forza come sia necessario agire mediante programmi di prevenzione primaria e secondaria non tanto a livello generale di popolazione, quanto più differenziando i programmi stessi per uomini e donne. Infatti, si nota in maniera netta come per ambo i generi sia necessario incrementare programmi di prevenzione primaria, anche se si nota una prevalenza degli uomini (oltre il 75% di valore nazionale dei maschi rispetto a poco meno del 50% delle femmine); mentre, per quanto attiene gli interventi di prevenzione secondaria, sia necessario prestare maggiore attenzione verso l'universo femminile (il 31,4% della mortalità evitabile è da riferirsi alle donne e "solo" il 2,3% agli uomini), anche perché le patologie interessate riguardano prevalentemente questo genere. Le variazioni regionali, per i maschi vanno da un minimo del 18,2% della Liguria ad un massimo del 31,2% della Provincia di Bolzano, per le femmine si va invece da un minimo di 10,5% della Campania ad un massimo del 16,3% del Molise. Ancora, confermando quanto emerso nel Rapporto CEIS Sanità 2005 in relazione alle mediane di morte<sup>7</sup>, è necessario agire in modo da eliminare l'ingiustificata differente distribuzione geografica della mortalità evitabile. Infatti, dal presente contributo si evince, come già evidenziato in ERA, una variabilità geografica tanto complessiva quanto all'interno delle aggregazioni di cause considerate. In particolare, il dato che desta maggiore preoccupazione è da riferirsi al terzo gruppo, mortalità prevenibile con adeguati interventi di igiene e azione sanitaria, dove viene confermato quanto già evidenziato nel Rapporto CEIS Sanità 2005, che vede le Regioni del Sud decisamente indietro rispetto a quelle del Nord e del Centro. Senza comunque dimenticare che, seppur in maniera meno accentuata, la medesima situazione di ritardo la si verifica anche in relazione al secondo gruppo, soprattutto per quanto attiene la popolazione femminile (confermando un certo ritardo nell'attuazione di programmi di *screening* ecc.). La seconda parte del contributo ha, poi, evidenziato un aspetto sicuramente positivo e incoraggiante relativo agli interventi di sanità pubblica per i tre gruppi di mortalità evitabile che hanno da sempre grande rilievo all'interno del nostro Paese (tumore al polmone, tumore al collo dell'utero e malattie ischemiche del cuore). Infatti, per tutti e tre i gruppi, a livello generale, si è notata una diminuzione costante. Accanto, però, a questo risultato positivo è importante sottolineare l'insorgere di un problema specifico relativo alla popolazione femminile. Dai grafici sopra esposti (Figura 6) si nota come per le donne si stia registrando una crescita dei tumori al polmone che contrasta con la diminuzione riscontrabile nella popolazione maschile. Questo richiama l'esigenza di incrementare le campagne contro il tabagismo femminile. In tal modo si potrebbe pensare di raggiungere i medesimi risultati positivi che si stanno ottenendo per quanto riguarda il tumore del collo dell'utero, dove la diffusione degli *screening* per la diagnosi precoce stanno determinando una diminuzione della mortalità.

<sup>7</sup> Palazzo et al., in Rapporto CEIS Sanità 2005, a cura di Atella, Donia Sofio, Meneguzzo, Mennini e Spandonaro, Italpromo Esis Publishing 2005.

Si evince, quindi, come vi siano ancora importanti margini di riduzione della mortalità, a patto che vengano poste in essere tutte le condizioni che possono agevolare adeguate politiche di prevenzione e che allo stesso tempo, mediante le stesse, si cerchi di ridurre la preoccupante variabilità regionale (che riguarda principalmente le Regioni del Sud) così come riscontrata anche per le mediane di morte.

### Appendice

Gli indicatori di vita potenziale persa sono stati calcolati, separatamente per uomini e donne, per tutta l'Italia e per ciascuna Regione, secondo le due seguenti formule:

$$\text{YPLL} = \sum_{i=1}^{e_0} |(e_{0i} - i) * d_i|$$

$$\text{Tasso std di YPLL} = \frac{\sum_{i=1}^{e_0} [(e_{0i} - i) (d_i/n_i) N_i]}{\sum_{i=1}^{e_0} N_i} * 100.000$$

Per il calcolo dei tassi YPLG la sommatoria è compresa nella classe di età 5-64 anni.

$$\text{YPLG} = \sum_{i=5}^{65} [(65 - i) * de_i]$$

$$\text{Tasso std di YPLG} = \frac{\sum_{i=5}^{65} [(65 - i) (de_i/n_i) N_i]}{\sum_{i=5}^{65} N_i} * 100.000$$

dove :

- i            età alla morte
- e<sub>0</sub>        attesa di vita alla nascita
- d<sub>i</sub>        numero di decessi all'età i
- n<sub>i</sub>        popolazione all'età i
- N<sub>i</sub>        popolazione di riferimento all'età i

### Riferimenti bibliografici

- Attanasio E, Ruscitti R, Palazzo F, Cardaci V, Sardoni A (1995). "Mortalità e anni potenziali di vita perduti per tumore in Italia dal 1984 al 1990". *Difesa Sociale*; 1:165-180.
- AA VV. ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata). "Atlante 2006 – Mortalità evitabile e contesto demografico per USL", Roma, febbraio 2006 ([www.e-r-a.it](http://www.e-r-a.it)).
- AA VV. "Prometeo Atlante della sanità". Italpromo Esis Publishing srl, 1999, 2000 e 2001, Roma.
- Center for Disease Control (1986). "Premature mortality in the United States; public health

issues in the use years of potential life cost". MMWR; 35 (suppl. 25):15-115.

- Center for Disease Control (1992). "Trend in years of potential life lost before age 65 among whites and blacks, 1979-1989". MMWR; 41:889-891.
- Charlton et al. (1983). "Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales", Lancet.
- Conti S, Masocco M, Vichi M (2005). "Evoluzione nel tempo e nella geografia della mortalità evitabile nelle città capoluogo di provincia: considerazioni riassuntive". G E A; (suppl. 1):26-27.
- Dejian L, Hardy RJ (1999). "Potential gains in life expectancy or years of potential life lost: impact of competing risks of death". International Journal of Epidemiology; 28(5): 894-98.
- Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW (1997). "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", second edition, Oxford University Press.
- Gruppo di lavoro del Progetto Indicatori di salute per il territorio e per l'attività ospedaliera, Conti S, Greco D. "ERA – Epidemiologia e ricerca applicata: mortalità evitabile e contesto demografico per Usl". Atlante 2006. Roma.
- Lery A, Vallin J (1975). "Un enfant qui meurt en bas age est souvent remplacé". Economie et Statistique, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques; 63:27.
- Mariotti S, D'Errigo P, Mastroeni S, Freeman K (2003). "Years of life lost due to premature mortality in Italy". European Journal of Epidemiology; 18(6):513-21.
- Morosini P, Palombo G (a cura di). "Variabilità nei Servizi Sanitari in Italia". Capitolo 2: "Variabilità della mortalità evitabile in Italia" Conti S, Masocco M, Minelli G, Toccaceli V, Vichi M. Centro Scientifico Editore 2004, pag. 308.
- Palazzo et al. "I costi sociali delle malattie in Italia", in Rapporto Ceis Sanità 2005, a cura di Atella V., Donia Sofio A., Meneguzzo M., Mennini F. S., Spandonaro F., Italpromo Esis Publishing, 2005.
- Pan American Health Organization. Area of health analysis and information systems (2003). "Life tables: a technique to summarize mortality and survival". Epidemiological Bulletin; 24(4):6-10.
- Pan American Health Organization. Area of health analysis and information systems (2003). "Techniques for the measurement of the impact of mortality: Years of Potential Life Lost". Epidemiological Bulletin; 24(2):1-4.
- Pressat R (1983). "L'analyse Démographique". PUF, Paris.
- Romeder JM, McWhinney JR (1977). "Potential years of life lost between age 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning". International Journal of Epidemiology; 6(2):143-151.
- Simonato et al. (1998). "Avoidable Mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention", Journal of Epidemiology and Community Health.
- World Health Organization. "Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, based on the Ninth revision Conferente". Geneva: WHO; 1975,1977.

## 5.3 - Il settore industriale sanitario in Italia

Mennini F.S.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>, Ratti M.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 5.3.1 Introduzione

La tutela della salute comporta un onere crescente per lo Stato<sup>2</sup>, ma spesso si trascura che a fronte di questa spesa si produce un'opportunità di crescita per il sistema economico nel suo complesso.

Non c'è infatti dubbio che la domanda di beni e servizi legati alla cura della salute costituisce elemento di sviluppo delle economie dei Paesi avanzati, in termini di crescita, di occupazione e competitività sui mercati internazionali (Di Tommaso M, Schweitzer SO, 2000).

Secondo Confindustria<sup>3</sup>, l'importanza della filiera della salute (fabbricazione di prodotti farmaceutici, chimici e botanici per usi medicinali; fabbricazione di apparecchi medicali, chirurgici, ortopedici, di lenti e occhiali da vista; commercio all'ingrosso di prodotti farmaceutici, strumenti e apparecchi sanitari; commercio al dettaglio di farmaci, medicinali, apparecchi e materiale terapeutico; servizi ospedalieri; prestazioni ambulatoriali) nell'ambito del sistema economico nazionale è andata progressivamente aumentando: nel 1996 la sua incidenza sul Pil risultava pari al 4,9%, nel 2004 si attestava al 5,6 (stimati in € 73,5 mld.) in valutazione a prezzi costanti. Nel periodo 1996-2004, la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.

Il presente studio vuole fornire elementi ulteriori di conoscenza sul contributo fornito al sistema economico nazionale dai settori industriali trainanti la "filiera della salute" (industria farmaceutica e industria dei dispositivi medici), sia in termini di valore aggiunto, che di contributo in termini di ricerca e occupazione qualificata.

### 5.3.2 Il mercato farmaceutico

L'attività produttiva farmaceutica mondiale in termine di valore (\$ 565,4 mld.) è cresciuta del 10,8% rispetto al 2004.

L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2005 un fatturato di \$ 19,6 mld., pari al 3,5% del mercato, attestandosi al 5° posto nel ranking mondiale. Gli Usa, con un fatturato di \$ 252,2 mld. (quota del 44,61% del totale) si collocano al primo posto, seguiti da Giappone (\$ 60,3 mld.), Germania (\$ 31,8 mld.), Francia (\$ 30,3 mld.). Allo stesso livello dell'Italia troviamo il Regno Unito (\$ 19,5 mld.) e a seguire la Spagna (\$ 14,9 30,3 mld.) (figura 1).

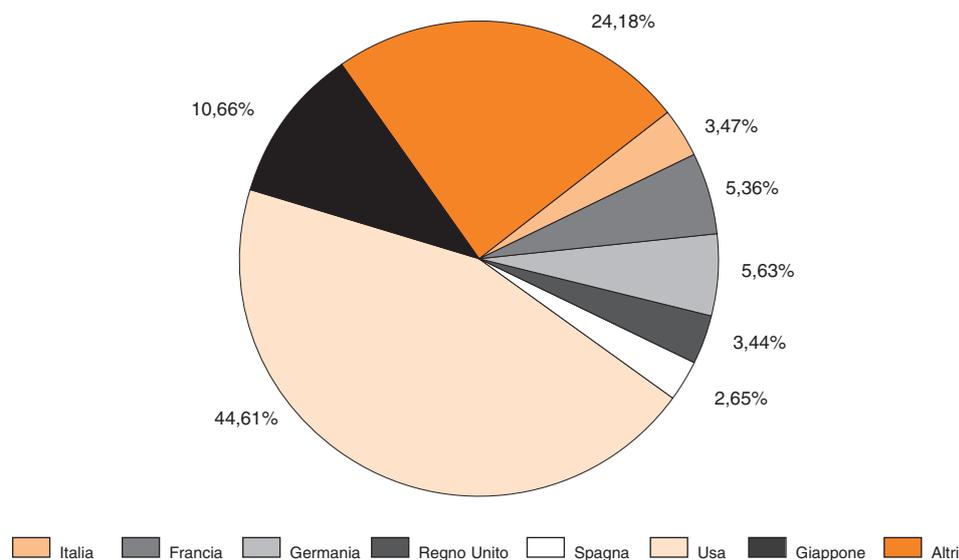
Dobbiamo però notare che i Paesi con la migliore bilancia commerciale sono l'Irlanda (+ \$ 15.414 mil.), la Svizzera (+ \$ 11.290 mil.), la Germania (+ \$ 7.427 mil.), la Francia (+ \$ 5.851

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

<sup>2</sup> Fenomeno comune a livello europeo, ove la spesa sanitaria pubblica assorbe nel 2002 il 7% del prodotto lordo, contro il 5,8 del 1990.

<sup>3</sup> Vedi studio Confindustria (2006).

**Figura 1 - Ripartizione % della quota di mercato farmaceutico mondiale Anno 2005**



Fonte: OECD 2005

mil.), la Svezia (+ \$ 4.522 mil.). Si determina invece un saldo negativo per l'Italia (- \$ 729 mil.), come anche per gli Usa (- \$ 13.874 mil.), il Giappone (- \$ 3.505 mil.), la Spagna (- \$ 2.915 mil.) (figura 2).

Anche in termini di occupati l'industria farmaceutica Italiana occupa il quinto posto a livello mondiale (74.000 unità), dopo USA (282.298 unità), Giappone (203.138 unità), Germania (114.200 unità) e Francia (99.400 unità), mentre per numero di aziende occupa il terzo posto (351 unità), dopo USA (1.268 unità) e Giappone (1.062 unità) (tabella 1).

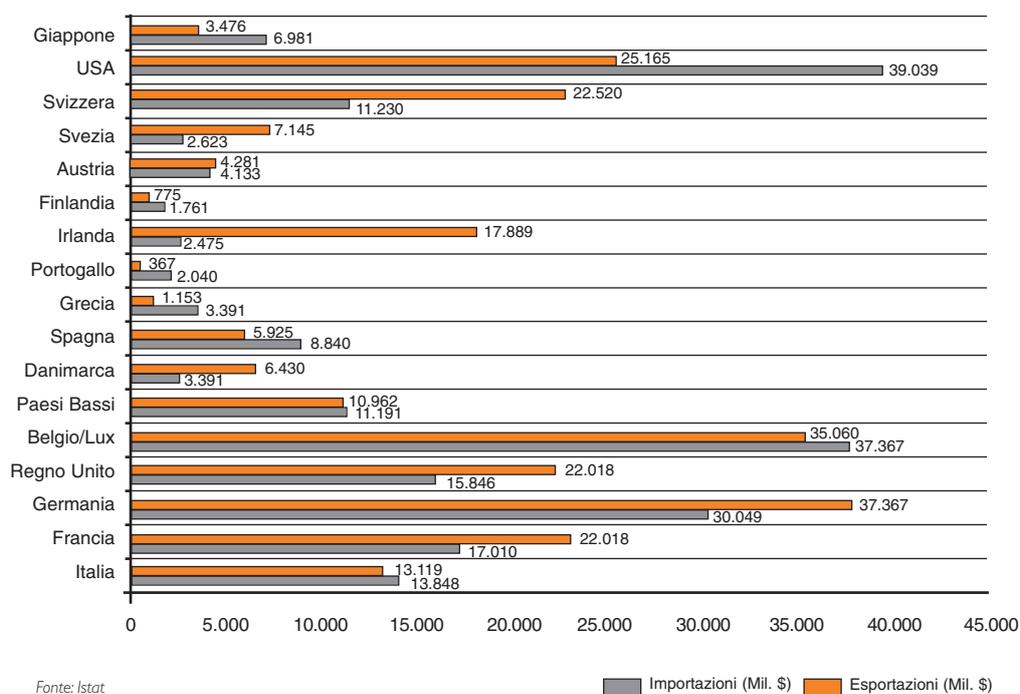
A livello descrittivo si nota come i Paesi con bilancia commerciale positiva abbiano una dimensione media di impresa più alta, variando dai 756 addetti medi della Svizzera ai 308 della Francia, contro valori intorno ai 200 addetti di Italia, USA e Giappone. In termini di politica industriale sembra quindi particolarmente degno di approfondimento il legame fra performance del mercato e dimensione media di impresa.

Analizzando la spesa in R&S tra il 1990 e il 2004 (figura 3), si può notare come l'industria europea dopo una perdita di competitività, riscontrabile in un minor investimento in R&S rispetto agli USA, stia ora riavvicinandosi ai valori americani: € 21,1 mld. in Europa (+18% rispetto al 2000) contro i 23,8 degli USA nel 2004 (+3% rispetto al 2000).

### 5.3.3 L'industria farmaceutica in Italia

Le aziende farmaceutiche attive in Italia sono 351 nel 2005, distribuite su gran parte del territorio (tabella 2): una prevalenza maggiore si ha in Lombardia (168 unità) e nel Lazio (78 unità).

**Figura 2 - Importazioni/esportazioni del settore farmaceutico mondiale Anno 2005 ( Mil. \$)**

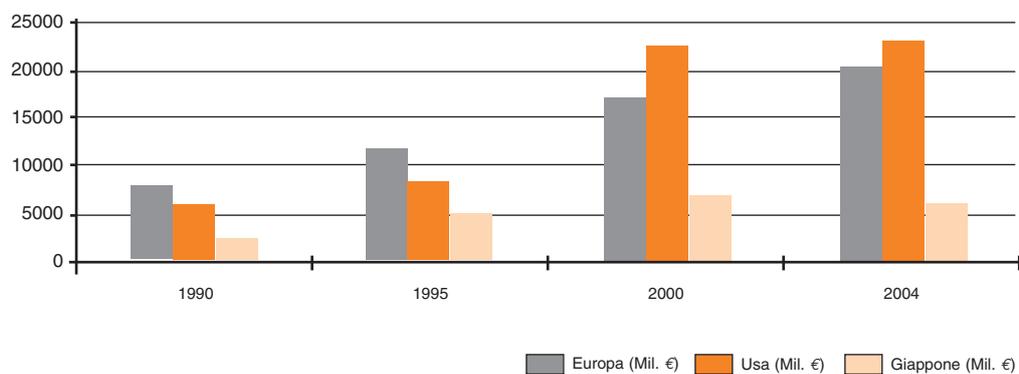


**Tabella 1 - Numero di aziende e occupati nel settore farmaceutico mondiale Anno 2005**

	Numero di aziende	Numero di occupati	Media occupati per azienda
USA	1.268	282.298	223
Giappone	1.062	203.138	191
Italia	351	74.000	203
Germania	333	114.200	343
Francia	323	99.400	308
Spagna	238	39.000	164
Regno Unito	202	73.000	361
Paesi Bassi	65	16.000	246
Belgio	56	27.185	485
Irlanda	47	22.500	479
Svezia	41	20.100	490
Austria	41	9.523	232
Svizzera	41	31.000	756
Danimarca	29	16.759	578
Finlandia	26	6.648	256
Norvegia	13	4.571	352
Grecia	ND	11.300	ND
Portogallo	ND	10.717	ND

Fonte: associazioni di categoria

Figura 3 - Spesa farmaceutica in R&S Anni 1990-2004



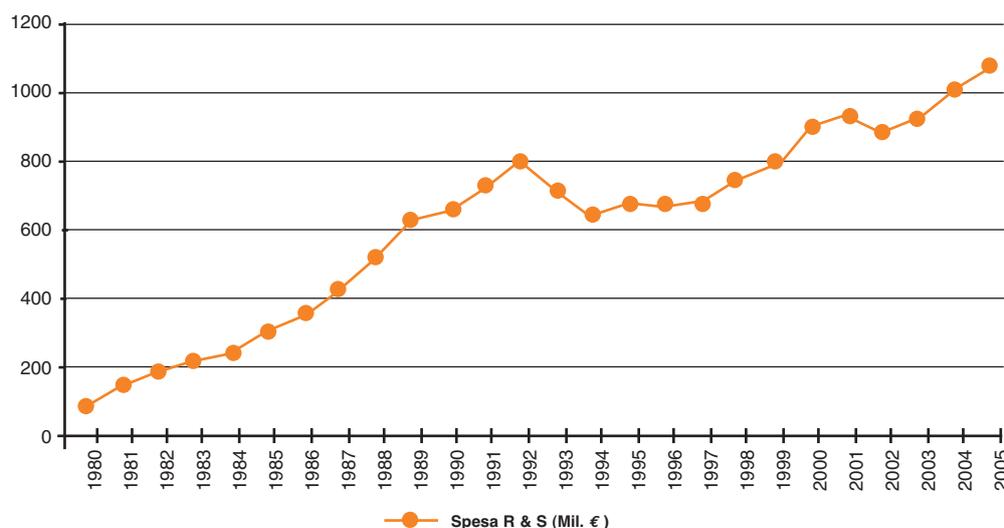
Fonte: Associazione di categoria EFPIA

Gli addetti del settore farmaceutico sono 74.000 in costante crescita; nel 2005 l'occupazione è cresciuta dell'1%.

Una quota rilevante degli addetti, l'8,15% pari a 6.030 unità, è occupata in attività di ricerca, contro una media dell'industria nel complesso dell'1%. La spesa in R&S nel 2005 è stata di € 1.070 mil., pari al 10,1% della spesa totale in R&S del settore industriale italiano.

Rispetto al 2004 la spesa in ricerca è cresciuta del 6,5% confermando il trend positivo degli ultimi anni (+17% dal 2003), decisamente superiore alla crescita media italiana (+5,2).

Figura 4 - Spesa per R&S in Italia Anni 1980-2005



Fonte: Farmaindustria

**Tabella 2 - Unità locali e occupati nel settore farmaceutico italiano Anno 2005**

Regioni	Totale numero unità locali	% sul tot unità locali	Totale numero centri in ricerca	% n° centri in ricerca/ n° unità locali	Totale numero occupati nel settore	% sul tot occ. nel settore	Totale numero occupati in ricerca	% occ di ricerca/ occ del settore
Abruzzo	5	1,37%	1	20,00%	634	0,86%	130	20,50%
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	10	2,75%	1	10,00%	608	0,82%	45	7,40%
Emilia Romagna	19	5,22%	5	26,32%	3.567	4,82%	355	9,95%
Friuli Venezia Giulia	3	0,82%	2	66,67%	370	0,50%	16	4,32%
Lazio	78	21,43%	17	21,79%	17.280	23,35%	1.033	5,98%
Liguria	11	3,02%	3	27,27%	389	0,53%	22	5,66%
Lombardia	168	46,15%	31	18,45%	33.705	45,55%	2.798	8,30%
Marche	3	0,82%	2	66,67%	1.201	1,62%	35	2,91%
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-
Piemonte	19	5,22%	1	5,26%	1.716	2,32%	75	4,37%
Puglia	4	1,10%	-	-	315	0,43%	-	-
Sardegna	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	6	1,65%	3	50,00%	1.019	1,38%	137	13,44%
Toscana	28	7,69%	9	32,14%	7.119	9,62%	575	8,08%
Trentino Alto Adige	2	0,55%	-	-	160	0,22%	-	-
Umbria	-	-	-	-	-	-	-	-
Valle D'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-
Veneto	8	2,20%	2	25,00%	5.917	8,00%	809	13,67%
<b>Totale Italia</b>	<b>364</b>	<b>100,00%</b>	<b>77</b>	<b>21,15%</b>	<b>74.000</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.030</b>	<b>8,15%</b>

Fonte: Farindustria

Il contributo in investimenti fissi lordi del settore farmaceutico (tabella 3) è pari a € 990 mil. con un incremento rispetto al 2004 del 5% (totale Italia +2,1%); l'investimento per occupato è stimato in € 13.400.

Come detto, la bilancia commerciale complessiva del settore farmaceutico italiano (figura 5) fa registrare nel 2005 un saldo negativo di € 1,3 mld., ma rispetto al 2004 c'è un miglioramento di € 536 mil. Le esportazioni complessive (specialità medicinali più principi attivi) sono aumentate del 15,30% (€ 1.478 mil.), come anche le importazioni (8,18% pari a € 942 mil.).

#### **5.3.4 Il settore dei dispositivi medici**

Subito dopo il settore farmaceutico, in termini dimensionali viene quello dei dispositivi medici. I due settori condividono alcuni elementi portanti, quali la vocazione all'innovazione alla ricerca, e la forte regolamentazione, pur avendo distinte peculiarità.

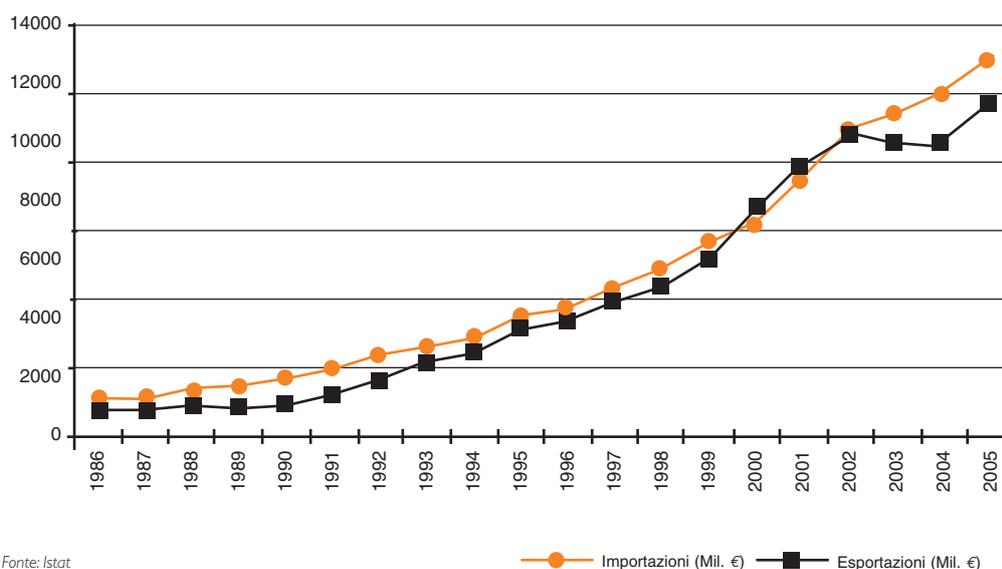
Negli ultimi anni l'interesse verso il settore dei dispositivi medicali (*medical device*) è

**Tabella 3 - Investimenti fissi lordi in Italia  
Anno 2005**

	<b>Industria farmaceutica</b>	<b>Totale Italia</b>
Investimenti fissi (mil. €) lordi 2005	990	291.981
Tassi % di variazione 2005/2004	5,0%	2,1%
Investimenti per occupato 2005 (mgl €)	13,4	12,0

Fonte: Farmindustria, Istat

**Figura 5 - Bilancio commerciale del settore farmaceutico italiano (specialità medicinali + principi attivi) Anni 1986-2005**



Fonte: Istat

aumentato in corrispondenza della continua evoluzione tecnologica, che ha portato il dispositivo medico a rivestire un ruolo importante nella terapeutica e diagnostica clinica, sino alla creazione di nuove metodologie chirurgiche.

Il settore dei dispositivi medici è composto da un numero considerevole di imprese, di prodotti e tecnologie che sono la testimonianza di un mercato vitale e complesso.

Il D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46, in attuazione della direttiva 93/42/CE, definisce dispositivo medico "qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento, e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagno-

### **Box 1 - Identificazione dei dispositivi medici**

**Dispositivi medici impiantabili attivi**, intesi come “qualsiasi dispositivo medico attivo destinato ad essere impiantato interamente o parzialmente mediante intervento chirurgico o medico nel corpo umano o mediante intervento medico in un orificio naturale e destinato a restarvi dopo l'intervento”.

**Dispositivi medico-diagnostici in vitro**, definiti come “qualsiasi dispositivo medico composto da un reagente, da un prodotto reattivo, da un calibratore, da un materiale di controllo, da un kit, da uno strumento, da un apparecchio, un'attrezzatura o un sistema, utilizzato da solo o in combinazione, destinato dal fabbricante ad essere impiegato in vitro per l'esame di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati, unicamente o principalmente allo scopo di fornire informazioni su uno stato fisiologico o patologico, o su una anomalia congenita, o informazioni che consentono la determinazione della sicurezza e della compatibilità con potenziali soggetti riceventi, o che consentono il controllo delle misure terapeutiche. I contenitori dei campioni sono considerati dispositivi medico-diagnostici in vitro. Si intendono per contenitori di campioni i dispositivi, del tipo sottovuoto o no, specificatamente destinati dai fabbricanti a ricevere direttamente il campione proveniente dal corpo umano e a conservarlo ai fini di un esame diagnostico in vitro. I prodotti destinati ad usi generici di laboratorio non sono dispositivi medico-diagnostici in vitro a meno che, date le loro caratteristiche, siano specificamente destinati dal fabbricante ad esami diagnostici in vitro”.

Altri dispositivi medici, che non rientrano nelle precedenti categorie, che soddisfano la definizione generale del D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46.

si, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'autonomia o processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi”. All'interno di questa definizione generale e facendo riferimento al D.Lgs. 14 dicembre 1992, n. 507 (in attuazione della direttiva europea 90/385/CE e al D.Lgs. 7 novembre 2000, n. 332 (in attuazione della direttiva europea 98/79/CE), possiamo distinguere tre grandi famiglie di dispositivi medici: dispositivi impiantabili attivi, dispositivi medico-diagnostici in vitro e i restanti dispositivi (Box 1)

#### **5.3.5 Il mercato dei dispositivi medici**

Il mercato mondiale dei dispositivi medici è valutato in circa € 184 mld.; il mercato europeo, secondo solo a quello statunitense, ne rappresenta il 30% (€ 55,2 mld.), di cui circa il 78% è detenuto da cinque Stati (Germania, Francia, Italia, Gran Bretagna e Spagna) (tabella 4 e 5).

**Tabella 4 - Mercato mondiale dei dispositivi medici Anno 2002**

	Spesa (Mld. €)	Percentuale
USA	79	43%
Europa	55	30%
Giappone	20	11%
Resto del mondo	30	16%
<b>Totale</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>

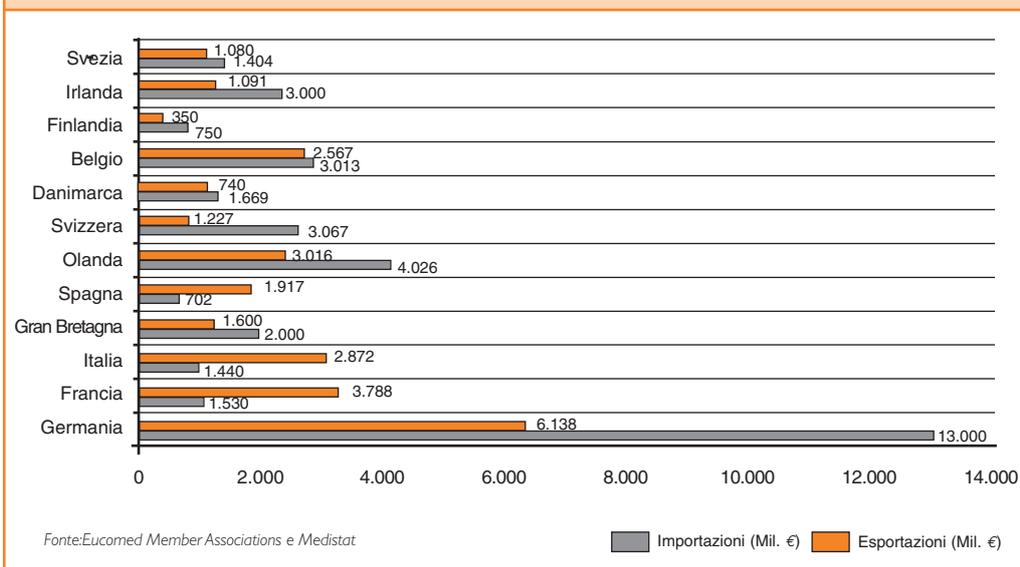
Fonte: Eucomed 2003

**Tabella 5 - Mercato europeo dei dispositivi medici Anno 2002**

	Spesa (mil. €)	%	DM per capita (€)	% DM sul totale della spesa sanitaria
Germania	19.000	34,42%	230	8,6%
Francia	9.000	16,30%	150	6,5%
Italia	6.160	11,16%	107	5,8%
Regno Unito	5.800	10,51%	97	4,8%
Spagna	3.000	5,43%	73	6,1%
Olanda	2.500	4,53%	154	6,5%
Svizzera	1.360	2,46%	188	4,5%
Svezia	1.080	1,96%	120	5,1%
Norvegia	930	1,68%	206	6,2%
Danimarca	870	1,58%	161	5,7%
Belgio	820	1,49%	79	3,6%
Polonia	770	1,39%	20	6,1%
Austria	730	1,32%	90	4,3%
Portogallo	600	1,09%	57	5,3%
Grecia	540	0,98%	49	4,4%
Finlandia	450	0,82%	86	4,8%
Rep. Ceca	370	0,67%	36	7,9%
Irlanda	360	0,65%	89	4,9%
Ungheria	360	0,65%	36	9,2%
Slovenia	130	0,24%	65	7,1%
Rep. Slovacca	110	0,20%	20	8,6%
Lettonia	60	0,11%	26	11,5%
Lituania	60	0,11%	17	8,3%
Lussemburgo	50	0,09%	111	4,1%
Estonia	40	0,07%	30	10,8%
Cipro	30	0,05%	41	4,5%
Malta	20	0,04%	50	1,7%
<b>Europa</b>	<b>55.200</b>	<b>100,00%</b>	<b>88</b>	<b>6,2%</b>

Fonte: OECD, European Commission, Eucomed Member Associations e Medistat

**Figura 6 - Importazioni ed esportazioni delle tecnologie medicali in Europa Anno 2002 (mil. \$)**



Secondo l'OECD, in Europa la spesa sanitaria per i dispositivi medici rappresenta il 6,2% del totale della spesa sanitaria (5,4% se si considerano solo i 15 paesi dell'Unione Europea) (tabella 5).

A livello europeo solo la Germania, l'Irlanda e il Regno Unito hanno una bilancia commerciale positiva; l'Italia ha un saldo negativo di € 1,4 mld. (figura 6).

Il settore è caratterizzato da un numero elevato di imprese mediamente di piccola dimensione: ad Eucomed, associazione di categoria europea del settore industriale delle tecnologie medicali, sono associate circa 8500 imprese, con dimensione media di 45 occupati (tabella 6).

**Tabella 6 - Aziende di dispositivi medici in Europa Anno 2002**

	N° di aziende	%
Gran Bretagna	1.445	17%
Germania	1.105	13%
Francia	1.020	12%
Spagna	1.020	12%
Svezia	765	9%
Svizzera	510	6%
<b>Italia</b>	<b>510</b>	<b>6%</b>
Danimarca	425	5%
Resto d'Europa	1.700	20%

Fonte: Eucomed Member Associations

**Tabella 7 - Numero di occupati nel settore dei dispositivi medici in Europa Anno 2002**

	N° di impiegati	%
Germania	100.000	25,91%
Gran Bretagna**	50.000	12,95%
Francia	40.000	10,36%
Svizzera	40.000	10,36%
Irlanda	22.000	5,70%
<b>Italia</b>	<b>20.000</b>	<b>5,18%</b>
Finlandia	20.000	5,18%
Svezia	15.000	3,89%
Danimarca	14.000	3,63%
Spagna	13.000	3,37%
Austria*	9.033	2,34%
Polonia	8.700	2,25%
Olanda	7.000	1,81%
Belgio*	5.500	1,42%
Repubblica Ceca	5.000	1,30%
Ungheria	4.500	1,17%
Portogallo	3.200	0,83%
Norvegia	3.100	0,80%
Grecia	2.500	0,65%
Repubblica Slovacca	2.198	0,57%
Slovenia*	1.237	0,32%
<b>Europa</b>	<b>385.968</b>	<b>100,00%</b>

Note:

\*Inclusi solo i membri delle compagnie nazionali associate a Eucomed

\*\*Inclusi anche i fornitori

Fonte: Eucomed Member Associations e Medistat

Complessivamente l'industria in Europa occupava nel 2002 circa 386.000 unità (tabella 7). Come già per l'industria farmaceutica, si evidenzia una correlazione fra dimensione d'impresa e saldo commerciale: il Paese con migliore saldo, la Germania, ha una dimensione media d'impresa (90 addetti) doppia rispetto alla media.

In termini di spesa in R&S, l'incidenza sulla spesa totale dei dispositivi medici registra una netta differenza tra gli USA (12,90% del totale spesa del 1999) e l'Europa (in media il 6,35% del totale spesa tra il 2000 e il 2003) e il Giappone (5,8% della spesa totale del 2000).

### 5.3.6 L'industria dei dispositivi medici in Italia

Il settore dei dispositivi medici italiano rappresenta in Europa il terzo mercato con una quota pari all'11,12%.

I comparti principali dei dispositivi medici sono: i prodotti dentali; la diagnostica di labo-

ratorio; diagnostica-strumentale; l'ortopedia; prodotti per la dialisi; prodotti per la cardiologia<sup>4</sup>; suture; diagnostica self monitoring; ausili assorbenti per l'incontinenza; infusione; laparoscopia.

I dati di fatturato 2004<sup>5</sup>, relativi alle associate Assobiomedica, indicano che il mercato italiano del biomedicale ha realizzato un fatturato pari a € 3,428 mld., quello dei diagnostici in vitro € 1,762 mld. e quello dei prodotti da laboratorio € 525 mil.

Come detto, la bilancia commerciale nel 2005 è stata negativa per € 1,4 mld. (€ 1,4 mld. per le esportazioni e € 2,9 mld. per le importazioni).

Le imprese del settore italiano sono prevalentemente a capitale italiano (54%), mentre le multinazionali sono localizzate per lo più fuori dal territorio nazionale. Il 67% delle imprese dell'associazione di categoria è a carattere commerciale<sup>6</sup>, mentre del restante che svolge attività di produzione di tecnologie mediche, l'85% è costituito da produttori nazionali. Ci troviamo di fronte ad un numero considerevole di imprese di piccole dimensioni (il 73,9% non supera i € 20 mil. di fatturato annuo), localizzate principalmente nel centro nord Italia, con concentrazioni maggiori in Lombardia, Emilia Romagna e Lazio. A livello di SSN italiano si è recentemente posto il problema del monitoraggio della spesa per dispositivi medici, che è seconda solo a quella farmaceutica.

Questo ha determinato una copiosa regolamentazione che vale la pena descrivere. Al fine di rendere monitorabile la spesa attribuibile ai dispositivi medici, con la legge del 27 dicembre 2002 n. 289 art. 57 è stata istituita la Commissione Unica dei Dispositivi (CUD), a cui sono state attribuite le seguenti competenze:

- rendere trasparente il mercato dei dispositivi medici attraverso la pubblicazione e l'aggiornamento di un repertorio;
- elaborare valutazioni di *technology assessment* sul rapporto costo beneficio e rischio beneficio dei nuovi dispositivi medici;
- migliorare il sistema di vigilanza sugli incidenti;
- effettuare una sorveglianza del mercato, dei consumi e dei prezzi applicati alle strutture del SSN;
- favorire una ricerca sui dispositivi medici innovativa e di qualità.

La CUD nel 2004 ha intrapreso la stesura della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici (CND). Essa ha una struttura di tipo alfa-numerico sviluppata ad albero gerarchico multilivello, che aggrega i dispositivi medici in Categorie (Box 2), Gruppi e Tipologie.

In questa prima stesura non sono ancora ricompresi i dispositivi medico-diagnostici in vitro. La legge finanziaria 2006, comma 409, introduce una serie di obblighi per le aziende produttrici dei dispositivi medici modellati sulla base della regolamentazione esistente per l'industria farmaceutica; gli elementi più significativi di tale regolamentazione sono:

- la classificazione dei dispositivi è approvata con decreto del Ministro della salute, previo accordo con le Regioni e le Province Autonome;
- viene stabilita, con l'istituzione del repertorio generale dei dispositivi medici, la data a

<sup>4</sup> È costituito dal cardiovascolare, dalla dialisi e dall'emodinamica.

<sup>5</sup> Centro studi Assobiomedica, "Il mercato dei dispositivi medici", luglio 2006.

<sup>6</sup> Si intendono imprese che svolgono attività di distribuzione sul territorio italiano, spesso per aziende estere.

decorrere dalla quale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale possono essere acquistati, utilizzati o dispensati unicamente i dispositivi iscritti nel repertorio medesimo;

- le aziende che producono o immettono in commercio in Italia dispositivi medici sono tenute a dichiarare mediante autocertificazione diretta al ministero della Salute entro il 30 aprile di ogni anno, l'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione rivolte ai medici, agli operatori sanitari, ivi compresi i dirigenti delle aziende sanitarie, e ai farmacisti, nonché la ripartizione della stessa nelle singole voci di costo;
- per l'inserimento delle informazioni nella banca dati necessaria all'istituzione e alla gestione del repertorio dei dispositivi medici, i produttori e i distributori tenuti alla comunicazione sono soggetti al pagamento, a favore del ministero della Salute, di una tariffa di € 100 per ogni dispositivo. La tariffa è dovuta anche per l'inserimento di informazioni relative a modifiche dei dispositivi già inclusi nella banca dati.

### Box 2 - Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici

	Descrizione
<b>A</b>	<b>Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta</b>
<b>B</b>	<b>Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia</b>
<b>C</b>	<b>Dispositivi per apparato cardiocircolatorio</b>
<b>D</b>	<b>Disinfettanti, antisettici e proteolitici</b>
<b>E</b>	<b>Dispositivi per endoscopia</b>
<b>F</b>	<b>Dispositivi per dialisi, emofiltrazione ed emo diafiltrazione</b>
<b>G</b>	<b>Dispositivi per apparato gastrointestinale</b>
<b>H</b>	<b>Dispositivi da sutura</b>
<b>J</b>	<b>Dispositivi impiantabili attivi</b>
<b>K</b>	<b>Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia</b>
<b>L</b>	<b>Strumento chirurgico pluriuso o riutilizzabile</b>
<b>M</b>	<b>Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche</b>
<b>N</b>	<b>Dispositivi per il sistema nervoso e midollare</b>
<b>P</b>	<b>Dispositivi protesici e prodotti per osteosintesi</b>
<b>Q</b>	<b>Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria</b>
<b>R</b>	<b>Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia</b>
<b>S</b>	<b>Prodotti per sterilizzazione</b>
<b>T</b>	<b>Dispositivi per protezione e ausili per incontinenza</b>
<b>U</b>	<b>Dispositivi per apparato urogenitale</b>
<b>V</b>	<b>Dispositivi rari</b>
<b>Y</b>	<b>Ausili per persone disabili</b>
<b>Z</b>	<b>Apparecchiature sanitarie</b>

Fonte: Ministero della Salute

### **5.3.7 Considerazioni finali**

È stato recentemente rimarcato come l'industria legata al settore della salute produca un valore aggiunto diretto e indiretto significativo, stimato nell'ordine del 12% del Pil, posizionandosi al terzo posto dopo Edilizia e Costruzioni, e Alimentari<sup>7</sup>.

Questo dimostra come sia parziale una analisi del comparto che rilevi solo l'aspetto dell'onere, sebbene rilevante, per il sistema pubblico, senza considerare il contributo fornito allo sviluppo del Paese.

L'analisi delle politiche industriali in campo sanitario in Italia è certamente ancora parziale. I pochi dati presentati dimostrano però come sia necessario affrontare il tema dello sviluppo industriale e del contenimento dei costi sanitari in una logica integrata.

In primo luogo, infatti, colpisce la correlazione fra saldo commerciale e dimensione media d'impresa: ciò implica che le imprese devono poter crescere per essere competitive e contribuire così al benessere del Paese.

La regolamentazione tesa al contenimento dei costi, certamente necessaria, deve quindi porre attenzione anche alle prospettive di sviluppo delle imprese, da cui il Paese ha un beneficio in termini di valore aggiunto, bilancia commerciale, occupazione, ricerca e anche erariale, che si aggiunge al benessere creato dalla disponibilità di tecnologie che migliorano e allungano la vita.

Si consideri, inoltre, che l'Italia, e in generale l'Europa, stanno cercando di colmare un gap in termini di innovatività accumulatosi negli anni '90 rispetto agli USA: esula dagli scopi del presente contributo analizzare le ragioni di questo gap e le reali performance industriali delle due aree<sup>8</sup>, ma si osserva che per raggiungere tale obiettivo è necessario che si sviluppi un ambiente favorevole alla ricerca e all'innovazione.

Fra gli elementi a tal fine necessari, un elemento certamente importante è la "stabilità" ambientale che, in un sistema sanitario dove la domanda è quasi completamente pubblica, implica porre grande attenzione all'impatto delle politiche sanitarie: in altri termini, un ambiente "perturbato" da regolazioni troppo frequenti è molto probabile che incida negativamente sulle performance aziendali e quindi sulle prospettive di sviluppo, disincentivando in ultima istanza gli investimenti e la creazione di valore aggiunto.

### **Riferimenti bibliografici**

- Centro Studi Assobiomedica (2000), "La spesa sanitaria, la diagnostica di laboratorio e il mercato delle tecnologie". Terzo aggiornamento, n. 8.
- Centro Studi Assobiomedica (2002), "Il mercato dei dispositivi medici: profilo del settore ed aspetti critici". Secondo aggiornamento, n. 8, pp 1-36.
- Centro Studi Assobiomedica (2006), "Il mercato dei dispositivi medici: profilo del settore ed aspetti critici". Terzo aggiornamento, n. 12, pp 1-43.
- Confindustria (2006), "Il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale", Roma, marzo 2006.

<sup>7</sup> Cfr. *Studio Ambrosetti (2006) e Confindustria (2006)*.

<sup>8</sup> Cfr. *Mennini e Spandonaro, 2003; Gianfrate, Mennini, Spandonaro, 2005; Spandonaro 2005*.

- Di Tommaso M, Schweitzer SO (2000) "L'industria della salute: oltre il contenimento dei costi", *L'Industria*, n. 3, p. 425, Il Mulino, Bologna.
- Farmindustria (2006), "Azioni di rilancio del settore farmaceutico", Convegno AFI.
- Farmindustria (2006), "Indicatori farmaceutici", 2006.
- Farmindustria (2006), "Indagine conoscitiva sulla localizzazione regionale delle unità locali delle imprese farmaceutiche".
- Gianfrate F, Mennini FS, Spandonaro F (2005), "Dinamiche e determinanti del settore farmaceutico in Europa", *L'Industria n.s.*, n. 1.
- Mennini FS, Spandonaro F (2003), "Strategie e performances delle grandi aziende farmaceutiche in Italia (1997-2001)", *L'Industria n.s.*, V. XXIV, n. 2.
- Ministero della Salute (2004), "Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici", Versione 1.0.
- Pammolli F, Riccaboni M et al. (2005), "Medical Devices Competitiveness and Impact on Public Health Expenditure", CERM.
- Pammolli F, Riccaboni M et al. (2006), "L'industria dei dispositivi medici: alcune statistiche rilevanti", *Care*, n. 1.
- Pardolesi R, Renda A, Colangelo G (2005), "Le prospettive di mercato e l'incerta regolamentazione degli acquisti di tecnologie mediche", Law and Economics Lab.
- Spandonaro F (2005), "Riforme pro-competitive e sostenibilità nel Servizio Sanitario Italiano", *L'Industria n.s.*, n. 1.
- Studio Ambrosetti (2006), Progetto Meridiano Sanità.
- Decreto Legislativo 14 dicembre 1992, n. 507.
- Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46.
- Decreto Legislativo 8 settembre 2000, n. 332.
- Legge 27 dicembre 2002, n. 289 art 57.
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 comma 409.



## 5.4 - La mobilità dei pazienti italiani nell'Unione Europea

Donia Sofio A., Gabellini A.

### 5.4.1 Cause della mobilità dei pazienti

L'analisi del fenomeno della mobilità dei pazienti all'interno dell'Unione Europea è relativamente recente. Fino a qualche anno fa, i sistemi sanitari nazionali degli Stati membri hanno operato ciascuno per proprio conto, in un relativo stato di isolamento, affidandosi esclusivamente alla regolamentazione nazionale.

Ciò è dipeso essenzialmente da due ragioni: innanzitutto dal fatto che i sistemi sanitari nazionali operano sulla base del principio di territorialità, cioè regolamentano l'accesso ai servizi sanitari esclusivamente per le persone che si trovano sul territorio dello Stato. In secondo luogo, la politica sanitaria è rimasta, per molti decenni, estranea alle politiche comunitarie. Solo nel 1993 con il Trattato di Maastricht e poi nel 1997 con il Trattato di Amsterdam, la Commissione Europea ha assunto un ruolo complementare in materia di salute pubblica, anche se entro il preciso limite stabilito dal comma 5 dell'art. 152, in base al quale le competenze "in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica" sono di esclusiva competenza degli Stati membri.

Nell'ultimo decennio, tuttavia, si sono verificati in Europa una serie di cambiamenti socio-economici di carattere strutturale (progressivo invecchiamento della popolazione, sviluppo delle tecnologie mediche, aumento dei costi di gestione e stringenti vincoli macroeconomici con conseguenti problemi nella sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari) che hanno messo sotto pressione l'intera organizzazione dei servizi sanitari negli Stati membri.

In tale contesto, una serie di fattori trasversali, chiaramente identificabili, sono andati ad alimentare le ragioni specifiche della mobilità dei pazienti, da sempre esistite all'interno di ciascun sistema nazionale e legate alla naturale spinta a cercare la miglior cura con il minor tempo di attesa e al minor costo possibile.

Il primo fra questi fattori è legato all'aumento della mobilità delle persone, per ragioni di lavoro, studio o semplicemente per turismo, generata da un'UE allargata; quindi ha giocato un ruolo importante la Corte di Giustizia dell'UE, che con una serie di sentenze<sup>1</sup> in materia di libera prestazione dei servizi, compresi quelli sanitari, ha riconosciuto che le cure mediche ricevute in un altro Stato membro devono, a determinate condizioni, essere poste a carico del sistema sanitario del Paese di provenienza del paziente; infine, è intervenuto l'effetto moltiplicatore delle nuove tecnologie dell'informazione che facilitano

<sup>1</sup> Le sentenze più importanti sono quelle relative ai casi *Decker* (1995), *Kholl* (1996), *Vanbraekel* (1998) e *Geraets-Smits/Peerbooms* (1999).

la comunicazione e lo scambio di notizie sui migliori *provider* a livello internazionale. Come conseguenza, secondo la diversa motivazione, possiamo distinguere cinque diverse categorie di pazienti “mobili”:

- i turisti, che hanno necessità di utilizzare i servizi sanitari del Paese che stanno visitando;
- i pensionati che vanno a vivere in un Paese diverso dal proprio (caso della Spagna);
- gli appartenenti a comunità transfrontaliere che spesso preferiscono essere curati al di là del confine (come ad esempio nel caso della *Euroregione “Meuse-Rhine”* tra Belgio, Germania e Olanda);
- i pazienti che preferiscono ricevere assistenza sanitaria o acquistare prodotti sanitari in un Paese diverso dal proprio a causa dei vantaggi percepiti relativi alla qualità, all’accessibilità, o al prezzo (in particolare per i pagamenti *out of pocket*);
- i pazienti che sono inviati all’estero dal proprio sistema sanitario per superare restrizioni alla capacità interna (caso di Malta).

Prendendo in esame l’ipotesi che il costo della cura medica venga sostenuto direttamente dal paziente, la scelta da parte di quest’ultimo (e del medico curante) tra strutture in diverse sedi geografiche si baserà sulla qualità percepita (efficacia clinica, tempestività di erogazione di cure adeguate, modalità di erogazione della cura) e sul costo totale, dato dalla somma dei costi diretti (acquisto delle prestazioni mediche e costi di transazione) e dei costi indiretti non imputabili alla terapia medica. Questi ultimi comprendono: i costi di viaggio e di alloggio, soprattutto per l’accompagnatore; i costi in termini di tempo dovuti alla trasferta; i costi psicologici associati al viaggio e al trovarsi in un contesto straniero, alla difficoltà linguistica e spesso alla mancanza di un’assistenza logistica sul posto.

Nel caso dei costi diretti, si può ragionevolmente presumere che le transazioni internazionali in campo sanitario comprendano prestazioni altamente specialistiche, quindi ad alto costo. La possibilità di recarsi all’estero dipende, quindi, dalla ricchezza e dal reddito familiare dei pazienti, dalla capacità di ottenere e di elaborare informazioni sulle alternative di cura possibili, dall’importanza assegnata alle condizioni di salute e dalla disponibilità a sostenere i costi associati con il mantenimento o con il miglioramento di dette condizioni.

Nel presupposto che il costo totale dell’assistenza sanitaria sia a carico del paziente, le decisioni sulla scelta della struttura sono quindi di esclusiva pertinenza del paziente e del medico curante.

In realtà, nella maggior parte dei casi le spese mediche relative ad un’assistenza sanitaria all’estero, vengono sostenute in larga misura, se non interamente, da un terzo pagante, che nel caso dell’Italia è il SSN.

#### **5.4.2 Regolamentazione della mobilità in Italia**

La normativa comunitaria (l’art. 22 del regolamento CE n. 1408/71 e sue modifiche, specie il regolamento CE n. 631/2004) riconosce il diritto a tutti i cittadini europei, e quindi anche a quelli italiani, di ricevere un’assistenza sanitaria al di fuori del proprio Paese di residenza. Nel nostro caso, tale assistenza durante il periodo di permanenza all’estero è di competenza sia del ministero della Salute che del ministero degli Affari esteri.

Andando a vedere più da vicino come l'assistenza all'estero sia organizzata all'interno del nostro SSN, è importante fare una duplice distinzione. La prima riguarda le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, mentre la seconda i diversi tipi di documentazione necessari per poterne usufruire.

L'accesso può essere di due tipi: diretto o indiretto. Avviene in maniera diretta in tutti gli Stati dell'Unione Europea e in quelli extra-Ue con cui l'Italia ha stipulato delle convenzioni, presentando l'apposita modulistica. In questo caso il cittadino italiano ha diritto a ricevere l'assistenza sanitaria prevista senza oneri a suo carico, i quali saranno accollati direttamente alla sua ASL di appartenenza.

L'accesso in maniera indiretta avviene invece nei Paesi extra-Ue, con cui l'Italia non ha stipulato alcun tipo di convenzioni. In questi casi, il cittadino è costretto a pagare per intero la prestazione sanitaria ricevuta, ma potrà in alcuni casi essere rimborsato, per un importo massimo pari all'80% delle spese sanitarie sostenute, dalla propria ASL al momento del ritorno in Italia, presentando le apposite ricevute. Va tenuto presente che tali rimborsi spesso avvengono in rapporto al reddito dell'assistito.

Riguardo alla documentazione necessaria, questa varia secondo che ci si trovi all'estero per temporaneo soggiorno o per ottenere delle cure programmate.

Nel primo caso, lo "strumento" che ci permette di avere un accesso diretto alle cure necessarie e urgenti, ad esempio durante una vacanza, è la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM), che ha da poco sostituito il vecchio modulo cartaceo E111. Questa, però, ha valore "solamente" nei 25 Paesi dell'Unione europea, in quelli facenti parte dello Spazio Economico Europeo<sup>2</sup> e in quelli convenzionati con il nostro SSN<sup>3</sup>.

Nell'ipotesi di un trasferimento in un altro Stato per ottenere delle cure (ad esempio un trapianto), il documento richiesto per essere esonerati dal pagamento delle prestazioni è il modulo E112, ma anche questo ha lo stesso campo di applicazione della TEAM.

I criteri da adottare per decidere se si possa ricorrere ad un centro estero per una certa prestazione sanitaria (ad esempio un trapianto) sono due: l'inadeguatezza e la tempestività, se cioè il paziente ha bisogno di specifiche professionalità, procedure cliniche o attrezzature non presenti presso le strutture italiane e/o se il periodo d'attesa richiesto risulta incompatibile con l'esigenza di assicurare la prestazione, con il rischio di compromettere gravemente il suo stato di salute.

Viste queste due importanti condizioni, la legge ha riconosciuto ai Centri Regionali di Riferimento (CRR), predisposti in ogni Regione italiana in un numero tale da poter coprire più branche specialistiche possibili, il ruolo chiave di accertare la sussistenza dei presupposti sanitari appena visti, il rilascio della relativa autorizzazione al trasferimento all'estero per ottenere una determinata prestazione e il conseguente concorso delle spese relative. Tale autorizzazione, nella forma del modello E112, svolge quindi un ruolo fondamentale

<sup>2</sup> *Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera*

<sup>3</sup> *Argentina, Australia, Brasile, Capo Verde, San Marino, Jugoslavia, Croazia, Macedonia, Bosnia-Erzegovina, Slovenia, Principato di Monaco e Tunisia..*

in quanto solo per le prestazioni autorizzate si ha un accollo diretto dei relativi oneri alla ASL italiana di competenza da parte del centro estero, senza quindi alcun costo per il paziente, eccetto nei casi in cui sia previsto nel Paese di destinazione, una compartecipazione alla spese sanitarie.

Confrontando periodicamente il numero delle fatture emesse a credito o a debito dalle varie ASL, si ottiene il saldo attivo o passivo della mobilità. Fino a quando, però, non sarà concluso il progetto di informatizzazione di tutte le procedure, sia a livello nazionale (TECAS)<sup>4</sup> che europeo, rimane aperto il problema della contabilizzazione di tali fatture. Poiché la loro trasmissione può avvenire in tempi anche molto lunghi rispetto a quando la prestazione è stata erogata (anche 4 o 5 anni), i dati relativi alle fatture degli ultimi anni sono parziali.

#### 5.4.3 Analisi economica della mobilità in Italia

Un'analisi della situazione italiana ci mostra come il nostro Paese sia uno di quelli con la maggiore mobilità passiva. Negli ultimi anni, infatti, i pazienti iscritti al SSN, che hanno chiesto e ottenuto le autorizzazioni per poter ricevere delle cure presso strutture estere, sono stati in numero maggiore rispetto agli stranieri che hanno scelto di curarsi presso i nostri centri; segno questo di una forte tendenza dei pazienti italiani a intraprendere i cosiddetti "viaggi della salute" e al tempo stesso segno di una scarsissima attrazione, e quindi di una certa inefficienza, delle nostre strutture nei confronti dei pazienti europei.

Considerando gli elevati costi diretti, relativi ad una cura ad altissima specializzazione (ad esempio un trapianto), è facile immaginare il notevole impatto che questi trasferimenti hanno sui conti pubblici delle singole ASL.

La tabella 1 mostra il numero e l'ammontare di tutte le fatture (E111 più TEAM, ed E112) emes-

**Tabella 1 - Saldo della mobilità dei pazienti in Italia (E111/TEAM+E112)**

Anno	CREDITI		DEBITI		Saldo in Euro
	Num. Fatture	Imp. Fatture Euro	Num. fatture	Imp. fatture Euro	
2000	77.181	32.634.250,17	115.934	85.523.868,76	-52.889.618,59
2001	77.570	33.957.200,89	114.396	82.718.585,87	-48.761.384,98
2002	71.415	34.794.889,38	104.290	77.512.057,97	-42.717.168,59
2003	57.204	30.799.238,96	109.846	77.570.696,71	-46.771.457,75
2004	28.491	18.392.478,63	75.547	43.580.369,55	-25.187.890,92
2005	1.459	1.588.166,98	11.755	5.014.227,02	-3.426.060,04
2000/2005	313.320	152.166.225,01	531.768	371.919.805,88	-219.753.580,87

Fonte: Ministero della Salute

<sup>4</sup> Il progetto informatico, denominato TECAS, adottato il 15 dicembre del 2004, è un vero e proprio nuovo sistema di supporto alla mobilità internazionale, che offre la possibilità alle ASL, alle Regioni e ai Centri di riferimento regionali, di migliorare i contatti, scambiarsi le informazioni e tutti i dati registrati, attraverso un collegamento in rete (internet). Il tutto dovrebbe permettere di garantire un flusso d'informazioni completo, continuo e dettagliato sulle richieste dei trasferimenti per cure all'estero da parte degli iscritti al nostro SSN, un miglior monitoraggio ed una gestione più efficiente della mobilità internazionale e a lungo termine, una razionalizzazione delle risorse e una riduzione dei relativi costi.

se e contabilizzate negli ultimi cinque anni, che possono documentare la dimensione della mobilità sanitaria in Italia e il peso che ha questa sui conti del bilancio pubblico. Nonostante si tratti di dati tuttora in evoluzione (quelli relativi agli anni 2004 e 2005 sono anco-

**Tabella 2 - Fatture relative a moduli E111/TEAM**

Anno	FATTURE A CREDITO		FATTURE A DEBITO		Saldo in Euro
	Num. Fatture	Imp. Fatture Euro	Num. fatture	Imp. fatture Euro	
2000	69.263	28.900.203,74	70.531	26.858.745,87	2.041.457,87
2001	69.222	29.593.694,94	67.293	26.852.678,49	2.741.016,45
2002	63.582	29.611.951,48	58.568	26.388.006,82	3.223.944,66
2003	51.805	27.733.857,71	57.398	28.381.712,24	- 647.854,53
2004	26.672	17.290.460,55	25.874	15.947.442,79	1.343.017,76
2005	1.407	1.525.439,56	1.136	1.267.506,92	257.932,64
2000-2005	281.951	134.655.607,98	280.800	125.696.093,13	8.959.514,85

Fonte: Ministero della Salute

ra parziali a causa dei ritardi già evidenziati nella contabilizzazione delle fatture), sembra comunque impossibile un ribaltamento dello scenario che mostra come il *trend* del saldo sia nettamente in negativo e come siano maggiori le fatture a debito rispetto a quelle a credito. La spesa per l'assistenza sanitaria all'estero registra, ogni anno, un netto saldo negativo e in cinque anni ha assorbito risorse al nostro SSN per un ammontare totale pari a € 219.753.580,87, con una media annua di € 43.950.716.

A questo punto, andando a scomporre la spesa totale, è importante evidenziare come lo scenario sia diverso a seconda della tipologia di fatture.

Se prendiamo in considerazione solamente le spese relative alle prestazioni sanitarie in ipotesi

**Tabella 3 - Fatture relative a moduli E112**

Anno	FATTURE A CREDITO		FATTURE A DEBITO		Saldo in Euro
	Num. Fatture	Imp. Fatture Euro	Num. fatture	Imp. fatture Euro	
2000	998	1.003.366,31	15.798	51.711.192,21	- 50.707.825,90
2001	916	1.181.590,69	13.448	48.413.774,53	- 47.232.183,84
2002	774	1.168.157,18	12.580	41.978.783,65	- 40.810.626,47
2003	193	525.671,94	11.488	37.557.448,21	- 37.031.776,27
2004	100	205.769,31	22.936	20.593.435,02	- 20.387.665,71
2005	3	13.934,71	7.266	3.092.622,14	- 3.078.687,43
2000-2005	2.984	4.098.490,14	83.516	203.347.255,76	-199.248.765,62

Fonte: Ministero della Salute

di temporaneo soggiorno (tabella 2), è facile notare come, in quasi tutti gli anni, i saldi siano positivi, indice questo di un'ampia assistenza sanitaria fornita dalle strutture convenzionate con il SSN a cittadini dell'Unione Europea "di passaggio" nel nostro Paese. È bene ricordare che si tratta solamente di "cure necessarie" richieste dallo stato clinico e fornite in situazioni di emergenza.

Se, invece, prendiamo in considerazione i saldi relativi a prestazioni sanitarie fornite in regime

**Tabella 4 - Bilancio finale delle cure programmate e d'emergenza**

	Periodo 2000-2005		
	Credito in euro	Debito in euro	Saldo in euro
E111/TEAM	134.655.607,98	125.696.093,13	8.959.514,85
E112	4.098.490,14	203.347.255,76	- 199.248.765,62
<b>Totale</b>	<b>138.754.098,12</b>	<b>329.043.348,89</b>	<b>- 190.289.250,77</b>

Fonte: Nostra elaborazione dati Ministero della Salute

di alta specializzazione (tabella 3), ovvero quelle ottenute in ipotesi di trasferimento per cure di un cittadino italiano in un altro Paese UE o di un paziente europeo in Italia, la quasi totale assenza di crediti è indice di una scarsissima attrazione dei nostri centri (ospedali, centri specializzati, istituti) nei confronti dei cittadini europei.

Allo stesso tempo, gli elevati debiti ci indicano la tendenza consolidata degli iscritti al nostro SSN a cercare cure migliori in altri Paesi europei, in alcuni casi attratti solo dalla fama del centro estero, in molti altri mossi dalle inefficienze dei nostri ospedali, prima fra tutte le lunghe liste d'attesa. I dati mostrano come la spesa per le cure di alta specializzazione sia fortemente sbilanciata verso l'estero in un rapporto di circa 50 a 1.

Infine, nella tabella 4, viene riportato il bilancio complessivo degli ultimi cinque anni, nel quale si nota meglio quanto finora detto, ovvero un saldo positivo, anche se di importo modesto, per le cure d'emergenza (E111/TEAM), a fronte di un saldo fortemente in negativo per le cure programmate di alta specializzazione.

Per comprendere meglio questa notevole differenza, ci può essere utile un altro dato: quello relativo all'importo medio di ciascuna fattura per ogni singola prestazione sanita-

**Tabella 5 - Importo medio per fattura**

Modulo	Periodo 2000 2005	
	CREDITO in euro	DEBITO in euro
E111	478	447,60
E112	1.373,40	2.434,80
<b>TOTALE</b>	<b>486</b>	<b>699,40</b>

Fonte: Nostra elaborazione dati Ministero della Salute

ria, calcolato sulla base dei cinque anni (tabella 5). Una cura di altissima specializzazione, come ad esempio un ricovero per un trapianto, avrà sicuramente dei costi maggiori dovuti, ad esempio, all'utilizzo di una particolare e sofisticata attrezzatura, alla somministrazione di costosi farmaci o all'inevitabile soggiorno prolungato presso la struttura, e inciderà maggiormente sui conti pubblici, rispetto ad un "cura necessaria" in caso di urgenza, come quella fornita da un pronto soccorso ad un turista in vacanza.

Inoltre, il maggior costo degli E112 a debito rispetto a quelli a credito potrebbe indicare che all'estero le prestazioni erogate sono di una qualità più elevata rispetto a quelle fornite dalle nostre strutture, oppure che le stesse prestazioni costano meno in Italia che altrove, visto che la nostra spesa media è minore.

A questo punto, se prendiamo in considerazione solo i moduli E112, è utile fare un'ana-

**Tabella 6 - Fatture relative a moduli E112 per singolo paese UE Anno 2000-2002**

Paese	DEBITI		CREDITI		Saldo in Euro
	Num. Fatture a debito	Imp. Fatture a debito	Num. fatture a credito	Imp. fatture Euro a credito	
Francia	27.472	91.342.966,24	163	149.409,73	- 91.193.556,51
Belgio	8.358	15.588.785,66	10	17.620,33	- 15.571.165,33
Germania	2.940	18.921.757,63	416	730.126,57	- 18.191.631,06
Austria	1.410	8.397.548,92	24	69.812,79	- 8.327.736,13
Svezia	320	3.082.703,88	2	1.493,18	- 3.081.210,70
Regno Unito	302	2.603.904,96	28	50.509,07	- 2.553.395,89
Paesi bassi	124	319.871,13	9	46.439,83	- 273.431,30
Spagna	26	20.597,17	28	39.772,40	19.174,70
Lussemburgo	11	24.432,26	23	34.341,06	9.908,80
Finlandia	5	23.755,58	0	0	- 23.755,58
Norvegia	3	9.165,90	0	0	- 9.165,90
Liechtenstein	1	2.930,75	0	0	- 2.930,75
Grecia	0	0	42	187.368,04	187.368,04
Danimarca	0	0	3	1.772,47	1.772,47
<b>TOTALE</b>	<b>40.972</b>	<b>140.338.420,08</b>	<b>748</b>	<b>1.328.665,47</b>	<b>- 139.009.754,6</b>

Fonte: Nostra elaborazione dati Ministero della Salute

lisi geografica di questi trasferimenti per cure, ovvero capire quali siano quei Paesi dell'Unione Europea che attirano maggiormente i pazienti italiani, spinti ad andare altrove a causa delle lunghe liste d'attesa presso le nostre strutture o per ottenere dei trattamenti non praticati in Italia.

Nella tabella 6 sono riportate, con i relativi saldi, tutte le fatture E112 emesse e ricevute dall'Italia e distribuite a seconda dei Paesi dell'Unione europea dal 2000 al 2002.

Il dato sicuramente più interessante è quello relativo alla Francia, il cui numero di fatture a debito e soprattutto il saldo ci mostrano come questo sia il Paese che più di ogni altro

attira pazienti italiani, maturando così ingenti crediti nei confronti del nostro SSN. In questa speciale classifica troviamo poi il Belgio e la Germania con saldi molto simili ma ampiamente lontani da quello francese. Tra i pochissimi Paesi nei confronti dei quali l'Italia vanta dei crediti per delle prestazioni sanitarie erogate ai rispettivi cittadini, troviamo la Grecia, seguita da Spagna, Lussemburgo e Danimarca.

Se poi, in base ad un'indagine sulle autorizzazioni rilasciate nel 2002, distinguiamo la tipologia di specializzazione clinica, emerge che la maggior parte dei nostri pazienti, date le lunghe liste d'attesa presso le nostre strutture, è disposta ad "emigrare" per ottenere un trapianto di organo (nella maggior parte dei casi fegato seguito da rene, cuore e polmone) o per essere seguita nei controlli successivi. Anche l'oncologia rappresenta una categoria di peso tra le autorizzazioni rilasciate: sono molti i pazienti italiani che chiedono di ricevere cure presso uno dei tanti centri francesi e belgi all'avanguardia in questo tipo di assistenza, soprattutto i residenti delle Regioni Sardegna e Campania. Quindi seguono, anche se un po' distaccate dalle prime due, l'ortopedia, le cui patologie di maggior peso sono la scoliosi e le applicazioni di protesi, la radioterapia, la neurochirurgia e per ultime le prestazioni in ambito oculistico, che sono, invece, assai poco richieste.

#### **5.4.4 Considerazioni finali**

Nell'ottica europea, la mobilità dei pazienti può avere degli effetti positivi, in quanto creando una sorta di concorrenza tra le strutture sanitarie europee fornisce un incentivo al miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari sia nei Paesi "esportatori" che in quelli "importatori" di pazienti e, dal lato della domanda, appare evidente come una efficiente mobilità possa aprire al paziente/cittadino un mercato più ampio dei servizi assistenziali e quindi una maggiore possibilità di scelta dei servizi e delle strutture.

D'altro canto, la mobilità può anche comportare dei rischi sia per i pazienti che per i sistemi sanitari, soprattutto se il processo non è gestito correttamente e le autorità competenti di entrambi i Paesi non sono sufficientemente coinvolte.

Per quanto riguarda i pazienti, sicuramente viene smentito il principio di equità poiché le persone che vanno all'estero a curarsi di propria iniziativa superano le procedure di priorità interne, mentre i cittadini che non possono affrontare i costi aggiuntivi dei trattamenti all'estero hanno un accesso ridotto alle cure. Per lo stato "importatore" può esserci il rischio che i pazienti esteri abbiano la priorità sui pazienti interni perché pagano tariffe più alte di quelle ufficiali, creando pressioni verso un aumento delle tariffe e delle liste di attesa. Mentre nei Paesi "esportatori", laddove esistono delle politiche di contenimento dei costi basate su restrizioni dell'offerta, la mobilità dei pazienti può rendere inefficaci tali politiche, aggirando i vincoli sull'offerta. Infine, la mobilità può essere molto dispendiosa e favorire un ampliamento del settore sanitario privato.

Per evitare gli aspetti negativi della mobilità, il progetto *Europe for Patients*<sup>5</sup> del 2004 suggerisce alcune proposte che tutti gli Stati membri dovrebbero condividere: sviluppo delle

<sup>5</sup> Il progetto ha l'obiettivo di facilitare, attraverso approcci legali, organizzativi e regolamentativi, un'azione concertata e coordinata dei policy makers nazionali e dell'UE rivolta a massimizzare i benefici che i cittadini/pazienti possono ottenere da un rafforzamento della mobilità sanitaria in Europa.

reti informative per superare l'asimmetria informativa; definizione di un meccanismo che assicuri degli standard di qualità adeguati in tutti i sistemi sanitari dei Paesi UE; accordi specifici tra i Paesi membri in relazione ai trasporti, la lingua e gli accompagnatori dei pazienti; forme di maggiore cooperazione tra i *provider* dei Paesi tra cui ha luogo lo scambio dei pazienti; fissazione di un sistema di prezzi trasparente, che minimizzi gli incentivi perversi e le distorsioni del mercato; definizione da parte delle autorità competenti sia dei criteri di eleggibilità per i pazienti che vanno all'estero per ottenere specifici servizi sanitari, sia della compatibilità di questi ultimi con il pacchetto di benefici garantito dallo Stato che finanzia l'assistenza.

Per quanto riguarda l'Italia, i rilevanti costi diretti imposti dalla mobilità passiva al nostro sistema sanitario (senza dimenticare quelli indiretti sostenuti comunque dai pazienti che "emigrano") impongono sicuramente una gestione più attenta e consapevole del fenomeno.

Le dimensioni del problema sono comunque accentuate dal comportamento dei Centri Regionali di Riferimento, in una sorta di *moral hazard* del produttore, dovuto troppo spes-

**Tabella 7 - Saldi regionali relativi alla mobilità dei pazienti, Anno 2003**

Regione	saldo E111	saldo E112	saldo E111 + E112
Piemonte	- 2.042.939,18	- 2.403.065,85	- 4.446.005,03
Valle d'Aosta	312.276,93	- 145.602,72	166.674,21
Lombardia	- 2.001.997,48	- 3.129.286,16	- 5.131.283,64
P.A. Bolzano	5.909.018,06	- 1.339.378,83	4.569.639,23
P.A. Trento	1.117.373,08	- 310.064,00	807.309,08
Veneto	1.611.491,96	- 965.229,56	646.262,40
Friuli Venezia Giulia	314.933,95	- 585.863,92	- 270.929,97
Liguria	- 547.834,15	- 1.282.066,65	- 1.829.900,80
Emilia Romagna	1.393.241,46	- 1.267.286,31	125.955,15
Toscana	1.208.190,48	- 1.300.359,80	- 92.169,32
Umbria	415.779,90	- 131.470,58	284.309,32
Marche	- 104.629,47	- 557.633,60	- 662.263,07
Lazio	- 1.855.784,38	- 2.870.328,96	- 4.726.113,34
Abruzzo	- 23.393,87	- 797.114,21	- 820.508,08
Molise	115.131,94	- 317.859,27	- 202.727,33
Campania	- 1.241.603,00	- 10.683.493,26	- 11.925.096,26
Puglia	- 1.383.828,45	- 2.687.781,07	- 4.071.609,52
Basilicata	- 139.341,58	- 178.920,19	- 318.261,77
Calabria	- 665.889,26	- 1.459.619,60	- 2.125.508,86
Sicilia	- 2.655.877,00	- 3.742.206,48	- 6.398.083,48
Sardegna	- 240.605,51	- 692.073,26	- 932.678,77
<b>Totale</b>	<b>- 506.285,57</b>	<b>- 36.846.704,28</b>	<b>- 37.352.989,85</b>

Fonte: nostra elaborazione dati Ministero della Salute

so alla mancanza di consapevolezza e di informazione, specie sulle strutture presenti sul territorio nazionale, unito all'assenza di responsabilità, circa i costi di un trasferimento per cure all'estero, che induce ad un uso irrazionale delle già scarse risorse finanziarie a disposizione.

In ogni caso, ciò che colpisce della situazione italiana è la valutazione che i sistemi sanitari regionali fanno della mobilità sanitaria intra-europea che viene considerata, come effettivamente è per alcune Regioni, assolutamente marginale, laddove invece potrebbe rappresentare, per molte di esse, uno strumento attraverso il quale sviluppare una sana competitività tra gli operatori sanitari.

A tale riguardo, solo alcune Regioni, tra cui vanno citate la Campania, l'Abruzzo, le Province Autonome di Trento e Bolzano, l'Emilia Romagna e il Veneto, hanno svolto delle analisi economico-statistiche sulla mobilità sanitaria dei propri cittadini, ma soprattutto il *case study* della Regione Veneto<sup>6</sup> è forse il più significativo sia a livello nazionale che europeo.

Come si può vedere dalla tabella 7, il Veneto è infatti tra le poche Regioni italiane (le altre sono l'Emilia Romagna, il Friuli V.G. e le Province Autonome di Trento e Bolzano) che possono vantare un saldo attivo nella compensazione finanziaria della mobilità sanitaria internazionale, che dipende dalle entrate per servizi forniti a cittadini dell'UE temporaneamente presenti sul territorio, più precisamente a turisti (sia di breve durata, 1/3 settimane, che di lunga durata, oltre i 3 mesi di permanenza). Non a caso però, nella Regione veneta l'assistenza sanitaria agli stranieri è stata organizzata con modalità particolari e adeguate alle specifiche esigenze di questa categoria di pazienti.

In ogni caso, anche se il Piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa, approvato recentemente (3 marzo 2006) dal ministero della Salute, può essere una possibile via per invertire tale tendenza, l'emigrazione sanitaria dall'Italia non sembra essere destinata a fermarsi finché non saranno adottate serie e concrete politiche d'intervento finalizzate alla riqualificazione delle strutture sanitarie esistenti, soprattutto in quelle Regioni, come la Campania e la Sicilia, in cui la mobilità passiva è particolarmente alta.

<sup>6</sup> Vedi Scaramagi S, Zanon D, Ranfini F, Bartinato L., Toniolo F, *Health Care for Tourist in Veneto*, in Rosenmoller M. e altri, *Op. Cit.* 2006.

### **Riferimenti bibliografici**

- Commissione Europea, “Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell’assistenza sanitaria nell’Unione europea”, 20 aprile, COM 2004, 301 definitivo.
- Den Exter A, “Patient mobility in the European union”, Erasmus University, Rotterdam, 2004.
- France G, “L’assistenza sanitaria all’estero: un’analisi economico-giuridica”, Tendenze Nuove, Fondazione Smith Kline, 1999.
- Ministero Della Salute, Direzione generale per i Rapporti con L’Unione Europea e per i Rapporti Internazionali, Ufficio II e VI, “Rendiconti Contabili e principali patologie relative all’assistenza sanitaria nell’Unione europea”, Roma, 2005.
- Parlamento Europeo, “Progetto di relazione sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi delle cure sanitarie nell’Unione europea”, 20 dicembre 2004, 2148 (INI).
- Piscopo P, Muto M, Olivero A, Del Prete U, “La migrazione sanitaria dei pazienti residenti nella Regione Campania”, n. 5, settembre/ottobre 2001.
- Regione Abruzzo, “Rapporto sulla mobilità sanitaria 2001-2004”, Servizio Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e controllo qualità, relazione sanitaria 2004.
- Rosenmöller M, Mckee M, Baeten R, “Patient mobility in the European Union”, World Health Organization, 2006.
- Rossi A, “I ricoveri all’estero dei cittadini bolognesi: entità e cause del fenomeno”, Difesa sociale, n. 79, 2001.

## *Curriculum Vitae Autori*

✓ **BARRELLA ANNARITA**

Laureata in Economia e Commercio presso Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente è Regional Healthcare Affairs Specialist per Pfizer Italia S.r.l.

Collabora come ricercatore con il CEIS Sanità dal 2000.

---

✓ **BETTACCHI ROBERTO**

Laureato in Ingegneria elettronica presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Attualmente è Responsabile mercato sanità presso CONSIP Spa.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **BORGIA PIERLUIGI**

Laureato in economia presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente lavora presso la Montepaschi Assicurazioni Spa.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2003.

---

✓ **BRUZZONE SILVIA**

Laureata in Scienze Statistiche e Demografiche presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Attualmente è membro ufficiale della Task Force Europea sulla mortalità – Task Force su "Causes of death statistics" presso l'ISTAT.

Collabora come ricercatore con il CEIS Sanità dal 2006.

---

✓ **BUCHMUELLER THOMAS C.**

Professore di Economic and Public Policy, Paul Merage School of Business  
University of California, Irvine, USA.

---

✓ **CASATI GIORGIO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Parma.

Attualmente è Partner e Amministratore presso Sanità & Management Consulting Srl.

---

✓ **CONTI SUSANNA**

Laureata in Matematica con lode presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Attualmente è Direttore dell'Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità in qualità di Dirigente di Ricerca.

---

✓ **DE POUVOURVILLE GÉRARD**

Research Director, French National Centre for Scientific Research (CNRS).

---

✓ **DOGLIA MARCO**

Laureato in Scienze Statistiche ed Economiche presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Attualmente lavora presso l'ISTAT in qualità di CTER area statistica.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal settembre 2005.

---

✓ **DONIA SOFIO AMALIA**

Laureata in Scienze politiche presso l'Università degli Studi di Messina.

Attualmente insegna Economia Sanitaria presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata" in qualità di professore associato.

È direttore del Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.

---

✓ **FELDSTEIN PAUL J.**

Professore and Robert Gumbiner Chair in Health Care Management, Graduate School of Management, University of California, Irvine, USA.

---

✓ **FERRARI DOMENICO**

Laureato in Economia Aziendale presso la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana.

Attualmente lavora presso la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana in qualità di Docente e Collaboratore Scientifico e presso l'Università della Svizzera italiana in qualità di Programme Manager dell'Executive Master in Amministrazione Pubblica (EMAP).

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2006.

---

✓ **FIORAVANTI LAURA**

Laureata in Economia delle Istituzioni e dei Mercati Finanziari presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Collabora dal 2001 all'attività di ricerca in Economia e Management Sanitario, presso il CEIS Sanità, Università di Roma "Tor Vergata", Facoltà di Economia.

---

✓ **FRANCIA LAURA**

Laureata in Economia – Corso di laurea Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente collabora con l'Ufficio Qualità dell'Ass. Oasi Maria SS. di Troina (Enna), Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per lo studio del Ritardo Mentale e dell'Involuzione Cerebrale; collabora con il CEIS Sanità presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" nell'ambito della formazione; collabora come ricercatore presso il CEIS Sanità (prima Laboratorio di Ricerca e Formazione in Economia e Management Sanitario) dall'Ottobre del 2000.

---

✓ **FRITTOLI GIACOMO**

Attualmente lavora presso Ce.Ri.S.Ma.S. (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario) dell'Università Cattolica di Milano in qualità di Responsabile di Progetto  
Collabora al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **GABELLINI ANDREA**

Laureato in Economia aziendale presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Facoltà di Economia.

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal Gennaio 2006.

Attualmente lavora presso la Consult S.r.l., società di consulenza aziendale e tributaria.

---

✓ **GIORDANI CRISTINA**

Laureata in Economia – Corso di Laurea in Economia delle Istituzioni e dei Mercati Finanziari presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente lavora presso il Ministero della Salute, Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali in qualità di collaboratore del settore amministrativo, economico-finanziario, dell'organizzazione e della comunicazione.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2000.

---

✓ **GRANZOTTO STEFANO**

Laureato in Ingegneria gestionale presso il Politecnico di Milano.  
Attualmente lavora presso la Fondazione Sospiro in qualità di Direttore Amministrativo.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2006.

---

✓ **GRECO ANGELA**

Laureata in Economia aziendale presso l'Università Bocconi di Milano.  
Attualmente lavora presso l'Ospedale Regionale di Locarno "La Carità" dell'Ente Ospedaliero Cantonale e presso la Clinica Hildebrand, Centro di Riabilitazione, Brissago in qualità di Responsabile Qualità.  
È collaboratrice scientifica associata dell'Istituto di microeconomia ed economia pubblica (MecoP) dell'Università della Svizzera Italiana (USI).  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2005.

---

✓ **MARCHESE EVA**

Laureata in Economia Aziendale presso l'Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano.  
Attualmente lavora presso Sanità & Management Consulting Srl in qualità di Partner.

---

✓ **MARTINS JO M.**

Presidente del Center for Health Policy and Management e Professore al Business Department of Macquarie University and at the School of Public Health, University of Sydney, Australia.

---

✓ **MENEGUZZO MARCO**

Laureato in Economia Aziendale presso l'Università Commerciale di Milano "Luigi Bocconi".  
Attualmente lavora presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di Professore ordinario di economia aziendale.  
Collabora con il CEIS Sanità dal 2000.

---

✓ **MENNINI FRANCESCO SAVERIO**

Laureato in Economia presso la Facoltà di Economia dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Attualmente lavora presso la Facoltà di Economia dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di Ricercatore confermato. È, inoltre, Professore Incaricato di Politica Economica presso la Facoltà di Scienze dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 1999.

---

✓ **MERLINI LUCA**

Laureato in Scienze economiche e sociali presso l'Università di Friburgo, Svizzera. Attualmente lavora presso l'Ospedale Regionale di Locarno "La Carità" dell'Ente Ospedaliero Cantonale in qualità di Direttore. È collaboratore scientifico associato dell'Istituto di microeconomia ed economia pubblica (MecoP) dell'Università della Svizzera Italiana (USI).

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2006.

---

✓ **MINELLI GIADA**

Laureata in Scienze Statistiche Demografiche e Sociali con lode presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Attualmente lavora presso l'Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità in qualità di Ricercatore a tempo determinato

---

✓ **PALAZZO FABIO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Lavora presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche (Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali) in qualità di ricercatore.

Collabora con il CEIS dal 1993.

---

✓ **PLONER ESMERALDA**

Laureata in Economia delle Amministrazioni Pubbliche ed Istituzioni Internazionali presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2003.

---

✓ **POLISTENA BARBARA**

Laureata in Scienze statistiche demografiche e sociali presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2005.

---

✓ **PUIG JUNOY JAUME**

Professore del Department de Economia y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcellona, Spagna.

---

✓ **RATTI MARCO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli studi dell'Aquila. Attualmente lavora presso Pfizer Italia S.r.l. in qualità di Outcome Research Specialist. Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **REBBA VINCENZO**

Laureato in Economia e commercio presso la Facoltà di Economia e commercio dell'Università di Venezia Ca' Foscari. Attualmente lavora presso il Dipartimento di Scienze economiche dell'Università di Padova in qualità di Professore Associato di Scienza delle Finanze (Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Padova) e Professore incaricato di Economia sanitaria (Facoltà di Economia dell'Università di Padova). Collabora con il CEIS Sanità dal 2006.

---

✓ **RICCIARDI ALESSANDRO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Attualmente lavora presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio in qualità di Ricercatore. Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **ROBERTI VINCENZO**

Laureato in Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso l'Università Commerciale Luigi Bocconi di Milano. Attualmente lavora presso Sanità & Management Consulting Srl in qualità di Partner.

---

✓ **ROCCHETTI IRENE**

Laureata in Scienze statistiche per le analisi demografiche e sociali (specializzata in Scienze demografiche per le politiche sociali e sanitarie) presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Collabora come ricercatrice al CEIS Sanità dal 2006.

---

✓ **RUSSO ANGELA**

Laureata in Lingue e letterature straniere presso l'Università IULM.  
Attualmente lavora presso la CONSIP Spa in qualità di esperto di comunicazione e marketing.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2004.

---

✓ **RUTTEN FRANS F.H.**

Chairman of the department of Health Policy and Management, Professore di Health economics, IMTA Institute for Medical Technology Assessment bv, Erasmus University, Rotterdam, Holland.

---

✓ **SCHWEIGER ARTURO**

Direttore master in Economia e Gestione della Sanità, Istituto Universitario ISALUD Buenos Aires – Argentina.

---

✓ **SPANDONARO FEDERICO**

Laureato in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".  
Attualmente è supplente dell'insegnamento di Matematica per le applicazioni economiche presso l'Università di Roma "Tor Vergata" e di quello di Economia e Programmazione Sanitaria presso la facoltà di Scienze Statistiche dell'Università di Roma "La Sapienza".  
Coordina le attività dell'area Sanità del CEIS.

---

✓ **TANESE ANGELO**

Laureato in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi di Milano e Master presso l'Institut d'Etudes politiques di Parigi.  
Direttore amministrativo della ASL Roma E, docente di Organizzazione aziendale e di gestione del cambiamento organizzativo presso la facoltà di Scienze Sociali di Chieti-Pescara.  
Collabora come ricercatore al CEIS Sanità dal 2001.

---

✓ **VICHI MARIA CRISTINA**

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università Statale di Milano.  
Attualmente lavora presso Sanità & Management Consulting Srl in qualità di Partner.

---