



VIII Rapporto *1 - Sanità - CEIS*

*Opzioni di Welfare
e integrazione delle politiche*



Università degli Studi
di Roma "Tor Vergata"

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

Finito di stampare nel mese di giugno 2012 da Arti Grafiche Srl

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



VIII Rapporto
Sanità-CEIS

La VIII Edizione del Rapporto Sanità del CEIS –Fondazione Economia Tor Vergata, Università di Roma Tor Vergata, è il risultato di una partnership con aziende sensibili alla crescita delle competenze nell’ambito del sistema sanitario.

La pubblicazione e diffusione del volume presso gli operatori ed esperti sanitari, nonché l’accesso al sito dedicato al Rapporto Sanità, è resa possibile dal supporto finanziario e dall’impegno di:

- Biogen Idec
- Boehringer Ingelheim Italia
- Fondazione MSD
- GlaxoSmithKline Italia
- Janssen
- Johnson&Johnson Medical
- Eli Lilly
- Pfizer

I partner dell’iniziativa condividono con il CEIS Fondazione Economia Tor Vergata la necessità di fornire agli operatori del settore e ai politici, elementi scientifici a supporto delle decisioni.

Ma il Rapporto vuole anche fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario, e da questo punto di vista è indirizzato anche ai cittadini e alle loro associazioni, al mondo industriale e, in generale, a tutti gli stakeholder del sistema sanitario.

Il rapporto raccoglie il lavoro svolto dai ricercatori del CEIS, Facoltà di Economia dell’Università di Roma Tor Vergata, che lo hanno ideato, progettato e realizzato in italiano e in inglese.



The background of the top half of the page features a series of paper cutouts of human figures in various poses, arranged in a circular pattern. The cutouts are layered, with some appearing in front of others, creating a sense of depth. The entire scene is set against a light, warm-toned background that transitions into a solid red color at the bottom.

VIII Rapporto

Sanità - CEIS

Nota dell'editor

Nota dell'editor

Il Rapporto Sanità del CEIS, giunto alla sua VIII edizione, è una iniziativa nata nel 2003 con il duplice scopo di diffondere le attività dei ricercatori dell'Università di Roma Tor Vergata nel campo dell'economia, politica e management sanitario e, allo stesso tempo, di fornire elementi a supporto delle politiche sanitarie, nella convinzione che governare un sistema complesso come quello sanitario richieda analisi e approfondimenti continui, scientificamente rigorosi e indipendenti.

La crescente attenzione degli stakeholder del sistema sanitario per il Rapporto, ma anche della comunità scientifica (il Rapporto è pubblicato anche in versione inglese, per favorirne la diffusione all'estero) e la sua affermazione nell'ambito delle analisi deputate a interpretare l'evoluzione del sistema sanitario italiano, confortano sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'impostazione del Rapporto è improntata ad un approccio quantitativo, in ossequio tanto alla vocazione prevalente dei ricercatori che lo sviluppano, quanto al desiderio che pur la vision che ne emerge sia fondata su un rigoroso approccio statistico: il Rapporto ha sempre cercato, prima di tutto, di "far parlare i dati".

Negli anni, gli utilizzatori del Rapporto si sono moltiplicati, e le loro sollecitazioni sono risultate concordi nel ritenere utile poter disporre, con maggiore frequenza e tempestivo aggiornamento, delle informazioni statistiche, come anche delle analisi delle politiche sanitarie in corso.

Questo mi ha convinto che non fosse più sufficiente il volume. Per migliorare la fruibilità delle analisi, come anche la loro tempestività, con la VIII edizione il progetto Rapporto Sanità si è ulteriormente evoluto, arricchendosi di nuovi strumenti.

In particolare la copiosa informazione statistica è stata estrapolata dal volume cartaceo e raccolta in una banca dati consultabile on line attraverso un sito web dedicato; le informazioni sono state organizzate per macroaree e rese consultabili attraverso un indice tematico. Ogni singolo dato analizzato, opportunamente elaborato, è stato reso fruibile in tavole mono tematiche, contenenti le informazioni sia in forma tabellare, sia grafica: ogni tavola è stata ulteriormente corredata di un testo esplicativo utile a permettere una corretta interpretazione delle informazioni. In tal modo si rende possibile un continuo aggiornamento della banca dati, garantendo una informazione sempre tempestiva. Per l'utente diviene anche possibile scaricare sul proprio PC le tavole, utilizzabili poi direttamente a supporto delle proprie analisi.

Le aree di analisi del volume si arricchiscono rispetto alla ultima edizione: al quadro di riferimento socio economico si affianca un'area dedicata al contesto epidemiologico. Le aree dedicate ai regimi di assistenza (ospedaliera, residenziale, territoriale/ambulatoriale, specialistica, farmaceutica), si completano a loro volta con un "capitolo" dedicato alle prestazioni di assistenza sociale, contenente altresì un inquadramento generale del sistema di welfare, di cui la Sanità fa parte.

Si confermano le aree dedicate all'analisi della spesa e del finanziamento, come anche quella dedicata alle misure di equità ed efficienza del sistema.

Il Rapporto Sanità analizza, infine, l'impatto e il contributo del settore sanitario all'economia nazionale, in particolare esaminando l'andamento dell'industria farmaceutica e di quella dei dispositivi medici.

In definitiva, il progetto si è articolato cercando di venire ulteriormente incontro alle esigenze degli stakeholder, supportandone le decisioni in tema di governo del sistema sanitario, come anche agli interessi generali di approfondimento sul sistema socio sanitario italiano.

Federico Spandonaro

Indice

Prefazione

di Renato Lauro 25

Presentazione

di Luigi Paganetto e P. Lucio Scandizzo 29

Introduzione (Executive Summary)

di Federico Spandonaro 33

Capitolo 1 - Il quadro di riferimento demografico e socio-economico: alcuni spunti sull'impatto delle variabili di contesto sulle politiche sanitarie

di Alato C.

1.1 Obiettivo 55

1.2 Il capitale umano 55

1.3 Capitale sociale 57

1.4 La deprivazione "acquisita" 58

1.5 Indicatori sintetici 60

1.6 Fattori di contesto e impatto sul sistema sanitario 61

1.7 Conclusioni 62

Appendice 1.1 63

Appendice 1.2 64

Capitolo 2 - Contesto epidemiologico: misurare le interrelazioni tra le dinamiche demografiche ed il quadro socio-economico per programmare l'assistenza futura

di Giannarelli D., Mancusi R.L.

2.1 Introduzione 69

2.2 Il contesto attuale 69

2.3 L'evoluzione storica 70

2.4 Riflessioni su un caso emblematico 73

2.5 Conclusioni 79

Riferimenti bibliografici 80

Appendice 80

Capitolo 3 - Il finanziamento della sanità: comparazioni internazionali, investimenti in conto capitale ed effetti della crisi finanziaria

di Giordani C.

3.1 Confronti internazionali: il finanziamento corrente	83
3.2 Confronti internazionali: il finanziamento in conto capitale	87
3.3 Il finanziamento del SSN e il risultato economico di esercizio	92
3.4 Conclusioni	102
Riferimenti bibliografici	104
Appendice	104

Capitolo 4 - La spesa sanitaria: comparazioni internazionali, previsioni ed efficienza

di Polistena B.

4.1 La spesa sanitaria	109
4.2 Politiche di contenimento della spesa sanitaria ed equità	115
4.3 Politiche di contenimento della spesa sanitaria e soddisfazione dei cittadini	118
4.4 Le previsioni della spesa sanitaria	119
4.5 Conclusioni	123
Riferimenti bibliografici	123
Appendice	124

Capitolo 5a - Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria

di d'Angela D.

5a.1 Introduzione	131
5a.2 Povertà, impoverimento e catastroficità	132
5a.3 L'impatto regionale	139
5a.4 Previsione d'impoverimento delle famiglie	142
5a.5 Conclusioni	143
Appendice	144

*Capitolo 5b - Indicatori di performance:
un indice unico di performance dei SSR*

di d'Angela D., Spandonaro F.

5b.1 Introduzione	147
5b.2 La valutazione della performance: lineamenti generali	148
5b.3 L'approccio basato sulla utilità prodotta	149
5b.4 Una simulazione della valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali	152
5b.5 Discussione	154

*Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: standard
di programmazione e domanda effettiva di ricovero*

di Sciattella P.

6.1 Introduzione	157
6.2 L'offerta in relazione alla domanda effettiva	158
6.3 L'evoluzione dei tassi di ospedalizzazione	160
6.4 Tasso di utilizzo	162
6.5 Conclusioni	168
Appendice	168

*Capitolo 7 - Assistenza primaria: incentivi alla presa in carico
e alla qualità dell'assistenza nella medicina di base*

di Lista V.

7.1 Introduzione	173
7.2 Il ruolo della medicina di famiglia: presa in carico e gatekeeping	174
7.3 Il modello di remunerazione della medicina generale	177
7.4 Conclusioni	182
Riferimenti bibliografici	183
Appendice	184

Capitolo 8 - L'assistenza specialistica: politiche regolatorie e carenze di informazione

di Ploner E.

8.1 Tendenze del settore	189
8.2 Il Nomenclatore delle prestazioni	192
8.3 Le politiche tariffarie	196
8.4 Le misure di compartecipazione	198
8.5 Conclusioni	200
Appendice	201

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica

di Bernardini A. C.

9.1 Premessa	205
9.2 I prezzi dei medicinali	205
9.3 Spesa farmaceutica pro-capite	208
9.4 Conclusioni	210
Riferimenti bibliografici	211
Appendice	211

Capitolo 10 - Assistenza per la non autosufficienza: finanziamento, definizione dei requisiti e dei LIVEAS

di Battaglia G.

10.1 Introduzione	217
10.2 Il finanziamento	220
10.3 La definizione dei requisiti di non autosufficienza	227
10.4 Conclusioni	230
Riferimenti bibliografici	231
Appendice	231

Capitolo 11 a - Industria farmaceutica

di Bernardini A. C.

11a.1 Introduzione	235
11a.2 Produzione	235
11a.3 Aziende ed occupati	237
11a.4 Innovazione	241
11a.5 Sperimentazioni cliniche in Italia	242
11a.6 L'industria dei farmaci generici	245
11a.7 Conclusioni	247
Riferimenti bibliografici	248
Appendice	248

Capitolo 11 b - L'impatto sul sistema economico. L'industria dei dispositivi medici: produzione, innovazione e spesa

di d'Angela D.

11b.1 I dispositivi medici	253
11b.2 La produzione	253
11b.3 L'innovazione	257
11b.4 La spesa in DM dei sistemi sanitari	259
11b.5 La disponibilità di grandi apparecchiature	261
11b.6 Conclusioni	263
Appendice	265

Rapporto Sanità Basilicata

Prefazione	269
Premessa	270
Executive summary	272

<i>Curriculum vitae</i>	285
-------------------------	-----

Indice grafici e figure

Capitolo 1 - Il quadro di riferimento demografico e socio-economico: alcuni spunti sull'impatto delle variabili di contesto sulle politiche sanitarie

- Tabella 1.1 Varianza totale spiegata	56
- Tabella 1.2 Matrice fattoriale ruotata	56
- Tabella 1.3 Varianza totale spiegata	57
- Tabella 1.4 Matrice fattoriale ruotata	58
- Tabella 1.5 Varianza totale spiegata	59
- Tabella 1.6 Matrice fattoriale ruotata	60
- Tabella 1.7 Indicatori pesati	60
- Figura 1.1 Indicatori sintetici	61
- Tabella 1.8 Risultati	62

Capitolo 2 - Contesto epidemiologico: misurare le interrelazioni tra le dinamiche demografiche ed il quadro socio-economico per programmare l'assistenza futura

- Figura 2.1 Età mediana alla morte per sesso – Italia 1900-2007	71
- Figura 2.2 Cambiamenti nel contributo alla mortalità totale per gruppi di cause. Italia 1887-2007	72
- Tabella 2.1 Ictus stima di prevalenza ed incidenza. Italia 2009	74
- Figura 2.3 Ictus ospedalizzazione Regione Veneto. 2004-2009	75
- Figura 2.4 Ospedalizzazione per ictus vs stime di incidenza Spread. Anni 2004-2009	76
- Tabella 2.2 Ictus tassi di incidenza	77
- Tabella 2.3 Tassi di ospedalizzazione osservati e standardizzati diretti per 100.000 abitanti ultra-cinquantacinquenni. Popolazione standard: popolazione residente al 2004	78
- Figura 2.5 Ospedalizzazione per ictus distribuzione per età. 2004 vs 2009	79

Capitolo 3 - Il finanziamento della sanità: comparazioni internazionali, investimenti in conto capitale ed effetti della crisi finanziaria

- Figura 3.1 Spesa sanitaria per fonte di finanziamento, Paesi OECD. Valori %, anno 2009	84
---	----

- Tabella 3.1 Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria, Paesi OECD. Valori %, anni 1990-2010	85
- Tabella 3.2 Quota di spesa OOP e per assicurazioni private sulla spesa sanitaria totale, Paesi OECD. Valori %, anni 2009-2010	86
- Figura 3.2 Composizione del finanziamento privato della spesa sanitaria, Paesi OECD. Valori %, anno 2009	87
- Figura 3.3 Quota di finanziamento corrente e in conto capitale della spesa sanitaria, Paesi OECD. Valori %, anno 2009	88
- Figura 3.4 Spesa sanitaria corrente per fonte di finanziamento, Paesi OECD. Valori %, anno 2009	89
- Figura 3.5 Spesa sanitaria in conto capitale per fonte di finanziamento, Paesi OECD. Valori %, anno 2009	89
- Figura 3.6 Spesa sanitaria in conto capitale in percentuale del PIL, Paesi OECD. Valori %, anni 1990-2009	90
- Tabella 3.3 Spesa in conto capitale pro-capite cumulata, Paesi OECD. Valori in \$ PPA, quinquenni 1995-1999, 2000-2004, 2005-2009	91
- Figura 3.7 Finanziamento pro-capite del SSN. Valori in €, anni 2006-2010	92
- Figura 3.8 Variazioni nominali e reali del finanziamento pro-capite del SSN. Valori %, anni 2006-2010	93
- Figura 3.9 Finanziamento su PIL per ripartizione geografica. Valori %, anni 2006-2010	94
- Figura 3.10 Variazioni reali del finanziamento pro-capite per ripartizione geografica. Valori %, anni 2006-2010	95
- Figura 3.11 Fonti di finanziamento del SSN. Valori %, anno 2010	96
- Figura 3.12 Risultato economico di esercizio SSN in percentuale del PIL, con e senza gestione straordinaria. Valori %, anni 2006-2010	97
- Tabella 3.4 Risultati di esercizio regionali pro-capite cumulati (gestione ordinaria). Valori in €, anni 2001-2010 per quinquenni	98
- Tabella 3.5 Riepilogo risultato di esercizio 2010 (gestione ordinaria)	100
- Figura 3.13 Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2005-2010	101
- Figura 3.14 Curva di Lorenz: concentrazione del disavanzo nelle 14 Regioni con risultato di esercizio negativo nel 2010	102

Capitolo 4 - La spesa sanitaria: comparazioni internazionali, previsioni ed efficienza

- Figura 4.1 Spesa sanitaria pubblica pro-capite (\$ PPP). Anni 1990-2010	109
- Figura 4.2 Spesa sanitaria totale pro-capite (\$ PPP). Anni 1990-2010	110
- Figura 4.3 PIL pro-capite (\$ PPP). Anni 1990-2010	110
- Figura 4.4 Evoluzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL. Italia 2001-2010	111
- Figura 4.5 Andamento della spesa sanitaria pubblica, privata e totale pro-capite. Valori in € Anni 2001-2010	112

- Tabella 4.1 Andamento spesa sanitaria diretta e convenzionata. Valori %, anni 2001-2009	112
- Figura 4.6 Rapporto spesa sanitaria privata spesa pubblica. Valori %, anni 2001-2009	113
- Figura 4.7 Incidenza della spesa sanitaria sulla spesa per protezione sociale. Valori %, anni 2005-2010	113
- Figura 4.8 Andamento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nelle Regioni soggette a Piano di rientro. Valori in €, anni 2001-2010	114
- Figura 4.9 Andamento della spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni soggette a Piano di rientro. Valori in €, anni 2001-2009	115
- Tabella 4.2 Relazione fra impoverimento e spesa sanitaria pubblica. Anno 2009	116
- Tabella 4.3 Relazione fra catastroficità e spesa sanitaria pubblica. Anno 2009	117
- Tabella 4.4 Relazione fra soddisfazione dei cittadini e spesa sanitaria pubblica. Anno 2007	119
- Tabella 4.5 Modello Panel	121
- Tabella 4.6 Previsione della spesa sanitaria totale	121
- Tabella 4.7 Previsione della spesa sanitaria pubblica e privata	122
- Tabella 4.8 Previsione della spesa sanitaria pubblica e privata post manovra finanziaria	122

Capitolo 5a - Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria

- Figura 5a.1 Composizione dei consumi delle famiglie. Anno 2008, valori %	133
- Figura 5a.2 Composizione dei consumi sanitari per quintile di consumo. Anno 2008, valore %	134
- Figura 5a.3 Spesa media annua e OOP delle famiglie per quintile di consumo. Anni 2008-2009, valori in €	135
- Figura 5a.4 Quota di spese sanitarie OOP sul totale per quintile di consumo. Anni 2008-2009, valori %	136
- Figura 5a.5 Variazione della spesa media mensile e OOP delle famiglie. Anni 2008-2009, valori %	136
- Figura 5a.6 Spesa sanitaria OOP effettiva annua delle famiglie povere. Anni 2008-2009, valori in €	137
- Figura 5a.7 Spesa sanitaria OOP effettiva annua delle famiglie impoverite. Anni 2008-2009, valori in €	138

- Figura 5a.8 Spesa sanitaria OOP effettiva annua delle famiglie soggette a spese catastrofiche. Anni 2008-2009, valori in €	139
- Figura 5a.9 Distribuzione delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche per quintile di consumo. Anni 2008-2009, valori %	140
- Figura 5a.10 Incidenza delle famiglie impoverite. Anni 2008-2009, valori in %	141
- Figura 5a.11 Famiglie soggette a spese catastrofiche. Anni 2008-2009, valori %	141

Capitolo 5b- Indicatori di performance: un indice unico di performance dei SSR

- Figura 5b.1 Paradigma delle analisi decisionali	150
- Figura 5b.2 Diagramma di flusso metodologia per la definizione di un indice di performance dei sistemi sanitari	151
- Tabella 5b.1 Indicatori e dimensioni di appartenenza	152
- Figura 5b.3 Valore di performance dei SSR al variare delle prospettive	153

Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: standard di programmazione e domanda effettiva di ricovero

- Figura 6.1 Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati. Tassi per 1.000 abitanti, anni 2000, 2005, 2009	158
- Figura 6.2 Saldo mobilità regionale per ricoveri in acuzie. Numero di ricoveri, anno 2008	159
- Figura 6.3 Posti letto utilizzati al netto della mobilità ospedaliera. Tassi per 1.000 abitanti, anno 2009	160
- Figura 6.4 Tassi di ospedalizzazione. Tassi per 1.000 abitanti, anni 2004, 2006, 2009	161
- Figura 6.5 Tassi di ospedalizzazione per acuti per tipologia di DRG. Tassi per 1.000 abitanti, anni 2004 e 2009	162
- Tabella 6.1 Tasso di utilizzo per acuti ordinari in strutture pubbliche e accreditate. Valori %, anno 2008	163
- Tabella 6.2 Tasso di utilizzo per acuti in regime ordinario al netto della mobilità. Valori %, anno 2008	164
- Tabella 6.3 Tasso di utilizzo per acuti in regime ordinario (ricoveri dei residenti). Valori %, anno 2008	165
- Figura 6.6 Simulazione dei tassi di utilizzo. Valori %, anno 2008	166
- Tabella 6.4 Simulazione del tasso di utilizzo per acuti in regime ordinario. Ipotesi di tasso di ospedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti. Valori %, anno 2008	167

Capitolo 7 - Assistenza primaria: incentivi alla presa in carico e alla qualità dell'assistenza nella medicina di base

- Tabella 7.1 Popolazione di 6 anni e più per condizione di salute, presenza di alcune malattie croniche per classe di età. Anno 2010	173
- Tabella 7.2 Visite mediche generiche effettuate. Tassi per 1.000 residenti over 14 (pop. Pesata). Anno 2005	175
- Figura 7.1 Visite mediche generiche vs ricorsi al pronto soccorso. Tassi per 1.000 residenti over 14 (pop. pesata). Anno 2005	176
- Figura 7.2 Visite mediche generiche vs numero di ricette. Tassi per 1.000 abitanti (pop. pesata). Anno 2005	177
- Tabella 7.3 Remunerazione del MMG. Quota fissa + quota variabile	178
- Figura 7.3 Distribuzione per sesso e fasce di età del numero medio di contatti per paziente. Anno 2009	180
- Figura 7.4 Composizione del numero medio di contatti per paziente per fasce di età e sesso. Valori %, anno 2009	181
- Figura 7.5 Distribuzione delle prime dieci patologie che hanno causato il maggior numero di contatti. Valori %, anni 2005 e 2009	182

Capitolo 8 - L'assistenza specialistica: politiche regolatorie e carenze di informazione

- Tabella 8.1 Ambulatori e laboratori. Valori assoluti e %, anno 2009	190
- Figura 8.1 Prestazioni medie per struttura e per tipo di attività. Valori assoluti, anno 2009	191
- Figura 8.2 Prestazioni pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti, anno 2009	191
- Tabella 8.2 Numero prestazioni dei nomenclatori nazionali (ex DM 1996) e regionali. Valori assoluti, anno 2009	193
- Tabella 8.3 Esempi di codici diversi per medesime prestazioni. Anno 2009	194
- Tabella 8.4 Esempi di codici uguali per prestazioni diverse. Anno 2009	195
- Tabella 8.5 Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa massima e minima. Valori assoluti, anno 2009	197
- Tabella 8.6 Ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Valori in €, in vigore al 12.2011	199

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica

- Figura 9.1 Inflazione, prezzi dei medicinali e dei beni e servizi regolamentati. Italia (indice 2001=100)	205
- Figura 9.2 Inflazione e variazione dei prezzi dei medicinali in Italia e in UE5. Variazioni %, 2010-2011	206

- Figura 9.3 Confronti dei prezzi tra Stati UE e USA 150 principali prodotti farmaceutici UK. Numeri indice (UK 2008=100)	207
- Figura 9.4 Confronto variazioni delle principali voci di spesa sanitaria. Numeri indice (2000=100)	208
- Figura 9.5 Spesa farmaceutica pro-capite. Italia – Paesi OECD (US\$)	209
- Figura 9.6 Spesa farmaceutica pro-capite pesata. Italia – Paesi OECD (US\$)	210

Capitolo 10 - Assistenza per la non autosufficienza: finanziamento, definizione dei requisiti e dei LIVEAS

- Figura 10.1 Prestazioni di protezione sociale nei Paesi EU. Valori in % del PIL, anno 2009	218
- Figura 10.2 Prestazioni di protezione sociale nei Paesi EU. Valori pro-capite, anno 2009	219
- Figura 10.3 Complesso delle indennità di accompagnamento. Anni 2008-2011	222
- Figura 10.4 Fondo per la Non autosufficienza. Valori pro-capite, anni 2007-2011	223

Capitolo 11a - Industria farmaceutica

- Figura 11a.1 Quote del mercato farmaceutico mondiale. 2010	236
- Figura 11a.2 Bilancia commerciale del settore farmaceutico italiano. Milioni di euro	237
- Tabella 11a.1 Aziende ed occupati nel settore farmaceutico. EU15	238
- Figura 11a.3 Variazione % occupati farmaceutica Italia, Europa. 2009-2010	239
- Figura 11a.4 Occupati nel settore farmaceutico. Italia (1998-2010)	240
- Figura 11a.5 Occupati nel settore farmaceutico. Italia, Europa (1998-2010)	241
- Figura 11a.6 Distribuzione degli investimenti in R&S. Valori %	242
- Figura 11a.7 Nuove molecole lanciate sul mercato mondiale (1991-2010)	243
- Figura 11a.8 Sperimentazioni cliniche per area terapeutica. Valore % (2006-2010)	243
- Figura 11a.9 Ricerca biotech. Numero di prodotti per area terapeutica e fase	244
- Figura 11a.10 Incidenza degli studi clinici su principi attivi di natura biologica/biotecnologica	245
- Figura 11a.11 Quote generici nel mercato farmaceutico europeo. 2009, prezzi ex-factory	246

Capitolo 11b - L'impatto sul sistema economico. L'industria dei dispositivi medici: produzione, innovazione e spesa

- Figura 11b.1 Produzione per occupato. Valori in €, anno 2007	255
- Figura 11b.2 Numero di occupati per azienda. Valori assoluti, anno 2007	255
- Figura 11b.3 Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale. Valori in mil. di €, anno 2007	256
- Figura 11b.4 Numero di brevetti di dispositivi medici in rapporto alla popolazione. Valori per 1.000.000 ab., anni 2005-2007	257
- Figura 11b.5 Numero di brevetti di DM in rapporto alle aziende. Valori assoluti, anno 2007	258
- Figura 11b.6 Produzione, spesa e saldo bilancia commerciale. Valori in mil. di €, anno 2009	260
- Figura 11b.7 Numero di tecnologie nel mondo. Valori per 1.000.000 di ab., anni 2005-2010	262
- Figura 11b.8 Numero di tecnologie di diagnostica per immagini. Valori per 1.000.000 di ab., anno 2008	263

Rapporto Sanità Basilicata

- Tabella 1 Gruppo di lavoro	271
- Figura 1 La clessidra piramidale dell'anzianità di servizio	282



VIII Rapporto
Sanità - CEIS

Prefazione

Prefazione

Renato Lauro - Magnifico Rettore Università degli studi di Roma Tor Vergata

La crisi economica in corso sta mettendo a dura prova la sostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale; malgrado questo il SSN rimane una conquista fondamentale in termini di civiltà e coesione sociale, ed un riferimento insostituibile per la popolazione, specie quella più fragile e, proprio per questo, più colpita dalla congiuntura sfavorevole.

Malgrado si possa registrare una larga condivisione dei valori universalistici a fondamento del Servizio Sanitario Nazionale, è indubbio che i costi crescenti dell'assistenza, per quanto in larga parte legati alle sempre più ampie e valide opportunità terapeutiche, trovano sempre maggiore difficoltà ad essere sostenuti dal bilancio pubblico.

Nei momenti difficili è necessario emerga la capacità di prendere decisioni sagge, adottando una ottica che non si limiti a garantire la mera sopravvivenza del Sistema, quanto sappia innescare una nuova evoluzione: un ammodernamento nella continuità dei valori di fondo che lo hanno sin qui contraddistinto. Uno sviluppo adeguato ai tempi e ai nuovi assetti sociali, che deve prima essere immaginato e condiviso, quindi tradotto in scelte organizzative efficaci ed efficienti, basate sull'evidenza scientifica in tutti i campi: dalla clinica al management delle aziende sanitarie, all'empowerment del paziente.

L'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" rappresenta un consolidato osservatorio sull'evoluzione della Sanità, e grazie alle competenze di eccellenza in tutte le più importanti aree di ricerca sanitaria, anche una think tank capace di integrare le diverse dimensioni e fenomenologie che afferiscono alla complessità dei sistemi sanitari.

Il Rapporto Sanità edito dal CEIS dell'Università di Roma "Tor Vergata", e dalla Fondazione Economia Tor Vergata, arricchito quest'anno da una Banca Dati on-line, che rappresenta un ulteriore utilissimo supporto per chiunque si occupi di Sanità, è un esempio delle potenzialità dell'Ateneo nella ricerca applicata in Sanità.

È, quindi, con piacere che presentiamo l'VIII edizione del Rapporto, rinnovando l'auspicio che il lavoro di ricerca ivi contenuto possa essere un punto di riferimento e di supporto per le decisioni politiche in campo sanitario; decisioni che auspichiamo informate, moderne e sempre in linea con l'esigenza di eticità ed equità che la Salute impone.



VIII Rapporto
Sanità - CEIS

Presentazione

Presentazione

Luigi Paganetto - Presidente Fondazione CEIS-Economia Tor Vergata

Pasquale Lucio Scandizzo - Direttore CEIS – Università Tor Vergata

Siamo lieti di presentare l'VIII Rapporto Sanità CEIS-Fondazione Economia "Tor Vergata" intitolato: "Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche".

Il Rapporto nasce, come ogni anno, dal lavoro sviluppato dal CEIS nel campo dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, del management delle Aziende Sanitarie Pubbliche e Private, dalla ricerca che alimenta anche una intensa attività di formazione post laurea e di assistenza tecnico-scientifica a Istituzioni ed Enti Pubblici e Privati.

Il Rapporto non ha l'ambizione di riassumere la situazione della Sanità in Italia. Esso si propone, invece, il compito di gettare luce su alcuni aspetti critici che riguardano la condizione nel nostro Paese considerando, in particolare, sia gli aspetti strutturali, sia le conseguenze della grave crisi economica che lo interessa. Esso quindi analizza lo stato del sistema sanitario italiano, esaminandone le basi concettuali e le difficoltà a cui va incontro in una fase di transizione demografica ed economica di particolare complessità e rilievo.

Come per gli anni precedenti, il Rapporto si pone l'obiettivo di fornire un supporto scientifico alle scelte di politica sanitaria effettuate dalle istituzioni pubbliche e private, in un quadro di mantenimento di un adeguato livello di solidarietà all'interno del sistema di tutela pubblica. Com'è stato più volte osservato, la Sanità in Italia non appare più dispendiosa degli altri Paesi, né in termini assoluti, né in termini relativi. I suoi risultati, sia per la salute dei cittadini, sia per l'efficacia e l'efficienza della spesa, sembrano inoltre interessati da una apprezzabile tendenza al miglioramento. Il tema che rimane aperto è quello della diversa performance e diversi risultati che si accompagnano sul territorio alla spesa sanitaria. La crisi economica, tuttavia, e le differenze di efficienza delle istituzioni sono tali da determinare legittime preoccupazioni sul fronte della finanza pubblica come su quello, non meno importante, della solidarietà e della inclusione sociale.

La natura di bene pubblico puro dei servizi sanitari è paradossalmente complicata dallo stesso successo del modello di Welfare State, sin qui seguito dai governi dei Paesi avanzati e anche dall'Italia. L'incremento dell'aspettativa di vita delle popolazioni, che è in gran parte il risultato dell'accresciuta efficacia delle cure mediche e della prevenzione, si accompagna a una crescita progressiva del peso demografico degli anziani e delle malattie croniche.

La questione dell'aumento dell'investimento sulla prevenzione è di grande qualità. Il passaggio da una attenzione prevalentemente dedicata alla cura ad una che si occupa di più della prevenzione è un passaggio da fare.

Dal punto di vista dell'offerta, questa evoluzione implica un cambiamento radicale dell'assistenza sanitaria tradizionale, che si trova a dover affrontare il problema di pazienti

che richiedono attenzione continua, pur rimanendo per lo più fuori dalle strutture ospedaliere. Questa doppia condizione di continuità nel bisogno di cure e della impossibilità di riceverle nelle strutture ospedaliere, pone quindi per gli anziani un problema di accesso ai servizi stessi e di sostenibilità finanziaria.

In questo quadro di crescente problematicità, le analisi condotte documentano come la Sanità italiana sia alla ricerca, attraverso innovazioni istituzionali e organizzative, di un rinnovato equilibrio tra Stato e Mercato. Come bene pubblico, infatti, la Sanità richiede un'articolazione territoriale di equilibrio e un equilibrato rapporto tra la considerazione dei servizi sanitari come servizi di pubblica utilità e tutti quegli elementi di mercato utili a consentire trasparenza ed efficienza nell'impiego delle risorse per la loro produzione ed il controllo della quantità e qualità del loro consumo.

The background of the top half of the page features a series of paper cutouts of human figures in various poses, some holding hands, set against a light, warm-toned background. The entire page has a red-to-white gradient overlay.

VIII Rapporto

Sanità - CEIS

Executive Summary

Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche

Federico Spandonaro¹

Il contesto economico-finanziario

La crisi economica che si è palesata nel 2011, e da cui certamente nel momento in cui scriviamo l'Italia non può ancora dirsi uscita ha, apparentemente, toccato la Sanità meno che altri settori.

Ma si tratta sostanzialmente di una mera apparenza: sulla Sanità il Governo Berlusconi era già intervenuto nell'estate, con il DL n. 98/2011. La manovra ivi contenuta è, infatti, significativa: essendo stata prevista una crescita del PIL intorno al 3%, e un adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ferma a meno della metà (0,5%, e poi 1,4% per gli anni 2013 e 2014), il Governo in pratica con quel Decreto programmò un arretramento dell'intervento pubblico in Sanità di quasi mezzo punto percentuale di PIL.

Molto probabilmente la quota di spesa pubblica ex post non si modificherà significativamente, anzi si attesterà al 7,3-7,5% del PIL secondo le nostre stime, rispetto al 7,1% attuale, ma questo solo perché la crisi si è poi dimostrata molto più grave del previsto e quindi sarà il PIL (a denominatore) a non raggiungere i valori previsti.

Previsione della spesa sanitaria pubblica e privata post manovra finanziaria

	2011	2012	2013	2014
Spesa sanitaria pub. Trend (mld.)	114,2-115,7	115,7-118,3	114,7-118,4	113,2-118,2
Tasso di variazione (%)	1,3%-2,6%	1,3-2,2%	-0,9%-0,1%	-0,2% - -1,2%
Quota su PIL (%)	7,2%-7,3%	7,3%-7,5%	7,1%-7,4%	6,9%-7,2%
Spesa sanitaria priv. Trend (mld.)	25,0-26,5	22,7- 25,3	22,2- 25,9	24,7- 29,6
Tasso di variazione (%)	-4,2%-1,6%	- 9,2%- -4,4%	-2,3%- 2,3%	11,2%-14,3%
Quota su PIL (%)	1,6%-1,7%	1,4%-1,6%	1,4%-1,6%	1,5%-1,8%

Aggiungiamo a conferma che il finanziamento del SSN è cresciuto in termini nominali nell'ultimo quinquennio, ma con tassi via via inferiori; e depurando il dato dalla variazione dei prezzi, si registra addirittura un decremento in termini reali nel 2008 (-0,9%) e nel 2010 (-0,6%).

¹Università di Roma Tor Vergata

Non considerando, poi, che ci stiamo riferendo alla sola spesa corrente: l'Italia ha anche una spesa sanitaria in conto capitale mediamente inferiore rispetto a gran parte dei Paesi OECD. Nel 2010 (OECD Health data 2011) risulterebbe pari al 3,8% della spesa totale (sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente), ma con un trend decrescente dal 2005 al 2009 e con una caratterizzazione fortemente pro-ciclica.

All'emanazione del citato Decreto avevamo stimato in €10 mld. l'entità della manovra (fra riduzione di disavanzi e ulteriori recuperi di efficienza, nonché aumento delle compartecipazioni): fonti ufficiali si attestano ora su un valore non troppo dissimile, stimando in circa €8 mld. le correzioni necessarie per rispettare i documenti di programmazione.

Che la manovra di finanza pubblica sia legata ai cicli economici e che incida sulla Sanità è quindi evidente; analogamente va rimarcato che la crisi investe, forse in modo ancora più incisivo, la componente privata della spesa sanitaria, il cui peso rimane significativo attestandosi ad oltre il 19% della spesa totale, per un valore di oltre €26 mld. nel 2009. Pur non avendo l'Istat ancora reso noti i dati dei consumi sanitari privati del 2011, quelli disponibili, riferiti al 2009, sono di particolare interesse, in quanto riguardano un anno di forte crisi finanziaria, che ha in qualche modo rappresentato una "prova generale" della crisi attuale. Nel 2009 la riduzione del PIL (-3% rispetto all'anno precedente) ha provocato una riduzione dei consumi delle famiglie significativamente più che proporzionale (circa -6,8%); ma non può non colpire come la spesa sanitaria privata *out of pocket* delle famiglie si sia ridotta ancora di più: -7,6%. A dimostrazione della difficoltà in cui si dibattono le famiglie si è avuta una riduzione anche della quota di nuclei che hanno sostenuto spese sanitarie: circa 102.000 in meno.

Ovviamente, a voler vedere il classico "bicchiere mezzo pieno" potremmo sperare che si tratti di una razionalizzazione dei consumi sanitari, ovvero una rinuncia a prestazioni inappropriate. Come si argomenterà nel seguito, purtroppo i dati sembrano raccontare una storia alquanto diversa; anticipiamo solo che le famiglie che sostengono spese sanitarie per la non autosufficienza (difficilmente considerabili inappropriate) spendono per questo in media quasi €6.900 all'anno, e quelle povere arrivano a €2.600; ancora, pur essendosi ridotta la quota di famiglie impoverite, l'entità dell'impoverimento stesso è aumentata: la quota per le spese sanitarie di queste famiglie raggiunge il 15,3% delle loro spese totali; ma, principalmente, la riduzione dei consumi ha riguardato in media più le famiglie ricche che quelle più povere: le prime rinunciano, o almeno rimandano, le spese odontoiatriche, e più che una rinuncia ad una prestazione inappropriata appare essere una posticipazione di spese considerate procrastinabili; per le famiglie meno abbienti i consumi si riducono in minor misura, riguardando essenzialmente farmaci e diagnostica.

Sembra, quindi, difficile interpretare i dati liquidando la spesa privata delle famiglie come un consumo inappropriato, socialmente poco rilevante. La crisi, facendo diventare tutti più "poveri", per un certo verso "accorcia le distanze": ma è una equità apparente, perché si riducono le differenze nei consumi, ma non l'impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari.

Se le crisi (già quella del 2009) ci possono insegnare qualcosa, è che non c'è settore, tanto meno quello sanitario, che di fronte ad una contrazione rilevante di risorse può "tirarsi fuori": non solo i livelli di spesa, ma persino la relativa distribuzione dipendono

dalle risorse disponibili, nel senso che è più difficile incentivare politiche equitative quando non ci sono risorse. Ne segue che le decisioni di politica sanitaria dei prossimi mesi, dato il contesto economico generale, assumono un'importanza cruciale sotto molteplici aspetti e devono essere prese con grande consapevolezza, ovvero con conoscenza delle evidenze disponibili.

Inefficienza

Il primo elemento da considerare, cruciale per gli effetti che ha sulle argomentazioni che seguiranno, è quello della valutazione quali-quantitativa delle inefficienze del sistema eliminabili.

Di recente, vari modelli econometrici proposti sia da singoli studiosi, che da Centri di ricerca, hanno stimato quote di inefficienza nella spesa sanitaria rilevanti, dell'ordine di alcuni miliardi di euro; tale tesi, sebbene non in modo esplicito, è ripresa anche nei documenti sulla cosiddetta *spending review*; ad analogo risultato si può giungere anche estrapolando i dati emergenti dalle simulazioni sui costi standard: il *benchmarking* sulle spese sanitarie pro-capite pesate regionali, delineato dal DL n. 68/2011, implicherebbe infatti che almeno tutto il disavanzo attuale sia frutto di un inefficiente gestione regionale; va però segnalato che la validità dei modelli dipende dalla corretta standardizzazione degli *output*: nella realtà i criteri di standardizzazione utilizzati, basati sulle differenze attese di bisogno della popolazione, appaiono molto rozzi e praticamente non sono in grado di cogliere differenze nella qualità e negli esiti delle prestazioni. Ne segue che i risultati vanno interpretati con attenzione. Ponendosi su un piano esperienziale, ma così facendo i modelli appaiono ridondanti, ciò che appare evidente è l'esistenza di sprechi abbastanza diffusi, spesso correlati con significative carenze quali-quantitative nei servizi erogati. Una sintesi potrebbe essere che non sembra ci siano dubbi sul fatto che l'efficienza dei diversi sistemi regionali sia significativamente diversa, mentre non è affatto evidente di quanto le inefficienze allocative possano tramutarsi in risparmi finanziari. In altri termini, se è vero che disfunzioni e disavanzi sono positivamente correlati, è altresì vero che la scarsa qualità è anche associata a bassi livelli di spesa pro-capite, e molto più complesso dimostrare, tra queste quattro dimensioni, il nesso di causalità, lasciando il dubbio che per il miglioramento dell'efficienza allocativa e quindi della *performance* di sistema, vadano contemporaneamente eliminate le inapproprietezze, ma allo stesso tempo colmate le vistose lacune nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): in quest'ultimo scenario, l'impatto sulla spesa ha un segno almeno incerto.

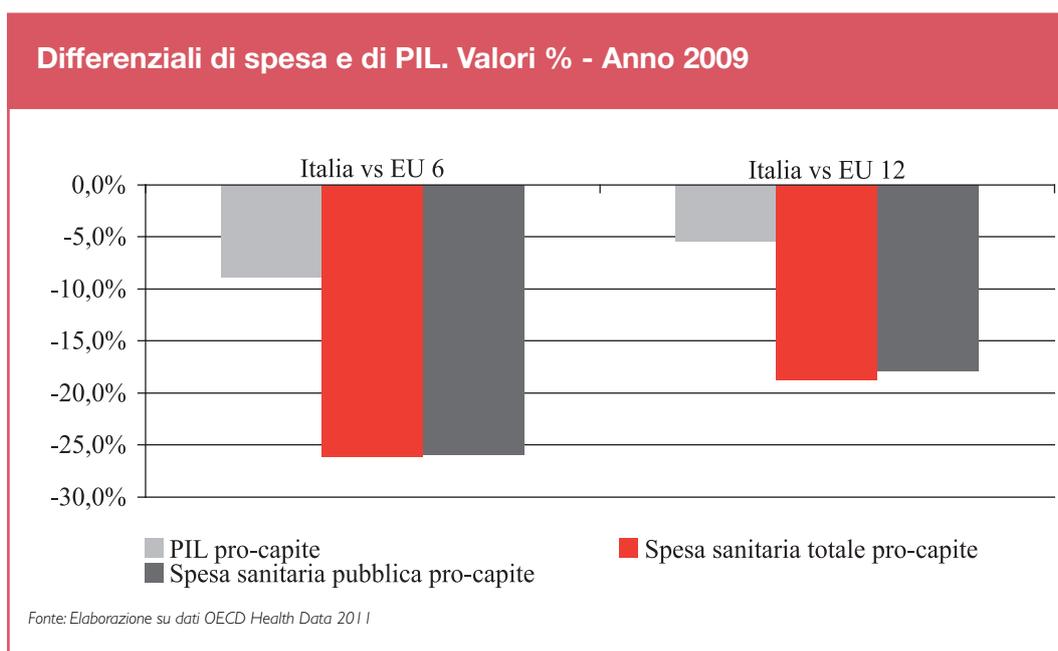
Il teorema che si possa avere maggiore qualità con minore spesa sembra piuttosto avere le dimensioni di un'utopia, e comunque non ci consta sia stato supportato da evidenze statistiche.

Altra questione rilevante è che i ragionamenti limitati alla variabilità della spesa regionale sono per forza di cose miopi: appare piuttosto necessario confrontarsi con una visione più ampia e quindi anche con i dati internazionali. Da questo punto di vista le cifre parlano sostanzialmente chiaro: l'incidenza sul PIL della spesa sanitaria italiana è pari al 9,6%, ed è ormai inferiore alla media dei Paesi OECD.

Ma il dato sul PIL dice poco, se non che ovviamente ogni Paese può permettersi di allo-

care sulla Sanità una quota sostanzialmente simile di risorse.

Se, invece, si guardano i valori di spesa, il gap rispetto all'Europa è evidente e anche crescente: -26,1% (-16,9% nel 1990) rispetto agli altri Paesi di EU6 (Belgio, Germania, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi), -18,7% (+4,1% nel 1990) rispetto a EU12. Il gap si allarga ulteriormente sul versante della spesa pubblica: -25,9% (-10,2% nel 1990) rispetto a EU6, -17,9% (+10,9% nel 1990) rispetto a EU12.



Le differenze evidenziate (calcolate a parità di potere di acquisto) sono, quindi, eclatanti e dato che lo stato di salute della popolazione italiana (per la verità un po' meno quello della disabilità) è quanto meno non secondo a quello medio europeo, mancano indizi che possano far pensare che l'assistenza sanitaria italiana sia gravata da un tasso di inefficienza economica rilevante, tale da giustificare riduzioni ulteriori di spesa dell'ordine del 10% (come previsto nella manovra estiva del 2011, senza poi considerare quello che potrà emergere dalla *spending review*).

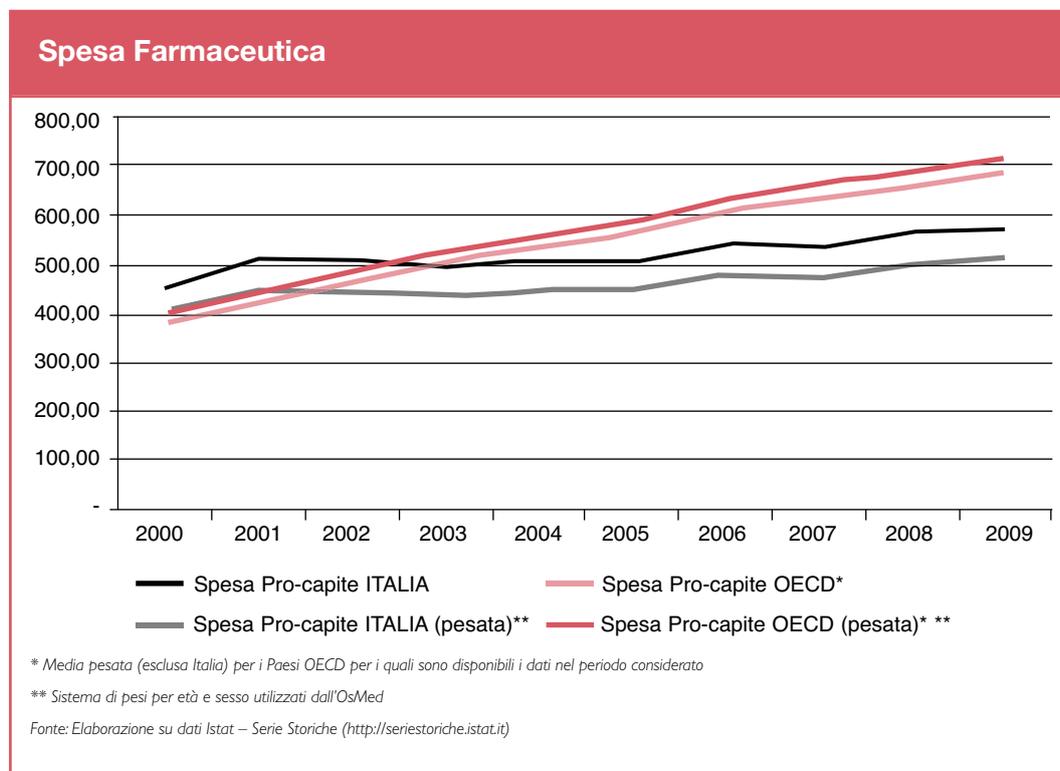
Di fatto, seppure in presenza di numerose inefficienze allocative, ivi compresi sprechi che non permettono di migliorare la qualità delle prestazioni erogate, il sistema sanitario italiano si dimostra decisamente "sobrio", e questo andrebbe maggiormente riconosciuto: la sensazione è che persista nel dibattito sulla Sanità italiana un ideologismo che, ignorando la consistenza numerica dei fenomeni, ritiene la Pubblica Amministrazione e, per proprietà transitiva, la Sanità pubblica (e in generale il sistema di *Welfare*) inefficiente. Che poi la spesa sia eccessiva rispetto ai servizi ottenuti è certamente possibile, ma la questione va risolta migliorando il servizio e questo non necessariamente implica un risparmio finanziario: o meglio, "incamerare" i risparmi vorrebbe dire accettare le attuali differenze, in termini di qualità ed esito, cristallizzandole: e questo configurerebbe il fallimento definitivo del SSN.

Forse un maggiore coraggio permetterebbe di porre fra le questioni da dibattere, quella della congruenza del modello di *Welfare* attuale con le risorse reali del Paese: in altri termini, capire se un Paese gravato da un rilevantissimo debito, e quindi da oneri per interessi passivi, ma principalmente da un PIL stagnante da tempo, possa permettersi un intervento pubblico, in verità tanto in Sanità quanto altrove, pari a quello dei Paesi europei che hanno in media un PIL pro-capite maggiore (+ 11%, ovvero €3.728 EU6, +6% ovvero €2.013 EU12). I confronti internazionali sembrano indicare il contrario.

Politiche integrate

Il sistema ha sinora tenuto, sia razionalizzandosi, sia utilizzando ampiamente la leva (evidentemente non immune da rischi distorsivi) dell'amministrazione dei prezzi: fa testo l'utilizzo dei tetti alle remunerazioni degli erogatori privati, ma indirettamente anche il blocco, ormai atavico, delle assunzioni. Ma il caso più eclatante è quello della spesa farmaceutica, unico settore dove il congiunto operare della normativa nazionale e internazionale di fatto rende possibile una vera e propria amministrazione dei prezzi.

Che i prezzi medi italiani dei farmaci siano ormai inferiori a quelli della gran parte degli altri Paesi è fatto ormai acquisito: quello che invece non è stato sufficientemente dibattuto è se il livello attuale sia davvero giustificato o rappresenti una possibile distorsione del mercato. La riduzione, operata con numerosi tagli dei prezzi per via amministrativa, potrebbe trovare almeno due argomentazioni a favore; la prima, qualora rappresentasse un adeguamento dei prezzi dei farmaci al livello di sviluppo del Paese (argomentazione peraltro discutibile); la seconda, se avesse riportato la spesa pro-capite per farmaci in linea con quella degli altri Paesi, compensando un eccesso delle quantità consumate. A ben vedere nessuna di queste argomentazioni può essere adottata; per quanto riguarda la prima, uno studio dell'UK *Department of Health* mostra come i prezzi delle principali molecole in Italia siano inferiori da un minimo del 7% rispetto alla Francia e alla Spagna, ad un massimo del 41% rispetto alla Germania (senza considerare il dato USA): valori significativamente maggiori del gap di PIL del Paese. Rispetto alla seconda osservazione, va notato come sin dal 2003 la spesa media pro-capite per farmaci italiana sia inferiore a quella media dei Paesi OECD (di €86 pro-capite nel 2009); e standardizzando tale spesa per l'età della popolazione (esercizio effettuato con i pesi pubblicati dall'OSMED), il *gap* diventa davvero molto significativo (€155), dimostrando così che la spesa italiana era allineata al dato medio internazionale già nel 2001, quando è iniziato il processo di progressivo taglio dei prezzi.



Evidentemente la strada dell'amministrazione dei prezzi non è percorribile all'infinito; anzi si potrebbe argomentare che può avere effetti indesiderati in settori economici che avrebbero, invece, la potenzialità per contribuire al rilancio dell'economia del Paese.

Il vero problema del Paese è, in effetti, la stagnazione economica, in particolare perché più prolungata e profonda che negli altri Paesi europei: il gap del PIL italiano rispetto a EU12 che era positivo (+2,3%) nel 1990, è arrivato ad essere del -5,6% nel 2010 (-9.9% rispetto ad EU6); stagnazione peraltro aggravata dal fardello del debito pubblico, che "divora" (con gli interessi passivi) enormi risorse che servirebbero invece per sostenere un eventuale rilancio.

Se il Paese vuole mantenere i livelli di assistenza attuali (ma il discorso ha valenza generale), deve trovare il modo di rilanciare la propria economia. E, da questo punto di vista, è ad un bivio: deve decidere se il rilancio deve passare per una distrazione delle risorse dal settore sanitario (pubblico), in quanto ritenuto inefficiente, o se invece esso possa essere un volano di crescita.

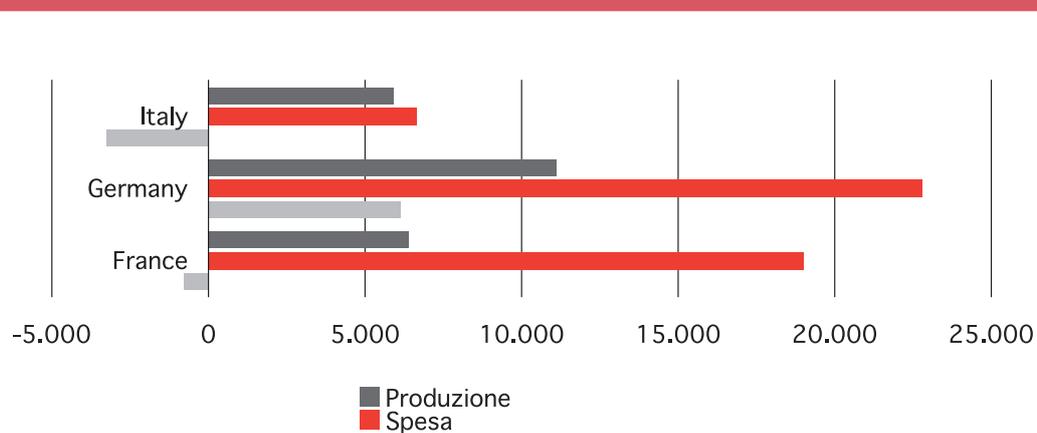
Sebbene spesso si parli disinvoltamente di diritto alla Salute in modo assolutistico, come se i diritti che comportano risorse per essere realizzati non fossero di fatto limitati dalle reali disponibilità, la questione proposta non è aggirabile; e non è neppure infondata.

Ad esempio, non si può tacere che mentre l'incidenza della spesa sanitaria nelle ultime decadi è aumentata sia sul PIL, che sul bilancio pubblico, quella per l'istruzione si è parallelamente contratta: assumendo questo punto di vista, onestà intellettuale richiede che si ponderi con attenzione quale sia la priorità del Paese in termini di sviluppo.

Una riallocazione di spesa pubblica mirata potrebbe trovare, quindi, delle ragioni: certamente avendo consapevolezza che ogni modifica implica lo spostamento di incentivi equitativi da un settore ad un altro, con effetti da valutare attentamente; ma prima di passare agli aspetti equitativi, sul tema dell'efficienza va pesato attentamente il *trade-off* fra politiche del SSN e politiche industriali.

Appare evocativo che nei Paesi con una bilancia dei pagamenti attiva nei settori industriali legati alla Sanità, si registri anche una spesa pro-capite maggiore nei beni prodotti in quei settori. Possiamo citare come paradigmatico il settore dei dispositivi medici (DM): sebbene i dati disponibili non siano perfettamente confrontabili, si nota una evidente regolarità statistica per cui i Paesi con maggiore spesa pro-capite hanno bilancia dei pagamenti attiva (per rimanere a livello europeo, Germania, Danimarca, Svizzera, etc.) con livelli di oltre € 200 pro-capite contro € 112 dell'Italia. Appare evidente che un DM (ma anche un farmaco) "prodotto in casa" rappresenta un "costo minore", in quanto la sua produzione genera occupazione e reddito, rispetto ad uno che deve essere importato. Ed avere una bilancia attiva dei pagamenti non è frutto del caso, quanto l'effetto di scelte di politica industriale e programmazione: a riprova di ciò, il tasso di innovazione nel settore medicale (brevetti pro-capite) in Italia è un terzo di quello tedesco e un nono di quello svizzero.

Produzione, spesa e saldo bilancia commerciale Valore in Mln. di € Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Eucomed

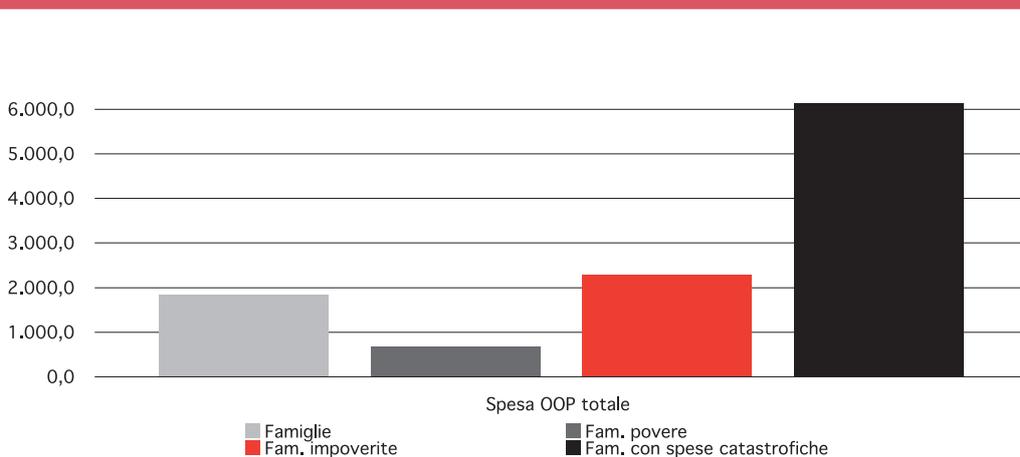
Quindi, in un periodo che dovrà essere necessariamente di scelte, non è più eludibile una esplicita decisione su quali siano i settori strategici per il rilancio dell'economia del Paese e, nei limiti del presente contributo, se il settore della Sanità nelle sue varie ramificazioni sia o meno fra tali priorità: qualora la risposta fosse convintamente affermativa, allora le politiche assistenziali devono trovare dei limiti negli interessi economici generali del Paese.

Equità e ticket

Tornando al tema delle scelte, se non una riduzione, almeno un sostanziale congelamento delle risorse pubbliche per la Sanità è lo scenario più probabile; la conseguenza logica del ragionamento è che a fronte di una riduzione della spesa pubblica assisteremo, presumibilmente, ad un incremento di quella privata, con impatti equitativi del tutto significativi, che necessitano di essere attentamente governati.

Come è noto (si confrontino le edizioni precedenti del Rapporto Sanità) la quota di famiglie impoverite a causa della Sanità in Italia è già rilevante, come anche quella di famiglie che sono chiamate a sostenere spese sanitarie consistenti di tasca propria (*spesa out of pocket*). Le elaborazioni effettuate sugli ultimi dati resi disponibili dall'Istat, relativi al 2009, emerge che sono diminuiti sia gli impoveriti che le famiglie soggette a spese catastrofiche, ma purtroppo gli indicatori, per ragioni statistiche che argomenteremo, non rendono la situazione di disagio reale delle famiglie. La spesa socio-sanitaria annua media delle famiglie ammonta a € 1.840 (€ 1.117 considerando anche le famiglie che non consumano), ovvero il 5,8% dei loro consumi; con la crisi del 2009 il consumo effettivo si è ridotto considerevolmente (-5,6% rispetto al 2008), con un crollo significativo per i ricoveri a pagamento, ma anche per i servizi classificati come ausiliari (infermieri, fisioterapisti, etc.). Si riducono invece molto poco le spese per la farmaceutica e per gli anziani non autosufficienti. In ogni caso pur essendo molto più marcata la riduzione per le famiglie degli ultimi due quintili (famiglie tendenzialmente più abbienti), si riduce la spesa anche per le famiglie più povere. Alla riduzione del consumo delle famiglie che lo hanno effettivamente sostenuto, si aggiunge (come anticipato) una notevole riduzione delle famiglie che sostengono spese sanitarie *out of pocket*.

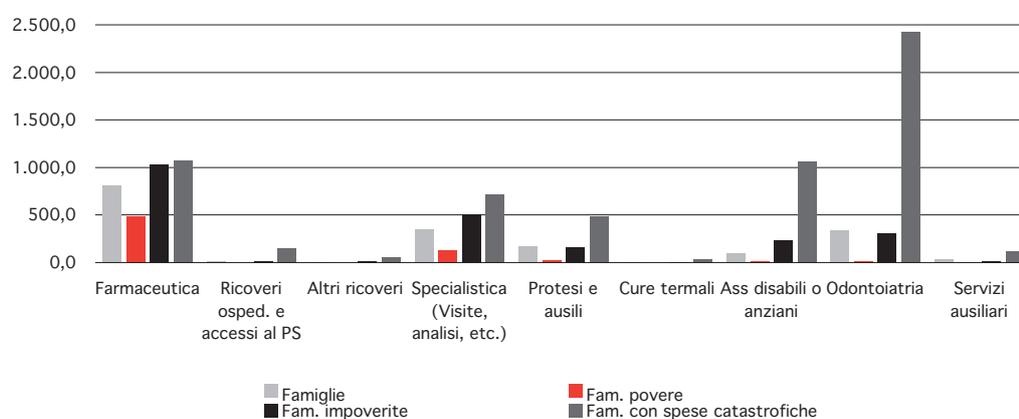
Spesa Sanitaria OOP effettiva delle famiglie. Valori in € - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Istat

La spesa socio-sanitaria media annua delle famiglie povere è pari a circa €680 e si è ridotta di ben il 9,3%, evocando significative rinunce: si sono ridotte tutte le voci di spesa, tranne le spese per gli anziani non autosufficienti. Si è registrata anche una riduzione d'incidenza dell'impovertimento: 297.670 nuclei (erano 334.695 l'anno precedente), ovvero l'1,2% delle famiglie (pari al 2,0% di quelle che sostengono spese sanitarie); il miglioramento è però da attribuire alla riduzione più che proporzionale dei consumi sanitari privati sul totale dei consumi delle famiglie. Nei fatti, pur essendosi ridotta la quota di famiglie impoverite, l'entità dell'impovertimento è aumentata: la spesa media di queste famiglie ha subito un aumento del +2,3%. Analogamente si è avuta anche una riduzione della quota di famiglie soggette a spese catastrofiche, 674.754 nuclei (erano 747.631 l'anno precedente) pari al 2,7% delle famiglie, ovvero il 4,3% di quelle che sostengono spese sanitarie. La spesa media annuale delle famiglie soggette a spese catastrofiche si è ridotta del -2,2%, per un valore medio di €20.519. Per le famiglie impoverite o soggette a spese catastrofiche si sono ridotte tutte le voci di spesa, ad eccezione di quella per l'assistenza ai disabili ed anziani (evidentemente incompressibile) e quella per la specialistica (presumibilmente per l'aumento delle compartecipazioni). Si sono, invece, ridotte in modo significativo le spese sostenute per infermieri e fisioterapisti (-44,7%), protesi e ausili (-37,2%) e ricoveri ospedalieri (-34,9%).

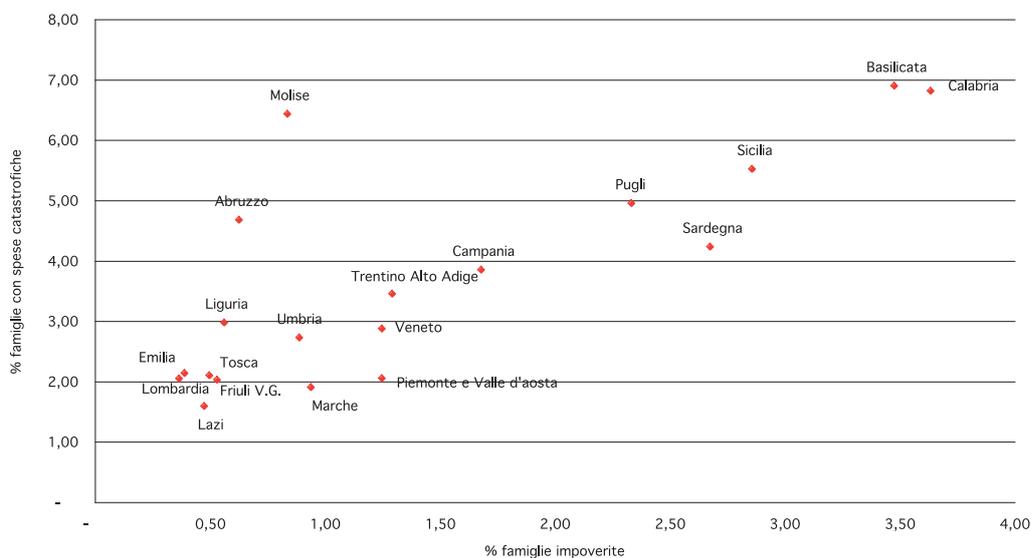
Spesa Sanitaria OOP effettiva delle famiglie distinta per tipologia. Valori in € - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Istat

Ovviamente le differenze si esasperano nell'analisi regionale: mentre Basilicata e Calabria hanno una quota di impoveriti che supera il 3,5%, con riduzioni marginali, Emilia Romagna e Lombardia, ma anche il Lazio, sono intorno allo 0,5% (un settimo) con un trend significativamente in diminuzione. Analoghe osservazioni si possono fare per le famiglie soggette a spese catastrofiche: ancora Basilicata e Calabria ne hanno una quota che supera il 6,5%, con riduzioni marginali, mentre la Lombardia è intorno all'1,1% (6 volte meno); in questo caso il Lazio è in controtendenza con un aumento significativo di famiglie soggette a spese catastrofiche, a suggerire un crescente *opting out* della popolazione laziale.

Incidenza famiglie impoverite e catastrofiche. Valori in % - Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Istat

Ne emerge un quadro per nulla tranquillizzante: le famiglie sono evidentemente in difficoltà, e lo sono ormai anche i ceti medi, che rappresentano la larga maggioranza delle famiglie italiane; inoltre, considerando che le rinunce appaiono selettive, si conferma che la spesa privata non è una spesa accessoria e/o inappropriata: la sua riduzione equivale ad avere un cuscinetto in meno ad alleviare le frizioni del sistema.

In un quadro certamente difficile, quindi, assumono una particolare rilevanza le previsioni di un inasprimento dei ticket contenute nelle manovre governative.

Per avere un'idea dell'impatto, si è simulato l'effetto sui bilanci delle famiglie di un inasprimento dei ticket, posto prudenzialmente pari a €2 mld. (suddiviso per il 45% a carico dei farmaci, per il 45% della specialistica e il restante 10% a carico del pronto soccorso): tale simulazione stima in oltre 42.000 le nuove famiglie impoverite per le spese sanitarie; per contenere l'iniquità dell'impatto, abbiamo simulato un'applicazione progressiva dei ticket, a partire da un inasprimento del 5% per le famiglie più povere (lasciando esenti solo quelle povere), sino al 30% delle più ricche: in tal caso, pur non annullandosi il fenomeno, le nuove famiglie impoverite si riducono a 7.500.

Previsioni stato d'impoverimento delle famiglie per aumento della spesa sanitaria OOP

Situazione attuale	Famiglie impoverite 297.670 Famiglie soggette a spese catastrofiche 674.754	
Simulazione	Metodologia	Risultato
N.1	Aumento della spesa OOP pari a € 2 mld (45% farmaci, 45% specialistica e 10% ricoveri e PS) con riduzione dei restanti consumi (non sanitari)	Circa 40.000 nuove famiglie impoverite
N.2	Aumento della spesa OOP pari a € 2 mld (45% farmaci, 45% specialistica e 10% Pronto Soccorso) con consumi non sanitari invariati	Circa 3.000 nuove famiglie impoverite
N.3	Aumento della spesa OOP pari a € 2 mld (45% farmaci, 45% specialistica e 10% ricoveri e PS) con consumi non sanitari invariati, prevedendo la progressività della compartecipazione in base alle risorse delle famiglie	Circa 7.500 nuove famiglie impoverite

Fonte: Elaborazione su dati Istat e DL n. 98/2011

Gli interventi: invecchiamento, non autosufficienza e politiche di prevenzione

Come si è visto la spesa per gli anziani non autosufficienti rimane la spesa maggiormente incompressibile per le famiglie italiane. Il dato non può stupire data la carenza del SSN su questo versante e anche l'evoluzione demografica (accompagnata dalle modifiche nella società, che ci consegnano famiglie con sempre meno giovani pronti ad assistere gli anziani).

Sul tema dell'assistenza alla non autosufficienza permangono, peraltro, alcuni miti con scarso fondamento: il principale è quello per cui il freno allo sviluppo del settore è rappresentato dall'insufficienza delle risorse.

Pur quantitativamente non abbondanti, le fonti di finanziamento del settore sono numerose. A livello centrale dobbiamo prima di tutto considerare il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), ex L. n. 328/2000, al quale la legge finanziaria annualmente attribuisce le risorse per gli interventi di assistenza sociale, ovvero per il contrasto della povertà, per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, dei diritti soggettivi e per la tutela della condizione degli anziani. È evidente che una parte di tali fondi, ad esempio l'ultima, ma anche quelli per i disabili, possono almeno in parte farsi ricadere nel novero della tutela per la non autosufficienza.

A livello nazionale vengono anche definite le risorse assegnate ad una serie di fondi istituiti da leggi di settore, nonché lo stanziamento per l'erogazione di assegni, pensioni ed indennità erogate dall'Inps (Ist. Nazionale per la Previdenza Sociale) ad invalidi civili, ciechi e sordomuti.

Dal 2007, risorse alla non autosufficienza vengono destinate anche attraverso la costitu-

zione di un fondo specifico: la L. n. 296/2006 ha istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale il Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA), finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti. Al FNA è stata destinata una somma di € 100 mil. per l'anno 2007 e di € 200 mil. per i successivi anni 2008 e 2009, incrementati con le successive leggi finanziarie a € 300 e € 400 mil. Per l'anno 2010 lo Stato ha garantito ancora un finanziamento pari a € 400 mil., ma poi la manovra di bilancio per il 2011 ha cancellato ogni stanziamento. Però gran parte delle Regioni italiane hanno istituito negli ultimi anni propri Fondi, allo scopo di sostenere, in particolare nella dimensione domiciliare, le famiglie che accudiscono in casa il disabile o l'anziano non autosufficiente.

Analizzando il dato dal versante della spesa, nell'anno 2008 i Comuni, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali € 6,7 mld. Stimiamo che di questi almeno € 3 mld. possano riferirsi a prestazioni in favore di disabili e anziani, e cioè a categorie rientranti nella non autosufficienza.

Inoltre, la principale fonte di finanziamento della non autosufficienza rimane l'intervento dell'Inps per le persone disabili, fisiche e sensoriali, ed anziane non autosufficienti che percepiscono un'indennità di accompagnamento, ex L. 18/1980. Tali indennità sono cresciute negli ultimi anni, passando da € 1,7 mil. nel 2008 a oltre € 1,9 mil. nel 2011. Se a tale importo si sommano le pensioni agli invalidi civili, sempre erogate dall'Inps, arriviamo a € 11,8 mld., il che implica che la spesa per la non autosufficienza sfiori quota € 15 mld., ovvero quasi l'1% del PIL.

In definitiva un valore non distante da quello medio degli altri Paesi europei che hanno una apposita assicurazione sociale per la non autosufficienza. I dati, per quanto approssimati, sembrano indicare che non fronteggiamo tanto una carenza di fondi, quanto una carenza organizzativa, ad iniziare dalla assenza di una compiuta definizione dei Liveas (Livelli Essenziali Assistenza Sociale), come anche della vera e totale riunificazione dell'assistenza sociale e sanitaria, necessaria per garantire all'individuo una presa in carico integrata, e una risposta olistica ai suoi bisogni, ivi compresi, quindi, quelli di non esclusione sociale.

Ciò che si ritiene freni maggiormente una efficace risposta ai bisogni legati alla non autosufficienza, è proprio la mancanza di una sua definizione rigorosa, che a seguire determina una carente presa in carico (o tutela che dir si voglia).

Si osservi che di fatto i non autosufficienti sono un sottoinsieme dei disabili, tant'è che nella normativa italiana praticamente ogni Regione affida ad un Nucleo di Valutazione Multidimensionale la decisione sull'eleggibilità o meno alle prestazioni di ogni singolo individuo. Cambia a livello regionale la denominazione e la composizione dei suddetti Nuclei (peraltro con una variabilità limitata), come anche i criteri adottati di eleggibilità alle prestazioni (questi con una maggiore variabilità), mentre è comune il principio che non basta una carenza, quale che essa sia, in una ADLs (*Activities of Daily Living*) per definire il soggetto come non autosufficiente.

A livello normativo, il Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (2009) definisce la non autosufficienza come «*la condizione bio-psicosociale conseguen-*

te a disabilità (di natura mentale, fisica e/o sensoriale) che induce nell'individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana, dipendenza che non è influenzata dalla presenza di eventuali protesi od ausili in uso». Tale definizione conferma che la non autosufficienza è conseguente (ma, quindi, in generale, non coincidente) alla disabilità. Fornisce, inoltre, una indicazione importante sulla sua eziologia, che di fatto è sempre di origine sanitaria (...salute mentale o handicap che l'abbia prodotta ...)

La definizione peraltro sembra in qualche modo "contraddittoria", o quantomeno arbitraria, dove restringe il campo alle dipendenze permanenti e alle funzioni ricorrenti. In particolare non si capisce perché un anziano (ma vale in generale), che sia costretto in una situazione di dipendenza temporanea, magari per una convalescenza che impedisce lo svolgimento di funzioni essenziali, non debba essere considerato non autosufficiente.

La questione è delicata, in quanto l'applicazione della definizione citata esclude l'eleggibilità alle prestazioni sociali per la non autosufficienza di breve periodo, con il rischio evidente di una "sanitarizzazione" del bisogno, magari con ricoveri/residenzializzazioni inappropriate sia dal un punto di vista clinico che organizzativo (e quindi economico). L'ambiguità della definizione ha probabilmente origine in un improprio riferimento al concetto di *Long Term Care*, che è altra cosa ancora.

Questa definizione mostra anche un altro aspetto certamente problematico: quello della separazione fra *Lea* e *Liveas*; evidentemente è necessario segnare il confine onde evitare duplicazioni inefficienti o carenze di tutela. Qui la confusione è ricorrente a causa di una antica ostinazione a voler definire l'ambito dell'integrazione socio-sanitaria a confine dei compiti del SSN: integrazione riassumibile secondo il D. Lgs. n. 229/1999 in «*tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*». Questa definizione richiede in astratto una integrazione dove prevalga l'elemento sanitario, senza chiarire completamente la provenienza dei Fondi e quindi garantendone la copertura economica.

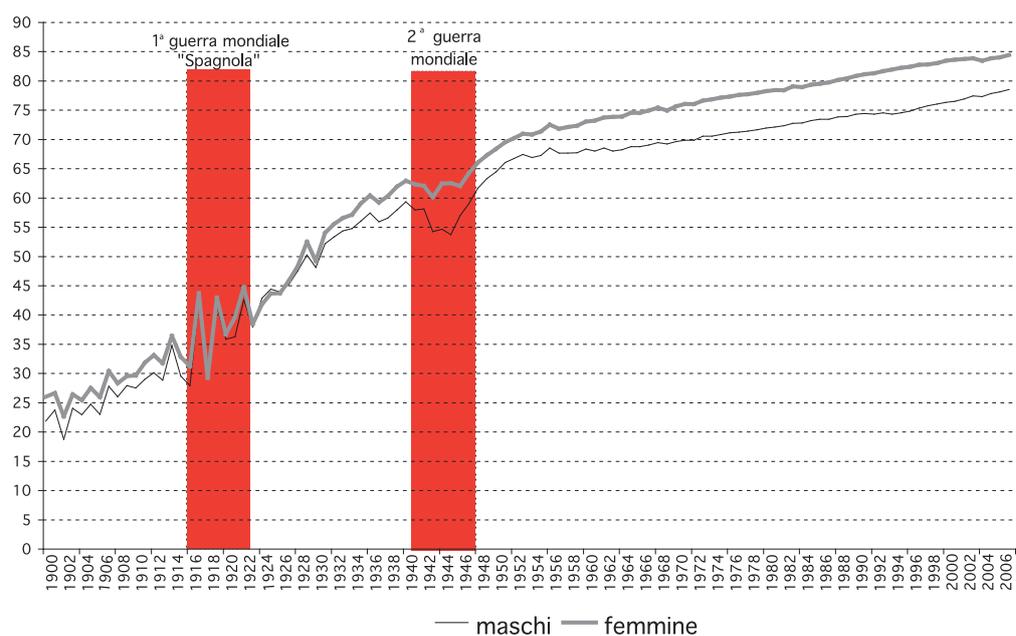
L'esigibilità dei diritti non c'è dubbio che richieda, invece, chiarezza sulle prestazioni ottenibili, come anche sulla titolarità del compito di tutela.

In definitiva, sebbene le risorse siano certamente molto ridotte e, specialmente, frazionate, la questione sembra in qualche modo mal posta, non essendosi ancora definita la propedeutica questione dei contenuti dell'assicurazione per la non autosufficienza.

Senza pretesa di fornire una soluzione, sembra che i capisaldi possano essere tre: il primo è quello della dipendenza da terzi (che diventa il criterio guida per il riconoscimento del diritto). Il secondo è quello della copertura dei contenuti non sanitari delle prestazioni, essendo queste per definizione già ricomprese nella tutela sanitaria; il terzo, e forse il più difficile, è la quantificazione degli ausili (in natura o in denaro) da fornire. Il tema è complesso perché le prestazioni sociali per la non autosufficienza afferiscono essenzialmente alla sfera della non esclusione sociale, il cui rischio va valutato caso per caso: quante ore di assistenza giornaliera si vogliono, infatti, riconoscere ad un soggetto non autosufficiente? Dipenderà dalla gravità (o meglio dal grado di non autosufficienza), ma

anche e soprattutto dal livello di “dignità” che si vuole garantire, e quindi da quali siano le funzioni ritenute essenziali: ancora, per esemplificare, la carenza di mobilità autonoma va contrastata per permettere al paziente semplicemente di recarsi a fare la spesa o anche per frequentare un museo o altra attività culturale? Questa non può che essere una scelta politica e, data anche la diversità delle esigenze individuali, non può che trovare applicazione in un ambito di sussidiarietà. Sorge poi il quesito relativo all’integrazione con le prestazioni sanitarie, ovvero se possa funzionare senza una regia comune: molto probabilmente la risposta deve essere negativa; in tal caso la regia comune non può essere assunta dal SSN (o meglio dai SSR), dato che l’eziologia della disabilità è pur sempre riconducibile a questioni legate a carenze di salute. Ovviamente il rischio è che il sistema sanitario non riesca a spogliarsi della sua natura clinico-centrica, e rincorra la “cura” e, come corollario, l’erogazione di beni e servizi sanitari, ove dovrebbe invece imparare a concentrarsi nel “care”, ovvero nell’affiancamento alle famiglie (che rimangono, ed è bene sia così, il primo nucleo di assistenza alla dipendenza). Ma, d’altra parte, questo difficile passaggio culturale è già al centro del dibattito sullo sviluppo dell’assistenza primaria: e se non sarà possibile realizzarlo, non solo non decollerà l’assicurazione per la non autosufficienza, ma neppure l’assistenza primaria. Ovviamente una ulteriore questione che può essere posta è quella della sostenibilità futura dei costi di non autosufficienza e, più in generale, dei costi sanitari, derivanti dall’invecchiamento della popolazione. Il tema è sempre al centro del dibattito, alimentato da previsioni (in larga misura dei maggiori organismi internazionali) sostanzialmente catastrofiche: ma anche, a ben vedere, derivanti dalla estrapolazione, invero un po’ acritica, dei dati attuali.

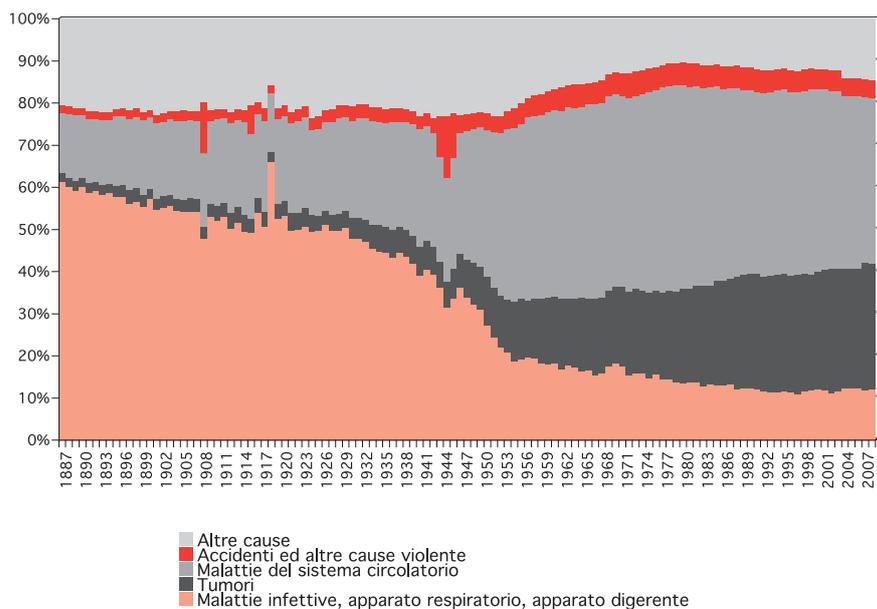
Età mediana alla morte per sesso - Italia 1900-2007



Fonte: Elaborazione su dati Istat – Serie Storiche (<http://seriestoriche.istat.it>)

L'unica cosa davvero certa è che la popolazione invecchierà (al netto per la verità dei flussi migratori, già meno prevedibili) per effetto (in Italia in particolare) della scarsa fecondità. In orizzonti temporali degni di nota a fini programmatori, è sostanzialmente ormai assodato anche il contributo dell'allungamento della vita media. Quello che non è affatto scontato è, invece, che questo automaticamente si tramuti in un aumento della disabilità e della cronicità. Piuttosto, le evidenze disponibili mostrano una progressiva posticipazione dell'insorgenza delle malattie, con l'esito che il periodo di "assorbimento delle risorse" rimane sostanzialmente invariato (quando non si riduce). In aggiunta, come appare evidente anche dalle recenti scelte in tema di requisiti pensionistici, si allunga la vita lavorativa, con l'esito di un "guadagno netto" (uguali costi e anche maggiori risorse accumulate nell'arco della vita) per l'individuo e quindi la società.

Cambiamenti nel contributo alla mortalità totale per gruppi di cause - Italia - 1887-2007



Fonte: Elaborazione su dati Istat - Serie Storiche (<http://seriestoriche.istat.it>)

Esistono alcune possibili controdeduzioni a questa proposizione; in primo luogo l'allungamento della vita può aumentare il numero di eventi acuti: questo contraddice l'allarme tutto centrato sulla cronicità. Di fatto la risposta non può che essere quella della prevenzione e dell'appropriatezza delle risposte terapeutiche: il tema non è esplorato in letteratura, ma è ragionevole pensare che il beneficio (anche solo economico) di una vita attiva allungata sia comunque maggiore degli oneri per l'aumento eventuale degli episodi acuti.

Una seconda obiezione è che alcune patologie croniche dipendono dagli stili di vita errati (obesità e diabete prima di tutto, ma anche patologie cardiovascolari) e queste anzi si

manifestano sempre più precocemente: anche qui va rimarcato un problema terminologico, dato che è improprio riferirsi a queste cronicità come un prodotto dell'invecchiamento. Anche in questo caso la linea di intervento è segnata e riguarda interventi di educazione sanitaria e prevenzione, come anche interventi chiaramente "non sanitari" (le tasse sui *junk foods* sono l'esempio più lampante). In ogni caso quello dell'epidemia di questi tipi di cronicità è un destino eludibile.

La terza obiezione rileva come possibile che, pur rimanendo costante il bisogno (anni di vita con patologie o disabilità), l'assistenza costa sempre di più: su questo trend incide l'innovazione e quindi il costo delle nuove tecnologie; questo è un problema squisitamente di costo-efficacia: va valutato caso per caso se le soluzioni innovative si dimostrano *value for money*.

Se escludiamo la seconda proposizione, le altre due dipendono strettamente dalle aspettative che abbiamo sul "valore" della vita attiva: è evidente che se la vita in buona salute si allunga e si posticipa il pensionamento, ma il tutto non è affiancato da opportunità di lavoro, il saldo netto per la società sarà negativo: se un anno di vita guadagnata per la società sarà un anno di vita in più fuori del mercato del lavoro, non ci sarà innovazione costo-efficace (in termini tecnici il *threshold* per il costo per QALY sarà troppo basso per permettere l'accesso al mercato delle nuove tecnologie) e non ci sarà possibilità di sostenere i costi della Sanità, come peraltro neppure quelli per le pensioni.

Nuovamente si pone un problema di congruenza fra livelli di *Welfare* (non solo quindi per la Sanità) e livelli di reddito del Paese. L'invecchiamento dovrebbe in realtà essere considerato positivamente, ma in condizioni di stagnazione prolungata può determinare una enorme crescita delle sperequazioni sociali: il vero problema di sostenibilità si porrà in termini equitativi, qualora si dovesse polarizzare la società fra individui stabilmente nel mercato del lavoro (per i quali avere una vita attiva più lunga sarà un beneficio) e individui emarginati che non potranno beneficiare dei vantaggi dell'allungamento della vita e pagarsi la copertura dei propri "rischi di vecchiaia". Il problema non è quindi l'invecchiamento o il costo della Sanità e/o della non autosufficienza, quanto il rischio di una esacerbazione delle sperequazioni nella società.

Programmazione e organizzazione

Come si è detto la politica è chiamata a scelte difficili e non procrastinabili, ovvero a scegliere le priorità e le opzioni per garantire un *Welfare* a supporto della coesione sociale, ma anche a supporto dell'economia del Paese.

Purtroppo nella storia recente del Paese le migliori riforme sono spesso fallite sul piano della loro attuazione, per un eccesso di dettaglio della previsione normativa e un corrispondente difetto di gestione: non sarà quindi sufficiente e, forse, neppure opportuno, pensare a ulteriori riforme, quanto risulta invece necessario adeguare gli obiettivi e le azioni conseguenti al nuovo corso.

Da questo punto di vista si ritiene che un elemento critico sia rappresentato dalle metodologie di programmazione e organizzazione: entrambe ancora troppo legate a logiche di offerta, dimostratesi incapaci di generare una reale centralità dell'utente/paziente.

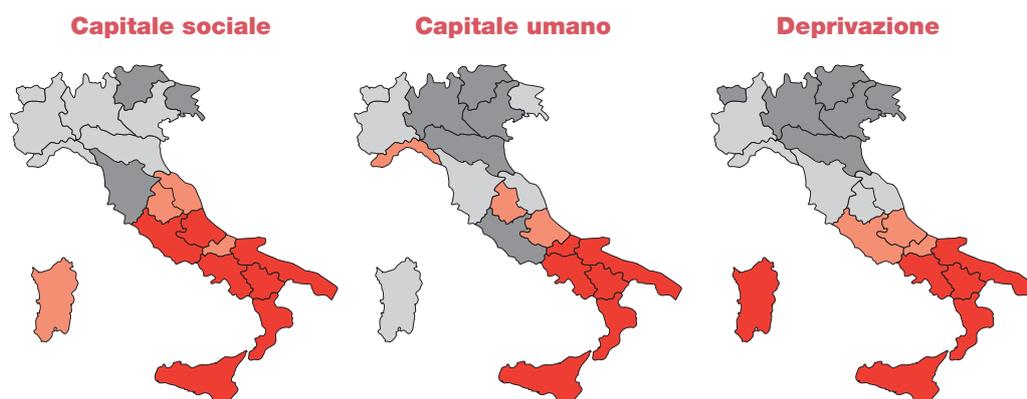
La programmazione, sinora, si è focalizzata sulla determinazione dei parametri di offerta,

sulla base presunta di indici di bisogno; analogamente i modelli di organizzazione hanno per lo più messo al centro gli operatori e le esigenze tecnologiche/cliniche, ma questi approcci si dimostrano vieppiù non adeguati ai tempi.

Mettere effettivamente l'utente al centro del sistema richiede la capacità di guardare al bisogno oltre l'aspetto meramente epidemiologico: la programmazione deve avere come obiettivo quello di soddisfare, nei limiti dei confini della meritorietà dei bisogni stessi, la domanda (espressa e non espressa), e questa ultima non si esaurisce in un numero di casi incidenti o prevalenti.

Ad esempio, è indubbio che il contesto socio-economico abbia un impatto significativo sui sistemi sanitari; dalle stime effettuate sembra che la deprivazione, che è al centro del dibattito recente sul riparto delle risorse, assuma effettivamente un ruolo preminente in tema di impatto sulle variabili di *performance* economica del sistema. Ma emerge anche come il capitale sociale, ancor più di quello umano, sia rilevante, invece, sul piano degli esiti. Il contributo del capitale umano sembra più ambiguo nelle stime: in parte questo è spiegabile con l'approccio aggregato utilizzato, nel senso che può ipotizzarsi che le differenze di capitale umano siano di fatto immunizzate dall'impostazione solidaristica a fondamento del SSN italiano, e che quindi non determinino impatti aggregati (a livello regionale) significativi. Rimane ragionevole pensare che le differenze di capitale umano possano, però, spiegare la crescente segmentazione della domanda: un sistema che programmi le proprie risposte solo in funzione della domanda espressa astrattamente da un cittadino tipo, immaginando che voglia "affidarsi" alla tecnostruttura dei clinici, oppure di un cittadino che, essendo più autonomo, tenda a confezionarsi da solo il percorso fra i servizi offerti, sarebbe oggi assolutamente deficitario.

Indicatori sintetici



In grigio i valori sotto la media e in rosso quelli sopra; l'intensità del colore indica la classe di distanza dalla media

Analogamente se guardiamo all'interazione fra modelli di programmazione e organizzazione, si conferma un forte rischio di rimanere legati a mere logiche di offerta: un caso eclatante è quello dell'organizzazione ospedaliera dove, anche nel dibattito sui nuovi ospedali a intensità di cure, come anche sul disegno della struttura dipartimentale, prevale ancora il tema del modello di clinica che si adotta e, forse ancor di più, della effettiva "proprietà" (organizzativa) dei letti; di contro, il tema prioritario dovrebbe essere quello orientato a definire quale modello produce una maggiore soddisfazione e qualità di vita dei pazienti.

Questa attenzione spasmodica al posto letto trova una evidente origine nella pratica di definire le politiche in termini di loro riduzione; scelta che per ragioni prevalentemente finanziarie è stata posta al centro dei piani di rientro e in generale delle politiche regionali. In effetti, nel corso dell'ultimo decennio la riduzione è stata davvero significativa, tanto che i posti letto per abitante sono passati da 5,1 ogni mille abitanti nel 2000, a 4,2 nel 2009. Valore che, si noti, è decisamente inferiore rispetto alla media dei Paesi OECD, che per il 2009 è pari a 5,2.

Indubbiamente la chiusura delle strutture inefficienti e/o insicure è doverosa, ma la programmazione dell'offerta fondata su indici di bisogno predeterminati e per di più nazionali, può risultare distorsiva. Se consideriamo in modo più ampio la domanda, osserviamo come ad esempio l'Emilia Romagna abbia sulla carta un eccesso rilevante di offerta di posti letto, ma che è in effetti compensato dalla domanda derivante dalla mobilità attiva; discorso inverso, invece, vale per Regioni quali la Calabria e la Campania, per le quali si pone l'obiettivo di ridurre la mobilità passiva, ma che se raggiungessero tale obiettivo risulterebbero poi carenti di letti.

La debolezza dei modelli di programmazione/organizzazione si palesa ancor di più nell'assistenza primaria, dove gli obiettivi stentano a determinarsi in modo chiaro e, anzi, si perseguono politiche non necessariamente basate su una reale evidenza.

Ad esempio, analizzando la frequenza delle visite generiche (assunte qui come *proxy* dell'accessibilità al servizio) e i ricorsi al pronto soccorso (PS), si evidenzia un'assenza di correlazione che sembra indicare come un aumento dell'accesso alla medicina generale non potrà bastare per ridurre l'uso improprio dell'ospedale: il problema dell'uso inappropriato del PS è evidentemente più generale e di tipo organizzativo; si evidenzia invece una forte correlazione positiva fra frequenza delle visite e numero di ricette pro-capite, ma non con la spesa: quindi un numero maggiore di ricette non implica necessariamente una induzione di spesa, suggerendo invece una variabilità della pratica clinica non giustificata.

Quanto precede sembra fornire indicazioni sul fatto che sia necessario creare incentivi più adeguati affinché il ruolo di filtro (ad esempio nei confronti del PS) e di presa in carico del paziente (appropriata), che spetta alla medicina generale, evolva adeguatamente. Il sistema di remunerazione è sicuramente un elemento significativo in termini di incentivo volto alla razionalizzazione dell'attività. Ma l'attuale retribuzione basata sulla quota capitaria, sebbene recentemente integrata dagli ultimi Accordi Collettivi Nazionali, sembra complessivamente non essere più adeguata alle nuove esigenze. La remunerazione del MMG potrebbe certamente essere conservata in forma di quota capitaria (parte fissa),

purché opportunamente articolata in modo da premiare il carico di lavoro effettivo, ma anche la qualità della presa in carico (parte variabile), secondo una logica di *Pay per Performance* che ha già dato ottimi frutti in altri Paesi, mirando a bilanciare la “quantità assistenziale” con la sua qualità.

In definitiva, senza un ripensamento delle metodologie di programmazione e dei modelli di organizzazione, difficilmente il sistema evolverà in modo equilibrato, rinunciando alla sua (naturale) vocazione ospedale-centrica, e sviluppando una assistenza primaria fondata sull’iniziativa (fondamentale per fronteggiare i rischi per la salute e la Sanità derivanti dai nuovi stili di vita).

La programmazione deve quindi evolvere, superando la mera indicazione degli standard di offerta, e sforzandosi di individuare corretti incentivi per orientare il sistema verso comportamenti maggiormente efficienti, ma soprattutto più rispondenti alla domanda dei cittadini. Allo stesso tempo i modelli di organizzazione devono abbandonare logiche orientate all’operatore (sebbene magari ineccepibili su un piano di efficienza tecnica o qualità clinica) e ripartire, invece, da una analisi della domanda e della sua segmentazione, cercando di adeguare le capacità di risposta del sistema e degli erogatori alle aspettative dei cittadini.

Performance

Nessuna programmazione e nessuna organizzazione può, infine, raggiungere i suoi risultati senza una adeguata *accountability*, condizione necessaria perché le Istituzioni possano essere valutate e quindi spronate a migliorarsi.

Va riconosciuto che nell’ultima legislatura il SSN ha fatto passi da gigante da questo punto di vista: basti pensare al programma di valutazione della *performance* dei Servizi Sanitari Regionali sviluppato dalla Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa e al Programma nazionale esiti, sviluppato dall’AgeNaS.

In prospettiva diviene urgente ampliare le aree di valutazione, onde evitare il rischio di atteggiamenti opportunistici, ovvero che gli sforzi di miglioramento si concentrino nei settori monitorati; d’altra parte non è un caso che i settori che più stentano a decollare, quale quello dell’assistenza primaria, siano proprio quelli che attualmente dispongono di minori strumenti di monitoraggio e valutazione.

Un ulteriore utile sviluppo riteniamo sia quello dell’integrazione delle diverse valutazioni: la Sanità ha per definizione caratteristiche multidimensionali e non a caso ogni programma misura più nello specifico una determinata dimensione della *performance*; una sintesi diventa utile, onde evitare il rischio della frammentazione delle evidenze, da cui può discendere o una sostanziale *empasse* decisionale, o l’incoerenza fra decisioni prese in settori diversi della Sanità.

Ma la più volte richiamata esigenza di affrontare un percorso irto di difficoltà, perché la scelta delle priorità implica conflitti di interesse, riteniamo imponga anche la definizione di un processo maggiormente trasparente e condiviso in tema di formazione delle decisioni.

Di fatto le valutazioni che si stanno sviluppando sono frutto di scelte sostanzialmente tecnocratiche, dove la “voce” degli altri *stakeholder* del sistema o è mediata (come nel caso

dei pazienti, nella misura in cui possono essere efficacemente rappresentati dai politici) o è presente in modo non strutturato (come nel caso dei professionisti) o è di fatto tenuta ai margini (come nel caso dell'industria).

Rendere socialmente accettabili scelte certamente non facili, e ci riferiamo alla accettazione di soluzioni che devono mediare *trade-off* importanti, quale quello fra accesso all'innovazione e vincoli finanziari, o anche – in modo più generale – quello fra politiche assistenziali e politiche industriali, richiede un maggiore confronto e coinvolgimento di tutti gli *stakeholder*, anche mediante “metodi democratici” di formazione delle decisioni. D'altra parte, come il Rapporto mostra, i giudizi dipendono sempre dall'ottica di analisi prescelta, e in una società complessa sarebbe miope poter pensare che una sola ottica sia accettabile o anche solo efficiente.

Per garantire la sopravvivenza del SSN e dei suoi principi di civiltà sarà necessario l'impegno di tutti e quindi nuove regole di partecipazione.



Capitolo 1

*Il quadro di riferimento
demografico
e socio-economico:
alcuni spunti
sull'impatto delle
variabili di contesto
sulle politiche sanitarie*

1 - Il quadro di riferimento demografico e socio-economico: alcuni spunti sull'impatto delle variabili di contesto sulle politiche sanitarie

Cristina Alato¹

1.1. Obiettivo

Nel presente contributo viene proposto un "esercizio" che ha come obiettivo quello di approfondire il ruolo dei fattori di "contesto" che caratterizzano le popolazioni nella spiegazione dei *gap di performance* che si riscontrano a livello di sistemi regionali.

In altri termini si vuole indagare se alcune variabili, quali la deprivazione, o il capitale sociale e umano, che spesso rimangono sullo sfondo delle analisi delle determinanti delle *performance* dei sistemi sanitari, giochino invece un ruolo significativo.

A tal fine sono stati elaborati indicatori sintetici per rappresentare il capitale sociale, il capitale umano e la deprivazione "acquisita".

Per ogni indicatore sono state selezionate variabili ritenute significative e quindi l'informazione complessiva da esse fornita è stata sintetizzata utilizzando un modello di analisi fattoriale: per i dettagli metodologici si rimanda all'appendice.

1.2 Il capitale umano

Il primo passo dell'analisi ha riguardato la stima di un indicatore capace di rappresentare il capitale umano; il termine (derivato dai contributi sull'*human capital*) è di uso relativamente recente, e vuole rappresentare le risorse "non finanziarie" a disposizione degli individui. Le componenti principali che determinano il capitale umano sono oggi individuate nell'istruzione e nell'informazione.

L'istruzione è un prerequisito fondamentale affinché la popolazione sia in grado di esprimere una quantità e qualità adeguata di capacità produttiva. Con il termine "istruzione" si può identificare un più vasto insieme di attività connesse con l'acquisizione di conoscenze e capacità tecniche, dette anche investimenti in capitale umano. La disponibilità di tecnologie avanzate (ad esempio impiantate localmente da imprese estere o da organizzazioni d'aiuto) può non avere alcun effetto apprezzabile per lo sviluppo locale se la popolazione non è in grado di:

- a) imparare ad utilizzare in proprio le tecnologie;
- b) imparare a creare le proprie tecnologie.

Nel presente contributo, il capitale umano, a livello regionale, è stato stimato ricorrendo all'utilizzo dei seguenti indicatori:

¹ CEIS Sanità, Facoltà di economia, Università degli studi Tor Vergata

- persone di 3 anni e più che usano il personal computer;
- persone di 6 anni e più che usano Internet;
- dottorato, laurea e diploma universitario;
- diploma di scuola secondaria superiore;
- persone di 6 anni e più che leggono quotidiani almeno una volta alla settimana;
- persone di 6 anni e più che hanno letto almeno un libro negli ultimi 12 mesi.

L'analisi fattoriale, condotta sulla matrice di correlazione delle variabili manifeste, ha portato alla selezione di due fattori, in grado di riprodurre, nel loro complesso, il 91,5% della varianza totale.

Tabella 1.1 - Varianza totale spiegata

Fattore	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori non ruotati			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
1	4,006	66,759	66,759	3,961	66,018	66,018	3,935	65,584	65,584
2	1,689	28,155	94,914	1,527	25,446	91,464	1,553	25,880	91,464
3	0,182	3,037	97,951						
4	0,068	1,137	99,088						
5	0,046	0,760	99,848						
6	0,009	0,152	100,000						

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

In particolare sono stati individuati due fattori principali: il primo spiega il 65,6% della varianza totale e rappresenta essenzialmente le "competenze tecniche e sociali", mentre il secondo spiega il 25,9% della varianza totale e rappresenta l'"istruzione".

Tabella 1.2 - Matrice fattoriale ruotata

	Fattore	
	1	2
CU_Usano il personal computer	0,973	0,106
CU_Persone di 6 anni e più che usano Internet	0,985	0,151
CU_Dottorato, laurea e diploma universitario	0,353	0,928
CU_Diploma di scuola secondaria superiore	-0,221	0,796
CU_Leggono quotidiani	0,952	-0,152
CU_Leggono libri	0,970	-0,010

Metodo estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

1.3 Capitale sociale

In questi anni è diventata sempre più frequente l'espressione "capitale sociale", usata da studiosi della società, della politica e dell'economia per designare in modo sintetico una varietà di fenomeni che influenzano sia la qualità del nostro vivere associato, sia il benessere degli individui, sia l'efficienza del mercato. Non è possibile individuare una definizione univocamente accettata di capitale sociale. Nei diversi ambiti in cui il concetto ha trovato applicazione esso ha assunto accezioni diverse che presentano, però, un elemento comune: il capitale sociale è una risorsa fondata sull'esistenza non di risorse strettamente personali, quanto di un qualche tipo di relazioni e/o di norme sociali.

Nel presente contributo, il capitale sociale, a livello regionale, è stato stimato ricorrendo all'utilizzo dei seguenti indicatori:

- persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto una riunione in associazioni culturali, eccetera almeno una volta l'anno;
- persone di 14 anni e più che parlano di politica tutti i giorni;
- persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto un'attività gratuita per associazioni volontariato;
- persone di 3 anni e più che praticano sport in modo continuativo;
- persone di 14 anni e più molto soddisfatte, per l'anno scorso, del tempo libero;
- persone di 14 anni e più molto soddisfatte, per l'anno scorso, delle loro relazioni familiari;
- persone di 14 anni e più molto soddisfatte, per l'anno scorso, delle relazioni con amici.

L'informazione delle variabili è stata ridotta attraverso l'analisi fattoriale.

L'analisi, condotta sulla matrice di correlazione delle variabili manifeste (data la proprietà di invarianza per cambiamenti di scala del modello di analisi fattoriale) ha portato alla selezione di due fattori, con autovalori, e quindi varianza, superiori ad 1, in grado di riprodurre, nel loro complesso, l'86% della varianza totale del fenomeno.

Tabella 1.3 - Varianza totale spiegata

Fattore	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori non ruotati			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
1	5,316	75,942	75,942	5,218	74,542	74,542	4,423	63,184	63,184
2	1,102	15,740	91,682	0,801	11,447	85,989	1,596	22,805	85,989
3	0,240	3,424	95,106						
4	0,199	2,846	97,952						
5	0,105	1,503	99,455						
6	0,025	0,352	99,807						
7	0,014	0,193	100,000						

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

Da una prima esplorazione della matrice fattoriale ruotata possiamo osservare la correlazione tra le singole variabili e fattori latenti.

In particolare sono stati individuati due fattori principali: il primo spiega il 63,2% della varianza totale ed è collegato essenzialmente al livello di “senso civico” presente nella popolazione, mentre il secondo spiega il 22,8% della varianza totale ed è legato alle “attività culturali”.

Tabella 1.4 - Matrice fattoriale ruotata

	Fattore	
	1	2
CS_Riunioni_associazioni culturali, ecc.	0,994	0,045
CS_Attività gratuita per associazioni volontariato	0,912	0,213
CS_Sport	0,824	0,336
CS_Parlano di politica	0,052	0,743
CS_Molto soddisfatti_Relazioni familiari	0,682	0,688
CS_Molto soddisfatti_Relazioni con amici	0,754	0,595
CS_Molto soddisfatti_Tempo libero	0,941	0,238

Metodo estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

1.4 La deprivazione “acquisita”

L'ultimo indicatore stimato è legato al concetto di deprivazione “acquisita”. Solo fino a pochi anni fa, il concetto di povertà raccoglieva quella fascia della popolazione al di sotto di un livello economico calcolato sulla base di due distinte soglie convenzionali: una soglia “relativa”, determinata annualmente rispetto alla spesa media mensile pro-capite per consumi delle famiglie e una soglia “assoluta”, basata sul valore monetario di un paniere di beni e servizi essenziali aggiornato ogni anno tenendo conto della variazione dei prezzi al consumo.

Attualmente la popolazione che si trova sulla soglia di povertà è largamente aumentata ed il concetto di nuove povertà descrive più genericamente la condizione secondo la quale una persona, all'interno di un contesto socioeconomico e relazionale definito, vive i presupposti dell'esclusione e della marginalizzazione. In questa ottica, la povertà non può essere più definita unicamente come scarsità di denaro, ma piuttosto come un fenomeno multidimensionale in quanto determinato da una molteplicità di altri fattori, legati non solo alla sfera economica, ma anche a quella sociale e culturale.

Nel nostro Paese esiste ormai una maggiore sensibilità a queste tematiche e di conseguenza cominciano ad essere più frequenti le analisi che prendono in considerazione lo studio di “indici di deprivazione”.

Gli indici di deprivazione sono strumenti utili anche a fornire una misurazione del fabbisogno di un determinato ambito territoriale/regionale, indicando uno stato di svantaggio in relazione alle condizioni di vita della comunità, alle quali un individuo, una famiglia o un gruppo appartengono.

Sintetizzando le caratteristiche socio-economiche a livello regionale, gli indici di deprivazione rilevano lo “svantaggio” inteso nelle sue diverse dimensioni, su base aggregata. Tali misure,

inoltre, esprimono e rispecchiano le condizioni di vita, seppure approssimativamente, sia in termini di disagio economico-materiale, sia in termini di svantaggio culturale, sociale e di classe.

Evidentemente nella deprivazione possono rientrare elementi di carenza del capitale umano e sociale: nel presente contributo si è, quindi, circoscritto il concetto (per evitare sovrapposizioni con gli indicatori di capitale umano e sociale sopra descritti) alla deprivazione materiale “acquisita”, utilizzando i seguenti indicatori:

- tasso di disoccupazione (15 anni e più);
- licenza elementare, nessun titolo di studio;
- indice di dipendenza degli anziani;
- nuclei familiari monogenitori;
- indice di affollamento medio nelle abitazioni;
- tasso di disabilità 6 anni e più;
- incidenza delle famiglie povere.

L'analisi fattoriale, in questo caso, ha portato alla selezione di tre fattori, in grado di riprodurre, nel loro complesso, l'82,3% della varianza totale.

Il primo fattore latente estratto spiega il 34,4% della varianza totale e fornisce un'indicazione

Tabella 1.5 - Varianza totale spiegata

Fattore	Autovalori iniziali			Pesi dei fattori non ruotati			Pesi dei fattori ruotati		
	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata	Totale	% di varianza	% cumulata
1	3,474	49,631	49,631	3,323	47,475	47,475	2,408	34,394	34,394
2	1,590	22,708	72,339	1,470	20,995	68,469	2,345	33,500	67,894
3	1,226	17,520	89,859	0,969	13,839	82,308	1,009	14,414	82,308
4	0,362	5,178	95,038						
5	0,214	3,054	98,092						
6	0,086	1,235	99,327						
7	0,047	0,673	100,000						

Metodo di estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

dei problemi di sostenibilità legati alla composizione per età della popolazione; il secondo spiega il 33,5% della varianza totale e rappresenta la disabilità mentre il terzo fattore spiega il 14,4% della varianza totale e rappresenta la nuova struttura familiare ovvero le “famiglie monogenitore”.

Tabella 1.6 - Matrice fattoriale ruotata

	Fattore		
	1	2	3
D_Licenza elementare, nessun titolo	0,224	0,755	-0,318
D_Dipendenza anziani	-0,904	0,182	0,248
D_Nuclei familiari-Monogenitori	0,009	-0,027	0,872
D_ID_Affollamento nelle abitazioni	0,719	0,158	0,142
D_Tasso di disoccupazione (15 anni e più)	0,709	0,619	0,135
D_Tasso di disabilità 6+ M_F_2005	-0,085	0,958	0,181
D_Incidenza delle famiglie povere_09	0,716	0,644	-0,116

Metodo estrazione: Fattorizzazione dell'asse principale.

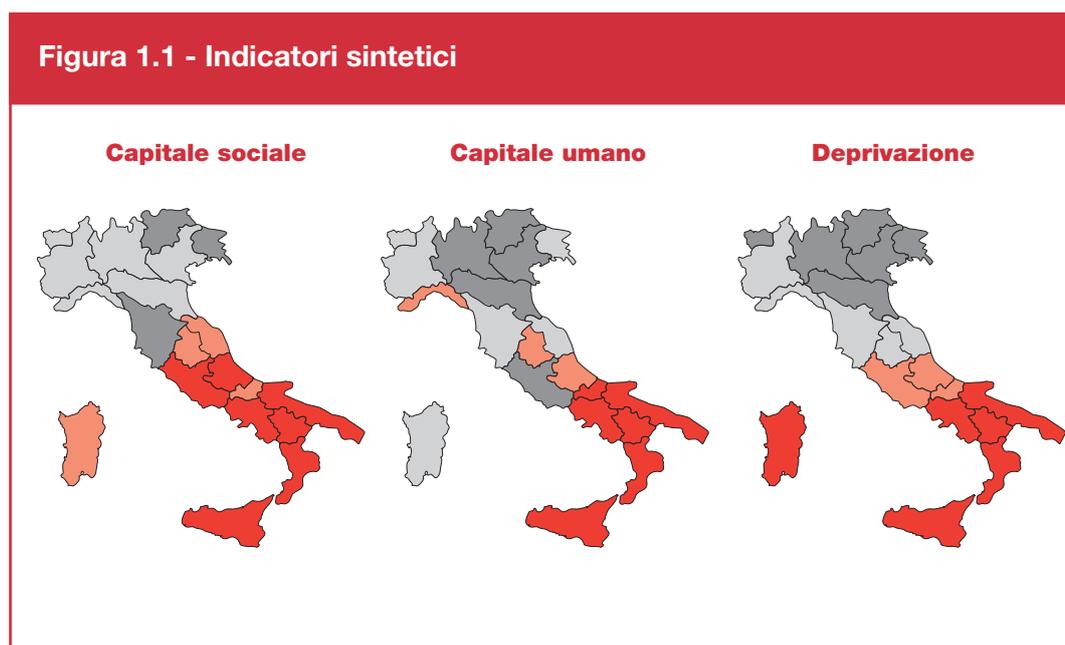
1.5 Indicatori sintetici

Per ottenere, per ogni dimensione del fenomeno precedentemente illustrato, indicatori sintetici utilizzabili per le analisi successive, si è proceduto costruendo una sintesi dei punteggi regionali sui vari fattori latenti estratti; tale sintesi è stata condotta sommando i punteggi regionali dei fattori latenti, ponderando i punteggi in base alla percentuale di varianza spiegata da ciascun fattore.

Tabella 1.7 - Indicatori pesati

Regioni	Capitale sociale	Capitale umano	Deprivazione
Piemonte	30,2	16,7	-23,2
Valle d'Aosta	20,5	1,5	-57,4
Lombardia	124,2	15,5	-55,8
P.A. Bolzano	108,5	210,6	-64,2
P.A. Trento	52,2	157,8	-100,3
Veneto	41,3	28,5	-51,5
Friuli V. G.	38,9	72,0	-42,2
Liguria	-5,8	0,9	-9,8
Emilia Romagna	48,9	22,6	-60,0
Toscana	39,1	36,5	-25,7
Umbria	-3,2	-2,6	-9,5
Marche	5,8	-10,2	-25,6
Lazio	108,5	-44,4	25,6
Abruzzo	-4,7	-64,7	2,7
Molise	-73,8	-28,2	23,5
Campania	-118,5	-129,7	103,9
Puglia	-115,2	-93,8	68,9
Basilicata	-129,1	-48,9	64,6
Calabria	-82,7	-55,5	71,0
Sicilia	-107,0	-76,9	100,4
Sardegna	21,8	-7,7	64,9

Nella tabella precedente i valori con segno negativo/positivo indicano uno svantaggio/vantaggio (per la deprivazione i segni ovviamente vanno letti all'opposto) regionale rispetto alla media nazionale (posizionata in corrispondenza del valore zero). Dall'analisi della tabella appare immediatamente riprodotta la situazione di svantaggio del meridione.



1.6 Fattori di contesto e impatto sul sistema sanitario

Come premesso lo scopo dell'analisi è quello di analizzare la relazione fra fattori di contesto e alcune variabili che caratterizzano i sistemi sanitari a livello regionale. A tale proposito sono state analizzate le seguenti variabili:

- speranza di vita alla nascita per sesso;
- spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione pesata;
- tasso di ricovero DRG a rischio di inappropriatelyzza (Acuti in regime ordinario);
- tasso di mortalità standardizzato per sesso;
- tasso standardizzato di almeno una malattia cronica grave;
- risultato di esercizio netto SSR;
- disavanzi regionali lordi.

Prima di passare ad un tentativo di interpretazione dei risultati, va premesso che la questione del nesso causale fra salute e condizioni socio-economiche in letteratura rimane irrisolta: in altri termini non è dato affermare se la maggiore/minore salute sia attribuibile alle condizioni di svantaggio, o viceversa la maggiore/minore salute predica condizioni di svantaggio.

Con i caveat sopra esposti, si è stimato un modello di regressione per isolare i potenziali contributi netti dei fattori di contesto alla spiegazione dei diversi livelli regionali nelle variabili analizzate.

Per ciascuna variabile il modello è stato definito utilizzando una procedura di tipo *stepwise backward*. Inizialmente tutte le variabili sono state incluse nell'equazione, e via via eliminate in base all'effetto stimato sulla variabile dipendente, al netto dell'influenza che ciascuna di esse condivide con le altre. I risultati mostrano come la speranza di vita alla nascita, sia per gli uomini sia per le donne, aumenti all'aumentare del capitale sociale; all'aumentare della spesa sanitaria pro-capite diminuisce il capitale sociale e la deprivazione "acquisita"; il rischio di inappropriata aumenta all'aumentare della deprivazione "acquisita".

La mortalità per i maschi diminuisce all'aumentare del capitale sociale e della deprivazione, mentre per le femmine diminuisce all'aumentare del capitale sociale e aumenta all'aumentare del capitale umano; la cronicità aumenta con la condizione di deprivazione.

In generale, la deprivazione "acquisita", ovvero depurata da elementi riconducibili al capitale umano e al capitale sociale, incide sui costi del sistema: aumenta, infatti, il rischio di inappropriata dei ricoveri ed è anche associata ai disavanzi delle Regioni; risulta per completezza anche associata ad una minore spesa pesata pro-capite, fatto spiegabile in relazione ai meccanismi vigenti di riparto regionale delle risorse, tale per cui si osserva nel Sud una spesa sanitaria normalmente inferiore rispetto al resto del Paese.

La deprivazione comporta ancora maggiore cronicità, presumibilmente per effetto di una offerta maggiormente inappropriata.

Il capitale sociale è principalmente associato alle variabili che misurano lo stato di salute.

Il capitale umano, infine, è molto legato alla condizione economica.

1.7 Conclusioni

Lo scopo del presente lavoro è essenzialmente metodologico ed ha come obiettivo quello di approfondire il ruolo dei fattori di "contesto" che caratterizzano le popolazioni nella spiegazione dei *gap di performance* che si riscontrano a livello di sistemi regionali.

La tabella seguente riassume i risultati raggiunti.

Tabella 1.8 - Risultati

Var. dipendente	Capitale umano	Capitale sociale	Deprivazione acquisita
Speranza di vita alla nascita_M		++	
Speranza di vita alla nascita_F		+++	
Spesa sanit. p.c pop. pesata		---	--
Tasso di ricovero a rischio inap.			++
Tasso di Mortalità std_ M		---	-
Tasso di Mortalità std_ F	+	---	
Tasso std almeno una malattia cronica grave			+++
Risultato di esercizio netto SSR	---		---
Disavanzi regionali lordi	++		++

++ +/- ---: Sig. al 100%
 + +/- -: Sig. al 99%
 +/-: Sig tra il 92% ed il 93%

A tal fine sono stati elaborati indicatori sintetici per rappresentare il capitale sociale, il capitale umano e la deprivazione “acquisita”.

Per non lasciare l’esercizio metodologico fine a se stesso, gli indicatori sono poi stati regrediti su alcune variabili che caratterizzano i sistemi sanitari regionali.

Appare indubbio che il contesto abbia un impatto significativo sui sistemi sanitari; la deprivazione che è al centro del dibattito recente sul riparto delle risorse effettivamente sembra assumere un ruolo preminente in tema di impatto sulle variabili di performance economica, anche se considerato al “netto” delle componenti riconducibili al capitale umano e sociale.

Di contro il capitale sociale, ancor più di quello umano, sembra rilevante nell’impatto sugli esiti, intesi qui come aspettativa di vita alla nascita e mortalità.

Più ambiguo risulta il contributo del capitale umano, almeno in un approccio, quale quello utilizzato, che non analizza le differenze individuali quanto quelle regionali, ovvero quelle medie di sistema: questo aspetto necessita di maggiori approfondimenti; in prima battuta può, però, ipotizzarsi che le differenze di capitale umano siano di fatto immunizzate dall’impostazione solidaristica a fondamento del SSN italiano, e che quindi non determinino impatti aggregati (a livello regionale) significativi.

APPENDICE 1.1

L’analisi fattoriale ha come obiettivo quello di riassumere l’informazione contenuta in una matrice di correlazione o di covarianza individuando un insieme di dimensioni latenti, non direttamente osservabili, che spiegano il legame osservato (in termini di covarianza tra le variabili manifeste, cioè direttamente osservabili (Stevens, 1986).

Tra i diversi metodi di estrazione dei fattori, si è deciso di utilizzare il metodo dei fattori principali: in questo caso, il processo di estrazione dei fattori è un processo iterativo che parte dalla ricerca degli autovalori della matrice di correlazione ridotta (i cui elementi diagonali sono le stime delle comunalità ricavate dai quadrati dei coefficienti di correlazione multipla tra ciascuna variabile e le restanti), e che, aggiornando le stime delle comunalità attraverso le stime dei pesi fattoriali, termina quando non si registrano più apprezzabili variazioni nelle stime delle comunalità stesse. Per sintetizzare, il metodo dei fattori principali è assimilabile ad un metodo dei minimi quadrati alternati e presenta numerosi punti in comune con il metodo di estrazione utilizzato nell’ambito dell’analisi in componenti principali. Se si ipotizza che i fattori siano ortogonali, cioè non correlati tra di loro, i pesi fattoriali rappresentano i coefficienti di correlazione tra ciascun fattore latente e ciascuna variabile manifesta. Spesso queste relazioni non sono facilmente interpretabili poiché i fattori risultano correlati con molte variabili. Per tale motivo è stato utile procedere ad una rotazione ortogonale degli assi che permette di produrre una struttura più semplice e di evidenziare i fattori più importanti. Tale procedimento è giustificato dal fatto che, per costruzione, l’analisi dei fattori è invariante per rotazioni ortogonali, ossia la matrice dei *factor loading* è identificabile a meno di una rotazione ortogonale. Per effettuare la rotazione degli assi si è scelto il metodo *Varimax* che procede a trovare la rotazione che rende massima la varianza dei pesi fattoriali al quadrato per ciascun fattore, nel tentativo, quindi, di “spingere” alcuni pesi verso zero (in valore assoluto) ed altri verso uno (in valore assoluto). Questo procedimento permette di “semplificare” la struttura stimata, associando ad uno stesso fattore il minor numero di variabili possibile. In questo senso, la procedura di rotazione serve a sem-

plificare la struttura fattoriale stimata. Alla fine gli indicatori sintetici ottenuti sono rappresentati dal valore dell'indice è il punteggio fattoriale; che rappresenta la collocazione di ciascuna unità di riferimento nello spazio di rappresentazione individuato dai «fattori» estratti, che sintetizzano le informazioni contenute negli indicatori parziali.

APPENDICE 1.2

Approfondimenti sul quadro di riferimento demografico e socio-economico

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

• Popolazione

Popolazione residente
Popolazione residente. Proiezioni
Popolazione residente. Variazioni %
Popolazione straniera residente
Popolazione straniera. Proiezioni
Popolazione straniera residente. Variazioni %
Tassi regionali di incremento naturale. Valori per residenti
Tassi regionali di incremento naturale. Proiezione
Struttura per età e sesso popolazione
Struttura per età e sesso popolazione. Proiezioni
Composizione popolazione per classi di età
Età media della popolazione.
Età media della popolazione. Proiezione
Età media della popolazione straniera.
Quota popolazione regionale over 65.
Quota popolazione regionale over 65. Proiezioni
Quota popolazione regionale over 75.
Quota popolazione regionale over 75. Proiezioni
Indice regionale di dipendenza degli anziani.
Indice regionale di dipendenza degli anziani. Proiezioni
Indice regionale di invecchiamento.
Indice regionale di invecchiamento. Proiezioni
Indice regionale di dipendenza strutturale.
Indice regionale di dipendenza strutturale. Proiezioni
Speranza di vita alla nascita per sesso

• Natalità & mortalità

Nati
Nati. Variazioni %

Nati. Proiezioni
Nati. Proiezioni. Variazioni %
Tasso generico di natalità.
Tasso generico di natalità. Proiezioni
Morti
Morti. Variazioni %
Morti. Proiezioni
Morti. Proiezioni. Variazioni %
Tasso generico di mortalità.
Tasso generico di mortalità. Proiezioni
Tassi regionali di mortalità perinatale.
Tassi regionali di mortalità infantile
Mortalità regionale standardizzata per genere.
Giornate di vita perdute per mortalità evitabile
Tassi di mortalità evitabile regionale per tipo di intervento.

• **Struttura familiare**

Famiglie e numero medio di componenti.
Coppie e genitori soli con figli.
Coppie senza figli.
Famiglie di 5 componenti e più.
Famiglie con aggregati o più nuclei.
Persone sole.
Persone sole di 60 anni e più.

• **Istruzione**

Popolazione residente per titolo di studio.
Tasso di passaggio dalla scuola secondaria di secondo grado.
Tasso di iscrizione all'università

• **Quadro economico**

PIL nominale
PIL nominale. Variazioni %
PIL reale.
PIL reale. Variazioni %
PIL pro-capite.
Debito pubblico su PIL.
Debito pubblico su PIL. Variazioni %
Debito pubblico su PIL. Paesi dell'Unione Europea.
Debito pubblico su PIL. Paesi dell'Unione Europea. Variazioni %
Tasso di occupazione.
Tasso di occupazione per sesso.
Tasso di disoccupazione.

Tasso di disoccupazione per sesso.
Forze di lavoro.
Forze di lavoro per sesso.
Persone in cerca di occupazione.
Persone in cerca di occupazione per sesso.
Tasso di inattività.
Tasso di inattività per sesso.

• **Consumi delle famiglie**

Consumi delle famiglie.
Consumi delle famiglie: composizione percentuale
Consumi delle famiglie: composizione per quintile di consumo in €
Consumi sanitari delle famiglie: composizione per quintile di consumo
Consumi sanitari delle famiglie
Consumi sanitari delle famiglie: composizione percentuale
Consumi sanitari delle famiglie: composizione per quintile di consumo in €
Consumi sanitari delle famiglie: composizione per quintile di consumo percentuale
Consumi sanitari delle famiglie: incidenza sul totale per quintile di consumo.

• **Stato di povertà delle famiglie**

Famiglie povere
Famiglie povere: composizione per tipologia di famiglia



Capitolo 2

1 Contesto

*Epidemiologico:
misurare le interrelazioni
tra le dinamiche
demografiche ed il
quadro socio-economico
per programmare
l'assistenza futura*

2 - Contesto Epidemiologico: misurare le interrelazioni tra le dinamiche demografiche ed il quadro socio-economico per programmare l'assistenza futura

Diana Giannarelli¹, Letizia Rossella Mancusi²

2.1. Introduzione

Obiettivo dell'epidemiologia è quello di studiare la dimensione delle malattie attraverso la valutazione della frequenza che queste hanno nelle popolazioni, nonché la stima della probabilità che questa si sviluppi anche in relazione a specifici fattori di rischio. In particolare, l'analisi nel tempo e nello spazio di differenti gruppi di popolazione, possono far emergere specifiche condizioni: ambientali, occupazionali, sociali o specifici stili di vita, individuabili come fattori di rischio strettamente correlati al manifestarsi di particolari condizioni di morbilità.

L'epidemiologia rappresenta uno strumento prezioso nella definizione e pianificazione delle politiche strategiche dei sistemi sanitari.

L'insieme degli indicatori epidemiologici, considerati come aspetti di un unico fenomeno, permettono per patologia, o gruppi omogenei di patologie, di descrivere e valutarne i costi sanitari e quelli sociali. Obiettivo più ambizioso è quello di stimare, in funzione delle dinamiche demografiche, ambientali e di contesto, anche la loro possibile evoluzione nel tempo.

Il presente contributo esperisce un tentativo in tal senso, utilizzando alcune evidenze epidemiologiche disponibili nel nostro Paese, ponendole in relazione al contesto economico e sociale, sia attuale che in prospettiva.

2.2. Il contesto attuale

Il futuro demografico del nostro Paese, confermato dalle ultime previsioni Istat (Istat, 2011), è destinato ad essere caratterizzato da un progressivo ed inesorabile invecchiamento, con un significativo incremento dei "grandi vecchi" e più in generale dei "soggetti fragili". Inoltre, lo scenario che si prospetta, sia a medio che a lungo termine, non risulta omogeneo a livello nazionale, penalizzando, come prevedibile, le aree già oggi economicamente più deboli ed arretrate. Da una parte si conferma, infatti, una generalizzata dinamica negativa del saldo naturale della popolazione (differenza tra nascite e decessi), mentre si rafforzano le tendenze, differenziate per area geografica, dei saldi migratori sia interni che esterni, fino ad arrivare ad un saldo totale in prospettiva negativo per il Sud Italia e le Isole. Queste dinamiche vedranno una accelerazione a medio termine, è infatti entro i prossimi 20-30 anni che migreranno dalla popolazione in età attiva, trasferendosi in quella anziana, le numerose generazioni del "baby-boom", ossia i nati negli anni tra il 1960 ed il 1975.

¹Regina Elena Cancer Institute

²CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

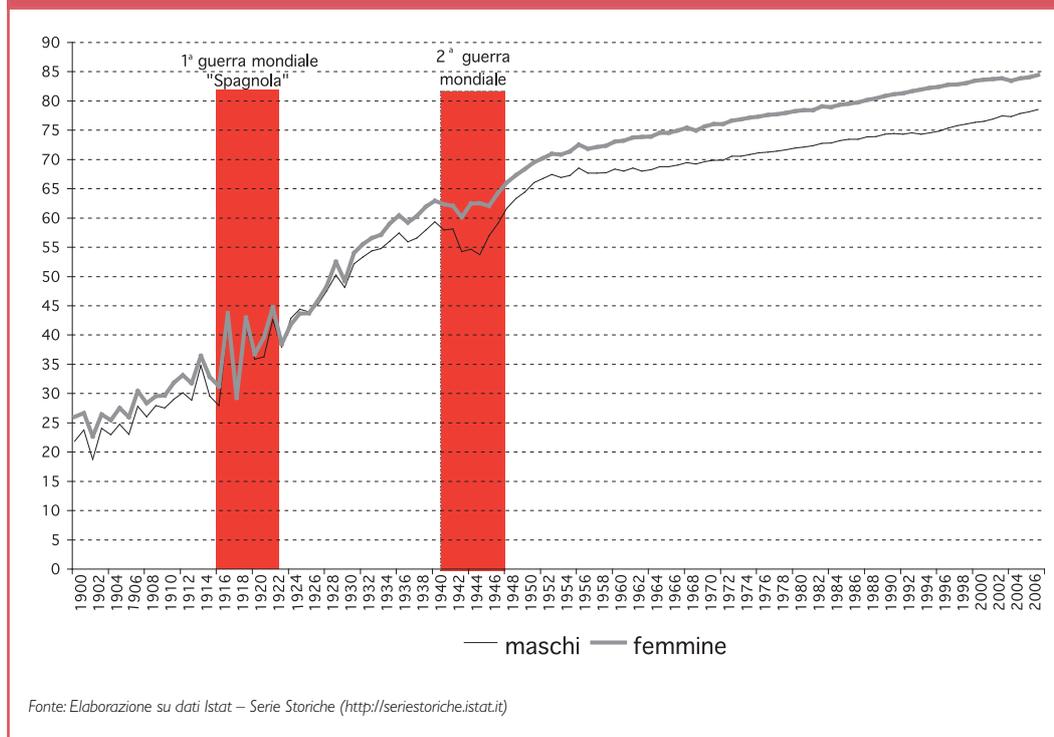
L'analisi dell'evoluzione dell'indice di dipendenza degli anziani, oggi pari, a livello nazionale, a circa 31 individui ultra-sessantaquattrenni per 100 di età compresa tra i 15 e i 64 anni, in progressivo e lineare incremento, è quindi destinato a subire un netto aumento a partire dal 2020-25. La crescita del rapporto "anziani-attivi" risulta inoltre, anche per quanto ribadito sopra, maggiormente marcata nelle Regioni del Mezzogiorno. Nel Sud e nelle Isole, dove oggi si rilevano livelli di questo indice relativamente più bassi del resto d'Italia (rispettivamente, 27 e 28%), si evidenziano previsioni a medio e lungo termine che indicano valori nettamente più elevati che nel resto del Paese, con delle punte massime prossime al 70%.

La diretta conseguenza sul contesto epidemiologico di tali dinamiche demografiche è l'incremento, sia in valore assoluto che relativo, delle patologie cronico-degenerative e conseguentemente della disabilità, e questo si accompagna ad una modificazione sostanziale del contesto sociale, che si va via via determinando con ripercussioni dirette sui sistemi socio-sanitari, la loro organizzazione e sostenibilità. In particolare, uno dei riflessi più evidenti è dovuto alla progressiva riduzione del supporto familiare nell'assistenza ai soggetti fragili, supporto che ancora oggi svolge un ruolo sussidiario di significativa importanza e che riesce in parte a colmare le carenze. Tale riduzione è direttamente proporzionale al numero di figli per anziano, valore destinato ad una rapida decrescita alla quale si accompagna il previsto progressivo ampliamento della popolazione a rischio o sotto la soglia di povertà.

2.3. L'evoluzione storica

Approfittando del patrimonio informativo che l'Istat ha reso fruibile, in occasione del 150° anniversario dell'Unità d'Italia, mettendo a disposizione l'archivio della statistica italiana, nella presente sezione si cerca di evidenziare alcune dinamiche evolutive sia da un punto di vista demografico che epidemiologico che possano aiutare a comprendere l'attuale contesto nazionale. La figura 2.1 riporta la distribuzione nel tempo dell'età mediana alla morte per sesso. Al di là delle contingenze riconducibili sia ai conflitti bellici che alla pandemia influenzale della "spagnola", risulta evidente il netto incremento di tale indice fino alla seconda guerra mondiale. Agli inizi del secolo il 50% dei decessi avvenivano in soggetti con meno di 22 anni per gli uomini e con meno di 26 anni nelle donne, risultato della drammatica mortalità infantile e neonatale; si pensi che solo 20 anni prima il 50% dei decessi avveniva prima dei 6 anni per i maschi e prima dei 9 per le femmine. Il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie portano questo valore a raddoppiarsi solo dopo 30 anni, superato il periodo del secondo conflitto mondiale; l'incremento di tale indicatore mantiene la stessa rapidità fino agli anni '60, per poi continuare comunque a crescere, anche se in modo meno netto. In ogni caso nel 2007 il 50% dei decessi avveniva dopo i 78 anni di età per i maschi e dopo gli 84 anni nelle femmine.

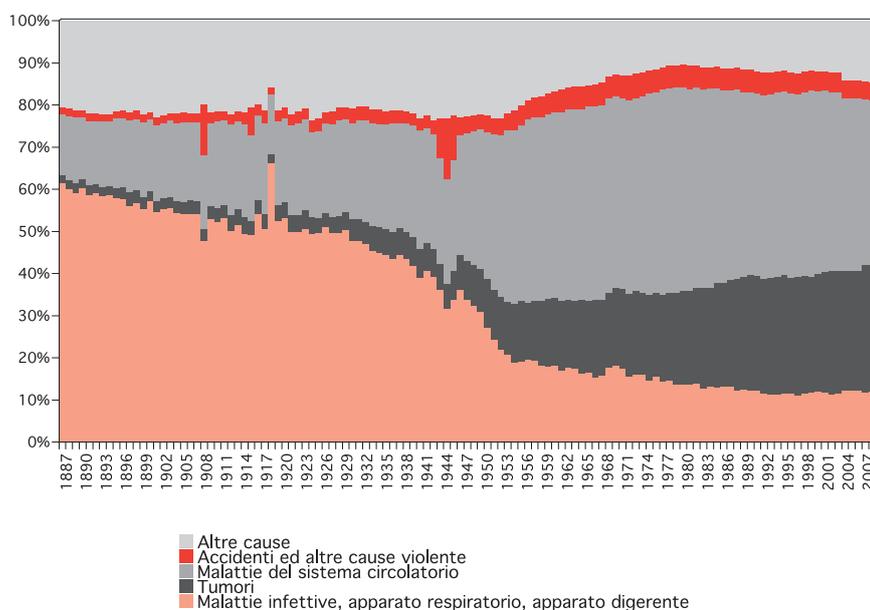
Figura 2.1 - Età mediana alla morte per sesso - Italia 1900-2007



Un altro punto di vista da cui esaminare il fenomeno sopra descritto è l'analisi delle cause di morte.

La figura 2.2 riporta la distribuzione percentuale per grandi cause di morte dei decessi in Italia dal 1887 al 2007.

Figura 2.2 - Cambiamenti nel contributo alla mortalità totale per gruppi di cause - Italia - 1887-2007³



Fonte: Elaborazione su dati Istat - Serie Storiche (<http://seriestoriche.istat.it>)

Il fenomeno più significativo è da una parte la mortalità per malattie del sistema circolatorio e per tumori che passa dal 16% ad oltre il 70% delle cause di morte, e dall'altra la netta riduzione della proporzione di decessi legati alle malattie infettive. Tale fenomeno si evidenzia con nettezza, amplificando marcatamente il trend, dopo la seconda guerra mondiale, con la progressiva introduzione su larga scala degli antibiotici e delle campagne vaccinali. Si evidenzia inoltre che, per quanto in lieve incremento, risulti più stabile la quota di mortalità dovuta ad accidenti ed a cause violente: le due anomalie che si rilevano nel 1908 e negli anni

³ L'elaborazione è stata effettuata a partire dalle serie storiche Istat "Morti e tassi grezzi di mortalità per principali gruppi di cause - Anni 1881-2007" (<http://seriestoriche.istat.it>). Il grafico riporta il contributo alla mortalità totale delle cause di morte. Al fine di rendere più agevole la lettura dei dati, rispetto alle cause di morte disponibili, si è proceduto a raggruppare con le malattie infettive anche le malattie dell'apparato respiratorio e digerente, in quanto come causa diretta di morte, soprattutto fino all'introduzione degli antibiotici, erano in gran parte riconducibili a stati morbosi di tipo infettivo. Si è inoltre proceduto ad una stima della quota di accidenti cerebrovascolari, ricomprendendoli nelle malattie del sistema circolatorio per gli anni precedenti al 1968. In tale anno infatti il cambiamento della classificazione delle cause nosologiche ha determinato una significativa riclassificazione di tali patologie nella categoria "Malattie del sistema circolatorio". Si ricorda che i dati non comprendono: per gli anni dal 1915-1918 i decessi avvenuti in zona di operazioni di guerra e in territorio straniero; per gli anni 1917-1918, i civili morti nei territori delle Province venete invase; per gli anni 1935-1939 i deceduti nelle guerre o a causa delle guerre di Africa e Spagna; per gli anni 1940-1945 i deceduti in zone di guerra e in territorio straniero.

1943-45 sono determinate la prima dal terremoto di Messina e Reggio Calabria, mentre la seconda dai morti civili della seconda guerra mondiale. In particolare nel 1944 i decessi per accidenti e cause violente rappresentavano ben il 14,5% del totale contro una media, prima e dopo tale periodo, tra il 3 ed il 4%. Per quanto riguarda le malattie infettive l'anomalia più evidente si rileva in corrispondenza del 1918 ed è dovuta alla terribile pandemia influenzale nota come "spagnola", che tra il 1918 e il 1919, sebbene non sia mai stato possibile quantificarne con esattezza né il numero delle vittime né quello degli infettati, si stima che abbia contagiato nel mondo un miliardo di individui, uccidendone venti mil. In Italia "la spagnola", che raggiunse l'apice tra l'autunno del 1918 e la primavera del 1919, e si valuta abbia causato tra i 400.000 ed i 600.000 decessi.

2.4. Riflessioni su un caso emblematico

Le malattie cardiovascolari, l'ictus ed i tumori, rappresentano oggi in Italia, come sopra già detto, oltre i due terzi del totale della mortalità e nel sistema sanitario consumano la maggior parte delle risorse disponibili. L'obiettivo primario in termini di programmazione dovrebbe essere quello di ricercare evidenze che si interconnettano per patologia, mortalità, morbilità e disabilità, nel quadro complessivo delle dinamiche demografiche. In particolare sarebbe interessante verificare se corrispondentemente a cambiamenti nei livelli specifici di mortalità, si rilevi un coerente declino o incremento della morbosità, sia di tipo quantitativo, che qualitativo: inteso quest'ultimo come età all'insorgenza della patologia e soprattutto in anni di vita privi di disabilità; questo anche in considerazione del contesto clinico in continua evoluzione, soprattutto per quanto riguarda le tecnologie biomediche, con ripercussioni rilevanti sui costi e con rischi crescenti di significativa variabilità nella pratica medica a livello territoriale. Tale condizione, tendenzialmente, vedrebbe crescere i costi per la salute, anche in considerazione di una modificazione sociale dei bisogni, in funzione dell'evoluzione nei Paesi occidentali del concetto stesso di "salute" e comunque in circostanze di generalizzata riduzione delle risorse disponibili.

Un obiettivo così ambizioso si scontra però con la frammentarietà delle informazioni, il loro mancato aggiornamento e monitoraggio, l'interruzione di progetti significativi, utili solo se periodicamente validati.

A riprova di questo si riporta l'esempio fortemente indicativo dell'ictus.

Le linee guida italiane SPREAD (*Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion*, V edizione, 2007), pur evidenziando la significativa variabilità dei tassi di incidenza e prevalenza rilevati da studi sia nazionali che internazionali, al fine della stima dei casi incidenti e prevalenti, si rifanno primariamente allo studio ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*), effettuato nel 1992-1993 a cura del CNR su 5.632 soggetti di età tra i 65 e gli 85 anni e ad altri studi italiani per le altre fasce di età.

Applicando tali indici sulla popolazione italiana residente al 31.12.2009, i casi incidenti risultano oltre 220 mila, di cui 44 mila recidive, ed in oltre un milione il numero di soggetti che hanno avuto un ictus e ne sono sopravvissuti, con esiti più o meno invalidanti (Tabella 2.1).

Tabella 2.1 - Ictus stima di prevalenza ed incidenza - Italia – 2009

Classi di età	Popolazione 2010	Tassi di prevalenza (%)	Soggetti con ictus	Tassi di incidenza (%)	Nuovi ictus
<45	32.236.211	0,065	20.954	0,01	3.224
45 - 54	8.452.805	0,41	34.657	0,08	6.762
55 - 64	7.270.894	1,275	92.704	0,25	18.177
65 - 74	6.212.145	4,5	279.547	0,84	52.182
75 - 84	4.355.457	8,796	383.106	2,22	96.691
>=85	1.517.556	16,185	245.616	3,24	49.169
Totale	60.047.078		1.056.583		226.205

Fonte: Elaborazione su dati Istat per la popolazione residente al 1 gennaio 2009 – Indici di incidenza e prevalenza Linee Guida SPREAD V ed. 2007

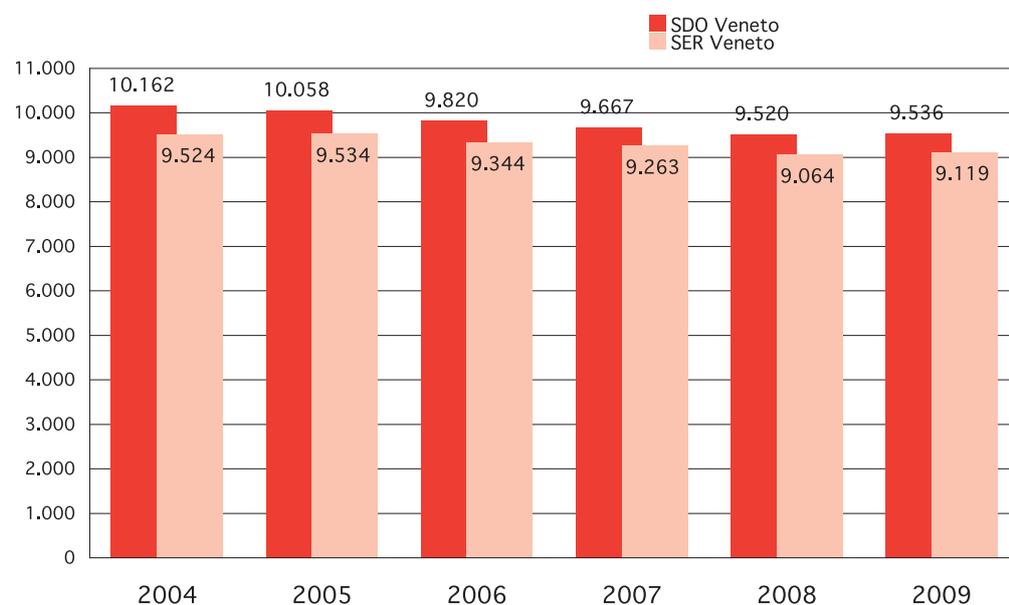
Parallelamente, le dinamiche demografiche nel nostro Paese evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione, e i due fenomeni dovrebbero portare ad un aumento significativo della casistica. In particolare, assumendo l'evoluzione della popolazione italiana così come prevista dall'Istat e proiettando su questa i tassi di incidenza e prevalenza riportati in tabella, nel 2030 l'incremento rispetto al dato 2010 risulta essere di circa il 40% e dell'80% nel 2050, con una casistica di soggetti prevalenti rispettivamente di 1,5 e 2 mil. e di nuovi casi di ictus annui di 320 mila e 420 mila.

D'altra parte, poiché l'ictus nella quasi totalità dei casi determina un ricovero ospedaliero in acuzie, il tasso di ospedalizzazione per tale patologia può rappresentare una verifica indiretta della verosimiglianza dei casi incidenti stimati, ottenuti proiettando sulla popolazione nel tempo l'indice originato dallo studio ILSA. Evidentemente, l'estrazione dalle sole schede di dimissione ospedaliera sottostima il fenomeno, per la quota di eventi cerebrovascolari che determinano il decesso del paziente fuori dal ricovero ospedaliero, compresi i decessi in Pronto Soccorso che non generano scheda SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Pertanto si è proceduto alla selezione dei ricoveri ordinari per diagnosi principale, secondo i codici utilizzati dal Servizio Epidemiologico Regionale Veneto⁴, anche al fine di avere un riferimento attendibile verso il quale confrontare i risultati. Si riportano in Figura 2.3 i risultati dell'estrazione effettuata sul flusso SDO ed i dati pubblicati dal SER Veneto (SER, 2011). L'estrazione effettuata su flusso SDO risente dell'impossibilità, dato il tracciato disponibile ridotto, di eliminare, come effettuato dal SER Veneto, sia i trasferimenti tra ospedali per acuti (evento frequente soprattutto per gli ictus di tipo emorragico), che le riammissioni, con stessa diagnosi, avvenute entro 28 giorni dalla data del primo ricovero, di norma ricondotti allo stesso evento. Questo giustifica il valore costantemente più elevato dei dati estratti dalle schede SDO, rispetto al riferimento; in particolare si riscontra uno scarto massimo del 7% (638 casi) nel 2004, che si assesta negli anni successivi intorno al 5% (417 nel 2009). Da una verifica per tipologia di ictus, nei sei anni considerati, si evidenzia che tra il 74 e 80% dei casi in *surplus* sono riconducibili ad ictus di tipo emorragico.

⁴ Codici diagnosi principale ICD IX CM: 430, 431, 434x1, 436

Figura 2.3 - Ictus: Ospedalizzazione - Regione Veneto – 2004-2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

SER Veneto (L'ospedalizzazione nel Veneto dal 2000 al 2009; SER luglio 2011)

Ritenendo comunque lo scarto evidenziato per la Regione Veneto ammissibile ed atteso, i dati di ospedalizzazione per ictus sono stati confrontati con le stime di incidenza secondo lo studio ILSA.

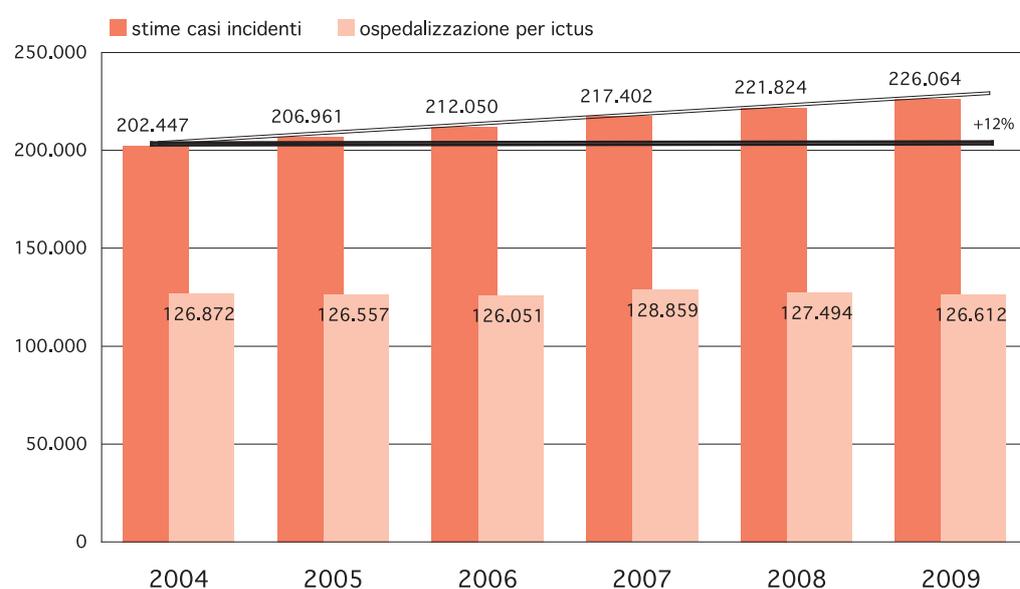
In Figura 2.4 si riportano i dati relativi sia alle stime dei casi incidenti di ictus negli anni 2004-2009 utilizzando gli indici di incidenza così come riportati in tabella 2.1, che i dati di ospedalizzazione dedotti dal flusso SDO⁵, con i limiti di sovrastima e sottostima già anticipati.

Tali criticità nelle stime, comunque, non possono da sole giustificare le macroscopiche differenze che si evidenziano tra le due distribuzioni. In particolare si rileva uno scarto di oltre 75.000 casi nel 2004 – pari al +60% dei casi ospedalizzati – fino a oltre 99.000 casi nel 2009, pari al 79% dei casi ospedalizzati. Inoltre, mentre i casi ospedalizzati nei sei anni considerati si mantengono sostanzialmente costanti, le previsioni dei casi incidenti, il cui *trend* è qui esclusivamente condizionato dall'invecchiamento della popolazione, evidenziano un incremento della casistica pari al 12% in sei anni.

⁵ Poiché lo studio ILSA nei criteri di diagnosi eziopatogenetica ricomprende anche i codici ICD IX CM 433x1 (Infarto cerebrale a causa di occlusioni delle arterie paracerebrali) tali codici sono stati inseriti nei criteri di estrazione. Gli episodi di ospedalizzazione riconducibili a tale diagnosi principale costituiscono nei 6 anni il 5-6% del totale.

Al fine di verificare se la netta superiorità rispetto al dato SDO dei casi incidenti di ictus previsti sia omogeneamente o meno distribuita per età, è stata calcolata l'incidenza dell'ospedalizzazione per ictus per le classi di età considerate dalle linee guida SPREAD nei sei anni analizzati (Tabella 2.2).

Figura 2.4 - Ospedalizzazione per Ictus vs stime di incidenza SPREAD - Anni 2004-2009



Fonte: Ospedalizzazione per ictus – Elaborazione su flusso SDO (selezione per codici diagnosi principale ICD IX CM: 430, 431, 433x1, 434x1, 436); stime casi incidenti: Elaborazione su dati Istat (popolazione residente al 1 gennaio 2004-09 – Indici di incidenza Linee Guida SPREAD V ed. 2007)

Tabella 2.2 - Ictus tassi di incidenza

Classi di età	T. Inc. (%) Linee guida SPREAD	Attack rate % Ospedalizzazione per Ictus					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
<45	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
45 - 54	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08
55 - 64	0,25	0,20	0,20	0,19	0,19	0,19	0,18
65 - 74	0,84	0,53	0,51	0,49	0,49	0,47	0,45
75 - 84	2,22	1,23	1,18	1,16	1,15	1,10	1,08
>=85	3,24	1,92	2,03	1,95	1,93	1,89	1,85
Totale	0,28	0,22	0,22	0,21	0,22	0,21	0,21

Fonte: Indici di incidenza Linee Guida SPREAD V ed. 2007

Attack rate: Elaborazione su Istat Popolazione residente e su flusso SDO Ministero della salute

Risulta evidente come per i soggetti con meno di 55 anni di età, il tasso di incidenza risulti sostanzialmente sovrapponibile al tasso di ospedalizzazione per ictus. Per questa popolazione gli eventi emorragici evidenziano nei sei anni un *trend* costante, in valore assoluto si rilevano tra i 4.200 ed i 4.400 casi/anno equivalenti ad oltre il 42% della casistica totale, in particolare l'emorragia subaracnoidea rappresenta circa il 19/20% della casistica.

Nella popolazione ultra-cinquantacinquenne la quota di episodi emorragici scende intorno al 20%, e ad emorragia subaracnoidea si riconducono non oltre il 3% dei casi.

Per i soggetti più giovani la maggiore stabilità nel tempo della casistica può essere in parte determinata dalla quota significativa di episodi emorragici, prevalentemente determinati da malformazioni congenite non prevedibili.

Mentre i tassi di ospedalizzazione si discostano in maniera viepiù significativa dai tassi di incidenza SPREAD, al crescere dell'età.

Esaminando la sola popolazione ultra-cinquantacinquenne si evidenziano nei sei anni esaminati, a fronte di un incremento della popolazione ed in particolare della quota di popolazione più anziana, variazioni non significative in valore assoluto degli episodi di ricovero, e questo determina un decremento del tasso osservato di ospedalizzazione per ictus ed un calo molto più marcato di quello standardizzato, sia nei maschi che nelle femmine (Tabella 2.3).

**Tabella 2.3 - Tassi di ospedalizzazione osservati e standardizzati diretti per 100.000 abitanti ultra-cinquantacinquenni
Popolazione standard: popolazione residente al 2004**

anno	Ricoveri per ictus		Tasso grezzo		Tasso standardizzato diretto	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2004	57.061	59.699	715,0	588,6	715,0	588,6
2005	56.845	59.952	699,7	582,8	694,1	574,8
2006	56.042	60.051	680,0	577,5	670,6	564,6
2007	57.323	61.110	684,2	580,1	668,2	560,3
2008	56.495	60.659	665,3	569,9	643,1	547,0
2009	56.185	60.021	653,1	558,2	626,0	530,1

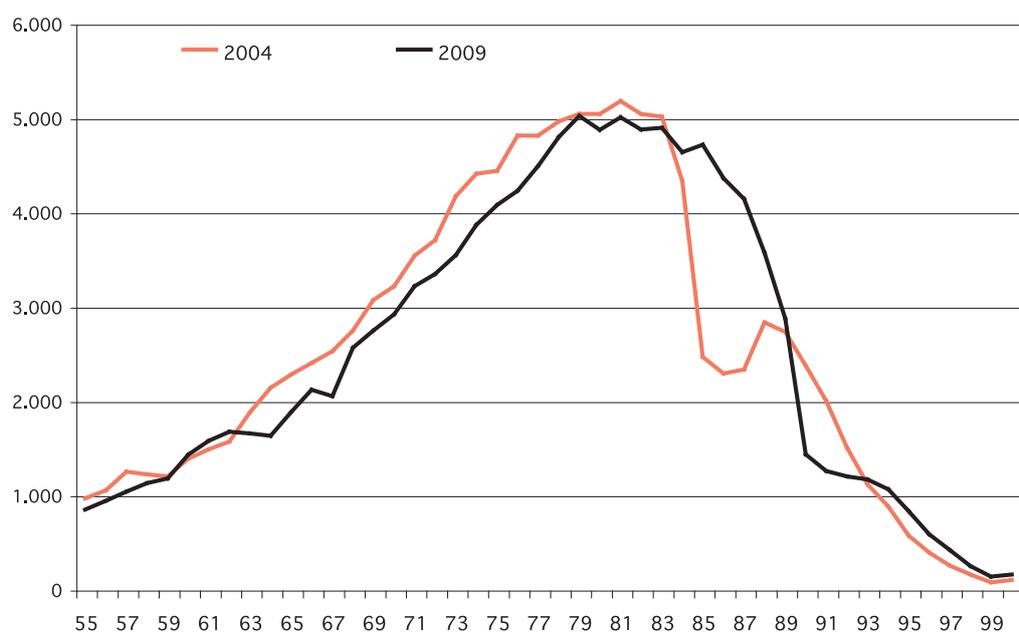
Fonte: Elaborazione su dati Istat Popolazione residente – Flusso SDO Ministero della Salute

In figura 2.5 si riporta la distribuzione per età degli episodi di ospedalizzazione per ictus nel 2004 e nel 2009, l'età media al ricovero passa sul totale della popolazione over 55 da 76,5 anni nel 2004 a 77,3 anni nel 2009, per i maschi l'età media passa da 74,1 a 74,9 anni, mentre nelle femmine, dove si rileva comunque un'ospedalizzazione complessivamente in età più avanzata, il dato medio passa dai 78,7 ai 79,6 anni. In valore assoluto, tra il 2004 ed il 2009 il numero di ospedalizzazioni per ictus si riducono di oltre 500 casi.

In Figura 2.5 si riportano le distribuzioni delle ospedalizzazioni per età nel 2004 e nel 2009. Le due curve mantengono sostanzialmente lo stesso andamento e la stessa forma traslata di circa un anno, in particolare nel 2009 gli eventi sono costantemente inferiori a quelli rilevati nel 2004 per le età comprese tra i 55 e gli 84/85 anni, dove nel 2004 si evidenzia un netto decremento della casistica, che si ripete, anche se meno marcato, nei soggetti 90enni nel 2009.

Un'altra interessante anomalia si rileva dei soggetti 56-57enni nel 2004 e di conseguenza nei soggetti 61-62enni nel 2009. Tali anomalie sono giustificate da una parte dalla significativa denatalità degli anni della prima guerra mondiale, mentre la seconda è frutto di un fenomeno opposto verificatosi alla fine della seconda guerra mondiale. Infatti nel 1946 si registrò un numero di nascite eccezionale, 1.036.098 casi, un valore mai più avvicinato negli anni successivi: solo il 1965 vi si approssimò, con 1.017.944 nati.

Figura 2.5 - Ospedalizzazione per Ictus distribuzione per età 2004 vs 2009



Fonte: Elaborazione su flusso SDO Ministero della Salute (selezione per codici diagnosi principale ICD IX CM: 430, 431, 433x1, 434x1, 436)

2.5. Conclusioni

Come anticipato nell'introduzione, l'epidemiologia può rappresentare uno strumento prezioso di supporto alle politiche sanitarie, sia nell'indirizzare gli interventi di promozione della salute e di prevenzione che nella pianificazione ed ottimizzazione delle attività di cura e di riabilitazione. Una continua verifica delle dinamiche epidemiologiche può inoltre fornire strumenti di valutazione sull'efficienza ed efficacia dei sistemi assistenziali regionali. Supporto oggi ancora più importante laddove le scelte di politica sanitaria devono ricercare il punto di conciliazione, che determini i minori costi sociali, tra il contenimento della spesa, in un periodo di recessione economica oramai conclamata ed i bisogni di salute della popolazione. Bisogni di salute tendenzialmente in incremento, frutto del combinato disposto delle dinamiche demografiche e dei rapidi mutamenti sociali, culturali, scientifici e tecnologici.

Il peso e l'utilità dell'epidemiologia, in questo contesto, risulta pertanto essere direttamente proporzionale alla qualità delle informazioni che fornisce, in termini di attendibilità, tempestività, specificità territoriale nonché capacità di individuazione e interconnessione degli ambiti, anche non sanitari, che una determinata patologia coinvolge.

Il dato relativo all'ospedalizzazione per ictus, esempio emblematico delle criticità incontrate, può portare a letture contrastanti del fenomeno stesso se non correttamente integrate da informazioni aggiuntive.

Sembra emergere che considerazioni di tipo statico e che non tengano conto della intercon-

nessione dei vari fattori, possano portare a conclusioni affrettate sull'evoluzione delle patologie e, in particolare, ad una sopravvalutazione dell'impatto dell'invecchiamento della popolazione. La sostanziale stabilità del numero assoluto di eventi osservato, accompagnata da un incremento dell'età all'insorgenza, può essere frutto di buone politiche di prevenzione in relazione ai fattori di rischio; può d'altra parte determinare, al crescere dell'età dei soggetti colpiti, una frequenza crescente di eventi gravi con aumento sia della mortalità precoce, entro i 30 giorni dall'insorgenza, come un incremento della quota di soggetti con gravi o gravissimi deficit neurologici, e quindi la necessità di rideterminare la quota di risorse da dedicare alla fase acuta, alla fase riabilitativa nonché ai servizi per pazienti cronici stabilizzati con handicap neurologico, per livelli di complessità assistenziale.

L'esercizio condotto indica la possibilità di utilizzare in modo integrato i flussi sanitari correnti, che nel tempo hanno, in maniera standardizzata ed omogenea sul territorio nazionale, via via coperto quasi tutti gli ambiti assistenziali, dall'ospedalizzazione ai consumi farmaceutici, dalla protesica all'assistenza domiciliare integrata, considerando anche il patrimonio informativo della medicina di base; questo approccio potrebbe, così come alcuni esempi virtuosi regionali dimostrano, offrire la possibilità di superare i limiti e la frammentarietà che diverse tradizionali fonti informative, come i registri di patologia, hanno dimostrato.

D'altra parte l'esercizio condotto sembra confermare l'esigenza di considerare le interconnessioni fra i fenomeni, adottando una visione dinamica dell'evoluzione epidemiologica, evitando semplificazioni che potrebbero distorcere le proiezioni, sviando una corretta programmazione delle risposte del sistema sanitario ai bisogni futuri della popolazione.

Riferimenti bibliografici

- Istat dicembre 2011 - Previsioni della Popolazione Anni 2011-2065 (<http://demo.istat.it/uniprev2011/>).
- (SER, 2011) Servizio Epidemiologico Regione del Veneto "L'Ospedalizzazione nel Veneto dal 2000 al 2009" Luglio 2011 (www.ser-veneto.it).

APPENDICE

Approfondimenti sul "Contesto epidemiologico"

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

- **Patologie cerebrovascolari**
 - Ictus
 - Fibrillazione atriale
 - Infarto acuto del miocardio
- **Patologie cronicodegenerative**
 - Diabete mellito
- **Tumori**
 - Colon-retto
 - Polmoni
 - Mammella



Capitolo 3

*Il finanziamento
della Sanità:
comparazioni
internazionali,
investimenti in conto
capitale ed effetti
della crisi finanziaria*

3 - Il finanziamento della Sanità: comparazioni internazionali, investimenti in conto capitale ed effetti della crisi finanziaria

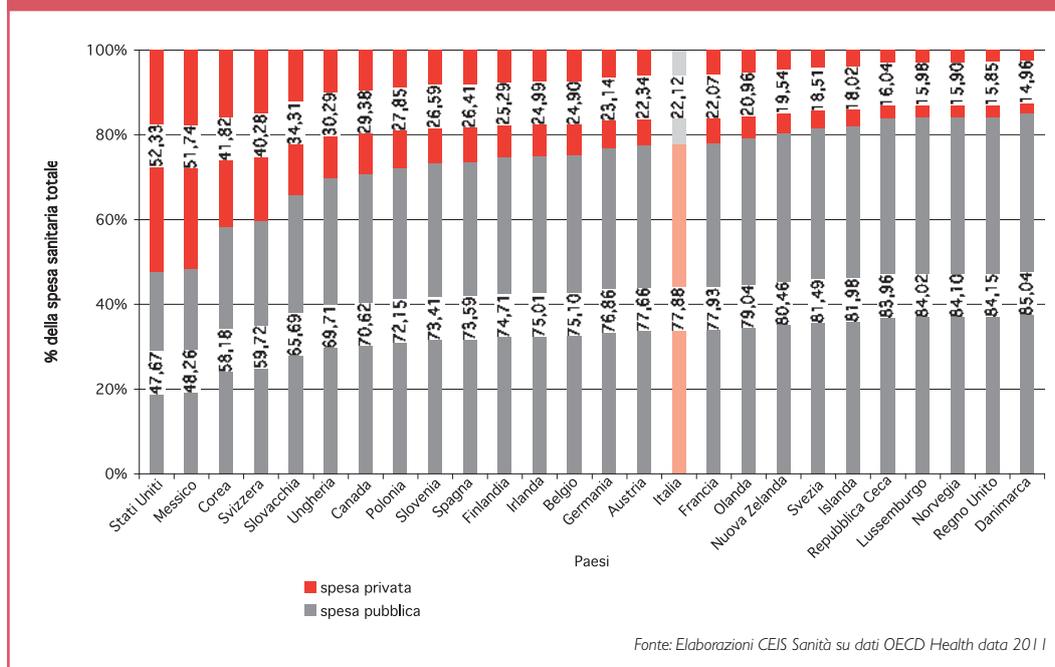
Cristina Giordani¹

3.1 Confronti internazionali: il finanziamento corrente

Nei Paesi OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) si conferma che la spesa sanitaria risulta essere finanziata prevalentemente da risorse pubbliche: nel 2009 la quota pubblica di spesa è pari al 73,0%. I Paesi OECD sono molto eterogenei, in funzione della tipologia di sistema sanitario adottato; in generale, quelli che hanno un Servizio sanitario nazionale pubblico si attestano al di sopra della media OECD: ad esempio la Danimarca (85,0%), il Regno Unito (84,2%), la Norvegia (84,1%), l'Olanda (79,0%), la Francia (77,9%), l'Italia (77,9%), la Spagna (73,6%) e anche il Canada (70,6%); fra i Paesi a Sistema sanitario nazionale, l'Italia ha una quota di spesa privata inferiore solo alla Spagna e a pari merito con la Francia. In ogni caso, anche i Paesi con sistemi ad assicurazione sociale obbligatoria fanno registrare una quota di spesa pubblica significativa: è così ad esempio per la Germania (76,9%). Non è trascurabile, infine, la quota pubblica di spesa sanitaria neppure nei Paesi con sistemi sanitari classificabili come "privatistici", quali gli Stati Uniti (47,7%).

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**Figura 3.1 - Spesa sanitaria per fonte di finanziamento, Paesi OECD
Valori %, anno 2009**



Per quanto riguarda la composizione della spesa privata, sempre nel 2009 tranne che nel lungo periodo, in tutti i Paesi OECD si evidenzia la crescita della quota di spesa sanitaria pubblica: in particolare per tutto il decennio 1970-1980, a cui è seguito un periodo di andamento “altalenante” fino al 2007. Gli ultimi anni (2008-2009) risultano particolarmente significativi, coincidendo con una fortissima crisi finanziaria. Nel 2009, rispetto all’anno precedente, la maggior parte dei Paesi considerati ha aumentato – anche se nessuno in maniera significativa – la quota pubblica di spesa sanitaria; vale anche per l’Italia (che in realtà è al 77,9% nel 2009, rispetto al 77,5% dell’anno precedente), ed anche per i Paesi a sistema “privatistico”: gli Stati Uniti sono passati dal 46,0% del 2008 al 47,7% del 2009.

Con riferimento al 2010, in cinque dei sette Paesi di cui si dispone dei dati (fra cui l’Italia) si registra una inversione di tendenza.

Tabella 3.1 - Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria, Paesi OECD - Valori %, anni 1990-2010

Paesi	1990	2000	2005	2008	2009	2010
Australia	66,18	66,82	66,89	67,99	n.d.	n.d.
Austria	73,37	76,83	76,14	77,16	77,66	n.d.
Belgio	n.d.	74,61	75,93	74,96	75,10	n.d.
Canada	74,54	70,36	70,22	70,49	70,62	70,50
Repubblica Ceca	97,45	90,32	87,31	82,55	83,96	n.d.
Danimarca	82,73	83,86	84,48	84,66	85,04	n.d.
Finlandia	80,91	71,26	75,39	74,45	74,71	75,05
Francia	76,58	79,38	78,84	77,70	77,93	n.d.
Germania	76,20	79,80	76,61	76,55	76,86	n.d.
Grecia	53,70	60,01	60,11	n.d.	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	70,74	72,30	70,98	69,71	n.d.
Islanda	86,62	81,05	81,36	82,60	81,98	80,54
Irlanda	71,72	75,07	76,96	76,70	75,01	n.d.
Italia	79,51	72,51	76,20	77,51	77,88	77,62
Giappone	77,59	80,81	81,58	80,78	n.d.	n.d.
Lussemburgo	93,09	85,07	84,92	84,05	84,02	n.d.
Messico	40,44	46,56	45,03	46,92	48,26	47,32
Olanda	67,06	63,08	60,50	75,30	79,04	n.d.
Nuova Zelanda	82,41	78,02	77,06	80,25	80,46	n.d.
Norvegia	82,80	82,49	83,54	84,29	84,10	n.d.
Polonia	91,68	70,03	69,30	72,24	72,15	n.d.
Portogallo	65,53	66,02	67,07	65,09	n.d.	n.d.
Slovacchia	n.d.	89,39	74,40	67,76	65,69	n.d.
Slovenia	n.d.	74,01	72,15	73,44	73,41	n.d.
Spagna	78,75	71,62	70,57	72,61	73,59	n.d.
Svezia	89,86	84,89	81,16	81,50	81,49	n.d.
Svizzera	52,38	55,43	59,46	59,50	59,72	59,02
Regno Unito	83,55	79,20	81,88	82,35	84,15	n.d.
Stati Uniti	39,42	42,98	44,08	46,04	47,67	n.d.

Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

Cambiando ottica, va aggiunto che la notevole esposizione dei bilanci pubblici per il finanziamento della sanità è la principale ragione delle preoccupazioni in tema di sostenibilità; in particolare, in un Paese come il nostro, dove la difficile situazione derivante dall'eccesso di debito pubblico si è definitivamente compromessa con il propagarsi della crisi finanziaria mondiale.

Per quanto attiene alla quota privata, nel 2009 essa è mediamente pari al 19,9% della spesa sanitaria totale. Si passa dal 7,3% della Francia al 47,8% del Messico. L'Italia si posiziona in linea con la media, con il 19,7% (19,6% nel 2010).

Tabella 3.2 - Quota di spesa OOP e per assicurazioni private sulla spesa sanitaria totale, Paesi OECD - Valori %, anni 2009-2010

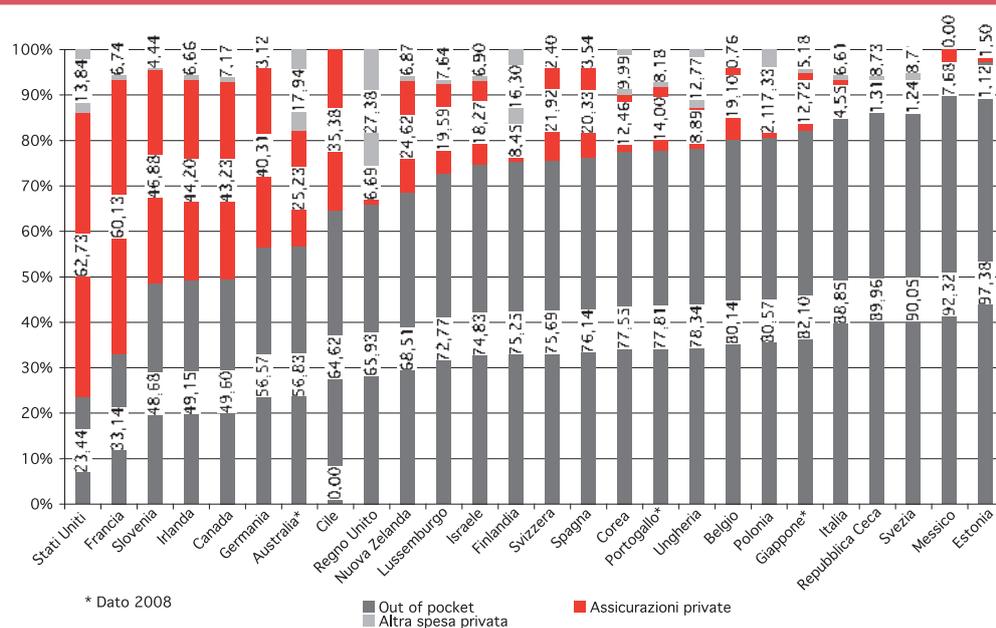
Paesi	2009		2010	
	Out of pocket	Assicurazioni private	Out of pocket	Assicurazioni private
Belgio	19,95	4,76	n.d.	n.d.
Canada	14,57	12,70	14,65	12,78
Repubblica Ceca	14,43	0,21	n.d.	n.d.
Estonia	20,27	0,23	n.d.	n.d.
Finlandia	19,03	2,14	18,78	2,14
Francia	7,31	13,27	n.d.	n.d.
Germania	13,09	9,33	n.d.	n.d.
Ungheria	23,73	2,69	n.d.	n.d.
Irlanda	12,28	11,04	n.d.	n.d.
Israele	28,79	7,03	n.d.	n.d.
Italia	19,65	1,01	19,60	1,03
Lussemburgo	11,63	3,13	n.d.	n.d.
Messico	47,77	3,97	49,00	3,68
Nuova Zelanda	13,39	4,81	n.d.	n.d.
Polonia	22,25	0,58	n.d.	n.d.
Slovenia	12,94	12,46	n.d.	n.d.
Spagna	20,07	5,36	n.d.	n.d.
Svezia	16,67	0,23	n.d.	n.d.
Svizzera	30,49	8,83	30,87	9,07
Regno Unito	10,45	1,06	n.d.	n.d.
Stati Uniti	12,26	32,82	n.d.	n.d.

Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

Per quanto riguarda la composizione della spesa privata, sempre nel 2009 tranne che in cinque Paesi (Stati Uniti, Francia, Slovenia, Irlanda e Canada), la quota di spesa sanitaria privata non assicurata, che rimane a carico dei bilanci delle famiglie (cosiddetta spesa *out of pocket* – OOP) prevale; si passa dal 56,6% della Germania al 92,3% del Messico e al 97,4% dell'Estonia (in cui vige un sistema basato su assicurazione sociale obbligatoria e decentralizzazione della gestione delle cure). In oltre la metà dei Paesi OECD, la quota di spesa OOP supera il 75,0% della spesa privata. Nel nostro Paese, nel 2009 si è registrata una quota di OOP pari a 88,9%, in crescita rispetto al 2008 (quando era pari a 87,4%), mentre nel 2010 si è assistito ad una inversione di tendenza (87,6%). L'assicurazione sanitaria privata nel 2009 incide in media per circa il 7% della spesa totale (considerando i Paesi OECD di cui si dispone del dato), ovvero per il 21,7% di quella privata. Il ricorso ad assicurazioni private è in leggero aumento rispetto al 2008, e comunque è un fenomeno importante negli Stati Uniti (62,7% della spesa privata nel 2009, contro il 62,4% del 2008) e anche in Francia (60,1% nel 2009 contro il 59,5% dell'anno precedente), in Irlanda (44,2% nel 2009, in crescita rispetto al 34,1% del 2008), Canada (43,2% vs. 42,9%) e Germania (sostanzialmente stabile: 40,3% nel 2009,

40,1% nell'anno precedente). In Italia, la quota di spesa per assicurazioni private si attesta al 4,6% della spesa privata, sia per il 2009 che per il 2010, in leggera crescita rispetto al 2008 (4,3%) e al 2007 (4,1%). La percentuale sulla spesa totale è ferma all'1,0% dal 2007.

Figura 3.2 - Composizione del finanziamento privato della spesa sanitaria, Paesi OECD - Valori %, anno 2009



Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

Si confermano quindi le difficoltà di sviluppo del mercato delle assicurazioni private, e in generale del c.d. “secondo pilastro” del SSN, malgrado la quota rilevante di spesa OOP e i tentativi di orientarla verso forme mutualistiche meno inique, esperiti dal decreto del Ministro della Salute Turco del 2008 e il successivo del Ministro Sacconi del 2009; la normativa citata, come è noto, ha vincolato i Fondi sanitari, le Casse e le Società di mutuo soccorso (SMS) a destinare il 20% delle prestazioni erogate alla copertura di prestazioni per non autosufficienza ed odontoiatria (ovvero quelle dove è minore la capacità di copertura del SSN), al fine di godere del beneficio fiscale armonizzato previsto dalla Legge finanziaria 2008. Nondimeno, al 31.12.2010 risultavano iscritti all’Anagrafe del Ministero della Salute 279 Fondi e Casse sanitarie, di cui 224 negoziali e 55 SMS.

3.2 Confronti internazionali: il finanziamento in conto capitale

Quanto precede riguarda le fonti di finanziamento della spesa corrente. Va però considerato che l’analisi è “monca” senza l’analisi del finanziamento degli investimenti (manutenzione straordinaria, costruzione o adeguamento delle strutture edilizie, adeguamento tecnologico, etc). In Italia la sensibilità al tema è crescente, come attestato dal fatto che nel nuovo Patto per la Salute, tra i vari punti della manovra in discussione (alla data in cui si scrive, aprile 2012) viene

attribuita una notevole rilevanza, tra gli altri (quali finanziamento corrente e decisioni da assumere con riguardo ai nuovi Lea) al tema di come evitare il degrado e l'obsolescenza delle strutture sanitarie pubbliche. Secondo le statistiche OECD, in Italia nel 2009 la spesa sanitaria in conto capitale risulterebbe pari al 3,7% della spesa totale (3,8% nel 2010); per confronto effettuano maggiori investimenti fissi Paesi quali la Polonia (6,7%), l'Austria (5,7%), il Canada (5,1%, che scende a 4,4% nel 2010), e anche il Regno Unito (5,1%). In fondo alla "classifica" si trovano Ungheria (2,3%), Francia (2,7%) e Spagna (2,8%), che non raggiungono neanche il 3,0%.

Figura 3.3 - Quota di finanziamento corrente e in conto capitale* della spesa sanitaria, Paesi OECD - Valori %, anno 2009

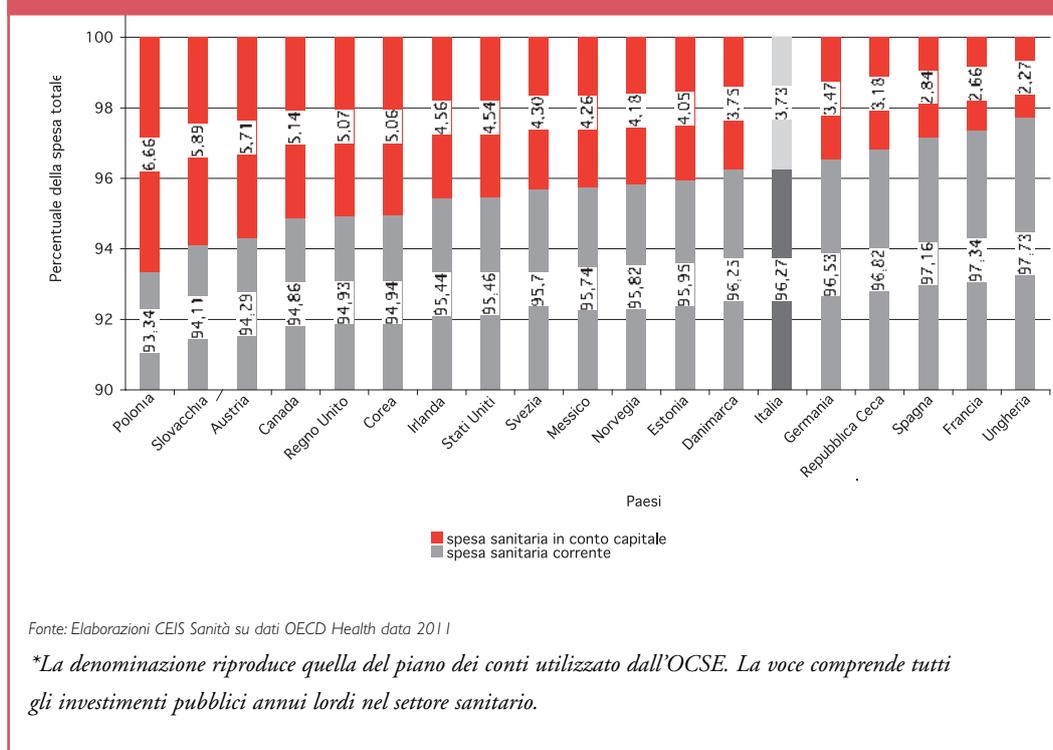
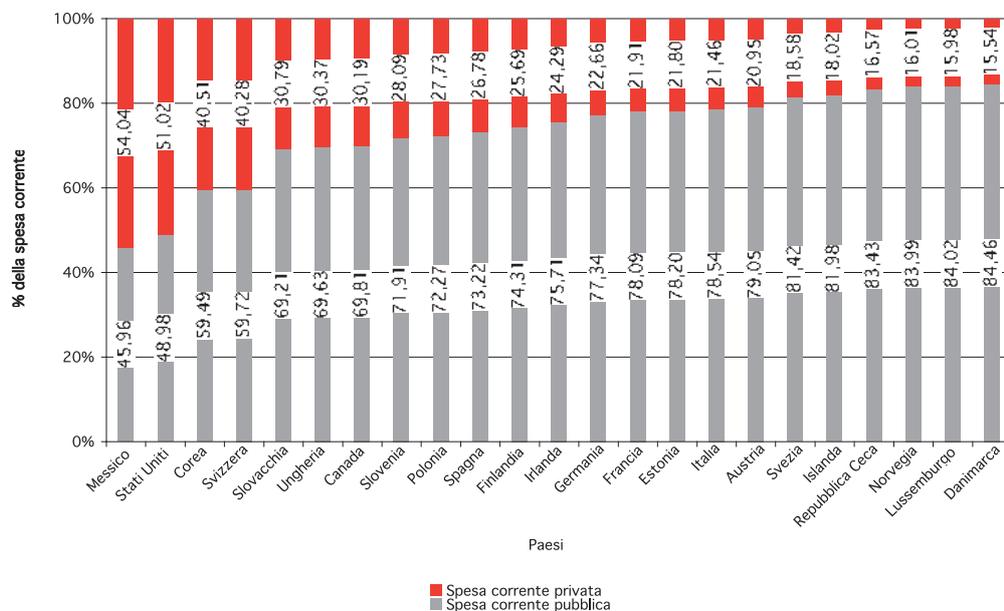
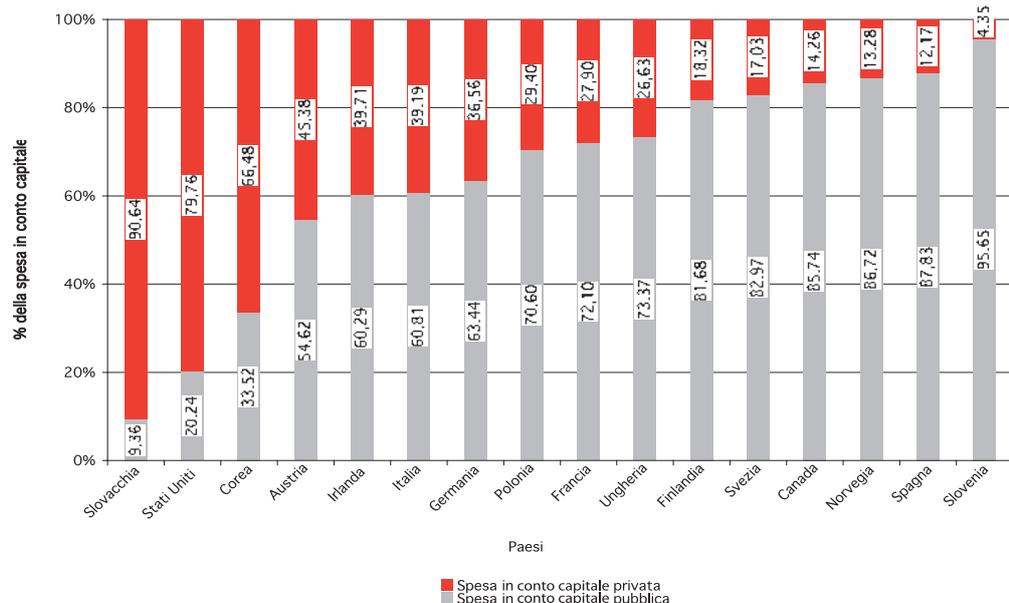


Figura 3.4 - Spesa sanitaria corrente per fonte di finanziamento, Paesi OECD - Valori %, anno 2009



Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

Figura 3.5 - Spesa sanitaria in conto capitale per fonte di finanziamento, Paesi OECD - Valori %, anno 2009



Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

I valori suggeriscono almeno due considerazioni²: da un lato, le risorse pubbliche e private dedicate agli investimenti sembrano indipendenti dalla configurazione del sistema sanitario nello specifico Paese e, in particolare, dalla dimensione relativa della componente pubblica e di quella privata; dall'altro, le stesse risorse sembrano indipendenti anche da considerazioni sullo stato di "anzianità" delle strutture sanitarie e sulle caratteristiche specifiche della domanda sanitaria nel singolo Paese.

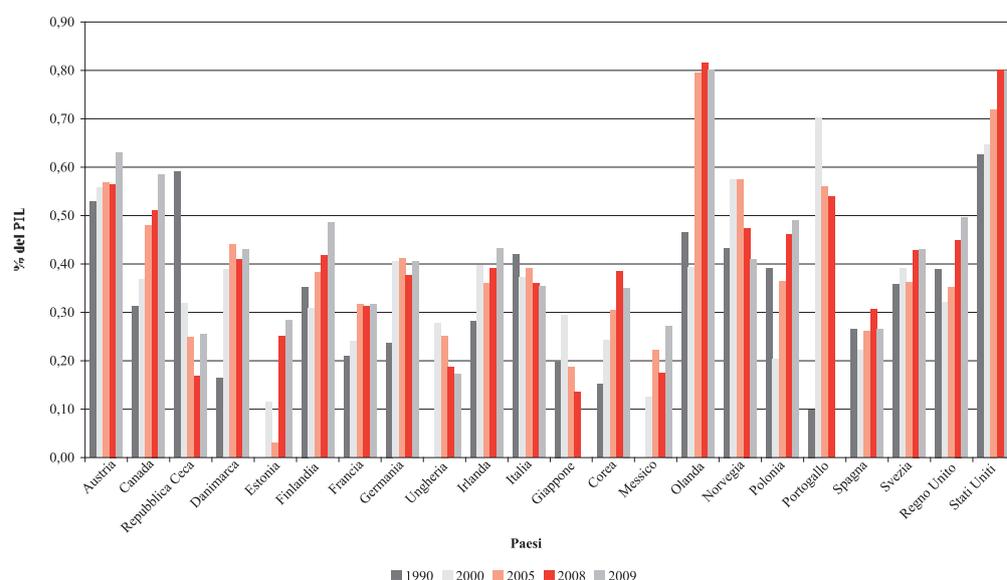
Se si effettua un focus sulla spesa sanitaria totale in conto capitale, utilizzando come indicatore la spesa pro-capite cumulata negli ultimi 3 quinquenni (tabella 3.3), si osserva come il nostro Paese abbia accumulato in ognuno di essi una quota inferiore rispetto alla maggior parte dei Paesi considerati.

Gli unici Paesi che si trovano più in basso nella classifica rispetto all'Italia sono Francia, Polonia, Ungheria e Spagna. Stati Uniti, Norvegia e Olanda, hanno, invece, accumulato costantemente una maggior spesa sanitaria in conto capitale.

Con riferimento all'Italia, nel quinquennio 1995-1999, l'investimento è risultato pari a \$ 338 PPA pro-capite (contro i 995 degli USA e i 181 della Spagna), mentre raggiunge \$ 479 PPA nel quinquennio successivo (contro i 1.269 degli Stati Uniti e i 137 della Polonia) e \$ 586 PPA (a fronte dei 1.709 degli USA e i 211 dell'Ungheria) nel periodo 2005-2009.

Nella figura seguente viene analizzata la spesa sanitaria in conto capitale in percentuale del PIL con riferimento al periodo 1990-2009.

Figura 3.6 - Spesa sanitaria in conto capitale in percentuale del PIL, Paesi OECD - Valori %, anni 1990-2009



Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

² Già rilevate da F. Pammolli e N. C. Salerno (2004), in "Gli andamenti della spesa sanitaria: l'Italia in una sintetica comparazione internazionale su dati OCSE", gennaio 2004

**Tabella 3,3 - Spesa in conto capitale pro-capite cumulata, Paesi OECD
Valori in \$ PPA, quinquenni 1995-1999, 2000-2004, 2005-2009**

Paesi	1995-99	Paesi	2000-04	Paesi	2005-09
Stati Uniti	995,19	Stati Uniti	1.268,77	Stati Uniti	1.709,42
Norvegia	769,23	Norvegia	1.185,92	Olanda	1.584,99
Austria	718,69	Olanda	905,24	Norvegia	1.366,42
Germania	490,89	Irlanda	797,15	Austria	1.055,92
Olanda	483,83	Austria	776,51	Canada	955,42
Svezia	461,96	Canada	636,92	Danimarca	801,38
Irlanda	408,89	Danimarca	608,98	Irlanda	783,65
Danimarca	407,49	Svezia	581,63	Finlandia	740,15
Regno Unito	399,94	Germania	574,15	Regno Unito	738,16
Repubblica Ceca	394,18	Finlandia	487,63	Svezia	718,32
Canada	343,76	Italia	479,14	Germania	667,88
Finlandia	342,33	Regno Unito	475,72	Italia	585,61
Italia	337,99	Francia	366,70	Francia	524,86
Francia	304,48	Spagna	297,89	Corea	451,40
Polonia	213,81	Corea	270,56	Spagna	450,45
Ungheria	192,89	Rep. Ceca	246,11	Polonia	346,40
Corea	186,10	Ungheria	211,07	Rep. Ceca	267,03
Spagna	181,12	Polonia	136,80	Ungheria	210,97

Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati OECD Health data 2011

Analizzando il caso italiano si coglie l'effetto della crisi del 2008-2009: la percentuale sul PIL della spesa in conto capitale è pari a 0,39% nel 2005, 0,36% nel 2008, 0,35% nel 2009 e risale allo 0,38% solo nel 2010, riportandosi approssimativamente sui valori del 2005; in ogni caso, sembra evidente come la spesa in conto capitale sia fortemente pro-ciclica.

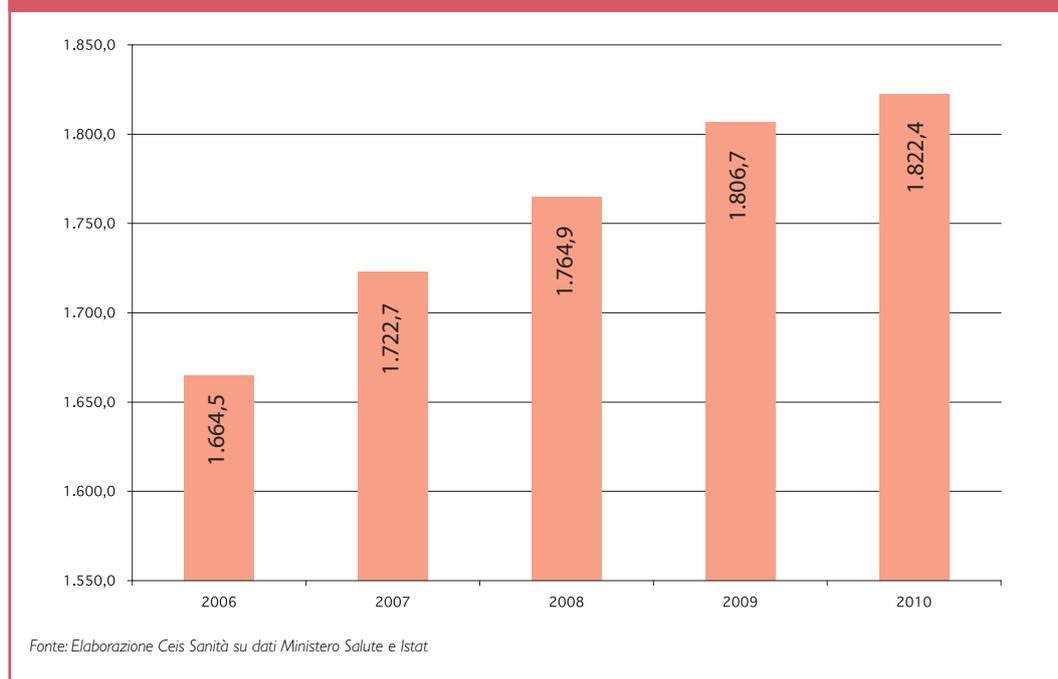
Si consideri che secondo l'Istat, la spesa in conto capitale dello Stato (totale, non solo la sanitaria) ha segnato, nel 2010, una flessione molto accentuata (-16,6%), che riguarda, in diversa misura, tutte le componenti: gli investimenti fissi lordi diminuiscono di oltre l'11%, i contributi agli investimenti di oltre il 10% e, in misura maggiore, gli altri trasferimenti in conto capitale, ma solo per effetto della concentrazione sul 2009 dei rimborsi straordinari riconosciuti alle imprese in applicazione della deduzione del 10% dell'Irap, a fronte dei maggiori versamenti di Ire ed Ires effettuati nei periodi d'imposta fino al 31.12.2008. Come fa osservare la Corte dei Conti nel suo Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2011, la decisa diminuzione delle spese in conto capitale non è un caso: fin dal 2002 si sono susseguiti provvedimenti che hanno comportato tagli alla spesa statale che non hanno certo risparmiato gli investimenti e le spese in conto capitale, rivelando una strategia contraria agli impegni programmatici, di natura strutturale, verso il rilancio e l'accelerazione delle opere pubbliche e delle infrastrutture.

Con riferimento al settore sanitario questo implica il rischio che le strutture sanitarie pubbliche del nostro Paese siano destinate ad un progressivo degrado, e questo oltre a non consentire la ripresa nel lungo termine, non può che avere riflessi negativi sulla qualità dell'assistenza e delle prestazioni, nonché sul mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

3.3 Il finanziamento del SSN e il risultato economico di esercizio

Prendendo in considerazione il finanziamento del SSN³, nel quinquennio 2006-2010 si osserva una crescita dei valori pro-capite, sebbene a tassi via via inferiori ogni anno rispetto al precedente.

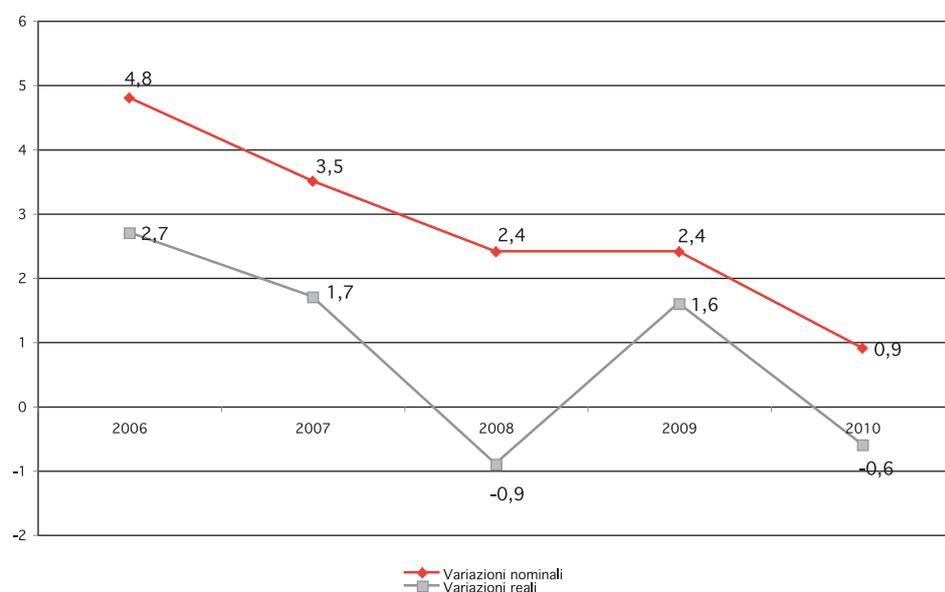
Figura 3.7 - Finanziamento pro-capite del SSN
Valori in €, anni 2006-2010



Come evidenziato nella figura, il finanziamento pro-capite cresce negli anni: nel 2010 è pari a € 1.822,4, a fronte di €1.806,7 nell'anno precedente, e € 1.664,5 nel 2006. Tuttavia, osservando i tassi di crescita, sia nominali che depurati del tasso di inflazione, si evidenzia come la crescita sia in realtà modesta, quando addirittura non si configura una diminuzione reale.

³ Fonte: Ministero della Salute; si considera sia la gestione straordinaria che quella intramoenia.

Figura 3.8 - Variazioni nominali e reali del finanziamento pro-capite del SSN - Valori %, anni 2006-2010



Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati Ministero Salute e Istat

Come si osserva dal grafico, i tassi di crescita nominale diminuiscono ogni anno, passando dal +4,8% registrato nel 2006 rispetto al 2005 al +0,9% osservato nel 2010 rispetto al 2009. Ma se si tiene conto della variazione dei prezzi⁴, non solo i tassi di crescita del finanziamento sono inferiori a quelli nominali, ma addirittura nel 2008 e nel 2010 si registra un calo del finanziamento pro-capite in termini reali (rispettivamente, -0,9% e -0,6%).

Malgrado la situazione di crisi, e quindi i modesti incrementi delle risorse finanziarie per il SSN, si è osservata una tendenza alla riduzione dei disavanzi: la Corte dei Conti, nel suo Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2011, ha riscontrato nell'ultimo anno «segnali univoci di significativi progressi e di risultati importanti», a seguito di un'analisi ad ampio raggio sul governo della finanza pubblica italiana.

In termini prospettici, bisogna notare che il Patto per la Salute 2010-2012, approvato con Intesa del 3.12.2009, stabiliva l'aggiornamento delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale come segue:

- per il 2010: € 106,2 mld.
- per il 2011: € 108,7 mld.
- per il 2012: € 111,7 mld.

⁴ Fonte: Istat, *NoiItalia 2012*

Successivamente il D.L. n. 98/2011 (“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”), ha ridefinito in riduzione il livello di fabbisogno del SSN:

- per il 2011: € 106,9 mld. (+1,27%);
- per il 2012: € 108,8 mld. (+1,75%);
- per il 2013: € 109,3 mld. (+0,5%);
- per il 2014: € 110,8 mld. (+1,4%).

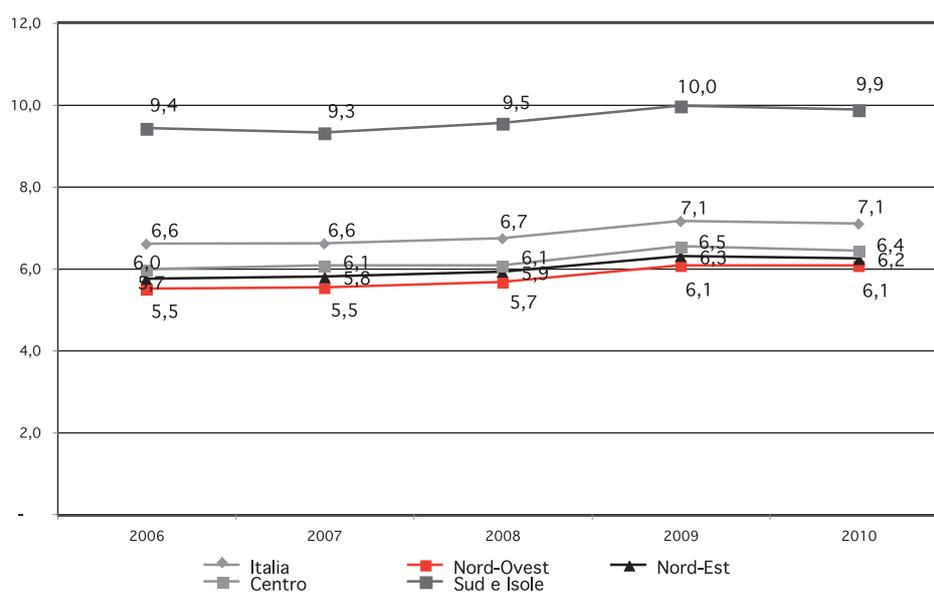
Gli incrementi in termini assoluti sono decisamente minimi e comunque inferiori ai tassi previsti di incremento del PIL nello stesso periodo: ne segue l’attesa di una inversione di tendenza con una riduzione della quota di finanziamento pubblico sul PIL, come si vedrà in seguito.

Con il nuovo Patto per la Salute (la cui bozza è alla discussione Governo-Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome nei giorni in cui si scrive), valido per il triennio 2013-2015, si intende estendere l’applicazione del Patto precedente, nonché affrontare e risolvere il tema dei nuovi Livelli essenziali di assistenza ed occuparsi – come ricordato in precedenza – del finanziamento per investimenti nel settore sanitario.

Se dunque si osserva il finanziamento del SSN espresso in percentuale del PIL, risultano evidenti gli effetti della crisi che negli ultimi anni ha depresso il Prodotto Interno Lordo italiano. Il finanziamento, come si osserva nella figura, risulta infatti in crescita soprattutto nel 2009 (anno in cui la variazione del PIL nazionale è stata pari a -3,5%) rispetto al 2008 e in quest’ultimo anno rispetto al 2007. Per i dati 2010, si osserva l’aspettata inversione di tendenza, anche se va tenuto conto del fatto che non essendoci ancora i dati Istat del PIL regionale, quelli illustrati sono frutto di stime che tendono a sovrastimare il dato reale.

Si vuole inoltre fare qualche considerazione con riferimento al finanziamento per ripartizione geografica.

Figura 3.9 - Finanziamento su PIL per ripartizione geografica
Valori %, anni 2006-2010

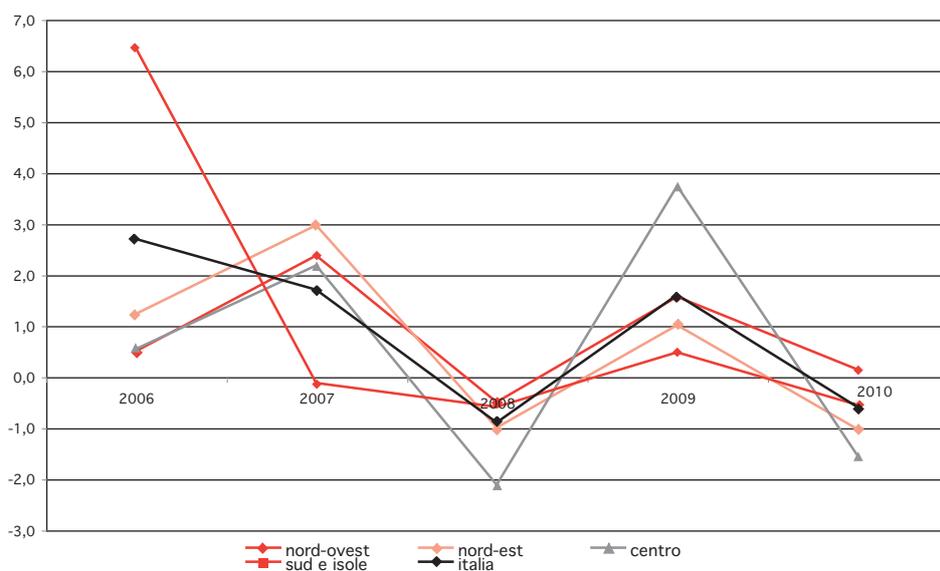


Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati Istat 2011

Considerando il dato storico del finanziamento in percentuale del PIL per ripartizione geografica, come in tutti gli anni dal 1992 al 2010, il finanziamento del Meridione (calcolato in percentuale del proprio PIL regionale), per effetto della redistribuzione operata dal sistema di riparto in base al bisogno sanitario ex. L. n. 662/1996, si trova ad un livello superiore a quello nazionale: seguono Centro e Nord.

Tuttavia, questo effetto risente della crisi, soprattutto negli ultimi anni⁵, che ha portato ad una recessione del PIL in particolare nelle Regioni meridionali. Basta infatti osservare gli incrementi del finanziamento pro-capite, specie se calcolato in termini reali, per ottenere un quadro geografico molto differente.

Figura 3.10 - Variazioni reali del finanziamento pro-capite per ripartizione geografica - Valori %, anni 2006-2010

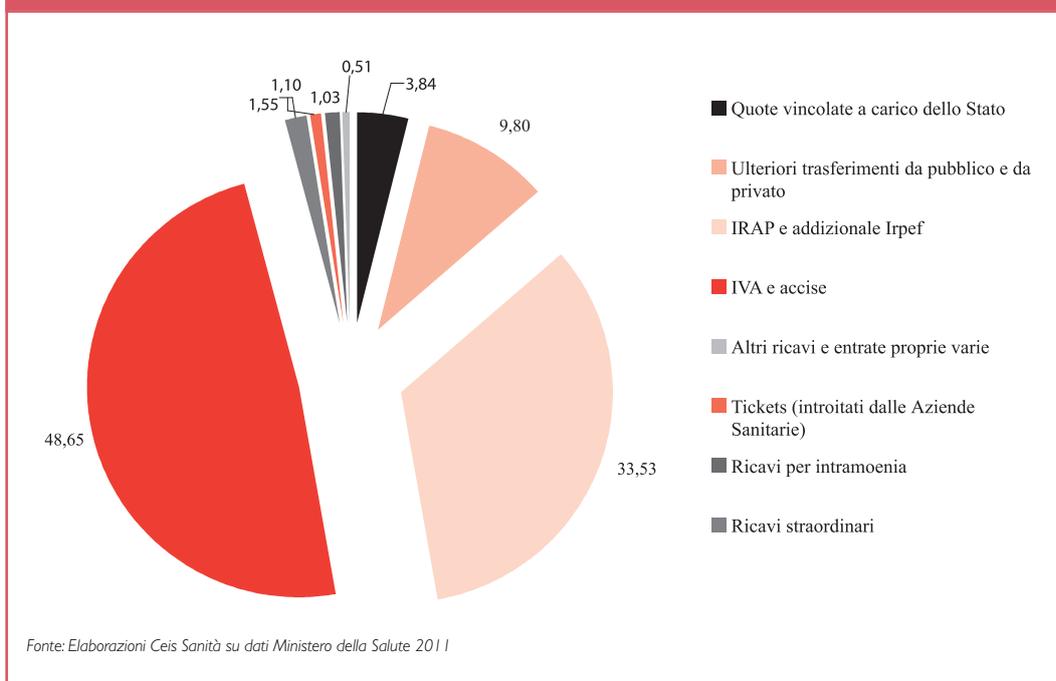


Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati Istat 2011

⁵ L'Istat ha diffuso dati consolidati sul PIL territoriale sino al 2009. A livello nazionale, per il 2010 stima un aumento del PIL del 2,2%, ma i calcoli per ripartizione geografica relativi al 2010 sono frutto di nostre stime che probabilmente sovrastimano il dato reale.

Il fenomeno è particolarmente evidente nel 2009 quando, come ricordato più volte, si è assistito ad una forte recessione del PIL. In quell'anno, come si osserva nella figura, l'incremento reale di finanziamento pro-capite delle Regioni meridionali è inferiore sia al dato nazionale che a quello delle altre ripartizioni geografiche: l'aumento maggiore si registra nelle Regioni del Centro, seguite da quelle settentrionali. Nel 2007, addirittura, si osserva solo nelle Regioni meridionali un leggero decremento del finanziamento reale pro-capite, mentre in tutte le altre zone geografiche (nord in testa), si registra un aumento percentuale rispetto all'anno precedente.

Figura 3.11 - Fonti di finanziamento del SSN - Valori %, anno 2010

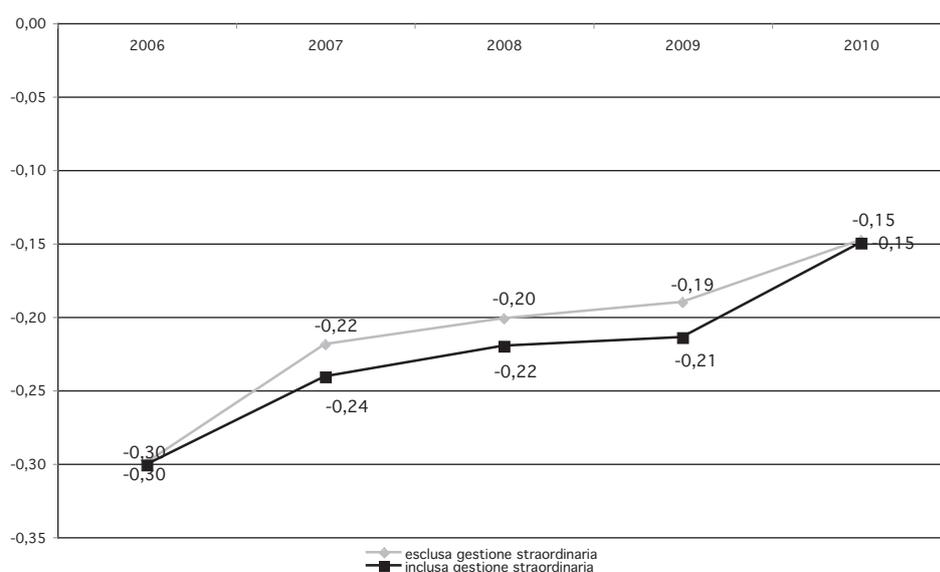


Con riferimento alle fonti di finanziamento del SSN (Regioni e Province Autonome), per l'anno 2010, la quota maggiore deriva, come gli altri anni, dal gettito di IVA e accise (48,65%), in aumento rispetto agli anni precedenti, seguito da quello di IRAP e addizionale IRPEF (33,53%); a seguire tutte le altre voci.

Il disavanzo⁶ nazionale nel 2010 subisce un rallentamento, raggiungendo quota € 2,3 mld. (contro i 2,9 del 2009 e i 3,2 del 2008), senza tener conto di costi e ricavi straordinari.

La diminuzione è più evidente se si considera anche la gestione straordinaria: € 2,3 mld. nel 2010 (nell'ultimo anno la gestione straordinaria incide limitatamente), contro gli € 3,3 mld. del 2009 e gli € 3,4 mld. del 2008. Il grafico seguente mostra i risultati economici di esercizio in percentuale del PIL registrati nel quinquennio 2006-2010, sia al lordo che al netto della gestione straordinaria.

Figura 3.12 - Risultato economico di esercizio SSN in percentuale del PIL, con e senza gestione straordinaria. Valori %, anni 2006-2010



Fonte: Elaborazioni Ceis Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

⁶ In questo capitolo col termine "disavanzo" si intende una "perdita di esercizio", che a livello nazionale è calcolata, come precisato dal Ministero della Salute, come somma algebrica degli utili e delle perdite registrate dalle singole Regioni. Analogamente, il termine "avanzo" si riferisce più propriamente ad un "utile di esercizio".

Il grafico evidenzia come nel triennio 2007-2009 la gestione straordinaria abbia inciso negativamente sulla perdita di esercizio registrata a livello nazionale, mentre i suoi effetti sono sostanzialmente neutri nel 2006 come nel 2010. Il trend registrato nell'ultimo quinquennio mostra comunque una diminuzione del disavanzo nazionale, nonostante la crisi abbia fatto registrare, come più volte ribadito, un decremento del PIL.

Come si osserva nella tabella 3.4, anche considerando i risultati di esercizio pro-capite cumulati negli ultimi due quinquenni, nel periodo 2006-2010 a livello nazionale si registra una diminuzione: € 271 di disavanzo pro-capite, contro gli € 340 del quinquennio 2001-2005.

Tabella 3.4 - Risultati di esercizio regionali pro-capite cumulati (gestione ordinaria) - Valori in €, anni 2001-2010 per quinquenni

Regioni	2001-2005	2006-2010
Italia	- 340	- 271
Nord	- 152	- 17
Centro	- 555	- 664
Sud e Isole	- 461	- 383
Piemonte	- 257	- 39
Valle d'Aosta	- 592	- 369
Lombardia	- 42	28
P.A. Bolzano	- 729	122
P.A. Trento	- 71	- 177
Veneto	- 153	- 16
Friuli Venezia Giulia	51	101
Liguria	- 456	- 338
Emilia Romagna	- 161	4
Toscana	- 125	- 29
Umbria	- 134	- 41
Marche	- 299	29
Lazio	- 991	- 1.378
Abruzzo	- 512	- 424
Molise	- 625	- 924
Campania	- 777	- 509
Puglia	- 95	- 306
Basilicata	- 138	- 202
Calabria	- 313	- 123
Sicilia	- 458	- 374
Sardegna	- 499	- 394

Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

A livello di ripartizione geografica, spicca la riduzione delle Regioni del Nord Italia: € 17 pro-capite di disavanzo nell'ultimo quinquennio osservato contro gli € 152 a persona accumulati nel periodo 2001-2005. Nelle Regioni centrali, il disavanzo cumulato è invece leggermente aumentato nell'ultimo quinquennio rispetto al precedente. Nel meridione si registra una modesta riduzione del disavanzo cumulato nel periodo 2006-2010 (€ 383 pro-capite), sempre rispetto al quinquennio 2001-2005 (€ 461).

A livello regionale, si segnalano le "inversioni di tendenza" positive: la Lombardia (€ 42 pro-capite di disavanzo nel periodo 2001-2005 contro un avanzo cumulato di € 28 a persona nel quinquennio 2006-2010); l'Emilia Romagna (€ 161 pro-capite di disavanzo nel periodo 2001-2005 contro un avanzo cumulato di € 4 a persona nel quinquennio successivo); le Marche (€ 299 pro-capite di disavanzo nel periodo 2001-2005 contro un avanzo cumulato di € 29 a persona nel quinquennio 2006-2010).

Si segnalano inoltre le Regioni in cui c'è stato un aumento nominale del disavanzo pro-capite cumulato nel periodo 2006-2010 rispetto al quinquennio precedente: la Provincia autonoma di Trento (€ 177 contro € 71), il Lazio (€ 1.378 pro-capite contro € 991), il Molise (€ 924 contro € 625), la Puglia (€ 306 contro € 95) e la Basilicata (€ 202 pro-capite contro € 138).

Al 2010 sono dieci le Regioni che hanno sottoscritto un piano di rientro dal disavanzo: nel 2007 lo hanno stipulato Lazio, Abruzzo, Liguria (che nel 2010 è riuscita a chiuderlo, accedendo così a finanziamenti aggiuntivi), Campania, Molise, Sicilia e Sardegna; nel 2009 si è aggiunta la Calabria e nel 2010 il Piemonte e la Puglia.

Considerando la sola gestione ordinaria, nel 2010 queste Regioni sono tra quelle che hanno maggiormente ridotto il proprio disavanzo rispetto all'anno precedente, anche se è aumentata la concentrazione: le Regioni in Piano di rientro nel 2010 hanno accumulato oltre il 93% del disavanzo totale, calcolato senza tener conto delle Regioni in avanzo (tra cui la Calabria, pur dovendo precisare che ci sono ancora delle verifiche in corso sui conti).

Tabella 3.5 - Riepilogo risultato di esercizio 2010 (gestione ordinaria)

Regioni	Risultato di esercizio (mil. €)	Variazione % risultato vs. 2009	Risultato pro-cap (€)	% disavanzo sul totale disavanzo**
Italia	-2.297,5	-20,5	-38,1	100
Nord	-276,0	142,4	-10,0	13,3
Centro	-995,4	-18,1	-83,8	42,7
Sud e Isole	-1.026,1	-34,3	-49,1	44,0
Piemonte*	-75,5	53,9	-17,0	3,1
Valle d'Aosta	-6,9	215,8	-54,1	0,3
Lombardia	11,7	-70,6	1,2	
P.A. Bolzano	-3,1	-122,2	-6,2	0,1
P.A. Trento	-11,3	-1,3	-21,5	0,5
Veneto	-111,9	91,7	-22,8	4,6
Friuli Venezia Giulia	8,6	-31,0	7,0	
Liguria*	-112,7	2,3	-69,8	4,7
Emilia Romagna	25,0	-51,1	5,7	
Toscana	3,1	-95,7	0,8	
Umbria	4,6	-136,2	5,1	
Marche	30,4	113,7	19,5	
Lazio*	-1.033,5	-19,7	-181,9	42,7
Abruzzo*	-20,8	-82,1	-15,5	0,9
Molise*	-47,4	-21,1	-148,1	2,0
Campania*	-374,4	-35,7	-64,3	15,5
Puglia*	-313,5	9,1	-76,8	13,0
Basilicata	-31,3	6,2	-53,2	1,3
Calabria*	39,1	-145,9	19,5	
Sicilia*	-57,2	-69,2	-11,3	2,4
Sardegna*	-220,6	2,4	-131,9	9,1

* *Regioni in piano di rientro nel 2010*

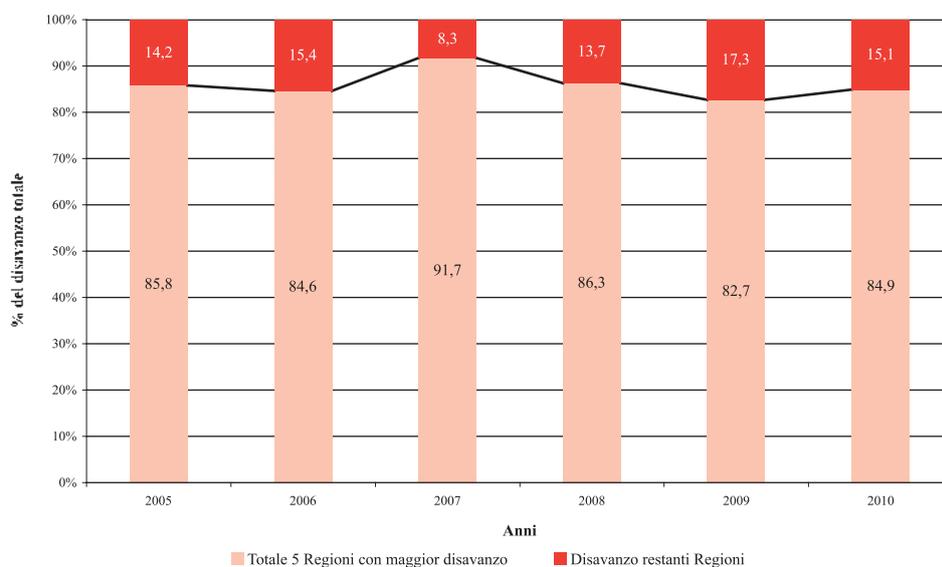
** *Considerando le sole Regioni in disavanzo*

Fonte: Elaborazioni Ceis Sanità su dati Ministero Salute e Istat

Se si considerano solo le 5 Regioni con maggior disavanzo nel 2010 (Lazio, Campania, Puglia, Sardegna e Liguria), in esse si concentra l'85% della perdita di esercizio nazionale. Se si considera anche la gestione straordinaria, la percentuale sale all'89%.

Dalla figura 3.13 si nota come la quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo nel 2010 sia leggermente cresciuta, dopo il trend di diminuzione nei 2 anni precedenti. Tale quota, infatti, era pari a 82,7 nel 2009 (inferiore all'86,3 del 2008, che a sua volta era inferiore al 91,7 registrato nel 2007).

Figura 3.13 - Concentrazione del disavanzo: quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo* - Valori %, anni 2005-2010

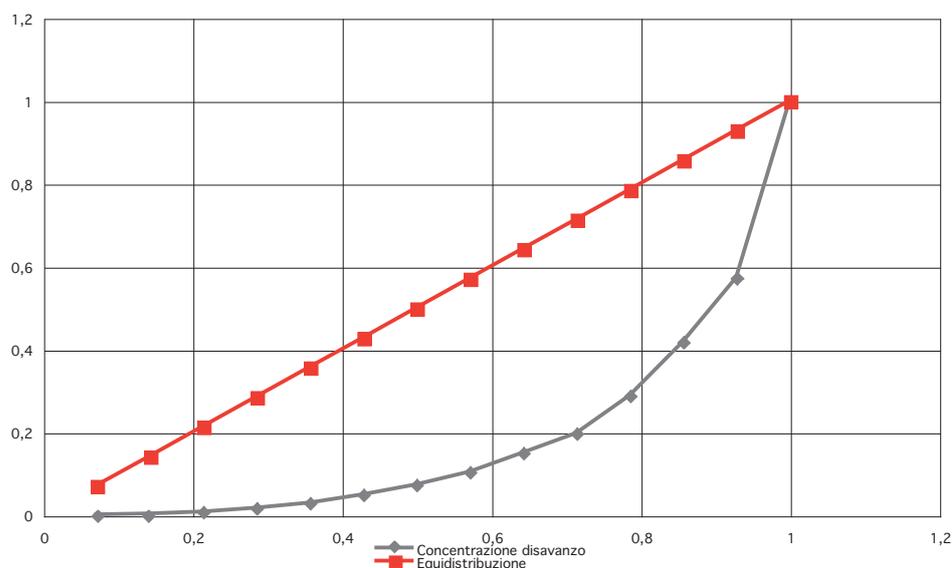


* Viene Considerata la sola gestione ordinaria e il totale dei soli risultati di esercizio negativi (non sono dunque compresi i risultati delle Regioni in avanzo)

Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati Ministero Salute

Ulteriore conferma della elevata concentrazione del disavanzo si ottiene utilizzando l'indice di Gini, pari a 0,70 (0,50 se si considerano i valori pro-capite anziché quelli assoluti).

Figura 3.14 - Curva di Lorenz: concentrazione del disavanzo nelle 14 Regioni con risultato di esercizio negativo nel 2010



Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute 2011

Analizzando il trend regionale del disavanzo nel periodo 2001-2010, spicca il forte contributo del disavanzo del Lazio: negli anni 2001, 2009 e 2010 è la Regione col peggior risultato di esercizio, rappresentando da solo – negli ultimi due anni osservati – oltre il 40% del disavanzo totale (24% nel 2001, 30% nel 2005).

Dall'altra parte, spicca l'avanzo registrato in tutti gli anni nel periodo 2003-2010 da Lombardia e Friuli Venezia Giulia, cui si aggiunge la Regione Marche dal 2007. Nel 2010, sempre con l'avvertenza che si tratta di dati provvisori, secondo i dati ministeriali crescerebbe, rispetto all'anno precedente, il numero delle Regioni in avanzo: si tratta di Lombardia, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Calabria.

Solo nel 2007 il numero delle Regioni in cui gli utili superavano le perdite era maggiore: a quelle del 2010 si aggiungevano Piemonte, P.A. di Bolzano e Veneto, mentre la Calabria era in disavanzo.

Infine, con riferimento alle ripartizioni geografiche, nel 2010 il 44% del disavanzo totale proviene dalle Regioni meridionali (sud e isole), il 42,7% dalle Regioni centrali e il residuale 13,3% dal Nord Italia.

3.4 Conclusioni

In sintesi, si riportano i principali spunti di riflessione emersi dall'analisi 2010 del finanziamento della sanità, sia nel contesto internazionale che con riferimento al Servizio sanitario italiano.

In primo luogo, notiamo che all'interno dell'area OECD la spesa sanitaria continua ad essere finanziata da risorse in larga prevalenza pubbliche, con una media pari al 73,0% nel 2009. Il

nostro Paese supera tale media, con una quota di finanziamento pubblico pari al 77,9%, che diminuisce leggermente (77,6%) nel 2010. La notevole esposizione dei bilanci pubblici per il finanziamento della sanità è una delle principali cause di preoccupazione in tema di sostenibilità, specie in un Paese come il nostro, in cui la crisi finanziaria mondiale degli ultimi anni ha definitivamente compromesso la già difficile situazione dovuta all'eccessivo debito pubblico. Sempre nei Paesi OECD, continua a registrarsi una quota elevata di spesa *out of pocket*. In Italia, essa è pari nel 2009 all'88,9%, in crescita rispetto al 2008 (quando ammontava all'87,4%). Nel 2010 si comincia ad osservare una seppur modesta inversione di tendenza: la percentuale scende all'88,6%. In ogni caso, malgrado la crescita del numero di Fondi del II pilastro, questi numeri indicano uno sviluppo quantitativo degli stessi che rimane limitato.

In Italia la questione del finanziamento degli investimenti strutturali, ossia della spesa in conto capitale, assume crescente importanza. Il nostro Paese risulta avere una spesa sanitaria in conto capitale mediamente inferiore rispetto a molti altri Paesi OECD (es. Polonia, Austria, Canada, Regno Unito, etc.). Nel 2010 in Italia la spesa per investimenti strutturali risulterebbe pari al 3,8% della spesa totale (sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente). Si evidenzia anche il peso della crisi strutturale: la spesa sanitaria in conto capitale in percentuale del PIL nel nostro Paese registra un trend decrescente dal 2005 al 2009, sebbene sembri risalire nel 2010 (ma l'effetto è dovuto sostanzialmente alla diminuzione del PIL). In ogni caso, risulta evidente come tale voce di spesa sia fortemente pro-ciclica.

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è cresciuto in termini nominali nell'ultimo quinquennio, ma a tassi via via inferiori; se si depurano i valori dall'effetto della variazione dei prezzi si registra addirittura un decremento in termini reali nel 2008 (-0,9%) e nel 2010 (-0,6%). Se si osserva il livello del finanziamento in percentuale del PIL, la variazione positiva che si registra soprattutto nel 2009 e nel 2008 rispetto agli anni precedenti, è l'effetto della crisi che negli ultimi anni ha depresso il PIL. Questo effetto appare ancora più accentuato se si effettua una analisi per ripartizione geografica.

Il disavanzo dei SSR, in ogni caso, diminuisce, sia in termini assoluti che pro-capite, specie nelle Regioni che hanno attuato un piano di rientro, ma aumenta la sua concentrazione: nel 2010 il Lazio da solo registra il 42,7% del disavanzo totale, mentre le 5 Regioni col maggior disavanzo accumulano da sole l'85% del disavanzo nazionale; la percentuale sale all'89% se si considerano anche costi e ricavi straordinari.

Riferimenti bibliografici

- CEIS Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Rapporti anni 2008 e 2009.
- CIPE, Delibere vari anni.
- Corte dei Conti, Monitoraggio delle Regioni con Piano di rientro, anno 2010.
- Corte dei Conti, Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2011.
- ISTAT, Noi Italia 2012.
- ISTAT, tavole statistiche varie, www.istat.it.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione sulla situazione economica del Paese, vari anni.
- Ministero della Salute, Patto per la Salute 2010-2012.
- Ministero della Salute, Rapporti Sanità 2001-2008, www.salute.gov.it.
- OECD, Health Data 2011.
- Pammolli F. e Salerno N.C. (2004), in "Gli andamenti della spesa sanitaria: l'Italia in una sintetica comparazione internazionale su dati OCSE", gennaio 2004.

APPENDICE

Approfondimenti sul "Finanziamento della Sanità"

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

• Confronti internazionali

Spesa sanitaria totale. % PIL

Spesa sanitaria corrente. % spesa sanitaria totale

Spesa sanitaria corrente. % PIL

Spesa sanitaria in conto capitale. % spesa sanitaria totale

Spesa sanitaria in conto capitale. % PIL

Spesa sanitaria totale pubblica. % spesa sanitaria totale

Spesa sanitaria totale pubblica. % PIL

Spesa sanitaria totale pubblica corrente. % PIL

Spesa sanitaria totale pubblica in conto capitale. % PIL

Spesa sanitaria totale privata. % spesa sanitaria totale

Spesa sanitaria totale privata. % PIL

Spesa sanitaria totale privata corrente. % PIL

Spesa sanitaria totale privata in conto capitale. % PIL

Spesa sanitaria privata assicurata. % spesa sanitaria privata

Spesa sanitaria privata assicurata. % PIL

Spesa sanitaria privata out of pocket. % spesa sanitaria privata

Spesa sanitaria privata out of pocket. % PIL

• Finanziamento Servizio sanitario nazionale

Finanziamento corrente SSN per funzione

Finanziamento corrente SSN per funzione. Quote

Finanziamento corrente SSN per funzione. Variazioni

• **Finanziamento Servizi sanitari regionali**

Intese Stato, Regioni e Province Autonome su riparto risorse SSN

Finanziamento corrente lordo SSR

Finanziamento corrente lordo SSR. Pro-capite

Finanziamento corrente lordo SSR. Pro-capite popolazione pesata

Finanziamento corrente lordo SSR. Variazioni

Finanziamento corrente lordo SSR. Numeri indice

Finanziamento corrente lordo SSR. % del PIL

Finanziamento corrente netto SSR

Finanziamento corrente netto SSR. Pro-capite

Finanziamento corrente netto SSR. Pro-capite popolazione pesata

Finanziamento corrente netto SSR. Variazioni

Finanziamento corrente netto SSR. Numeri indice

Finanziamento corrente netto SSR. % del PIL

• **Fonti di finanziamento**

Irap e addizionale Irpef

Irap e addizionale Irpef. Variazioni

Irap e addizionale Irpef. Numeri indice

Irap e addizionale Irpef. Pro-capite

IVA e Accise

IVA e Accise. Variazioni

IVA e Accise. Numeri indice

IVA e Accise. Pro-capite

Ricavi ed entrate proprie

Ricavi ed entrate proprie. Variazioni

Ricavi ed entrate proprie. Numeri indice

Ricavi ed entrate proprie. Pro-capite

Ricavi ed entrate proprie. Composizione percentuale

Ricavi straordinari

Ricavi straordinari. Variazioni

Ricavi straordinari. Numeri indice

Ricavi straordinari. Pro-capite

FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato

FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato. Variazioni

FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato. Numeri indice

FSN e ulteriori integrazioni a carico dello Stato. Pro-capite

Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato

Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato. Variazioni

Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato. Numeri indice

Ulteriori trasferimenti da pubblico e privato. Pro-capite

• **Finanziamento vincolato agli obiettivi di Piano sanitario**

Risorse vincolate agli obiettivi di Piano sanitario

- **Mobilità sanitaria**

Saldi mobilità sanitaria interregionale

- **Risultato economico di esercizio**

Risultato di esercizio lordo SSR

Risultato di esercizio lordo SSR. Pro-capite

Risultato di esercizio lordo SSR. % del PIL

Risultato di esercizio lordo SSR. % del finanziamento

Disavanzi regionali lordi. Composizione

Risultato di esercizio netto SSR

Risultato di esercizio netto SSR. Pro-capite

Risultato di esercizio netto SSR. % del PIL

Risultato di esercizio netto SSR. % del finanziamento

Disavanzi regionali netti. Composizione



Capitolo 4

*La spesa sanitaria:
comparazioni
internazionali,
previsioni ed efficienza*

4 - La spesa sanitaria: comparazioni internazionali, previsioni ed efficienza

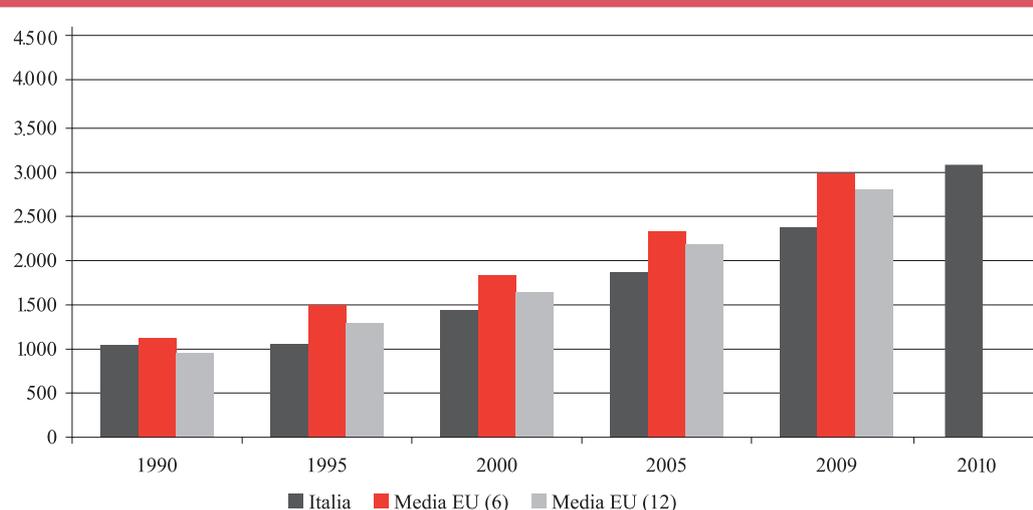
Barbara Polistena¹

4.1. La spesa sanitaria

La spesa sanitaria pubblica italiana pro-capite, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, è oggi del 15,5% inferiore a quella dell'Europa a 12 e del 20,6% rispetto all'Europa dei 6; il *gap* si è incrementato a partire dal 2005 quando la spesa sanitaria pubblica era inferiore del 14,5% rispetto all'Europa a 12 e del 20,0% rispetto all'Europa dei 6.

Il *gap* rispetto all'Europa è evidente e crescente a partire dal 2000 anche analizzando la spesa sanitaria totale: -7,2% rispetto all'Europa a 12 e -17,1% rispetto all'Europa dei 6 nel 2000, rispettivamente -16,2% e -20,8% nel 2009.

Figura 4.1 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite (\$ PPP)
Anni 1990-2010

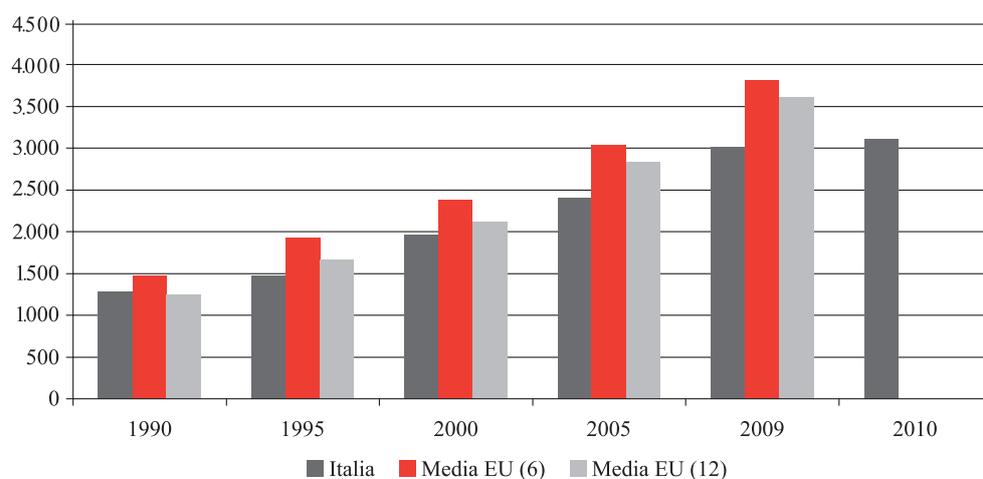


Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2011

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

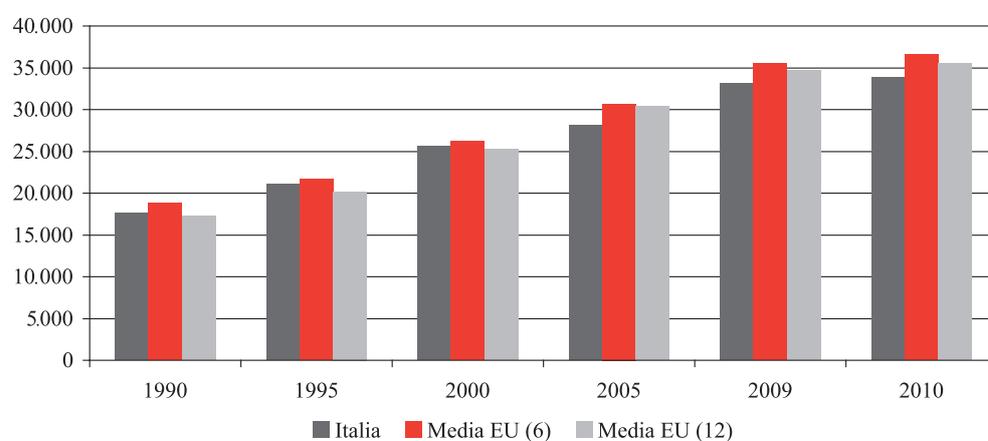
La differenza tra l'Italia e l'Europa in termini di spesa sanitaria pro-capite risulta maggiore della differenza di PIL che nel 2009 è pari al -6,8% rispetto all'Europa dei 6 e del -4,7% rispetto all'Europa dei 12.

**Figura 4.2 - Spesa sanitaria totale pro-capite (\$ PPP)
Anni 1990-2010**



Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2011

**Figura 4.3 - PIL pro-capite (\$ PPP)
Anni 1990-2010**



Fonte: Elaborazione su dati OECD Health Data 2011

Rapportata al PIL, nel 2009, l'incidenza della spesa sanitaria totale è pari al 9,1%, valore considerevolmente inferiore rispetto al 9,6% della media dei Paesi OECD. Nel 2010 (ultimo dato consuntivo disponibile fonte OECD) la spesa totale in Italia risulta essere pari al 9,6% del PIL. Rimane rilevante il contributo della spesa pubblica, pari al 7,2% del PIL nel 2010.

Se tra il 2001 e il 2007, la spesa sanitaria totale si era comunque incrementata del 4,2% medio annuo, a seguito del manifestarsi della crisi negli anni successivi la crescita è stata solo dello 0,7% medio annuo (anni 2007-2009): in particolare la spesa pubblica, nonostante un rallentamento, ha proseguito la sua crescita (4,7% medio annuo tra il 2001 e il 2007 contro il 2,1% tra il 2007 e il 2009), mentre la spesa sanitaria privata si è ridotta (-2,7% medio annuo tra il 2001 e il 2007 e del -4,8% tra il 2007 e il 2009).

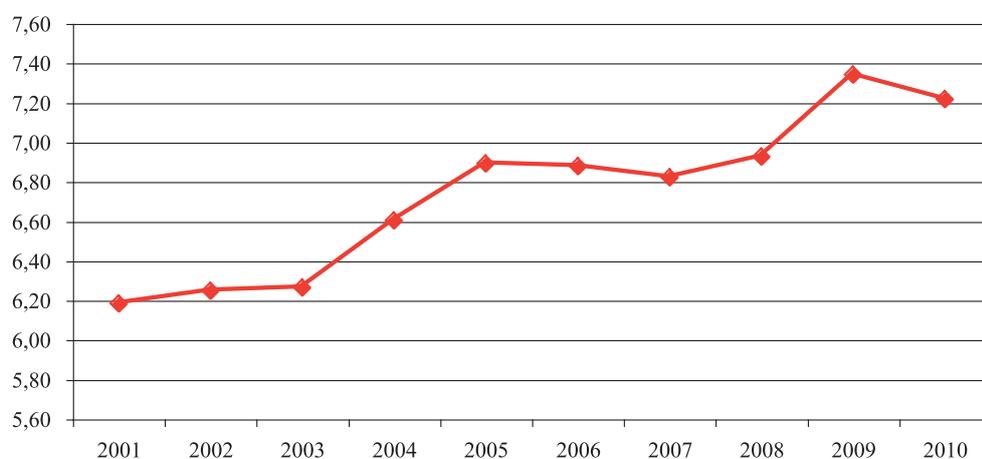
L'Italia segna quindi un andamento non completamente sovrapponibile a quello della media dei Paesi OECD, nei quali la percentuale di spesa pubblica si era ridotta dello 0,6% del PIL, tra il 2001 e il 2007, mentre nel 2009 era riaumentata del 4,9%: incremento dovuto sia alla diminuzione del PIL, sia all'innalzamento della spesa pubblica.

Sebbene la confrontabilità dei dati sanitari del database OECD non sia assoluta, i numeri citati sembrano indicare che, come si approfondirà nel seguito, i problemi di efficienza del SSN siano più di tipo allocativo che di mera efficienza tecnica.

Il rischio che la stagnazione/recessione dell'economia italiana implichi un ulteriore incremento del *gap* con l'Europa in termini di spesa sanitaria deve essere approfondito, in particolar modo nella misura in cui può creare ostacoli significativi nell'accesso alle innovazioni.

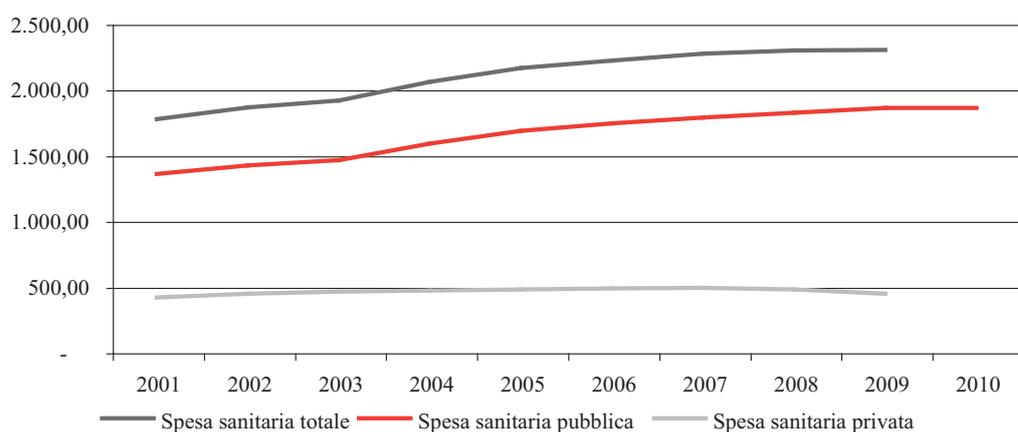
La crisi finanziaria inaugurata fra il 2008 e il 2009 ha ovviamente e a maggior ragione impattato sul sistema sanitario pubblico, su cui pesa anche l'eccesso di debito e quindi le ristrettezze della finanza pubblica.

Figura 4.4 - Evoluzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL - Italia 2001-2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

Figura 4.5 - Andamento della spesa sanitaria pubblica, privata e totale pro-capite - Valori in €. Anni 2001-2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat.

Il rallentamento della crescita della spesa pubblica è legato principalmente al contenimento della spesa diretta, che si riduce sia nel Centro che nel Sud.

La spesa convenzionata, invece, nonostante i tagli alla farmaceutica convenzionata (-2,0% tra il 2008 e il 2009 e -0,6% tra il 2009 e il 2010), ha proseguito la sua crescita trascinata soprattutto dalla spesa per specialistica convenzionata (+4,3% tra il 2008 e il 2009 e +6,1% tra il 2009 e il 2010) e per altra assistenza convenzionata (+4,3% tra il 2008 e il 2009 e +3,1% tra il 2009 e il 2010).

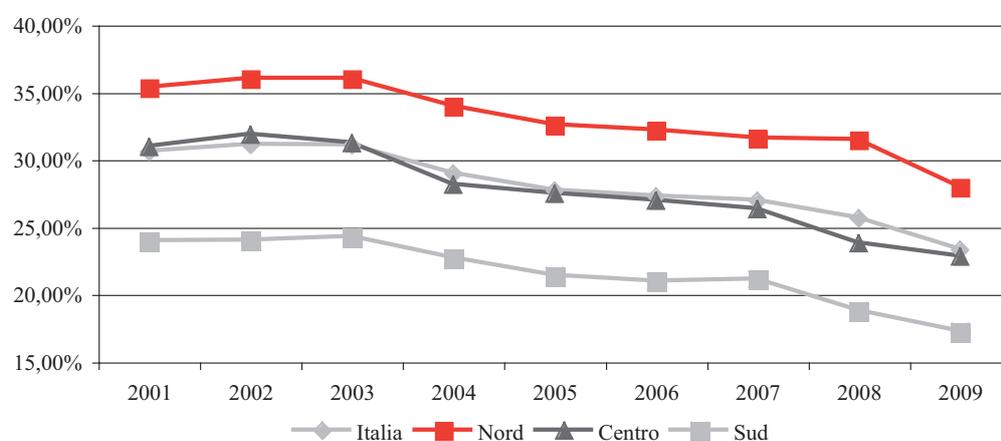
Tabella 4.1 - Andamento spesa sanitaria diretta e convenzionata Valori %. Anni 2001-2009

Regioni	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
Convenzionata					
Italia	5,03	-0,20	2,15	1,47	2,08
Nord	5,06	2,16	3,76	2,74	2,89
Centro	7,60	-3,23	2,49	-1,59	1,68
Sud	3,55	-1,42	-0,12	1,54	1,19
Diretta					
Italia	3,36	6,56	3,70	3,52	0,66
Nord	3,81	6,38	4,06	3,13	1,96
Centro	4,12	6,50	2,01	5,83	-0,46
Sud	2,22	6,87	4,32	2,61	-0,48

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

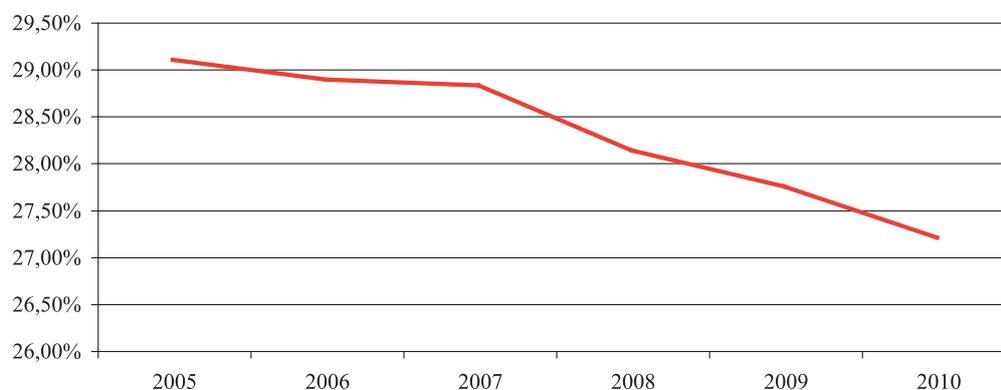
Il Rapporto spesa pubblica/privata, se è rimasto pressoché stabile tra il 2001 e il 2003, è poi andato decrescendo facendo osservare un picco negativo tra il 2008 e il 2009, in corrispondenza con l'inizio della crisi (soprattutto al Nord e al Sud); anche l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sulla protezione sociale (spese per *welfare*) è andata riducendosi in maniera consistente a partire dal 2008.

**Figura 4.6 - Rapporto spesa sanitaria privata spesa pubblica
Valori %. Anni 2001-2009**



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute e ISTAT

Figura 4.7 - Incidenza della spesa sanitaria sulla spesa per protezione sociale - Valori %. Anni 2005-2010

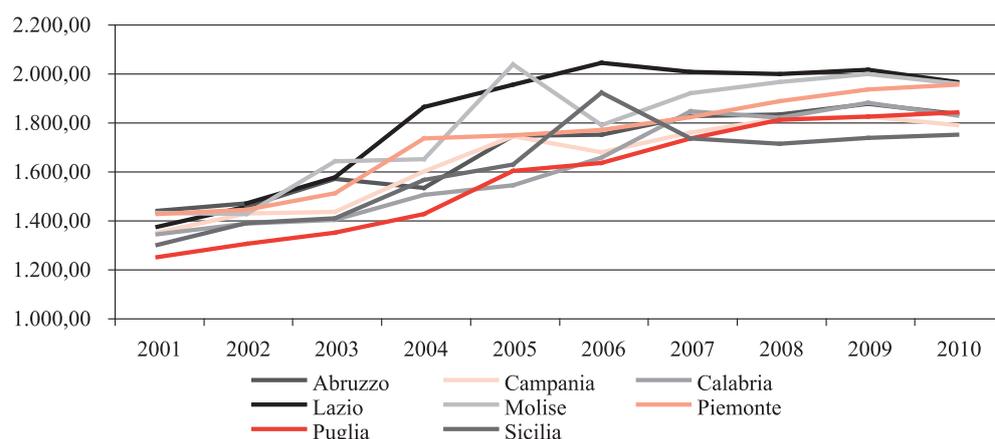


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

Al “raffreddamento” della spesa pubblica nel periodo considerato, ha certamente contribuito il buon esito dei Piani di rientro (attivati in Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia, Piemonte e Sicilia).

Nelle Regioni citate la spesa pubblica, che era cresciuta considerevolmente tra il 2001 e il 2007 (4,9% medio annuo in Abruzzo, 4,5% in Campania, 5,5% in Calabria, 5,7% nel Lazio, 5,1% in Molise, 4,2% in Puglia, 5,6% in Piemonte e 4,9% in Sicilia) ha rallentato la sua crescita tra il 2007 e il 2009 (1,3% medio annuo in Abruzzo, 1,8% in Campania, 0,9% in Calabria, 0,2% nel Lazio, 2,0% in Molise, 3,0% in Puglia, 2,5% in Piemonte e 0,1% in Sicilia) per arrivare a registrare una riduzione nella maggior parte di esse tra il 2009 e il 2010 (-2,2% in Abruzzo, -1,8% in Campania, -2,7% in Calabria, -2,5% nel Lazio, -2,0% in Molise, 1,0% in Puglia, 0,9% in Piemonte e 0,8% in Sicilia).

Figura 4.8 - Andamento della spesa sanitaria pubblica pro-capite nelle Regioni soggette a Piano di Rientro - Valori in €. Anni 2001-2010

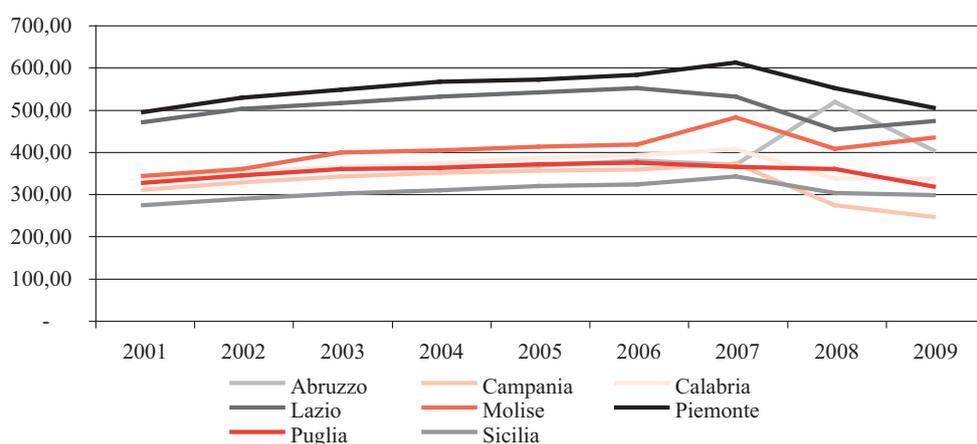


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

Nelle stesse Regioni, anche la spesa sanitaria privata era cresciuta tra il 2001 e il 2007 ma, a seguito della crisi economica, si è ridotta tra il 2007 e il 2009.

In termini reali si osserva una riduzione complessiva della spesa negli anni 2008-2009 in Abruzzo, Campania e Puglia (-2,3%, -0,2%, -0,6%).

Figura 4.9 - Andamento della spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni soggette a Piano di Rientro - Valori in €. Anni 2001-2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat

4.2. Politiche di contenimento della spesa sanitaria ed equità

Un modo per inferire l'impatto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria è quello di studiare la correlazione tra l'impovertimento e le spese sanitarie c.d. catastrofiche, e la spesa sanitaria per popolazione pesata (depurata quindi dagli effetti demografici).

A tale scopo, si è scelto di effettuare un confronto tra il livello di impovertimento e la spesa sanitaria pubblica nonché tra l'incidenza delle spese catastrofiche ed il livello di spesa sanitaria.

Le Regioni con una maggiore incidenza di impovertimento per spese sanitarie sono la Calabria, la Basilicata e la Sicilia, mentre quelle con incidenza minore la Lombardia, l'Emilia Romagna e il Lazio.

**Tabella 4.2 - Relazione fra impoverimento e spesa sanitaria pubblica
Anno 2009**

Regioni	Ordinamento per incidenza di impoverimento	Ordinamento crescente per spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata	Scostamento posizioni	Risultato
Calabria	1,00	4,00	3,00	+
Basilicata	2,00	1,00	-1,00	
Sicilia	3,00	2,00	-1,00	
Sardegna	4,00	12,00	8,00	+++
Puglia	5,00	6,00	1,00	
Campania	6,00	9,00	3,00	+
Trentino Alto Adige	7,00	19,00	12,00	+++
Veneto	8,00	11,00	3,00	+
Piemonte e Valle d'Aosta	9,00	13,00	4,00	+
Marche	10,00	3,00	-7,00	---
Umbria	11,00	5,00	-6,00	---
Molise	12,00	17,00	5,00	++
Abruzzo	13,00	8,00	-5,00	--
Liguria	14,00	10,00	-4,00	-
Friuli Venezia Giulia	15,00	15,00	0,00	
Toscana	16,00	16,00	0,00	
Lazio	17,00	18,00	1,00	
Emilia Romagna	18,00	14,00	-4,00	-
Lombardia	19,00	7,00	-12,00	---

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT

e Ministero della Salute

+ 2-4 posizioni in più

++ 4-6 posizioni in più

+++ oltre 6 posizioni in più

- 2-4 posizioni in meno

-- 4-6 posizioni in meno

--- Oltre 6 posizioni in meno

Le Regioni in cui ad una maggiore incidenza di impoverimento corrisponde una spesa sanitaria pro-capite mediamente alta sono il Molise ma anche il Piemonte e la Valle d'Aosta, la Sardegna e il Trentino Alto Adige.

Viceversa le Regioni in cui la soglia di impoverimento è mediamente bassa rispetto alla spesa sanitaria pro-capite per popolazione pesata sono la Lombardia, l'Umbria e le Marche.

Per quel che concerne la catastroficità, le Regioni con una incidenza maggiore di spese catastrofiche sono, nel 2009, così come per l'impoverimento nel 2009, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia.

Le Regioni che hanno, invece, una minore incidenza di spese catastrofiche sono la Lombardia, l'Abruzzo e la Toscana.

Analizzando la relazione tra l'incidenza della catastroficità e la spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata, emerge come le Regioni in cui si osserva uno scostamento

maggiore in senso negativo (troppe spese catastrofiche rispetto alla spesa pubblica pro-capite per popolazione pesata) sono la Sicilia, la Puglia e il Molise (tutte Regioni soggette a Piano di rientro).

Viceversa le Regioni con uno scostamento maggiore in senso positivo (basso livello di spese catastrofiche e spesa sanitaria pro-capite inferiore rispetto alla media) sono la Lombardia e l'Abruzzo.

**Tabella 4.3 - Relazione fra catastroficità e spesa sanitaria pubblica
Anno 2009**

Regioni	Ordinamento per incidenza di catastroficità	Ordinamento crescente per spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata	Scostamento posizioni	Risultato
Basilicata	1,00	1,00	0,00	
Calabria	2,00	4,00	2,00	+
Sicilia	3,00	16,00	13,00	+++
Sardegna	4,00	2,00	-2,00	-
Campania	5,00	9,00	4,00	+
Trentino Alto Adige	6,00	6,00	0,00	
Puglia	7,00	12,00	5,00	++
Molise	8,00	17,00	9,00	+++
Umbria	9,00	5,00	-4,00	-
Liguria	10,00	10,00	0,00	
Marche	11,00	3,00	-8,00	---
Emilia Romagna	12,00	14,00	2,00	+
Veneto	13,00	11,00	-2,00	-
Friuli Venezia Giulia	14,00	15,00	1,00	
Lazio	15,00	18,00	3,00	+
Piemonte e Valle d'Aosta	16,00	13,00	-3,00	-
Toscana	17,00	19,00	2,00	+
Abruzzo	18,00	8,00	-10,00	---
Lombardia	19,00	7,00	-12,00	---

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT e Ministero della Salute

+ 2-4 posizioni in più
++ 4-6 posizioni in più
+++ oltre 6 posizioni in più

- 2-4 posizioni in meno
-- 4-6 posizioni in meno
--- oltre 6 posizioni in meno

4.3. Politiche di contenimento della spesa sanitaria e soddisfazione dei cittadini

Si è altresì indagato il rapporto fra la spesa e la soddisfazione dei cittadini per il servizio.

Allo stato attuale le informazioni sulla *customer satisfaction* sono scarse e frammentate, anche per problemi oggettivi di misurazione: il livello di soddisfazione dei cittadini in ambito sanitario viene influenzato non solo dalla qualità del servizio offerto, ma anche dalle aspettative e dal livello medio effettivo di salute. Con i *caveat* sopra esposti, ci si è limitati ad effettuare un confronto tra il livello di soddisfazione per i ricoveri da parte dei pazienti (assistenza medica, infermieristica, vitto e servizi igienici) e la spesa sanitaria: non è stato possibile ricostruire un aggregato di spesa ospedaliera totale, e neppure trovare dati riferiti alla soddisfazione complessiva per l'assistenza sanitaria: non di meno, riteniamo che la soddisfazione per i servizi ospedalieri possa essere una proxy significativa, seppure parziale, della generale *customer satisfaction* per il sistema.

Le Regioni in cui si osserva la più alta soddisfazione per i servizi ospedalieri da parte dei cittadini sono il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Veneto mentre quelle in cui la soddisfazione è minore sono la Puglia, la Sicilia e la Campania.

La corrispondenza fra l'ordinamento delle Regioni in base alla soddisfazione dei cittadini e alla spesa sanitaria è bassa (correlazione di Spearman 0,46).

Le Regioni in cui si osserva uno scostamento maggiore in senso negativo (ovvero la spesa non è giustificata dai livelli di soddisfazione) sono il Molise, il Lazio e la Puglia. Viceversa la spesa appare particolarmente "*value for money*" in Veneto, in Umbria e nelle Marche.

Tabella 4.4 - Relazione fra soddisfazione dei cittadini e spesa sanitaria pubblica - Anno 2007

Regioni	Ordinamento per soddisfazione dei cittadini (servizi ospedalieri)	Ordinamento per spesa pubblica pro-capite per popolazione pesata	Scostamento posizioni	Risultato
Trentino Alto Adige	1,00	1,00	0	
Valle d'Aosta	2,00	2,00	0	
Veneto	3,00	11,00	8,00	+++
Umbria	4,00	15,00	11,00	+++
Marche	5,00	16,00	11,00	+++
Emilia Romagna	6,00	7,00	1,00	
Lombardia	7,00	13,00	6,00	+++
Toscana	8,00	9,00	1,00	
Abruzzo	9,00	19,00	10,00	+++
Friuli Venezia Giulia	10,00	6,00	-4,00	--
Piemonte	11,00	8,00	-3,00	-
Basilicata	12,00	18,00	6,00	+++
Liguria	13,00	10,00	-3,00	-
Lazio	14,00	5,00	-9,00	---
Calabria	15,00	21,00	6,00	+++
Molise	16,00	4,00	-12,00	---
Sardegna	17,00	21,00	4,00	++
Campania	18,00	17,00	-1,00	
Sicilia	19,00	20,00	1,00	
Puglia	20,00	14,00	-6,00	---

Fonte: Elaborazione CEIS Sanità su dati ISTAT e Ministero della Salute

- 2-4 posizioni in meno

+ 2-4 posizioni in più

-- 4-6 posizioni in meno

++ 4-6 posizioni in più

--- oltre 6 posizioni in meno

+++ oltre 6 posizioni in più

4.4. Le previsioni della spesa sanitaria

In continuità con i rapporti Sanità CEIS precedenti si è analizzato l'andamento della spesa sanitaria in Italia e le sue determinanti, attraverso un modello panel a effetti fissi.

Seguendo un approccio abbastanza diffuso nella letteratura, l'ipotesi è che la spesa sanitaria sia funzione di:

- bisogno;
- reddito e prezzi;
- fattori istituzionali.

Per quel che concerne il bisogno le variabili che sono state prese in considerazione sono di natura demografica e sociale. Il modello considera la percentuale di popolazione *over 75*, oltre che il tasso generico di mortalità (quest'ultimo inserito come *proxy* dei cosiddetti "costi di morte", secondo cui non sarebbe tanto l'invecchiamento, quanto i costi sostenuti nella fase ter-

minale della vita, il principale *driver* di crescita della spesa sanitaria); inoltre viene introdotta nel modello la variabile livello di istruzione, in termini di percentuale di individui con titolo di studio pari almeno alla laurea per cogliere l'impatto delle caratteristiche sociali (ovviamente tale variabile ha una stretta correlazione anche con il livello economico).

Dal punto di vista economico abbiamo considerato la relazione fra spesa e PIL: tale ultima variabile è assunta come *proxy* del livello economico nazionale, e come dimostrato nella letteratura econometrica, rappresenta di fatto la più "importante" determinante della spesa sanitaria.

A livello istituzionale risulta fondamentale comprendere l'impatto (in particolare se espansivo o restrittivo) dell'intervento pubblico in sanità; nella specificazione del modello è stato inserito il finanziamento previsto (finanziamento *ex ante*); inoltre poiché i sistemi organizzativi dei SSR differiscono significativamente, in particolare per quanto concerne la partecipazione degli erogatori privati, si è introdotta la quota di spesa a gestione diretta (ovvero in convenzione/accreditamento) per analizzare l'effetto di questo assetto.

Si è ancora considerata indirettamente l'efficienza dei sistemi regionali, inserendo variabili relative al costo del personale, al numero dei posti letto, la spesa farmaceutica, i livelli dei ticket e la mobilità.

Il modello stimato è un panel a effetti fissi sulle 20 Regioni Italiane per gli anni 1995-2009.

Definendo:

SST = spesa sanitaria totale pro-capite

POP_75+ = percentuale di popolazione over 75

M = tasso generico di mortalità

TSL = quota di popolazione con titolo di studio laurea o superiore

PIL = PIL pro-capite

FIN = finanziamento ottenuto dalle delibere CIPE pro-capite

SDSC = rapporto tra spesa pubblica a gestione diretta e convenzionata

TPD = personale dipendente per abitante

TPL = posti letto per abitante

TK = spesa per ticket farmaceutico pro-capite

Il modello stimato risulta essere:

$SST=f(SST; POP_{75+}; M; TSL; PIL; FIN;SDSC; TPD; TPL; TK)$

Le variabili risultate significative nel modello finale spiegano circa l'81,3% della variabilità della spesa sanitaria totale pro-capite. Sia l'effetto temporale che l'effetto di variabilità tra le Regioni, viene spiegato in maniera più che soddisfacente (R^2 *within* 95,7% R^2 *between* 74,9%).

Risultano quindi significative, e con il segno atteso, il PIL, l'età, il titolo di studio, alcune variabili istituzionali e in particolare il finanziamento e il tasso personale dipendente.

In particolare l'invecchiamento della popolazione influisce sull'incremento della spesa sanitaria così come un maggior livello di istruzione.

Analogamente un aumento di PIL porta a un incremento della spesa sanitaria.

L'assetto istituzionale impatta nel senso che un maggiore finanziamento pubblico tende a espandere la spesa sanitaria totale: dato che tale effetto è al netto dell'effetto delle compartecipazioni si può supporre sia attribuibile ad una sostanziale duplicazione di funzioni fra settore pubblico e privato, come anche ad una tendenza del sistema regionale ad "approfittare" delle

maggiori risorse messe a disposizione centralmente.

Anche la variabile tasso personale dipendente è significativa: un numero di dipendenti più elevato comporta ovviamente dei costi maggiori.

Tabella 4.5 - Modello panel

Variabile	Coefficienti	p > t
POP_75+	3.588,409	0,009
TSL	24,032	0,000
PIL	0,039	0,000
FIN	0,541	0,000
TPD	2,867	0,017
Costante	-542,975	0,003

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT e Ministero della salute

Sulla base del modello stimato si è prodotta una previsione della spesa sanitaria. Le ipotesi adottate sono le seguenti:

- le ipotesi demografiche sono state mutate dalle previsioni elaborate dall'Istat;
- la quota di persone con titolo di studio laurea o più si è ipotizzato continui a crescere in linea con gli ultimi anni;
- il PIL si è ipotizzato in lieve crescita a seguito della recessione prevista per il 2012;
- per quanto concerne l'evoluzione del finanziamento centrale si è adottata la quantificazione contenuta nel D.L. n. 98/2011: per l'anno 2013 +0,5% e per il 2014 +1,4%;
- il tasso di personale si è ipotizzato in lieve decremento (per effetto del blocco del turn over).

Il quadro tendenziale che emerge è caratterizzato da una sostanziale stabilità della spesa sanitaria totale rispetto al PIL intorno all'8,9% del PIL.

Tabella 4.6 - Previsione della spesa sanitaria totale

	2011	2012	2013	2014
Spesa sanitaria totale trend (mld.)	140,7	141,9	144,0	147,1
Tasso di variazione (%)	1,4%	0,9%	1,5%	2,1%
Quota su PIL (%)	8,9%	9,0%	9,0%	8,9%

Per quel che concerne la spesa pubblica si sono fatte 2 ipotesi:

1. Ipotesi ottimistica: la crescita è maggiore dello 0,5% rispetto all'incremento medio annuo della spesa sanitaria totale tra il 2007 e il 2009;
2. Ipotesi pessimistica: la spesa cresce dell'1,3% annuo: valore pari al *gap* medio rispetto alla crescita della spesa totale 2007-2009.

Nel modello adottato la spesa privata è determinata in modo residuale: qualora il quadro evolutivo fosse quello delineato, la spesa privata crescerebbe tra il 2012 e il 2014 attestandosi tra l'1,4% e l'1,7% del PIL.

Tabella 4.7 - Previsione della spesa sanitaria pubblica e privata

	2011	2012	2013	2014
Spesa sanitaria pub. Trend (mld.)	114,2-115,7	115,7-118,3	117,2-120,9	118,7-123,6
Tasso di variazione (%)	1,3%-2,6%	1,3%-2,2%	1,3%-2,2%	1,3%-2,3%
Quota su PIL (%)	7,2%-7,3%	7,3%-7,5%	7,3%-7,5%	7,2%-7,5%
Spesa sanitaria priv. Trend (mld.)	25,0-26,5	22,7-25,3	22,2-25,9	22,5-27,4
Tasso di variazione (%)	-4,2%+1,6%	-9,2%-4,4%	-2,3%+2,3%	+1,4%+5,8
Quota su PIL (%)	1,6%-1,7%	1,4%-1,6%	1,4%-1,6%	1,4%-1,7%

Il quadro risultante deve essere scontato di € 2,5 mld. per il 2013 e di € 5,5 mld. nel 2014 qualora la manovra finanziaria fosse pienamente rispettata.

Tabella 4.8 - Previsione della spesa sanitaria pubblica e privata post manovra finanziaria

	2011	2012	2013	2014
Spesa sanitaria pub. Trend (mld.)	114,2-115,7	115,7-118,3	114,7-118,4	113,2-118,2
Tasso di variazione (%)	1,3%-2,6%	1,3-2,2%	-0,9%-0,1%	-0,2% - -1,2%
Quota su PIL (%)	7,2%-7,3%	7,3%-7,5%	7,1%-7,4%	6,9%-7,2%
Spesa sanitaria priv. Trend (mld.)	25,0-26,5	22,7- 25,3	22,2- 25,9	24,7- 29,6
Tasso di variazione (%)	-4,2%-1,6%	- 9,2%- -4,4%	-2,3%- 2,3%	11,2%-14,3%
Quota su PIL (%)	1,6%-1,7%	1,4%-1,6%	1,4%-1,6%	1,5%-1,8%

Con l'introduzione dei ticket per il 2014 la spesa privata arriverebbe all'1,8% del PIL.

4.5. Conclusioni

La spesa sanitaria italiana in rapporto al PIL è inferiore alla media OECD nonché all'Europa a 6 e a 12 (rispettivamente -1,3% e -0,9%).

Anche la spesa sanitaria italiana pro-capite è fra il 15,5%-20,6% minore di quella dei partner europei, il che implica che l'equilibrio finanziario ha un costo sociale rilevante.

In particolare l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è passata dal 9,1% al 9,6%, ma per effetto della persistente stagnazione/recessione del PIL; questo "risultato" porterà, in termini finanziari, ad aumentare il *gap* rispetto agli altri Paesi europei della spesa pro-capite (già oggi significativo) ma soprattutto a ridurre la quota di intervento pubblico e quindi, presumibilmente, anche l'equità e l'accesso alle innovazioni.

La crisi finanziaria inaugurata fra il 2008 e il 2009 ha ovviamente e a maggior ragione impattato sul sistema sanitario pubblico, su cui pesa anche l'eccesso di debito e quindi le ristrettezze della finanza pubblica.

Infatti se tra il 2001 e il 2007 la spesa sanitaria totale si era comunque incrementata del 4,2% medio annuo, a seguito del manifestarsi della crisi negli anni successivi la crescita è stata solo dello 0,7% medio annuo: in particolare è la spesa pubblica che, nonostante il rallentamento, ha proseguito la crescita (4,7% medio annuo tra il 2001 e il 2007 contro il 2,1% tra il 2007 e il 2009), mentre la spesa sanitaria privata si è ridotta (2,7% medio annuo tra il 2001 e il 2007 e del 4,8% tra il 2007 e il 2009).

La stabilizzazione della crescita della spesa sanitaria pubblica, a cui hanno certamente contribuito il buon esito dei Piani di rientro, ha comunque implicato razionalizzazioni e maggiore efficienza allocativa anche se ha aumentato i rischi sul versante della qualità e quantità dei servizi, come anche dell'equità.

Le Regioni in cui si registra una maggiore incidenza di impoverimento, malgrado una spesa sanitaria pro-capite mediamente alta, sono il Molise ma anche il Piemonte e la Valle d'Aosta, la Sardegna e il Trentino Alto Adige, mentre le Regioni in cui si osservano più spese catastrofiche rispetto alla spesa pubblica pro-capite (per popolazione pesata) sono la Sicilia, la Puglia e il Molise (Regioni soggette a Piano di rientro).

Le Regioni in cui la spesa appare meno giustificata in termini di soddisfazione dei cittadini sono il Molise, il Lazio e la Puglia; viceversa la spesa appare particolarmente "*value for money*" in Veneto, in Umbria e nelle Marche.

Riferimenti bibliografici

- CEIS Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Rapporti anni 2008 e 2009.
- Istat, tavole statistiche varie, www.istat.it.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Relazione sulla situazione economica del Paese, vari anni.
- Ministero della Salute, Rapporti Sanità 2001 2008, www.salute.gov.it.
- OECD, Health Data 2011.

APPENDICE

Approfondimenti su “La spesa sanitaria”

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

LA SPESA SANITARIA TOTALE

• Dati internazionali

Spesa sanitaria corrente totale pro-capite. \$ PPA

Spesa sanitaria corrente totale. Variazioni %

Spesa sanitaria corrente totale su PIL %

Spesa sanitaria corrente totale sul PIL. Variazioni %

Correlazione tra livello di spesa sanitaria corrente e incremento spesa sanitaria

Correlazione tra spesa sanitaria corrente pro-capite e PIL pro-capite

• Dati nazionali

Spesa sanitaria totale mil. di €

Spesa sanitaria totale pro-capite €

Spesa sanitaria totale. Variazioni %

Spesa sanitaria totale. Numeri indice

Spesa sanitaria totale su PIL %

Spesa sanitaria totale su PIL. Variazioni %

Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione pesata €

Spesa sanitaria totale. Determinanti

Spesa sanitaria totale. Previsione

LA SPESA SANITARIA PRIVATA

• Dati nazionali

Spesa sanitaria privata mil. di €

Spesa sanitaria privata pro-capite €

Spesa sanitaria privata. Variazioni %

Spesa sanitaria privata. Numeri indice

Spesa privata su spesa totale %

Spesa sanitaria privata su PIL %

Spesa sanitaria privata su PIL. Variazioni %

Spesa sanitaria privata pro-capite per popolazione pesata €

Correlazione tra spesa sanitaria privata e PIL pro-capite

Correlazione tra spesa sanitaria privata pro-capite e ticket pro-capite

Spesa sanitaria privata. Previsione

Compartecipazioni

Spesa per ticket mil. di €

Spesa per ticket pro-capite €

Spesa per ticket. Variazioni %

Spesa per ticket. Numeri indice

Spesa per ticket su spesa sanitaria totale %

Spesa per ticket su spesa sanitaria pubblica %
Spesa sanitaria per ticket su spesa sanitaria privata. Valori %
Spesa per ticket. Composizione %

LA SPESA SANITARIA PUBBLICA

• Dati internazionali

Spesa sanitaria pubblica corrente su spesa sanitaria totale %
Spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa pubblica %

• Dati nazionali

Spesa pubblica corrente
Spesa sanitaria pubblica per fonte mil. di €
Spesa sanitaria pubblica corrente mil. di €
Spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite €
Spesa sanitaria pubblica corrente. Variazioni %
Spesa sanitaria pubblica corrente. Numeri indice
Spesa Sanitaria pubblica corrente su PIL %
Spesa Sanitaria pubblica pro-capite per popolazione pesata €
Spesa sanitaria pro-capite al lordo e al netto della mobilità. Graduatoria
Spesa sanitaria pro-capite per popolazione pesata al lordo e al netto della mobilità. Graduatoria
Spesa sanitaria pubblica netto mobilità mil. di €
Spesa sanitaria pubblica netto mobilità pro-capite €
Spesa sanitaria pubblica netto mobilità. Variazioni %
Spesa sanitaria pubblica netto mobilità. Numeri indice
Spesa Sanitaria pubblica al netto mobilità su PIL %
Spesa pubblica diretta
Spesa sanitaria pubblica diretta mil di €
Spesa sanitaria diretta pro-capite €
Spesa sanitaria pubblica diretta. Variazioni %
Spesa sanitaria diretta. Numeri indice
Spesa sanitaria diretta sulla spesa sanitaria pubblica totale %
Spesa pubblica diretta composizione
Spesa per il personale dipendente mil. di €
Spesa per il personale dipendente pro-capite €
Spesa per il personale dipendente. Variazioni %
Spesa per il personale dipendente. Numeri indice
Spesa per il personale dipendente su spesa diretta %
Spesa per il personale dipendente su spesa pubblica %
Spesa per beni e servizi mil. di €
Spesa per beni e servizi pro-capite €
Spesa per beni e servizi. Variazioni %
Spesa per beni e servizi. Numeri indice
Spesa per beni su spesa per beni e servizi. Composizione %
Componenti della spesa per beni e servizi. Variazione %

Spesa per beni e servizi su spesa diretta %
Spesa per beni e servizi su spesa pubblica %
Spesa pubblica convenzionata
Spesa sanitaria pubblica convenzionata mil. di €
Spesa sanitaria convenzionata pro-capite €
Spesa sanitaria pubblica convenzionata. Variazioni %
Spesa sanitaria convenzionata. Numeri indice
spesa sanitaria convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica totale %
Spesa pubblica convenzionata: composizione
Spesa per medicina di base mil. di €
Spesa per medicina di base pro-capite €
Spesa per medicina di base. Variazioni %
Spesa per medicina di base. Numeri indice
Spesa per medicina di base su spesa convenzionata %
Spesa per medicina di base su spesa pubblica %
Spesa per farmaceutica convenzionata. mil. di €
Spesa per farmaceutica convenzionata pro-capite €
Spesa per farmaceutica convenzionata. Variazioni %
Spesa per farmaceutica convenzionata. Numeri indice
Spesa per farmaceutica convenzionata su spesa convenzionata %
Spesa per farmaceutica convenzionata su spesa pubblica %
Spesa per farmaceutica convenzionata pro-capite per popolazione pesata €
Spesa farmaceutica convenzionata-Graduatoria delle Regioni (per popolazione semplice e pesata)
Spesa per specialistica accreditata mil. di €
Spesa per specialistica accreditata pro-capite €
Spesa per specialistica accreditata. Variazioni %
Spesa per specialistica accreditata. Numeri indice
Spesa per specialistica accreditata su spesa convenzionata %
Spesa per specialistica accreditata su spesa pubblica. %
Spesa per specialistica accreditata pro-capite per popolazione pesata €
Spesa specialistica accreditata. Graduatoria delle Regioni (per popolazione semplice e pesata)
Spesa per ospedaliera convenzionata. mil. di €
Spesa per ospedaliera convenzionata pro-capite €
Spesa per ospedaliera convenzionata. Variazioni %
Spesa per ospedaliera convenzionata. Numeri indice
Spesa per ospedaliera convenzionata su spesa convenzionata %
Spesa per ospedaliera convenzionata su spesa pubblica %
Spesa per ospedaliera convenzionata pro-capite per popolazione pesata €
Spesa ospedaliera convenzionata. Graduatoria delle Regioni (per popolazione semplice e pesata)
Spesa per altra assistenza mil. di €
Spesa per altra assistenza pro-capite €

Spesa per altra assistenza. Variazioni %
Spesa per altra assistenza. Numeri indice
Spesa per altra assistenza su spesa convenzionata %
Spesa per altra assistenza su spesa pubblica %
Spesa per riabilitativa mil. di €
Spesa per riabilitativa pro-capite €
Spesa per riabilitativa. Variazioni %
Spesa per riabilitativa. Numeri indice
Spesa per riabilitativa su spesa convenzionata %
Spesa per riabilitativa su spesa pubblica %
Spesa per protesica mil. di €
Spesa per protesica pro-capite €
Spesa per protesica. Variazioni %
Spesa per protesica. Numeri indice
Spesa per protesica su spesa convenzionata %
Spesa per protesica su spesa pubblica %
Spesa per altra assistenza mil. di €
Spesa per altra assistenza pro-capite €
Spesa per altra assistenza. Variazioni %
Spesa per altra assistenza. Numeri indice
Spesa per altra assistenza su spesa convenzionata %
Spesa per altra assistenza su spesa pubblica %
Spesa sanitaria pubblica. Previsione



Capitolo 5a

Indicatori

di performance:

aggiornamenti

sull'impatto equitativo

della crisi finanziaria

5a - Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria

Daniela d'Angela¹

5a.1. Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale è un'assicurazione sociale di tipo universalistico, finalizzata non solo a promuovere la tutela della salute della popolazione, ma anche fundamentalmente ad assicurare i cittadini contro l'insorgenza di oneri economici derivanti dalla malattia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha proposto un'integrazione tra le classiche misure *ex ante* sul lato del finanziamento, e quelle *ex post* (*burden space*), basate sulla comparazione tra le spese sanitarie *Out of Pocket* (OOP) sostenute dalle famiglie e la loro *Capacity to Pay* (CTP), al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia.

Il presente contributo, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità del CEIS, analizza le misure di impoverimento e catastroficità, indicatori privilegiati della fragilità delle famiglie², nel biennio 2008-2009; i dati del biennio citato assumono un'importanza particolare, in quanto coprono la prima delle recenti crisi finanziarie (2009), offrendo la possibilità di ragionare sulla reale capacità del sistema di garantire copertura alla popolazione anche in un momento critico da un punto di vista economico.

Il fenomeno dell'impoverimento riguarda tutte quelle famiglie che, a causa delle spese sanitarie OOP, scendono al di sotto della soglia di povertà relativa. Nel calcolo della spesa sostenuta dalle famiglie sono state considerate le voci dell'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, ad esclusione di quelle relative ad assicurazioni vita, rendite vitalizie, mutuo per acquisto abitazioni e restituzione di prestiti; la soglia di povertà relativa utilizzata è stata quella pubblicata dall'Istat per gli anni in analisi. Le famiglie soggette a spese catastrofiche sono invece tutte quelle famiglie che sostengono spese per la sanità superiori al 40% della loro CTP. La CTP di una famiglia rappresenta la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza, convenzionalmente identificate con la soglia di povertà assoluta; le soglie di povertà assoluta adottate per gli anni in analisi sono quelle pubblicate dall'Istat nell'anno 2002, rivalutate con l'indice dei prezzi al consumo, allo scopo di permettere analisi omogenee in serie storica e garantire continuità con le analisi precedenti.

¹ CEIS-Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

² A. Maruotti, F.S. Mennini, L. Piasini, F. Spandonaro, 2004 e M. Doglia e F. Spandonaro, 2005.

5a.2. Povertà, impoverimento e catastroficità

Nell'anno 2008 la spesa media mensile delle famiglie è stata pari a € 28.620, di cui il 33,6% per abitazioni (canone di affitto, manutenzioni ordinarie, etc.) e beni durevoli (elettrodomestici vari), il 19,6% per generi alimentari e bevande, il 14,7% per trasporti e comunicazioni; le spese sanitarie incidono per il 4,2%.

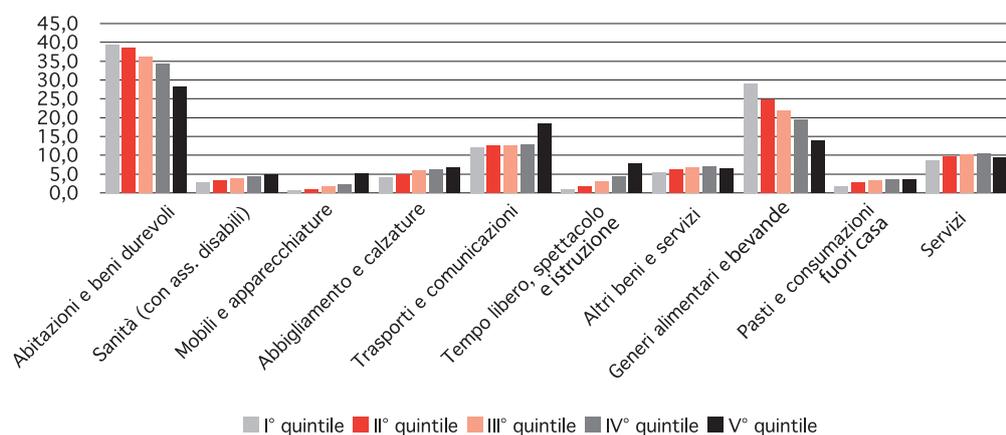
Nelle spese sanitarie, oltre a quelle per farmaci, visite mediche, analisi cliniche, esami radiologici, ricoveri ospedalieri e presso case di cura, cure odontoiatriche, cure termali, servizi cosiddetti ausiliari (infermieri, fisioterapisti), protesi e ausili, noleggio attrezzature, sono state incluse quelle per l'assistenza per disabili e anziani non autosufficienti, pur non essendo quest'ultime classificate come spese strettamente di carattere sanitario.

Considerando la spesa sanitaria OOP effettiva, ossia delle sole famiglie che la sostengono, questa nel 2008 è pari a € 1.948,20 annui: la voce di spesa maggiore risulta essere quella dei farmaci, che ne rappresenta il 41,9%; segue la specialistica (visite mediche, analisi cliniche, esami radiologici) con il 19,9%, e l'odontoiatria con il 19,3%; l'assistenza ai disabili e anziani raggiunge il 5,1%; le voci di spesa minori sono quelle per ricoveri presso case di cura (0,1%) e per le cure termali (0,3%). La spesa familiare effettiva annua delle singole voci, limitatamente alle sole famiglie che la sostengono, per i farmaci è stata pari a € 508,7, per la specialistica € 1.412,5, per l'odontoiatria € 4.534,4, e per l'assistenza ai disabili e agli anziani € 6.869,0.

Come era lecito aspettarsi, la ripartizione delle voci di spesa si modifica in base al quintile (di consumo equivalente³) di appartenenza delle famiglie: in particolare la quota media destinata alle spese sanitarie aumenta dal 2,6% delle famiglie del primo quintile (indicativamente le più povere), al 4,6% delle famiglie dell'ultimo quintile (... più "ricche"). Considerando la quota effettiva delle famiglie che sostengono spese OOP, questa aumenta passando dal 5,4% delle famiglie del primo quintile al 6,4% delle famiglie dell'ultimo quintile.

³ Per consumo equivalente si intende il consumo della famiglia diviso per il numero equivalente di membri della famiglia stessa, dove l'equivalenza viene mutuata dal consumo equivalente medio mutuato dalle valutazioni della povertà assoluta. In tal modo le famiglie risultano indicativamente ordinate in base al loro censo indicato dai livelli di consumo.

**Figura 5a.1 - Composizione dei consumi delle famiglie
Anno 2008 - Valori %**

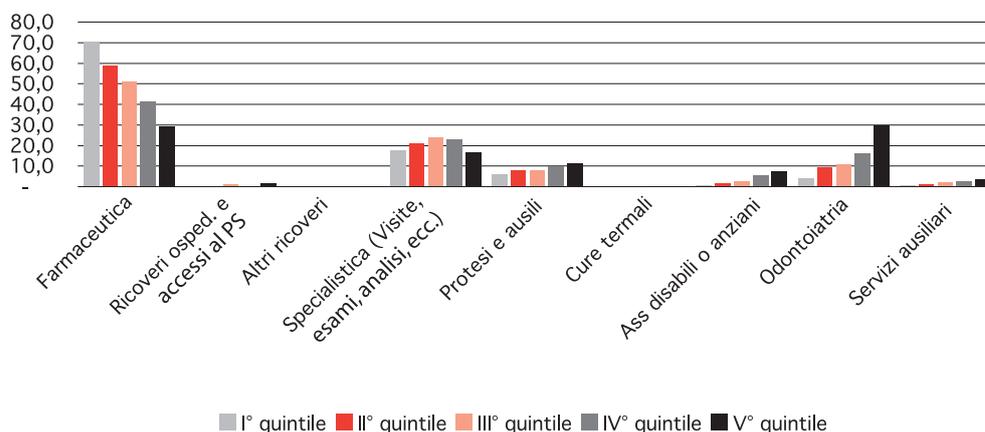


Fonte: Elaborazione su dati Istat

Si noti per inciso che mentre “Abitazione e Alimentari”, come è tipico dei beni primari, al crescere del censo assorbono una quota decrescente delle risorse delle famiglie, la spesa sanitaria si comporta da “bene di lusso”, aumentando la propria incidenza.

Dall’analisi della composizione delle spese sanitarie OOP delle famiglie, differenziate per quintile di consumo, si evidenzia che le famiglie appartenenti ai quintili più bassi spendono prevalentemente per farmaci (70%) e specialistica (18%); spostandosi verso i quintili più alti, tali quote si riducono sempre più lasciando spazio a protesi ed ausili e odontoiatria.

Figura 5a.2 - Composizione dei consumi sanitari per quintile di consumo Anno 2008 – Valori %



Fonte: Elaborazione su dati Istat

Anche in questo caso è interessante notare come la spesa odontoiatrica si comporta da “bene di lusso”, mentre i farmaci tipicamente da “beni primari”.

Nel 2008 l'11% delle famiglie risulta povero, e rappresentano il 55,8% di quelle appartenenti al I° quintile di consumo. La spesa sanitaria OOP effettiva sostenuta dalle famiglie povere è pari a € 748,2 annui, il 5,7% dei loro consumi (€ 13.050,2). Il 71,3% di questa è rappresentata da farmaci e il 18,2% dalla specialistica; solo il 2,8% per l'odontoiatria.

Nello stesso anno 334.695 famiglie si impoveriscono (ovvero cadono sotto la soglia di povertà) per sostenere spese sanitarie, e sono distribuite nei primi tre quintili di consumo. In queste famiglie le spese sanitarie hanno rappresentato il 12,6% del totale, e sono costituite per il 50,8% dai farmaci, per il 17,9% dalla specialistica, per l'11,6% da protesi e ausili e per l'8,7% dall'odontoiatria.

Le famiglie soggette invece a spese catastrofiche sono state 747.631, distribuite in tutti i quintili, anche se in maggior misura nel primo. Per queste famiglie le spese sanitarie hanno rappresentato il 32% del totale; su una spesa media annua OOP di € 6.682, in questo caso il dentista rappresenta la voce di spesa maggiore (37,6%), seguita da farmaci (17,9%) e dall'assistenza a disabili e anziani (15,7%).

Passando al 2009, in corrispondenza della crisi economica, si è avuta una riduzione del PIL pari al -3% rispetto all'anno precedente; parallelamente si è avuta anche una riduzione dei consumi delle famiglie, più che proporzionale: di circa il 6,8%.

La spesa media annuale delle famiglie è quindi passata da € 29.061 a € 28.615.

In quest'anno si è avuta una riduzione rispetto all'anno precedente anche della quota di fami-

glie che hanno sostenuto spese sanitarie OOP: il 60,7% (14.943.408) delle famiglie residenti, a fronte dei 15.045.325 nuclei familiari del 2008 (62,2% di tutte le famiglie residenti).

Anche la spesa sanitaria media annua familiare, pari a € 1.117,0 si è ridotta del -7,6% rispetto al 2008, quindi più della media degli altri consumi, rappresentando il 3,9% dei consumi totali. Considerando la spesa sanitaria familiare effettiva questa raggiunge i € 1.839,6, ovvero il 5,8% dei loro consumi.

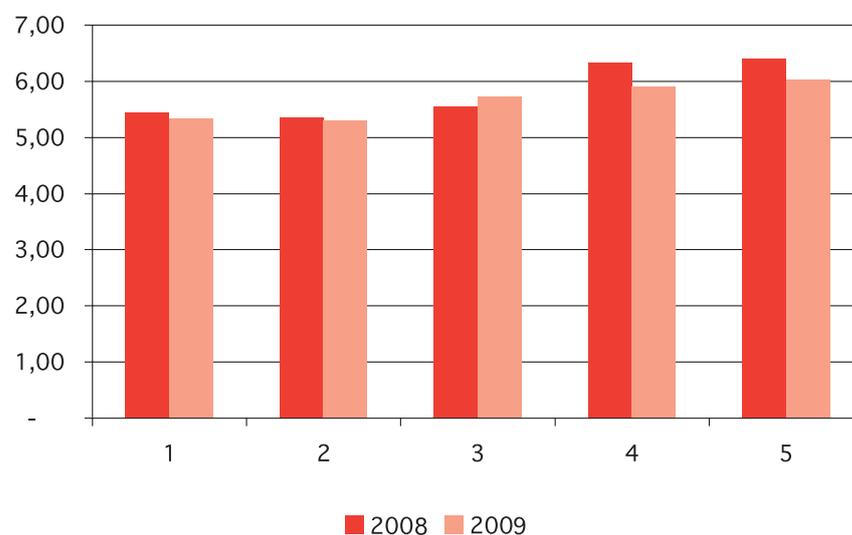
Il dato dimostra quindi che esiste una significativa elasticità dei consumi sanitari al reddito, e questo potrebbe supportare una visione della spesa OOP come spesa non essenziale, al limite inappropriata; la riduzione è però stata più significativa per le famiglie con i consumi medio-alti, richiedendo un supplemento di indagine.

**Figura 5a.3 - Spesa media annua e OOP delle famiglie per quintile di consumo
Anni 2008-2009 - Valori in €**



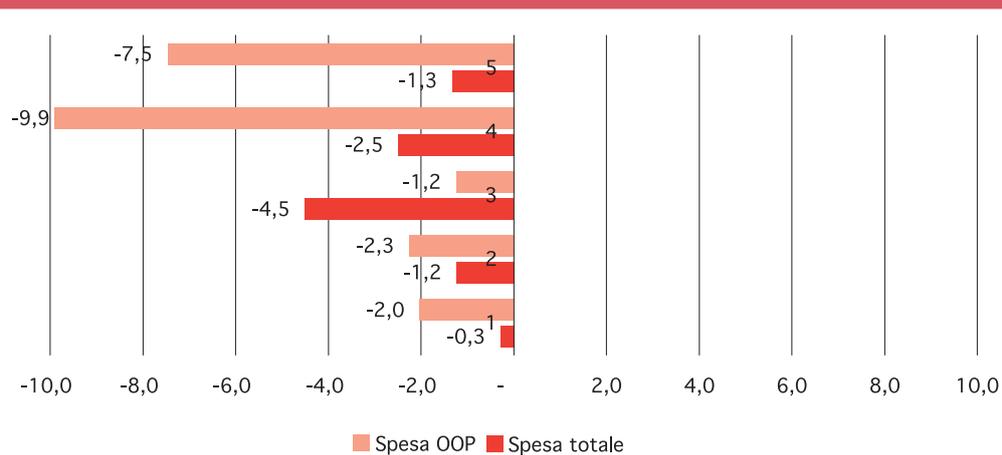
Fonte: Elaborazione su dati Istat

Figura 5a.4 - Quota di spese sanitarie OOP sul totale per quintile di consumo
Anni 2008-2009 - Valori %



Fonte: Elaborazione su dati Istat.

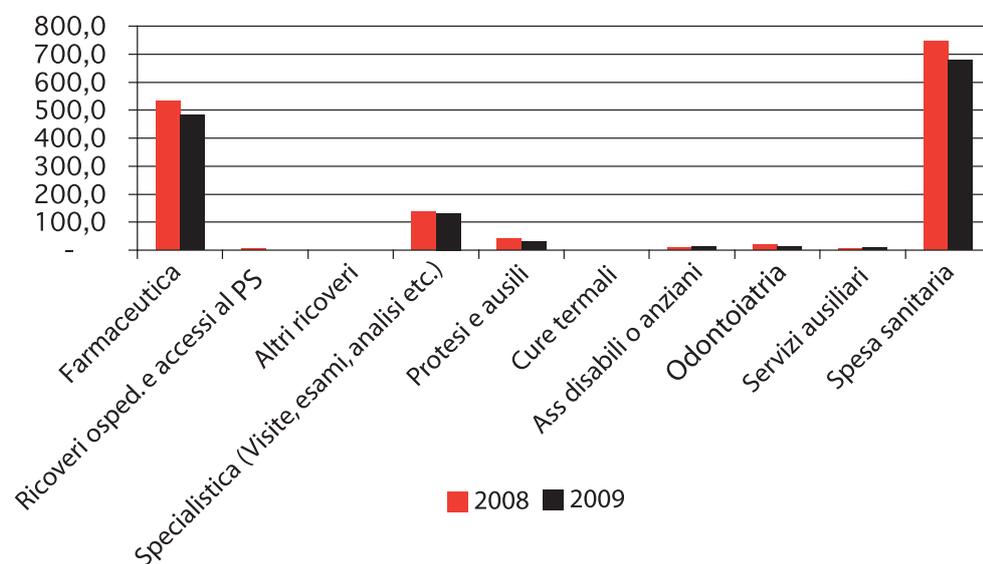
Figura 5a.5 - Variazione della spesa media mensile e OOP delle famiglie
Anni 2008-2009 - Valori %



Fonte: Elaborazione su dati Istat.

Nel 2009, la quota di famiglie povere si è sensibilmente ridotta, passando dall'11,0% al 10,4%, fenomeno giustificato nel rapporto Annuale Istat sul "mercato del lavoro e la deprivazione 2009" dal fatto che l'80% del calo dell'occupazione ha colpito i giovani che vivono nelle famiglie d'origine, mitigando così l'effetto della crisi, e che la cassa integrazione guadagni ha impedito ai genitori di perdere il lavoro. Nell'anno 2009 la spesa media annuale delle famiglie povere è aumentata di circa il +2% rispetto all'anno precedente, ma il valore per le spese OOP si è ridotto da € 748,20 del 2008 a € 648,80, e la sua quota sul totale è scesa dal 5,7% al 5,3%.

**Figura 5a.6 - Spesa sanitaria OOP effettiva annua delle famiglie povere
Anni 2008-2009 – Valori in €**



Fonte: Elaborazione su dati Istat

Si è registrata anche una riduzione d'incidenza dell'impovertimento: l'1,2% delle famiglie residenti (297.670) risultano essere impoverite (il 2,0% di quelle che sostengono spese OOP) a fronte dell'1,4% (il 4,3% di quelle che spendono per la sanità) dell'anno precedente (334.695). Fenomeno da attribuire alla riduzione più che proporzionale, dal 4,2% al 3,9%, della quota dei consumi sanitari privati sul totale dei consumi delle famiglie che, considerando la spesa delle sole famiglie che l'hanno sostenuta, si è ridotta dal 6,0% al 5,8%. Pur essendosi ridotta la quota di famiglie impoverite, l'entità dell'impovertimento è aumentata: la spesa media di queste famiglie ha subito un aumento del +2,3% rispetto al 2008; contestualmente c'è stato un aumento della quota per le spese sanitarie, rappresentando nel 2009 il 15,3% delle spese totali. In particolare la quota destinata alla specialistica è passata dal 18,0% del 2008 al 22,3%, quella per l'odontoiatria dall'8,7% al 13,4% e quella per l'assistenza ai disabili o anziani dal 7,8% al 10,2%.

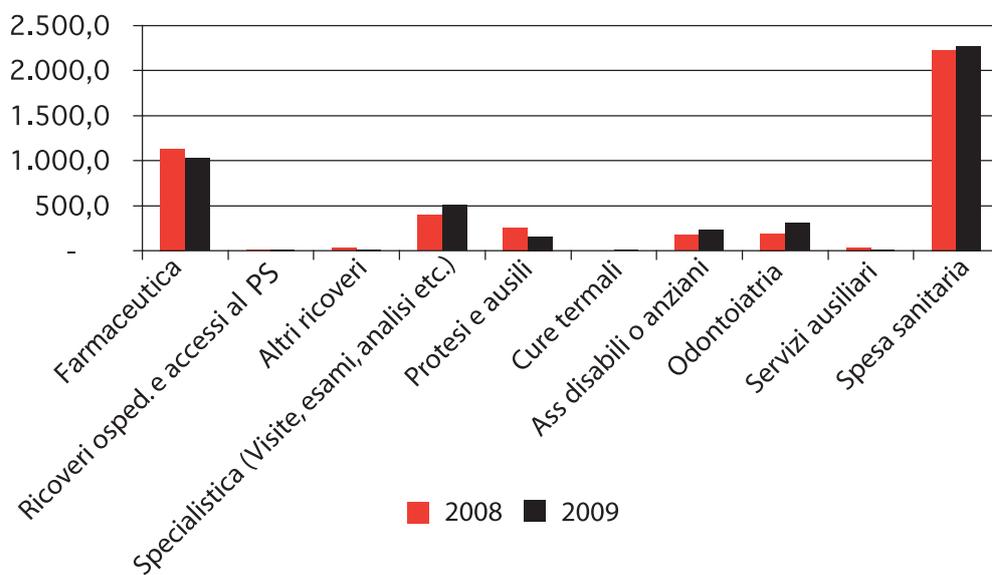
Contestualmente si è avuta anche una riduzione della quota di famiglie soggette a spese catastrofiche, che rappresentano nel 2009 il 2,7% (674.754) di quelle residenti, ovvero il 4,3% di quelle che sostengono spese OOP, a fronte del 3,1% (il 5% di quelle che hanno speso per sanità) del 2008.

La spesa media annuale delle famiglie soggette a spese catastrofiche si è ridotta del -2,2%, con un valore medio di consumo pari a € 20.519,40 nel 2009.

Anche la spesa sanitaria si è ridotta del -8,3% rispetto al 2008, raggiungendo € 6.126,80 medi annui, pari al 30% dei consumi totali.

Analizzando la composizione della spesa OOP sostenute da queste famiglie, notiamo che nel 2009 hanno ridotto tutte le voci di spesa, ad eccezione di quella per l'assistenza ai disabili ed anziani, che è passata da € 1.051,1 a € 1.059,5 annui e quella per la specialistica, che è passata da € 619,3 a € 721,7. Si sono ridotte in modo significativo le spese sostenute per infermieri, fisioterapisti (-44,4%), protesi e ausili (-37,2%) e ricoveri ospedalieri (-34,9%).

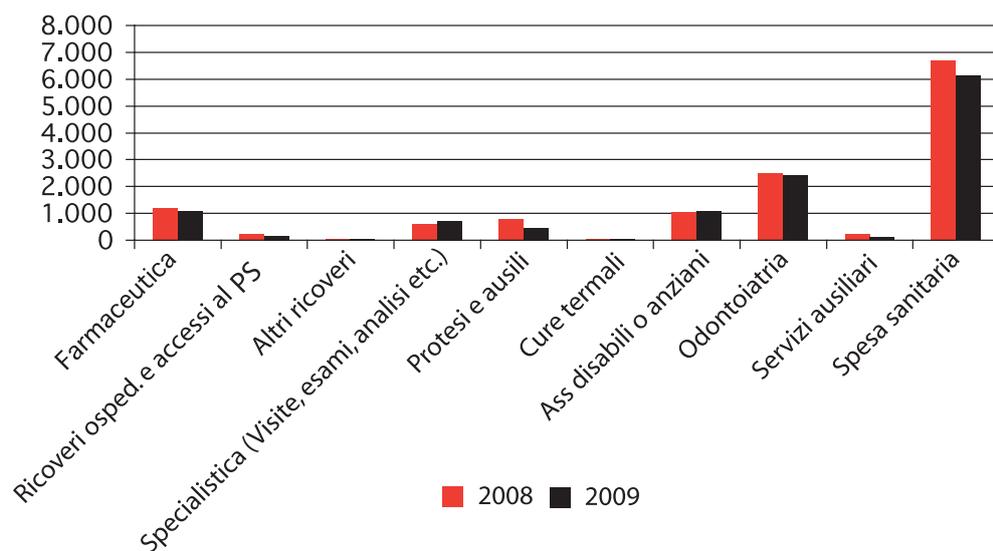
**Figura 5a.7 - Spesa sanitaria OOP effettiva annua delle famiglie impoverite
Anni 2008-2009 – Valori in €**



Fonte: Elaborazione su dati Istat

Si può complessivamente notare come si sia ridotta soprattutto la quota di famiglie soggette a spese catastrofiche nei quintili più alti, avendo quest'ultime ridotto in maggior misura i consumi e anche la quota di spesa OOP.

Figura 5a.8 - Spesa sanitaria OOP effettiva annua delle famiglie soggette a spese catastrofiche
Anni 2008-2009 – Valori in €



Fonte: Elaborazione su dati Istat

Per le famiglie del quarto e quinto quintile, oltre ad una significativa riduzione dei consumi, se n'è osservata una altrettanto significativa riguardante la quota destinata alle spese sanitarie; per le famiglie del terzo c'è stata una riduzione dei consumi, rimanendo pressoché invariata la quota destinata alle spese sanitarie OOP; nelle famiglie del secondo quintile la riduzione dei consumi è stata minima, così come la loro quota per le spese sanitarie; infine, nelle famiglie del primo quintile, c'è stata una minima riduzione dei consumi e invece un lieve aumento delle spese sanitarie.

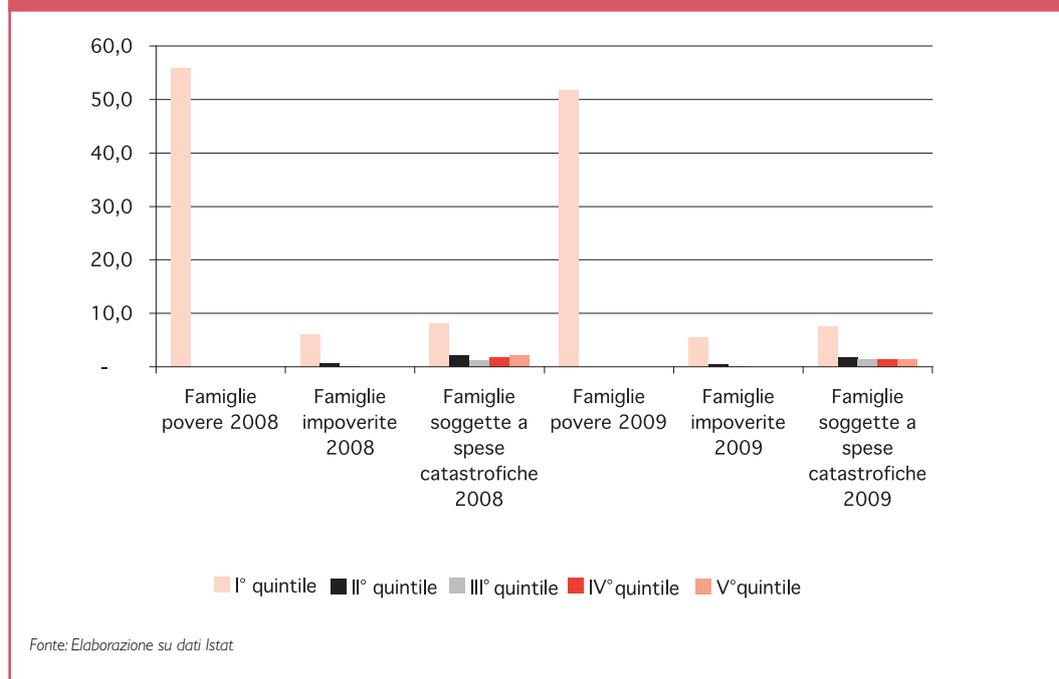
5a3. L'impatto regionale

Dall'analisi dei dati regionali emerge che risultano impoverite il 2,3% delle famiglie residenti nel Mezzogiorno, lo 0,6% di quelle residenti nelle Regioni del Centro e lo 0,7% di quelle residenti in quelle del Nord.

Rispetto all'anno 2008, si registra una riduzione importante del fenomeno nelle Regioni del Centro: la quota di famiglie impoverite si è ridotta di 0,5 punti percentuali, passando dall'1,1% allo 0,6%. Nel 2009 si è avuta una riduzione della quota di famiglie impoverite in Molise, Abruzzo, Lazio, Lombardia e Basilicata. La significativa riduzione che ha interessato il Molise, anche se in parte giustificabile dalla riduzione della quota di famiglie nei quintili bassi e da un aumento in quelli medio-alti, è da prendere con cautela, a causa di possibili distorsioni del campionamento dovuti alla piccola dimensione della Regione; anche in Lombardia, la riduzione è attribuibile alla maggior quota di famiglie nei quintili medio-alti rispetto all'anno precedente;

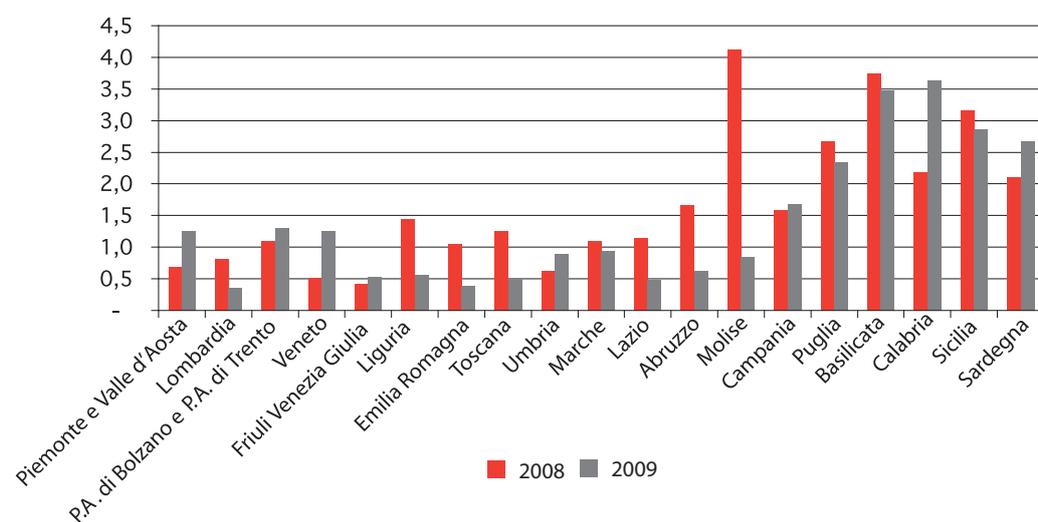
situazione analoga per la Regione Lazio. Le Regioni del Mezzogiorno continuano ad essere, nel 2009, quelle con la maggior quota di famiglie impoverite, con un'intensificazione del fenomeno rispetto al 2008, in Calabria e Sardegna, attribuibile all'incremento della quota di famiglie dei primi due quintili e ad una sua riduzione in quelli più alti.

**Figura 5a.9 - Distribuzione delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche per quintile di consumo
Anni 2008-2009 - Valori %**



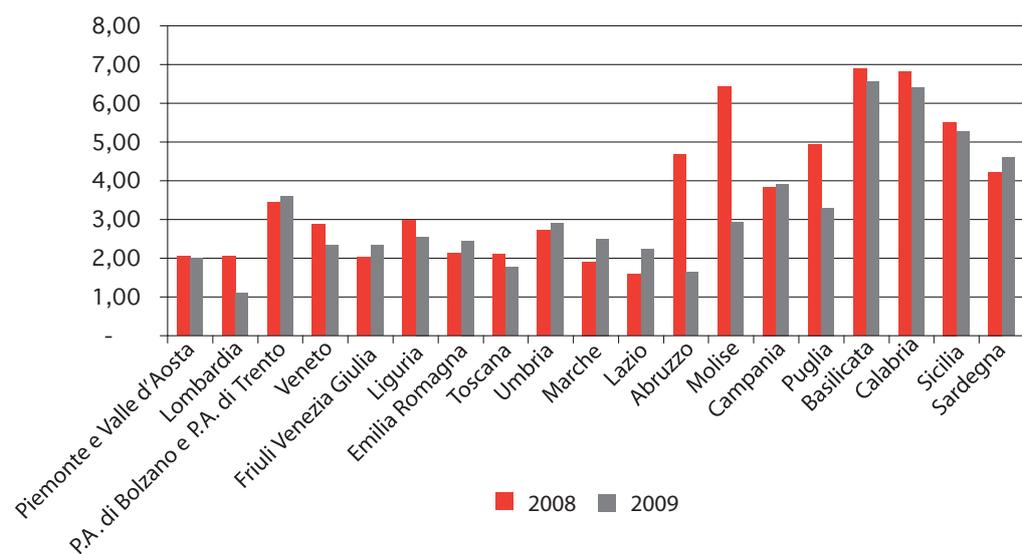
Analizzando l'incidenza della catastroficità nelle diverse Regioni notiamo che le famiglie soggette a spese catastrofiche rappresentano l'1,9% delle famiglie residenti al Nord, il 2,2% di quelle residenti nelle Regioni del Centro e il 4,3% di quelle residenti nel Mezzogiorno. Rispetto all'anno precedente, nonostante la riduzione d'incidenza di famiglie soggette a spese catastrofiche a livello nazionale, nelle Regioni del Centro si è invece registrato un incremento, passando dall'1,9% al 2,2%. In Abruzzo, Molise e Puglia si è avuto, nel 2009, un incremento significativo del fenomeno attribuibile ad un aumento, rispetto al 2008, della quota di famiglie dei quintili più soggetti a spese catastrofiche: in particolare in Abruzzo si è avuto un aumento di famiglie del terzo e quarto quintile, ovvero di quelle famiglie che spendono anche una quota maggiore per la sanità; anche in questo caso il dato del Molise è da prendere con cautela per l'eventuale distorsione del campionamento dovuta alle sue dimensioni; in Puglia la riduzione è da attribuire alla significativa riduzione delle famiglie del secondo e quinto quintile, che se nel 2008 rappresentavano rispettivamente circa il 20% e il 10% dei catastrofici, nel 2009 le loro quote si sono dimezzate.

**Figura 5a.10 - Incidenza delle famiglie impoverite
Anni 2008-2009 - Valori %**



Fonte: Elaborazione su dati Istat

**Figura 5a.11 - Famiglie soggette a spese catastrofiche
Anni 2008-2009 - Valori %**



Fonte: Elaborazione su dati Istat

5a.4. Previsione d'impoverimento delle famiglie

Al fine di valutare l'impatto del paventato aumento della spesa dei *ticket* previsto dal D.L. n. 98/2011 sull'impoverimento delle famiglie per le spese sanitarie, sono state fatte delle simulazioni con i dati dei consumi delle famiglie dell'anno 2009.

Il decreto prevede un aumento della spesa dei *ticket* per farmaci, specialistica e pronto soccorso pari a circa € 2 mld.

Nelle nostre simulazioni abbiamo ipotizzato che il 10% di quest'aumento fosse per il pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri, il 45% per la specialistica (visite, analisi cliniche e diagnostica radiologica, ECG, etc.) e il 45% per i farmaci.

L'incidenza dell'impoverimento è stata determinata in due differenti casi:

Caso 1: i consumi totali delle famiglie non variano, ovvero le famiglie ridurranno i consumi non sanitari per affrontare l'aumento delle compartecipazioni;

Caso 2: al contrario del caso 1, i consumi totali incrementano di una quota pari all'aumento delle compartecipazioni (immaginando quindi sia possibile una copertura a valere sulla riduzione dei risparmi).

Nel caso 1 sono risultate impoverite 340.007 famiglie, ovvero l'1,38% (il 2,27% di quelle che sostengono spese OOP), a fronte delle 297.670 rilevate senza l'aumento: quindi un incremento di oltre 42.000 famiglie; nel caso 2 sono quindi risultate impoverite 301.028 famiglie, l'1,22% (il 2,01% di quelle che sostengono OOP), con un incremento di poco più di 3.000 famiglie; pur avendo ipotizzando le due condizioni estreme, quasi sicuramente, all'aumento dei consumi dell'anno 2010, seguirà una successiva loro riduzione in corrispondenza della seconda crisi del 2011, che porterà così ad una situazione di spesa delle famiglie presumibilmente simile a quella riscontrata nel 2009: quindi lo scenario più pessimistico sembrerebbe essere quello con cui più probabilmente dovremo confrontarci in futuro.

Dalle simulazioni fatte emerge quindi che sicuramente l'aumento previsto avrà un impatto significativo sull'incidenza dell'impoverimento: l'impatto sarebbe contenuto se le famiglie avranno la capacità di sostenere dei consumi maggiori (caso 2) riducendo il risparmio, ma questo è improbabile trattandosi delle famiglie dei primi quintili di consumo; sarà certamente significativo se dovranno rinunciare ad altre spese non sanitarie per curarsi. Al fine di minimizzare l'impatto della compartecipazione sull'impoverimento, scontando che i consumi complessivi non possano aumentare per effetto della crisi, appare fondamentale ricorrere ad una rimodulazione delle aliquote dei *ticket* che sia progressiva rispetto alle risorse delle famiglie. A tal fine si è condotta un'ulteriore simulazione incrementando le aliquote in funzione dei quintili di consumo; per giungere ad un risultato sostanzialmente analogo a quello della simulazione 2, risulta necessario prevedere un'aliquota fortemente progressiva: considerando esente il primo quintile, le aliquote di compartecipazione dovrebbero crescere da circa il 5% del secondo quintile fino al 30% dell'ultimo. In tal caso sono risultate impoverite 305.103 famiglie, l'1,24%, ovvero circa 7.500 nuove famiglie impoverite, riducendo significativamente ma non annullando il fenomeno.

Si consideri che tutte le simulazioni sono probabilmente sottostimate in quanto, per carenza di dati, il *ticket* sui ricoveri ospedalieri è stato possibile considerarlo solo ove già

fosse stato pagato un *ticket* per l'accesso al Pronto Soccorso. Inoltre anche la progressività delle compartecipazioni potrebbe risultare ancora più elevata tanto più in realtà si verificano fenomeni di evasione.

5a.5. Conclusioni

La riduzione d'incidenza dell'impoverimento e delle catastoficità per spese sanitarie nell'anno nel biennio 2008-2009 descrive una risposta positiva del sistema sanitario durante la crisi, anche se è da evidenziare che in quest'anno le famiglie hanno ridotto i consumi e in particolare quelli per la Sanità rispetto all'anno precedente. Si è avuta anche una riduzione del numero di famiglie che hanno sostenuto spese sanitarie, indicativo probabilmente di una rinuncia a priori a sostenerle.

I dati dimostrano, almeno per le famiglie dei primi quintili (le più povere) e per gli anziani dei quintili successivi, che la spesa sanitaria privata è praticamente incompressibile, essendo limitata prevalentemente a beni sanitari primari quali farmaci e specialistica. Quella invece sostenuta dalle famiglie "più ricche" ha subito una maggior contrazione, soprattutto nei confronti dei beni sanitari procrastinabili, quali ad esempio l'odontoiatria. Questo a sua volta implica in primo luogo che sarebbe utile una maggiore protezione delle famiglie, soprattutto quelle dei quintili più bassi, e in secondo luogo che è presumibile che una seconda crisi possa non trovare assorbimento nei bilanci delle famiglie che già nel 2009 avevano ridotto le spese sanitarie posticipando quello che potevano.

Inoltre, il paventato aumento dei *ticket* previsto dal D.L. n. 98/2011 avrà sicuramente un impatto sull'impoverimento delle famiglie, di dimensione variabile a seconda della capacità di risparmio delle famiglie.

Qualora, come è largamente probabile, trattandosi di nuclei "fragili", la possibilità di attingere al risparmio sia limitata, l'impatto sull'impoverimento sarà significativo: oltre 42.000 nuovi casi di famiglie impoverite.

Evidentemente per ridurre tale impatto sarà necessario introdurre una compartecipazione alla spesa progressiva rispetto alle risorse delle famiglie; dalle nostre simulazioni l'aliquota di compartecipazione dovrebbe essere significativamente progressiva, giungendo a valori dell'ordine del 30% per le famiglie "più ricche": peraltro non si è tenuto conto della probabile evasione.

In ogni caso nella simulazione effettuata l'impatto si ridurrebbe ma non si annullerebbe, passando da 42.000 a 7.500 nuove famiglie impoverite.

APPENDICE

Approfondimenti sull'assistenza 'Indicatori di performance: equità Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

• Il contesto socio-economico: quadro macro-economico

Consumi delle famiglie

Consumi delle famiglie: composizione percentuale

Consumi delle famiglie: composizione per quintile di consumo

Consumi delle famiglie: composizione per quintile di consumo in percentuale

Consumi sanitari delle famiglie

Consumi sanitari delle famiglie: composizione percentuale

Consumi sanitari delle famiglie: composizione per quintile di consumo

Consumi sanitari delle famiglie: composizione per quintile di consumo in percentuale

Consumi sanitari delle famiglie: incidenza sul totale per quintile di consumo

Consumi sanitari effettivi "lordi" delle famiglie

Consumi sanitari effettivi "netti" delle famiglie

• Indicatori di performance: Equità

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche

Famiglie povere, impoverite e soggette a spese catastrofiche: composizione per quintile di consumo

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie povere

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie povere: composizione percentuale

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie povere: incidenza sul totale delle spese

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie impoverite

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie impoverite: composizione percentuale

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie impoverite: incidenza sul totale delle spese

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie soggette a spese catastrofiche

Spesa sanitaria OOP effettiva "lorda" famiglie soggette a spese catastrofiche: incidenza sul totale delle spese



Capitolo 5b
Indicatori
di performance:
un indice unico
di performance
dei SSR

5b - Indicatori di performance: un indice unico di performance dei SSR

Daniela d'Angela¹, Federico Spandonaro ¹

5b.1. Introduzione

Negli ultimi anni il processo di valutazione dei risultati o *performance* ha avuto una forte accelerazione, spinta da una apprezzabile volontà, in particolare, del Ministero della Salute, di dotarsi e dotare i Servizi Sanitari Regionali (SSR) di strumenti di *accountability*.

Si può serenamente affermare che già oggi il settore sanitario è largamente avanti rispetto alle altre aree della Pubblica Amministrazione nei processi valutativi.

Tanto per citare due esperienze particolarmente significative, il Ministero supporta la conoscenza dello stato del sistema sanitario con il sistema di monitoraggio sviluppato dalla Scuola Superiore S. Anna di Pisa, noto come i "bersagli", ed il recente Piano Nazionale di Valutazione Esiti (PNE) gestito da Age.Na.S.

Non si può che esprimere il proprio plauso per questo, invero nuovo, corso del SSN, ed augurarsi che la possibilità di valutazione si estenda alle molte aree, *in primis* quella cosiddetta territoriale, che ne sono in pratica ancora sprovviste.

Allo stesso tempo la crescita (anche numerica) dei modelli di valutazione, caratterizzati da criteri e obiettivi diversi, se rende conto della complessa multi-dimensionalità del comparto sanitario, comporta il rischio di una perdita di sintesi. Si pone, in altri termini, il problema di utilizzare le crescenti informazioni disponibili, per addivenire ad una valutazione complessiva delle *performance* dei sistemi regionali, specie ora che, affermandosi il federalismo, si moltiplicano le diversità nell'approccio alla tutela del diritto alla salute.

Fatta salva l'importanza da attribuire all'opportunità derivante dal fatto che ogni singolo metodo offre agli amministratori dei sistemi regionali (e/o aziendali) informazioni utili per migliorare il proprio operato, appare utile poter esprimere valutazioni di sintesi: appare, infatti evidente, che ogni sistema può, in via di principio eccellere su un aspetto e non su un altro; né si può negare che in qualche misura si possano creare *trade-off* fra obiettivi: non a caso, a titolo di mero esempio, a livello internazionale si avverte una forte regolarità nella relazione (inversa) fra spesa e *responsiveness* dei sistemi sanitari.

La sintesi è resa peraltro complessa dal fatto che è presumibile (e, probabilmente, ragionevolmente auspicabile) che *stakeholder* diversi possano attribuire (a titolo personale, ma ancor di più in quanto portatori di interessi di categoria diversi), scale di preferenza diverse ai vari obiettivi che si possono configurare.

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Per questo si ritiene che una sintesi valutativa in campo sanitario non possa basarsi su una esplicita, o peggio implicita, applicazione di criteri tecnocratici, bensì debba determinarsi sulla base di un metodo partecipativo e democratico.

Ci sembra di essere suffragati in questa proposizione, dall'impostazione stessa della legge istitutiva del SSN, come anche dall'afflato posto dalle riforme degli anni '90 sul ruolo del cittadino/utente, ovvero sul principio di sovranità del consumatore.

In quanto segue, quindi, si esplicita una proposta metodologica per giungere alla costruzione di un processo valutativo dei SSR (replicabile a livello intraregionale per valutare le *performance* aziendali), che abbia caratteristiche di semplicità, immediatezza e, prioritariamente, partecipazione democratica.

5b.2 La valutazione della *performance*: lineamenti generali

I due fattori più critici nell'individuazione di un indice unico di *performance* sono: la scelta di indicatori che siano rappresentativi della *performance* dei Sistemi Sanitari e, quindi, la scelta della funzione di composizione, ovvero l'importanza relativa che si attribuisce loro.

Alla questione della scelta degli indicatori, è legata la questione della loro standardizzazione, operazione assolutamente imprescindibile affinché gli indicatori siano confrontabili e quindi atti a effettuare operazioni di *benchmarking*; la standardizzazione va intesa come metodo per depurare gli indicatori da ogni elemento di variabilità dovuta a determinanti non considerate rilevanti ai fini della valutazione della *performance*: nel nostro caso tipicamente, ma non esclusivamente, le differenze di bisogno sanitario delle diverse popolazioni regionali (per esemplificare, una spesa maggiore può non significare minore efficienza, se è stata sostenuta a fronte di una popolazione più anziana; analogamente, un esito peggiore può dipendere da una maggiore presenza di fattori di rischio, etc.).

Non è neppure da trascurare l'aspetto delle caratteristiche e proprietà degli indicatori: criteri quali la non ridondanza, la specificità etc. sono, seppure con diverse intensità e cogenze, richiesti praticamente da qualsiasi tecnica di composizione, e quindi andrebbero esplicitati e analizzati.

Una cosa che ci sembra importante sottolineare è la non ridondanza: utilizzare un numero elevato di indicatori non aggiunge precisione al modello di decisione; si rischia piuttosto una ridondanza che distorce i risultati in favore delle dimensioni per cui sono stati previsti più indicatori. Passando all'aspetto della composizione, e senza entrare in un'analisi approfondita del concetto di *performance* di un Sistema Sanitario, ci limitiamo qui a ricordare come la letteratura sia sufficientemente concorde nel ritenere che la *performance* abbia una natura multi-dimensionale, in ossequio alla complessità unanimemente riconosciuta al settore sanitario.

Da questa assunzione derivano, quindi, almeno due conseguenze fra loro interrelate.

La prima, relativa all'identificazione delle diverse dimensioni della *performance*, in modo da garantire che esse siano ragionevolmente rappresentate dagli indicatori.

Per *performance* sostanzialmente si intende una sintesi, una sorta di media (composizione) dei singoli risultati ottenuti in ogni singola dimensione: ad es. efficienza, efficacia e qualità possono essere diverse dimensioni della *performance* complessiva.

La seconda conseguenza è che ogni dimensione è, in generale, misurata in unità naturali diverse, in via di principio non direttamente "sommabili" fra loro; quindi per addivenire ad una quan-

tificazione della *performance* complessiva, è necessario ricondurle ad un'unica unità di misura, indipendente dalle caratteristiche di ogni singola dimensione.

Un ulteriore elemento di riflessione è dato dalla natura dei sistemi sanitari oggetto di analisi: nel caso specifico italiano, la natura pubblica dei SSR va tenuta in conto, condizionando tanto le dimensioni (ad esempio l'equità è una dimensione propria della *performance* di un servizio pubblico e non necessariamente lo sarebbe di uno privatistico), quanto la prospettiva dell'analisi.

Nello scenario internazionale si annoverano diverse esperienze di definizione di un indice unico di *performance* in ambito sanitario, tra cui citiamo quella statunitense, canadese, britannica, quella della *World Health Organization* (WHO). La metodologia introdotta dall'*United States Medicare* nel 2000 e 2003 si basa sulla composizione di ventidue indicatori di pari peso distribuiti in sei aree cliniche; quella del *Canadian Regional Health Care* si basa sulla composizione di quindici indicatori distribuiti in sei categorie (*Outcomes, Prenatal care, Community health, Elderly services Efficiency e Resources*): il peso degli indicatori all'interno della categoria è stato definito attraverso un sistema di *expert-opinion*, la composizione delle sei categorie è invece ottenuta con un sistema di pesi definito in modo arbitrario. Il Sistema britannico nel 2000 ha invece sviluppato un indice unico di *performance* basato sulla composizione di sei indicatori utilizzando un sistema di pesi basato sulle preferenze pubbliche, rilevate con una *survey* applicando il metodo "budget-pie", ovvero chiedendo l'allocazione di 60 *chips* sui sei indicatori (Appleby & Mulligan, 2000). Ancora citiamo quello implementato nel 2000 dalla WHO su 191 Paesi (*World Health Report, 2000*), la cui composizione si basa su una somma dei *ranking* di indicatori afferenti a quattro macroaree (*Overall health outcomes, Inequality in health, Fairness of financing e Health system responsiveness*). I pesi sono stati definiti attraverso una *survey* effettuata su 2000 figure "chiave", cui veniva richiesto di attribuire un punteggio ad ogni singolo indicatore.

5b.3 L'approccio basato sulla utilità prodotta

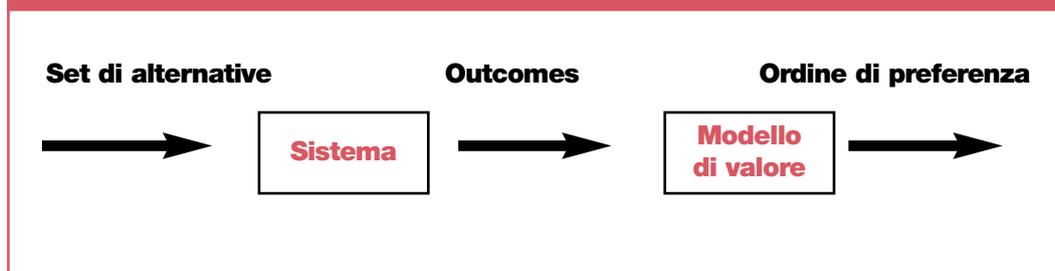
La metodologia che viene qui proposta, intende replicare un processo decisionale, così come avviene nella teoria della domanda in Economia; si fonda, quindi, sull'idea che gli *stakeholder* del sistema perseguano diversi obiettivi (dimensioni), a cui attribuiscono in base alle loro personali preferenze, un grado di utilità differente.

Gli *stakeholder* definiscono altresì un saggio marginale di sostituzione degli obiettivi, ovvero ritengono che una migliore *performance* su una dimensione almeno parzialmente possa compensare una peggiore *performance* su un altro.

In pratica si assume che non tutti gli obiettivi forniscono la stessa utilità, e che possono essere almeno parzialmente sostituiti uno con l'altro nella composizione della *performance* complessiva.

La tecnica adottata elicitava una funzione di utilità dalle preferenze dei singoli *stakeholder* (e poi come vedremo genera la funzione di utilità sociale), da cui risulta possibile stimare il livello relativo di utilità fornita dalla *performance* di ogni singolo SSR, esplicitando un *ranking* corrispondente alla struttura delle preferenze sottostanti.

Figura 5b.1 - Paradigma delle analisi decisionali



Come premesso, obiettivo della presente proposta è quello di addivenire ad un processo decisionale di tipo democratico e partecipativo. Ovviamente, trattandosi di servizi pubblici, al centro del sistema avremo le preferenze dei cittadini (rappresentati dalle loro associazioni di *advocacy* e tutela, e dai politici); argomentazioni relative ai noti problemi di asimmetria informativa che caratterizzano il settore sanitario ci sembra che ragionevolmente giustifichino la considerazione nel processo decisionale delle preferenze “informate” di tecnici, quali i professionisti sanitari (clinici, infermieri, etc.) e i manager dei sistemi sanitari (nazionali, ivi compreso il Ministero della Salute, regionali e aziendali); il notevole impatto economico dei sistemi sanitari giustifica, a parere di chi scrive, anche la considerazione nel processo decisionale delle preferenze dei rappresentanti del Ministero dell’Economia, dei *provider* e dei rappresentanti delle industrie afferenti al settore sanitario (dispositivi medici, farmaceutica, etc.).

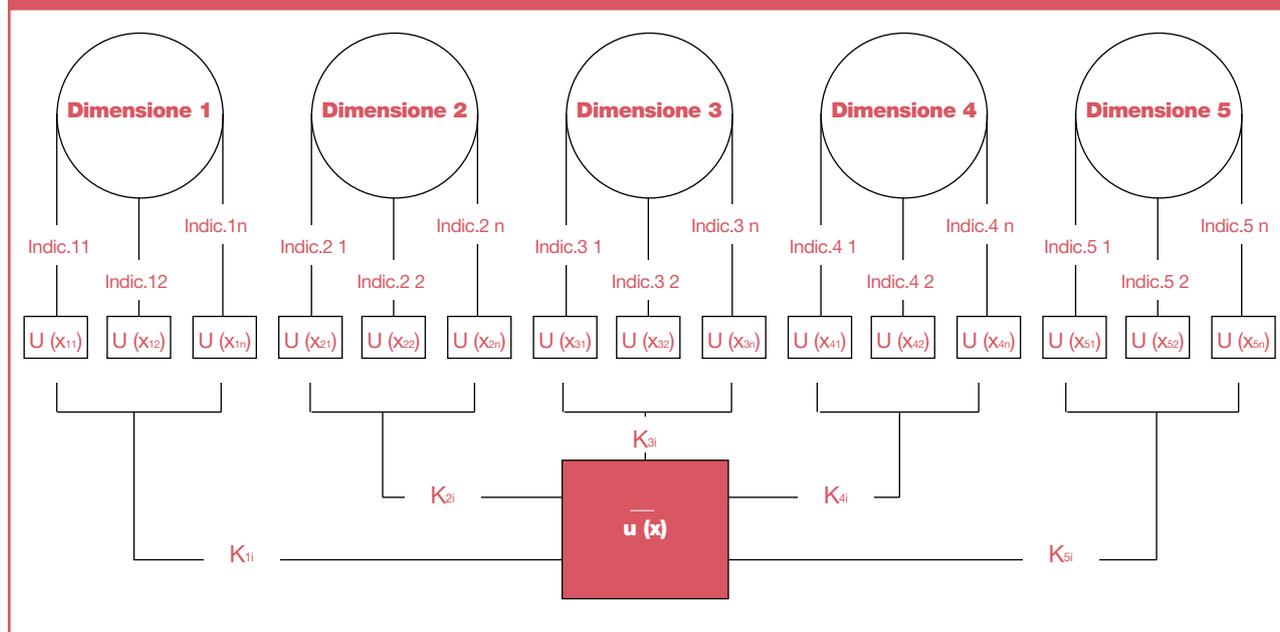
Un pregio del metodo proposto è anche quello di permettere un’elicitazione di preferenze per sottogruppo, rendendo possibile evidenziare diversi *ranking* e quindi confrontare le diverse valutazioni della *performance* espresse da gruppi diversi di *stakeholder*.

Si pone, piuttosto, il problema di addivenire ad una aggregazione delle preferenze che generi un sistema di “preferenze sociali”.

In pratica, nell’implementazione del metodo viene normalmente utilizzato il metodo della media aritmetica (Harsanyi, 1986), ovvero adottando quali valori delle funzioni di utilità le medie aritmetiche dei valori elicitati con le interviste ai singoli *decision maker* coinvolti.

In pratica, il metodo prevede che dato un set di indicatori, con caratteristiche definite nel prosieguo, si associ ad ogni indicatore una funzione di Utilità e quindi, attraverso una funzione matematica definita Utilità Multi-Attributo, si compongano esprimendo così l’utilità $U(\bar{X})$ di ogni possibile *performance* $\bar{X} = (x_1, x_2, x_3, \dots, x_i, \dots, x_n)$ (Keeney and Raiffa, 1976; Farquhar, 1984).

Figura 5b.2 - Diagramma di flusso metodologia per la definizione di un indice di Performance dei Sistemi Sanitari



Per delineare le dimensioni della *performance* dei sistemi sanitari si è adottato l'approccio delle *Balanced Scorecard* (Kaplan e Norton, 1992), anche in considerazione del loro già ampio utilizzo nella sanità pubblica.

La natura pubblica dei sistemi sanitari ha suggerito l'opportunità di integrare le classiche prospettive proposte da Kaplan e Norton con un'ulteriore prospettiva, rappresentata dall'equità (Fioravanti e Spandonaro, 2004); quindi le dimensioni delle *performance* adottate (fra parentesi la specificazione di alcune classi di variabili afferenti ad ogni dimensione), sono:

- Economico-Finanziaria (efficienza ed economicità, etc.);
- Cliente (qualità percepita, fidelizzazione etc.);
- Innovazione e apprendimento (qualità, appropriatezza clinica, etc.);
- Business interno (appropriatezza organizzativa, integrazione dei servizi, etc.);
- Equità (di accesso, *burden* finanziario sulle famiglie, etc.).

Affinché il modello possa rappresentare una coerente rappresentazione della struttura di preferenza sociale, è necessario che gli indicatori rappresentativi delle diverse dimensioni siano completi (ossia che coprano tutti gli aspetti del processo decisionale), importanti (ossia rappresentativi di un criterio significativo nel processo decisionale), misurabili, familiari, non ridondanti, indipendenti, etc.

Al fine di ottemperare ai criteri sopra descritti è stato individuato un primo set di 11 indicatori per simulare gli effetti del metodo.

Tabella 5b.1 - Indicatori e dimensioni di appartenenza

DIMENSIONE	INDICATORE
Economico-Finanziaria (efficienza, economicità, etc.)	% di disavanzo
	Spesa sanitaria totale (pubblica + 30% privata) pro-capite
Business interno (appropriatezza, qualità organizzativa, integrazione, etc.)	Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso cardiaco per residenti 50-74 anni
	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario
	% ricoveri ospedalieri con DRG inappropriati
Cliente (qualità percepita, fidelizzazione etc.)	Tasso di persone in buona salute
	Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera
Innovazione	% Procedure chirurgiche in artroscopia e laparoscopia sul totale dei DRG chirurgici
	Quota spesa per la formazione sul totale
Sociale (Equità)	% Famiglie impoverite
	% famiglie con spese catastrofiche

L'indipendenza è condizione assiomatica ai fini dell'implementabilità del metodo; la non ridondanza è altrettanto importante, in quanto il non rispetto comporta la duplicazione delle preferenze, distorcendo i risultati.

In prospettiva ci sarebbe l'intenzione di demandare anche la scelta degli indicatori ad una consultazione fra gli *stakeholder*, chiedendo loro di individuare i più rappresentativi da un set pre-selezionato.

5b.4 Una simulazione della valutazione della performance dei Sistemi Sanitari Regionali

Al fine di testare la sensibilità dell'algoritmo sono state predisposte tre simulazioni, ipotizzando in prima battuta che il valore attribuito agli indicatori decresca linearmente dalla *best performance* alla *worst performance* e anche che il loro contributo sia paritario all'interno della dimensione di afferenza.

Dopo di che si sono formulati tre scenari:

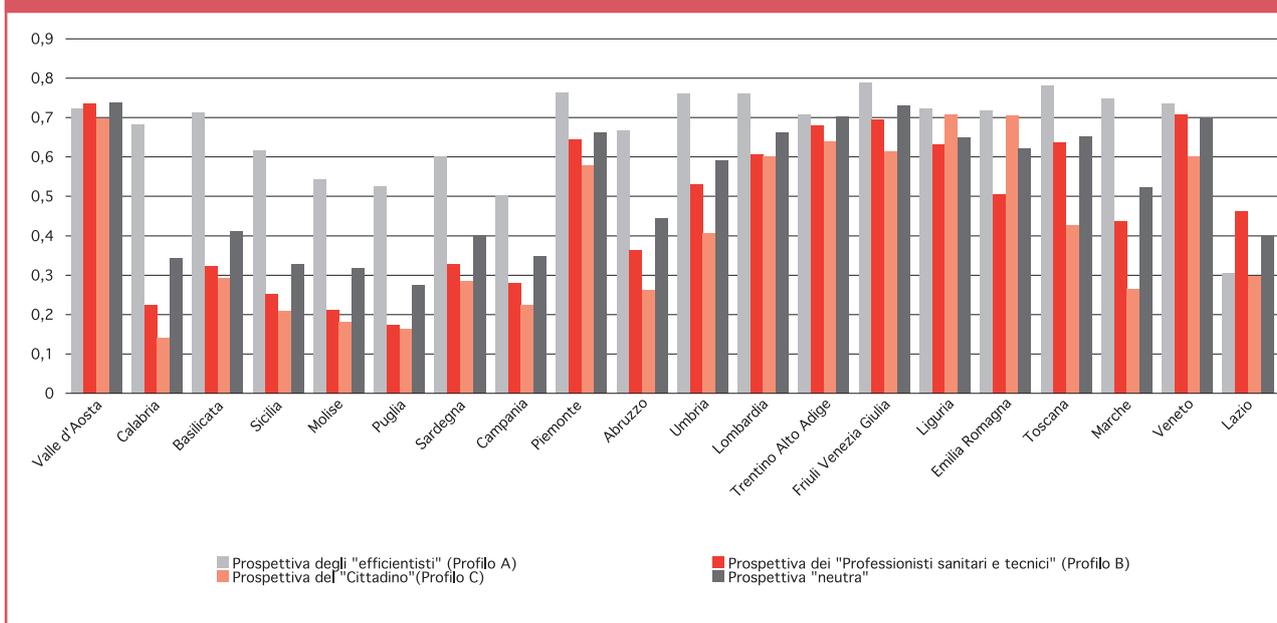
1. nel primo tutte le dimensioni contribuiscono in egual modo alla valutazione della performance complessiva;
2. nel secondo sono stati definiti tre profili di *stakeholder*; il profilo A, che si assume essere efficientista e che dia quindi maggior peso alla dimensione economico-finanziaria (il 60%, lasciando il 40% equidistribuito tra le restanti); il profilo B, rappresentativo dei professionisti sanitari e dei "tecnici", privilegia gli aspetti di organizzazione sanitaria (31%), di 'innovazione' ed 'equità' (circa il 25%), poi la dimensione 'cliente' (17%), lasciando un contributo bassissimo a quella economico-finanziaria (circa il 3%); il profilo C, rappresentativo dei cittadini, invece attribuisce alla dimensione 'cliente' un peso predominante (70%), quasi trascurabile a quella 'economico-finanziaria';
3. nel terzo scenario la determinazione dell'indice unico di *performance* avviene in base alle

preferenze in media espresse dai tre profili di *stakeholder* del Sistema sopra descritti. Evidenziando che si tratta di mere simulazioni, tese a testare la sensibilità del metodo e non “classifiche” regionali, nel grafico che segue è possibile apprezzare come, con gli indicatori proposti, le Regioni del Nord e le Province Autonome presentino mediamente un valore di *performance* significativamente maggiore rispetto a quello delle Regioni del Centro e del Mezzogiorno. Al variare del “peso” attribuito alle diverse dimensioni si modifica però l’indice di *performance* dei SSR e quindi il *ranking*. Attribuendo un maggior peso alla dimensione ‘economico-finanziaria’ (profilo A), rispetto allo scenario base di equidistribuzione dell’importanza delle dimensioni, è possibile notare come la Toscana, ad esempio, passi dal settimo al secondo posto, il Piemonte dal quinto al terzo, l’Umbria dal decimo al quarto, la Puglia dall’ultimo al terz’ultimo, la Campania perde tre posizioni diventando penultima, il Lazio passa dal quindicesimo al ventesimo.

Attribuendo un maggior peso invece alle dimensioni “tecniche” (profilo B) è possibile notare come, ad esempio, il Veneto passi dalla quarta alla seconda posizione, il Lazio recuperi quattro posizioni, passando dalla quindicesima all’undicesima.

Attribuendo un maggior peso invece alla dimensione ‘cliente’ (profilo C) si nota come Regioni quali la Liguria, l’Emilia Romagna e il Lazio modifichino in maniera significativa la loro posizione passando rispettivamente dall’ottava alla prima, dalla nona alla seconda, e dalla quindicesima all’undicesima; la Calabria perde ancora una posizione, diventando ultima.

Figura 5b.3 - Valore di *performance* dei SSR al variare delle prospettive



I *ranking* ottenuti, seppure nell'ambito di un mero esercizio di simulazione, appaiono convincenti, sia in modo aggregato, sia nelle specificazioni che assumono variando l'importanza degli obiettivi da perseguire.

Come era lecito aspettarsi, e a giustificazione dell'importanza di utilizzare un metodo democratico nella elicitazione dei pesi attribuiti ai vari obiettivi/dimensioni, le differenze dei *ranking* possono essere significative, a riprova della complessità del settore sanitario, ma anche a giustificazione della importanza di valutare complessivamente le politiche sanitarie, che possono avere impostazioni legittimamente diverse e quindi risultati non sovrapponibili su singole dimensioni di *performance*.

5b.5 Discussione

Le simulazioni riportate, pur con i limiti preliminarmente espressi, permettono di apprezzare la relativa semplicità di implementazione del metodo, la cui maggiore complessità rimane quella della elicitazione (democratica) delle preferenze, attività peraltro di grande utilità, in quanto fondamentale elemento di conoscenza e guida delle politiche sanitarie, sembrano dimostrare l'importanza di perseguire la massima trasparenza nell'implementazione delle valutazioni.

Le simulazioni hanno consentito di apprezzare la sensibilità dell'algoritmo al diverso "peso" attribuito alle dimensioni della *performance*, senza peraltro produrre stravolgimenti nel *ranking*: i risultati sembrano comunque convincenti e ragionevoli.

L'esercizio "dimostra", in ultima istanza, che l'assunzione di pesi uguali per ogni dimensione sia tutt'altro che scontata: la neutralità assoluta appare poco probabile; le preferenze elicetabili da diverse categorie di *stakeholder* rendono la classifica dei SSR assolutamente non "arbitraria", seppure costruita su preferenze soggettive.

La metodologia proposta risulta relativamente innovativa, quanto meno nella sua applicazione sanitaria; avvalendosi di un ridotto numero di elementi e indicatori (per le motivazioni sopra esposte), il metodo permette di giungere ad una valutazione della *performance* dei Sistemi Sanitari basandosi su un fondamento teorico (la teoria dell'utilità ampiamente utilizzata nelle scienze sociali), rispettando le preferenze soggettive degli *stakeholder*, eliminando i rischi di arbitrarietà insiti nella definizione di pesi prescelti dal "gestore del modello" di valutazione o, peggio, di scarsa trasparenza derivante dalla non esplicitazione dei pesi stessi; è inoltre semplice e flessibile, in quanto consente di implementare diversi criteri per la determinazione dei valori "ottimali" e "peggiori"; lo stesso algoritmo può essere utilizzato per effettuare valutazioni e monitoraggi della *performance* a diversi livelli: aziendale, regionale, nazionale, etc.; infine, la sua applicazione ad una o più dimensioni può consentire di effettuare una valutazione della *performance* parziale relativa alla/e dimensione/i considerata/e.



Capitolo 6

Assistenza

*Ospedaliera:
standard*

*di programmazione
e domanda effettiva
di ricovero*

6 - Assistenza Ospedaliera: standard di programmazione e domanda effettiva di ricovero

Paolo Sciattella¹

6.1. Introduzione

Nel corso dell'ultimo decennio si è assistito a una riduzione dei posti letto nel nostro Paese, fenomeno condiviso nell'area OECD, ove i posti letto (per 1000 abitanti) si sono ridotti da 5,8 nel 2000 a 5,2 nel 2009. In Italia tale tasso è inferiore di circa il 25%: sulla base dei dati del Ministero della Salute, sono stati quasi 45 mila i posti letto tagliati, con un rapporto di posti letto per abitante passato da 5,1 ogni mille abitanti del 2000, al 4,2 attuale.

La razionalizzazione dei posti letto a livello regionale è sempre stata al centro delle politiche sanitarie; di seguito ripercorriamo sinteticamente i passaggi normativi principali:

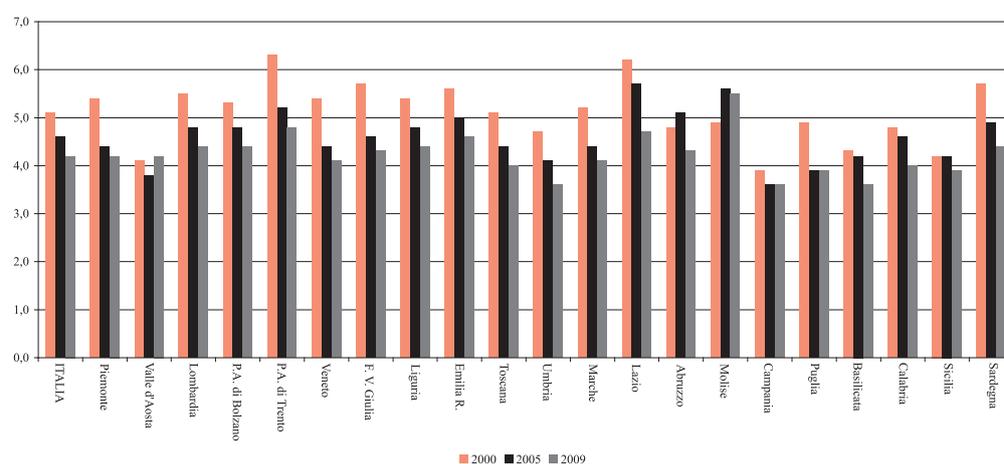
- la L. n. 595/85, all'art. 10 dettò i primi standard per la rete ospedaliera: dotazione media di posti letto (6,5 per mille abitanti), un tasso medio di ospedalizzazione del 160 per mille (acuti e non acuti), e un tasso minimo di utilizzazione del 70-75%, con una durata media della degenza di 11 giorni;
- il DM 13.9.1988, dell'allora Ministro della Sanità Donat Cattin, fissò gli "Standard Ospedalieri" per singola specialità ospedaliera e per l'insieme dei servizi. Questi standard vennero definiti, in attuazione della L. n. 109/1988 che prescriveva la fissazione degli stessi limitatamente al personale ospedaliero, distintamente per posti letto e per tipologia di ospedali, prendendo a riferimento moduli organizzativi tipo, che ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70-75%, con l'eccezione delle terapie intensive e per le malattie infettive, e con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportassero l'utilizzazione ottimale del personale;
- il D.L. n. 112/2008 (convertito in L. n. 133/1988) all'art. 79 "Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria" recepì l'intesa fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, la quale prevedeva una riduzione dello standard di posti letto, diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno, e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;
- il "Patto per la Salute" 2010-2012 all'art. 6 "Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri" ha poi previsto l'ulteriore riduzione dei posti letto da 4,5 a 4 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 per mille da dedicare alla lungodegenza. Scende così da 3,8 a 3,3 per mille abitanti lo standard di posti letto per acuti.

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

La progressiva riduzione dell'offerta di posti letto ha interessato tutte le Regioni, seppure con intensità differenti: l'unica eccezione riguarda il Molise, per il quale il numero di posti letto per abitanti dal 2000 al 2009 si è incrementato da 4,9 a 5,5 per 1.000 abitanti, per effetto principalmente dell'aumento di posti letto privati accreditati (da 0,3 a 0,6).

Come noto le Regioni settentrionali tendenzialmente presentano un'offerta maggiore: tutte, infatti, ad eccezione del Veneto, presentano valori superiori rispetto alla media nazionale. Di contro, nel Meridione solo Molise e Sardegna presentano un numero di posti letto superiori alla media.

**Figura 6.1 - Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati
Tassi per 1.000 abitanti – Anni 2000, 2005, 2009**



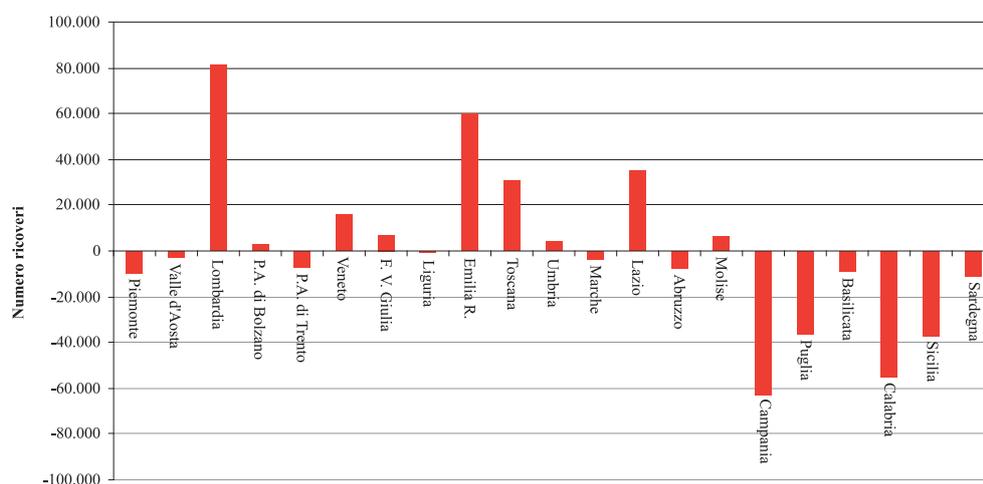
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

6.2. L'offerta in relazione alla domanda effettiva

La razionalizzazione dell'offerta è peraltro avvenuta prescindendo da alcune componenti della domanda di assistenza ospedaliera, tra le quali un ruolo importante lo assume quello svolto dalla mobilità.

La geografia della mobilità ospedaliera (per comodità, nonché completezza ed affidabilità dei dati ci limitiamo a considerare l'area delle acuzie) è ormai stabile da anni: le Regioni del Sud presentano in media un saldo di ricoveri negativo e quindi, ovviamente, quelle del Nord positivo. Le eccezioni sono limitate: nel Sud il Molise, che ha un saldo positivo, mentre nel Nord gli unici saldi negativi significativi sono quelli del Piemonte e della P.A. di Trento.

**Figura 6.2 - Saldo mobilità regionale per ricoveri in acuzie
Numero di ricoveri – Anno 2008**



Fonte: Elaborazione su dati SDO Ministero della Salute

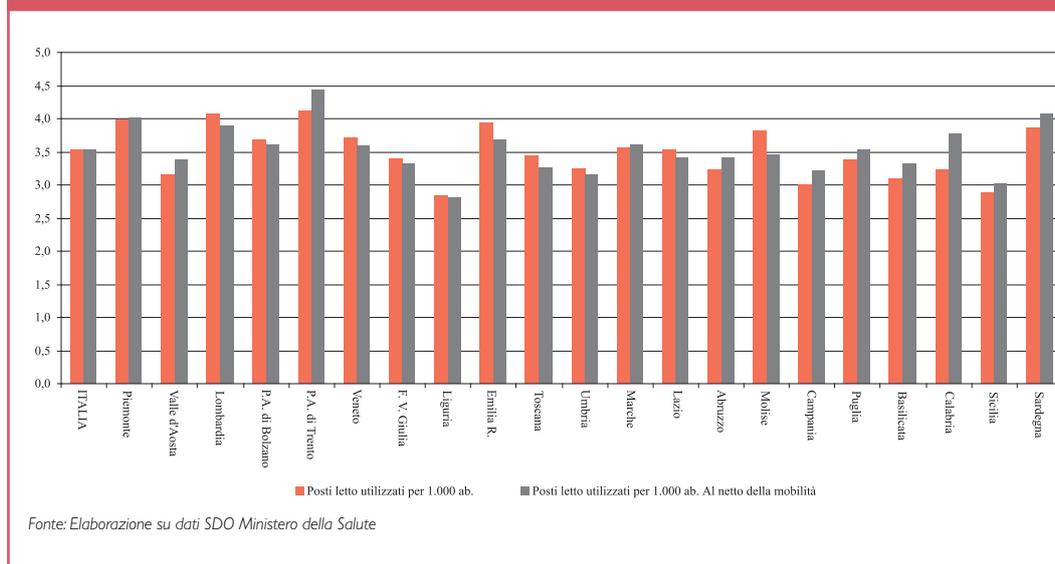
I saldi della mobilità sono rilevanti: complessivamente i cittadini si spostano dal Sud al Centro-Nord per effettuare 365.135 ricoveri (pari all'8,3% dei ricoveri dei residenti nella ripartizione geografica), che attualmente vengono valorizzati in € 1,1 mld. (pari al 3,2% del finanziamento complessivo spettante alle Regioni del Sud).

Per avere un'idea del peso effettivo della mobilità sull'offerta di posti letto è stato ricalcolato, per il 2009, il numero di posti letto per abitante su una popolazione regionale stimata considerando il saldo di mobilità in termini di giornate di degenza. La stima è stata ottenuta partendo dalle giornate di degenza dei residenti nelle singole Regioni, alle quali sono state sottratte le giornate in mobilità passiva ed aggiunte quelle in mobilità attiva; in questo modo per ogni Regione sono state calcolate le effettive giornate di degenza erogate nelle strutture di ricovero. Il passaggio da giornate di degenza a popolazione è stato effettuato attraverso standardizzazione diretta, applicando a tutte le Regioni il tasso di ricovero in giornate di degenza nazionale.

La figura sottostante evidenzia come, ovviamente, la disponibilità effettiva di PL per abitante aumenti per le Regioni in mobilità passiva e si riduca per quelle in mobilità attiva, che vedono soddisfatta la loro offerta dai residenti in altre Regioni.

In particolare, considerando i posti letto pubblici e privati accreditati utilizzati per l'attività di ricovero, si registra un tasso nazionale di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti: ma la Calabria passa da 3,2 per 1.000 abitanti ("effettivi") a 3,8, mentre l'Emilia Romagna passa da una disponibilità di 4,0 a 3,7.

**Figura 6.3 - Posti letto utilizzati al netto della mobilità ospedaliera
Tassi per 1.000 abitanti – Anno 2009**

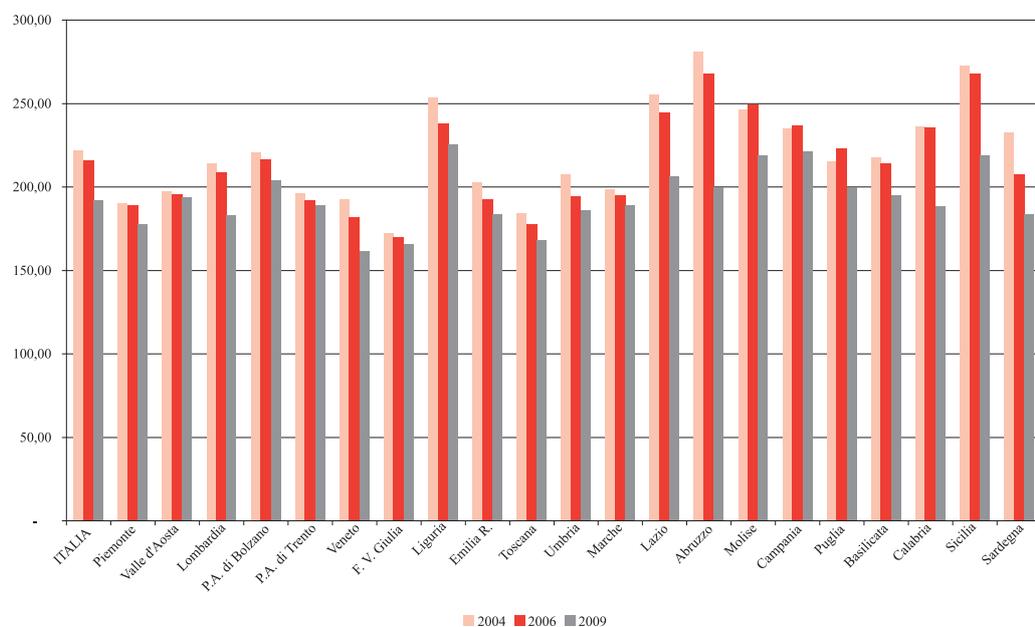


6.3. L'evoluzione dei tassi di ospedalizzazione

Negli ultimi anni l'azione della politica nazionale e regionale mirata alla riduzione dell'offerta ospedaliera si è accompagnata ad una riduzione del ricorso al ricovero; si è agito sulla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, favorendo dapprima il passaggio dal ricovero ordinario a quello in regime diurno e, successivamente, dal regime diurno all'assistenza ambulatoriale. Tali manovre hanno portato ad una generalizzata riduzione dei ricoveri ospedalieri, basti pensare che dal 2004 al 2009 il tasso di ospedalizzazione totale (acuti, riabilitazione e lungodegenza) in strutture pubbliche e accreditate è passato da 221,7 per 1.000 residenti a 192,2 (-13,3%); tale valore risulta peraltro ancora distante dal riferimento di 160 ricoveri per 1.000 abitanti stabilito dalla L. n. 595/1985. Analizzando i soli ricoveri in acuzie, si nota come il rapporto tra ricoveri in regime diurno e ordinario sia sempre più o meno intorno ad un valore di 1 su 3.

A livello regionale, nonostante la riduzione dei ricoveri abbia interessato tutte le aree, è ancora evidente una netta distinzione geografica: le Regioni del Nord presentano tassi di ricovero inferiori rispetto alla media nazionale, mentre le Regioni meridionali sono caratterizzate da tassi significativamente maggiori.

Figura 6.4 - Tassi di ospedalizzazione.
Tassi per 1.000 abitanti – Anni 2004, 2006, 2009



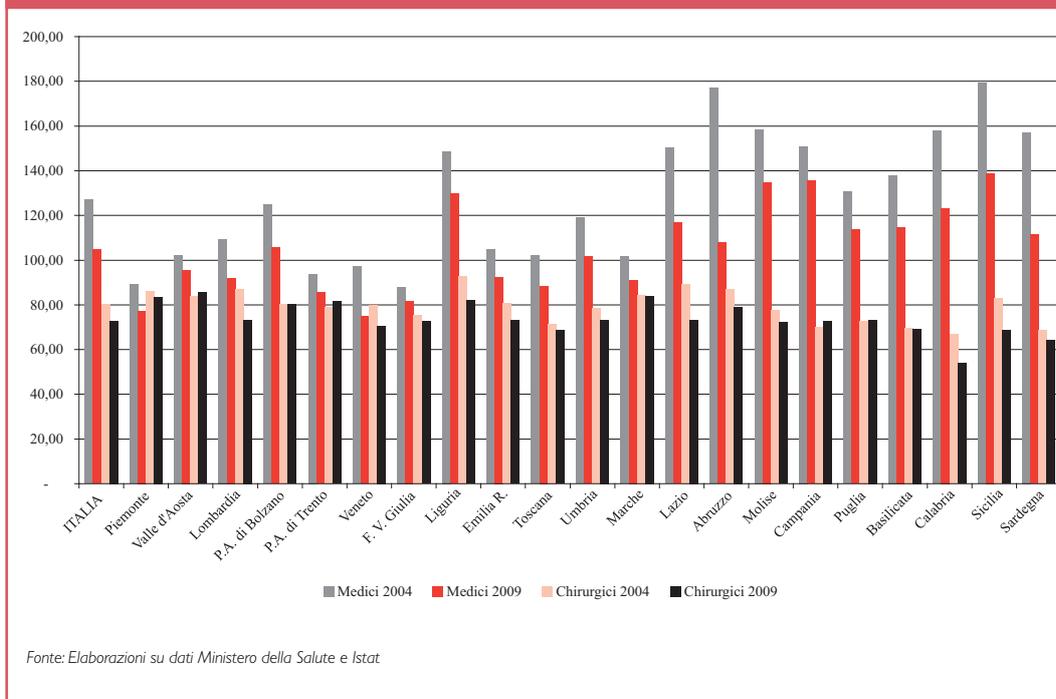
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute e Istat

Separando i tassi di ricovero per acuti tra DRG medici e chirurgici, si nota come la riduzione abbia interessato entrambe le categorie, ma con maggiore intensità i ricoveri che non prevedono un intervento chirurgico, specialmente se effettuati in regime diurno. In media tra il 2004 ed il 2006 i ricoveri medici si sono ridotti del 17,7% passando da un tasso di 127,1 per 1.000 a 104,6; per il day hospital la riduzione è stata del 22,7%.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici, invece, la riduzione è stata minore: pari al 9,2%, con un tasso passato da 80,3 a 72,9 per 1.000; anche in questo caso la riduzione maggiore si è avuta per il regime diurno (-14,9% rispetto al -6,2% del regime ordinario).

A livello regionale si nota come al Centro-Nord le riduzioni abbiano interessato entrambe le categorie con approssimativamente la stessa intensità (16,0% circa per i DRG medici e 10,7% per quelli chirurgici), mentre nelle Regioni del Sud i ricoveri medici si sono ridotti del 19,1% e quelli chirurgici del 6,5%, a causa dell'aumento della *day surgery* che tra il 2004 ed il 2009 è aumentata in media del 9,9%.

**Figura 6.5 - Tassi di ospedalizzazione per acuti per tipologia di DRG
Tassi per 1.000 abitanti – Anni 2004 e 2009**



6.4. Tasso di utilizzo

Come precedentemente accennato, i primi standard sui tassi di utilizzazione sono stati fissati nel 1988, con riferimento a moduli organizzativi tipo, ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70-75%, eccezione fatta per le Terapie Intensive e per le Malattie Infettive.

Tabella 6.1 - Tasso di utilizzo per acuti ordinari in strutture pubbliche e accreditate - Valori % - Anno 2008

Regione	Tasso
Italia	78,3
Piemonte	82,4
Valle d'Aosta	80,9
Lombardia	78,6
P. A. Bolzano	77,5
P. A. Trento	70,7
Veneto	81,3
Friuli Venezia Giulia	79,1
Liguria	87,3
Emilia Romagna	77,8
Toscana	77,6
Umbria	81,9
Marche	79,0
Lazio	78,6
Abruzzo	81,4
Molise	87,8
Campania	75,0
Puglia	82,4
Basilicata	76,0
Calabria	76,9
Sicilia	72,9
Sardegna	64,7

Fonte: Ministero della Salute

Il tasso di utilizzo medio nazionale è pari a 78,3%, ma la variabilità regionale è elevata: i valori sono compresi tra il 64,7% della Sardegna e l'87,8% del Molise.

Tutte le Regioni, ad eccezione della già citata Sardegna, della Sicilia e della P. A. Trento, presentano valori superiori rispetto alla soglia del 75,0%, definita come minima accettabile dalla normativa nazionale; inoltre ben 8 Regioni presentano valori superiori all'80,0%.

Per valutare gli effetti a livello regionale delle politiche di razionalizzazione ospedaliera, di seguito viene riportata una simulazione sui ricoveri acuti in regime ordinario; in prima battuta si sono escluse dal calcolo le giornate di degenza relative a ricoveri in mobilità; in altri termini i ricoveri considerati risultano essere, per ogni Regione, solo quelli dei propri residenti che ricorrono a strutture interne.

Il tasso di utilizzo nazionale scende al 72,9% (-5,3 punti percentuali) e la riduzione interessa in maniera evidente le Regioni di piccole dimensioni caratterizzate da una forte mobilità attiva: Umbria (-10,6 punti) e soprattutto il Molise il cui tasso di utilizzo passa dall'87,8% al 65,9%.

Tabella 6.2 - Tasso di utilizzo per acuti in regime ordinario al netto della mobilità - Valori % – Anno 2008

Regione	Tasso
Italia	72,9
Piemonte	78,3
Valle d'Aosta	73,4
Lombardia	72,3
P. A. Bolzano	72,9
P. A. Trento	65,5
Veneto	75,0
Friuli Venezia Giulia	73,9
Liguria	78,8
Emilia Romagna	68,5
Toscana	70,6
Umbria	71,3
Marche	72,9
Lazio	72,1
Abruzzo	72,9
Molise	65,9
Campania	73,5
Puglia	79,5
Basilicata	66,2
Calabria	74,7
Sicilia	71,7
Sardegna	63,8

Fonte: Ministero della Salute

In questo scenario sono molte le Regioni che mostrano un eccesso di offerta: Molise, Basilicata e Sardegna presentano un tasso inferiore al 70,0%, ma anche la P. A. Trento e l'Emilia Romagna sono caratterizzate da un tasso inferiore rispetto alla soglia, pari rispettivamente a 65,5% e 68,5%.

Una seconda simulazione prende, invece, in considerazione i ricoveri dei residenti, nell'ipotesi di assenza di mobilità sanitaria.

In questo caso il tasso di utilizzo nazionale rimane, ovviamente, invariato (78,3%), mentre cambia significativamente nelle varie Regioni. Aumenta nelle Regioni a saldo migratorio negativo: in modo particolare in Campania (80,9%), Basilicata (84,9%) e Calabria (89,6%); di contro si riduce nelle Regioni a saldo migratorio positivo, in particolare Lombardia (75,1%) ed Emilia Romagna (72,2%).

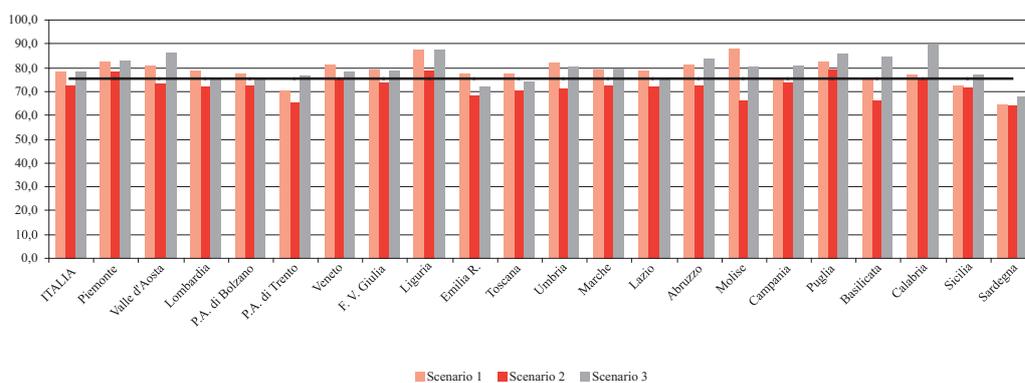
**Tabella 6.3 - Tasso di utilizzo per acuti in regime ordinario
(ricoveri dei residenti) - Valori % - Anno 2008**

Regione	Tasso
Italia	78,3
Piemonte	82,9
Valle d'Aosta	86,5
Lombardia	75,1
P. A. Bolzano	76,2
P. A. Trento	76,6
Veneto	78,0
Friuli Venezia Giulia	78,5
Liguria	87,2
Emilia Romagna	72,2
Toscana	74,6
Umbria	80,1
Marche	80,0
Lazio	76,2
Abruzzo	83,7
Molise	80,3
Campania	80,9
Puglia	85,7
Basilicata	84,9
Calabria	89,6
Sicilia	77,1
Sardegna	67,5

Fonte: Ministero della Salute

La sintesi dei tre scenari è proposta nel grafico seguente, il quale mostra le distanze dei tassi di utilizzazione dal livello minimo richiesto del 75%. Appare evidente che ormai tutte le Regioni hanno una offerta sostanzialmente adeguata, che con i tassi di ospedalizzazione attuali implica un tasso di utilizzo superiore al 75%: fanno eccezione Emilia Romagna e Sardegna che hanno evidentemente un'offerta in eccesso, con la differenza che almeno quello dell'Emilia è compensato dalla mobilità attiva. Stupisce anche il dato della Campania, che sembra mostrare un eccesso di tasso di utilizzazione, che (se non ci fosse la mobilità passiva) potrebbe mettere in crisi il sistema di offerta.

**Figura 6.6 - Simulazione dei tassi di utilizzo
Valori % – Anno 2008**



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Scenario 1: Tassi di utilizzo per ricoveri acuti in regime ordinario
Scenario 2: Tassi di utilizzo per ricoveri acuti in regime ordinario al netto dei ricoveri in mobilità
Scenario 3: Tassi di utilizzo per ricoveri dei residenti

Un'ultima simulazione prende in considerazione lo scenario in cui il tasso di ospedalizzazione totale fosse pari alla soglia stabilita di 160 ricoveri per 1.000 abitanti. In questo caso nel calcolo del tasso di utilizzo vengono inseriti i ricoveri ordinari acuti stimati, in modo da lasciare invariata sia la distribuzione dei ricoveri totali per tipologia di attività, sia la degenza media registrata nelle singole Regioni per i ricoveri acuti ordinari.

Ovviamente il tasso di utilizzo a parità di offerta si ridurrebbe significativamente, in media risulterebbe pari al 62,8%; a livello regionale solo il Veneto avrebbe un tasso superiore al 75% (76,8%), mentre ben 14 Regioni presenterebbero un tasso di utilizzo inferiore al 65,0% e 6 inferiori al 60,0%.

**Tabella 6.4 - Simulazione del tasso di utilizzo per acuti in regime ordinario
ipotesi di tasso di ospedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti
Valori % - Anno 2008**

Regione	Tasso
Italia	62,83
Piemonte	71,92
Valle d'Aosta	74,72
Lombardia	64,36
P. A. Bolzano	59,23
P. A. Trento	63,14
Veneto	76,77
Friuli Venezia Giulia	72,94
Liguria	60,51
Emilia Romagna	61,67
Toscana	69,63
Umbria	66,78
Marche	66,66
Lazio	58,80
Abruzzo	62,28
Molise	55,56
Campania	54,62
Puglia	62,55
Basilicata	65,63
Calabria	63,29
Sicilia	53,89
Sardegna	54,85

Fonte: Ministero della Salute

6.5. Conclusioni

Nel corso dell'ultimo decennio la riduzione dei posti letto è stata significativa: i posti letto per abitante sono passati dal 5,1 ogni mille abitanti del 2000, al 4,2 del 2009. Valore decisamente inferiore rispetto alla media dei Paesi OECD, che per il 2009 è pari a 5,2 per 1.000.

L'analisi ha evidenziato inoltre come la programmazione dell'offerta fondata su indici nazionali possa essere distorsiva, in quanto ogni Regione è caratterizzata da dinamiche differenti in termini di domanda ed utilizzo dell'offerta presente sul territorio.

Un esempio significativo è rappresentato dall'Emilia Romagna, che ha in realtà un eccesso di offerta di posti letto rispetto alla sua popolazione, compensato dalla componente di mobilità attiva; discorso inverso, invece, potrebbe essere effettuato per Regioni come la Calabria e la Campania che mostrerebbero un eccesso di utilizzazione dei posti letto qualora si riducesse la forte mobilità passiva.

Nell'ottica del raggiungimento del vincolo introdotto nel 1985, ovvero di un tasso di ospedalizzazione totale inferiore al 160 per 1.000 abitanti, l'offerta di posti letto attuale risulterebbe comunque eccedente: il tasso di utilizzo per ricoveri ordinari acuti infatti si attesterebbe a circa il 62,8%, valore ben lontano dal riferimento ottimale.

Quindi, la programmazione, pur elemento imprescindibile di governo del sistema, appare inefficace se non viene accompagnata da una corretta definizione degli obiettivi da perseguire e non tiene adeguatamente conto degli elementi di domanda che caratterizzano il sistema sanitario.

APPENDICE

Approfondimenti sull'“Assistenza ospedaliera”

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

RICOVERI TOTALI

•Offerta

Strutture di ricovero per tipologia

Strutture di ricovero per tipologia. Composizione

Strutture di ricovero pubbliche per tipologia

Casi di cura

Posti letto previsti

Posti letto previsti pubblici

Posti letto previsti accreditati

•Utilizzazione

Ricoveri per tipologia di attività

Ricoveri per tipologia di attività. Composizione

Tasso di ricovero

•Spesa

Valore della produzione per tipologia di attività

Valore della produzione per tipologia di attività. Composizione

Valore della produzione pro-capite

ACUTI

• Utilizzazione

Ricoveri ordinari per tipologia di struttura di ricovero

Peso medio ricoveri ordinari per età

Degenza media ricoveri ordinari per età

Degenza media ricoveri ordinari per tipologia di struttura

Ricoveri diurni per tipologia di struttura di ricovero

Peso medio ricoveri diurni per età

Accessi diurni medi per età

Accessi diurni medi per tipologia di struttura

Tasso di ricovero ordinario

Tasso di ricovero ordinario per età.

Tasso di ricovero ordinario per sesso.

Tasso di ricovero ordinario per tipo di DRG.

Tasso di ricovero ordinario per tipo di DRG ed età.

Tasso di ricovero diurno

Tasso di ricovero diurno per età.

Tasso di ricovero diurno per sesso.

Tasso di ricovero diurno per tipo di DRG.

Tasso di ricovero diurno per tipo di DRG ed età.

Tasso di accesso diurno per età

Tasso di accesso diurno per tipo di DRG.

• Spesa

Valore della produzione ricoveri ordinari

Valore della produzione ricoveri ordinari per età

Valore della produzione ricoveri ordinari pro-capite per età

Valore della produzione per ricovero ordinario

Valore della produzione ricoveri ordinari attribuibili a nascite

Valore della produzione ricoveri diurni

Valore della produzione ricoveri diurni per età

Valore della produzione ricoveri diurni pro-capite per età

Valore della produzione per ricovero diurno

• Mobilità

Matrice di mobilità ricoveri ordinari

Matrice di mobilità ricoveri ordinari. Valori % sul totale residenti

Matrice di mobilità ricoveri diurni

Matrice di mobilità ricoveri totali

Matrice di mobilità ricoveri diurni. Valori % sul totale residenti

Matrice di mobilità ricoveri totali. Valori % sul totale residenti

• Appropriatezza

Ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza. Quota sul totale

Tasso di ricovero ordinario a rischio di inappropriatezza.

Valore della produzione per ricoveri ordinari a rischio di inappropriatezza

Ricoveri in Day Hospital su ricoveri in Day Surgery

RIABILITAZIONE

• Utilizzazione

Ricoveri per regime. Composizione

Degenza media ricoveri ordinari per età

Tasso di ricovero ordinario per età

Tasso di ricovero ordinario per sesso

Tasso di ricovero ordinario in giornate di degenza per età

Tasso di ricovero diurno per sesso

Tasso di accesso diurno per età

• Spesa

Valore della produzione ricoveri ordinari

Valore della produzione ricoveri ordinari per età

Valore della produzione ricoveri diurni

Valore della produzione ricoveri diurni per età

LUNGODEGENZA

• Utilizzazione

Tasso di ricovero ordinario

Tasso di ricovero ordinario per età

Tasso di ricovero ordinario per sesso

Tasso di ricovero ordinario in giornate di degenza per età

• Spesa

Valore della produzione ricoveri ordinari

Valore della produzione ricoveri ordinari per età

Valore della produzione ricoveri ordinari pro-capite per età



Capitolo 7

*Assistenza primaria:
Incentivi alla presa
in carico e alla qualità
dell'assistenza nella
medicina di base*

7 - Assistenza primaria: Incentivi alla presa in carico e alla qualità dell'assistenza nella medicina di base

Valentina Lista¹

7.1. Introduzione

La necessità di un primato dell'assistenza primaria è fattore acquisito nel dibattito sulla sostenibilità futura dei sistemi sanitari. Invecchiamento e cronicità, se non gestite adeguatamente, rischiano, infatti, di rendere insostenibile, o quanto meno inadeguato, il sistema sanitario pubblico.

In Italia complessivamente già nel 2010, il 41% dei residenti ha dichiarato di essere affetto da almeno una patologia cronica e il 21% da almeno due malattie croniche. Interessante è il dato disaggregato per età: il quoziente per 100 abitanti con almeno una patologia cronica passa da 21,7 nella fascia di età 25-44 a 80,9 per gli ultra 64enni e rispettivamente da 5,4 a 58,6 per gli individui affetti da almeno due patologie croniche. Complessivamente l'81% degli anziani ultra 64enni ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica e il 59% da almeno due.

Tabella 7.1 - Popolazione di 6 anni e più per condizione di salute, presenza di alcune malattie croniche per classe di età Anno 2010

Classi di età	In buona salute	Con almeno una malattia cronica	Con almeno due malattie croniche	In buona salute	Con almeno una malattia cronica	Con almeno due malattie croniche
	Tassi per 100 abitanti			Incidenza sulla pop. tot. (%)		
6-24	93,9	13,5	2,5	94%	13%	2%
25-44	84,6	21,7	5,4	85%	22%	5%
45-64	63,9	49,8	23,6	64%	50%	24%
≥65	30,9	80,9	58,6	31%	81%	59%
Totale	69,2	40,6	21,3	69%	41%	21%

Fonte: Elaborazione su dati Istat

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma Tor Vergata

Malgrado la generale condivisione sull'importanza dell'assistenza primaria, stenta però a definirsi un modello organizzativo e gestionale della stessa; rimangono, di conseguenza, sostanzialmente immutati anche i sistemi di incentivo all'efficacia e all'efficienza dell'assistenza primaria.

Dato il ruolo centrale che la medicina di famiglia assume nel sistema di assistenza primaria, nel seguito si è tentata una prima analisi della *performance* della medicina di famiglia, sebbene limitata alla sola funzione di *gatekeeping* e all'attività di prescrizione. Si è poi analizzato il modello di remunerazione per indicare alcuni aspetti insoddisfacenti dell'assetto attuale.

7.2. Il ruolo della medicina di famiglia: presa in carico e *gatekeeping*

Il Medico di medicina generale (MMG) e il pediatra di libera scelta (PLS) rivestono un ruolo certamente fondamentale nella struttura del SSN, per la loro funzione di presa in carico del paziente, ma anche di "filtro", ovvero per l'accesso alla rimborsabilità dell'assistenza (*gatekeeping*).

La presa in carico, nel caso delle patologie non acute, implica che il MMG/PLS detiene una funzione importantissima, con un impatto notevolissimo in termini di salute.

Per valutare una *proxy* dell'attività dei MMG/PLS a livello regionale ci si è basati su dati del 2005 riferiti al numero delle visite generiche erogate a livello regionale, dato disponibile solo sull'indagine Multiscopo Istat del 2005, non essendo stato possibile reperirne uno più aggiornato.

Per rendere il dato confrontabile, nel calcolo dei quozienti per abitante si è utilizzata la popolazione pesata, utilizzando pesi elaborati sulla base dei dati (visite per età dell'assistito) forniti da *Health Search* (SIMG).

**Tabella 7.2 - Visite mediche generiche effettuate
Tassi per 1.000 residenti over 14 (Pop. Pesata) – Anno 2005**

Regioni	Visite mediche generiche	Popolazione pesata (over 14)	Quozienti per residenti over 14 (Pop. Pesata)
Italia	174.276.000	50.206.663	3.471
Nord	71.760.000	23.518.035	3.051
Centro	36.684.000	10.027.517	3.658
Sud e Isole	65.832.000	16.661.111	3.951
Piemonte	11.952.000	3.980.738	3.002
Valle d'Aosta	240.000	107.916	2.224
Lombardia	22.248.000	8.093.422	2.749
P. A. Bolzano	912.000	376.495	2.422
P. A. Trento	1.284.000	417.611	3.075
Veneto	14.172.000	4.019.696	3.526
Friuli Venezia Giulia	3.288.000	1.114.515	2.950
Liguria	4.104.000	1.581.118	2.596
Emilia Romagna	13.560.000	3.826.524	3.544
Toscana	12.624.000	3.356.845	3.761
Umbria	3.336.000	798.147	4.180
Marche	4.812.000	1.377.401	3.494
Lazio	15.912.000	4.495.125	3.540
Abruzzo	3.372.000	1.145.500	2.944
Molise	1.056.000	285.497	3.699
Campania	15.936.000	4.386.375	3.633
Puglia	11.892.000	3.268.050	3.639
Basilicata	1.884.000	503.762	3.740
Calabria	9.096.000	1.639.218	5.549
Sicilia	17.136.000	4.059.047	4.222
Sardegna	5.460.000	1.373.661	3.975

Fonte: Elaborazioni CEIS su dati Istat e dati Health Search

La tabella 7.2 mostra i quozienti per 1.000 residenti (over 14) di visite mediche generiche a livello regionale. In Italia, nel 2005, sono state effettuate in media 3.471 visite ogni 1.000 abitanti: il valore più alto si è registrato in Calabria con un quoziente pari a 5.549; di contro il valore minimo è stato raggiunto dalla Valle D'Aosta con un quoziente di 2.224. Complessivamente valori più elevati sono raggiunti nelle Regioni del Sud e nelle Isole, con un quoziente di visite generiche pari a 3.951, seguite da quelle del Centro (3.658) e dalle Regioni del Nord (3.051).

A fronte delle significative differenze descritte, si è voluto analizzare il rapporto fra attività della medicina di famiglia e:

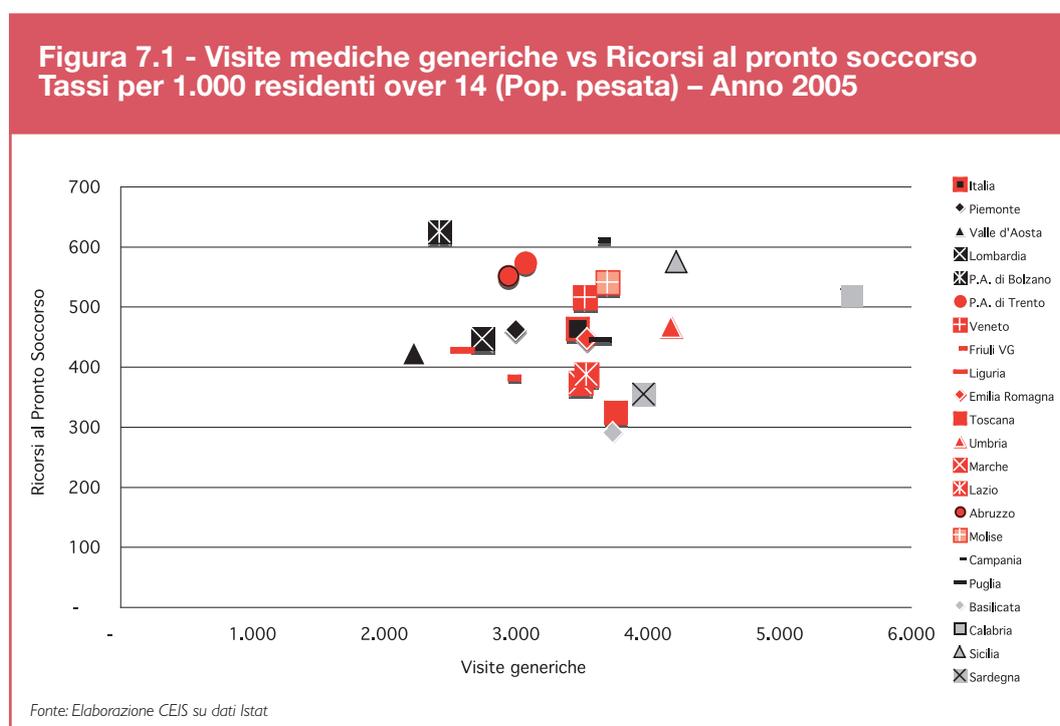
- ricorsi al Pronto Soccorso (PS);
- prescrizioni farmaceutiche (numero ricette).

Per il calcolo dei quozienti anche in questo caso si è utilizzata la popolazione pesata: per i ricorsi al pronto soccorso, il calcolo dei tassi è avvenuto utilizzando i pesi dell'ospedaliera (delibere CIPE) e per le ricette i pesi della farmaceutica (OSMED, Ministero della Salute). Per rendere le popolazioni confrontabili si è considerata la fascia di età ≥ 15 anni per tutte e tre le dimensioni.

La figura seguente mostra la relazione esistente tra il tasso di visite e di ricorsi al PS.

Prima facie, non sembra esserci relazione apprezzabile fra quoziente di visite (qui evidentemente assunto come *proxy* della reperibilità del medico), e quoziente di accessi al PS.

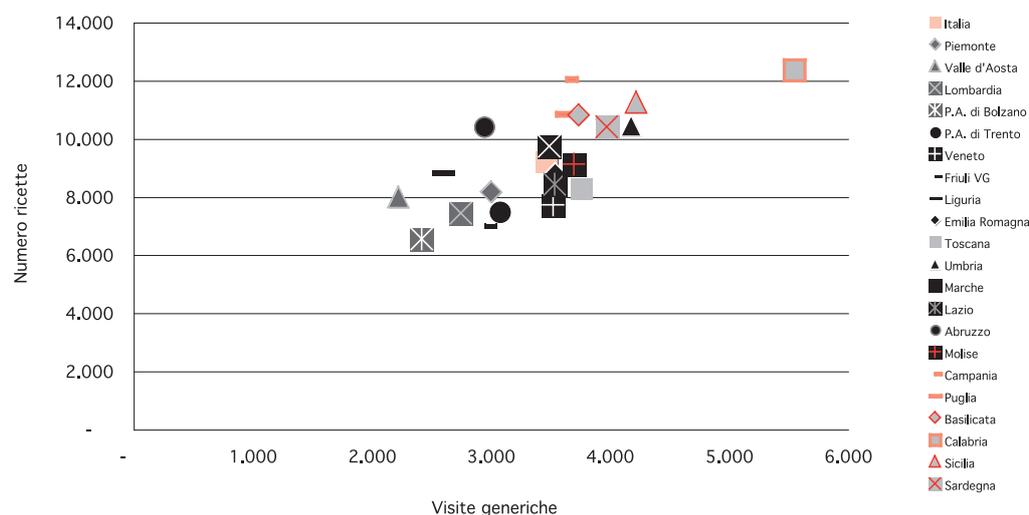
L'assenza di una correlazione tra le due dimensioni è confermata dall'indice di correlazione di Pearson² che è prossimo allo 0 (-0,024).



Di contro la figura 7.2 mostra l'esistenza di una forte correlazione positiva fra visite e ricette. La forte correlazione positiva tra le due dimensioni è confermata dall'indice di correlazione di Pearson che risulta pari a +0,724.

² La correlazione valuta la tendenza che hanno due variabili a variare congiuntamente (o a co-variare); l'indice può variare tra -1 e +1.

Figura 7.2 - Visite mediche generiche vs Numero di ricette Tassi per 1.000 abitanti (Pop. pesata) – Anno 2005



Fonte: Elaborazioni su dati Istat e dati Ministero della Salute

Le semplici analisi effettuate sembrano suggerire che nella professione del MMG/PLS, l'attività prescrittiva assuma un ruolo fondamentale e forse sproporzionato, dato che (essendo la popolazione pesata e quindi omogenea) non sembra esserci motivo per differenze così apprezzabili nel numero di visite erogate (sebbene l'analisi sia distorta per mancanza di dati sulle altre attività di particolare impegno erogate), e tanto meno perché tali differenze si tramutino in differenti quantità di prescrizioni.

Di contro la semplice "presenza" (anche qui l'analisi è da prendere come mera prima suggestione, essendo la *proxy* del numero di visite non esaustiva), non sembra ridurre il ricorso al PS.

7.3. Il modello di remunerazione della medicina generale

Quanto precede sembra fornire indicazioni sul fatto che sia necessario creare incentivi più adeguati affinché il ruolo di filtro e di presa in carico della medicina di famiglia evolva adeguatamente.

Il sistema di remunerazione è un elemento significativo in termini di incentivi volti alla razionalizzazione dell'attività.

Il modello attuale, fondato sul sistema della "quota capitaria", in via di principio favorisce però più la ricerca della "quantità dei pazienti" che la qualità delle cure erogate.

Il sistema remunerativo del MMG/PLS dovrebbe, invece, essere in linea con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso

legata ad automatismi (quota capitaria) e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali (quota variabile). Infatti, con gli ultimi Accordi Nazionali e Regionali Convenzionali (ACN e ACR) è stata affiancata alla quota capitaria fissa, anche una componente variabile.

La nuova quota capitaria (prevista dall'ACN 2009 e 2010) è pari a € 40,05 ponderata per gli anni di convenzionamento del medico con un adeguamento per numero di assistiti. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età viene corrisposto un compenso aggiuntivo annuo pari a € 20,29. Mentre per gli assistiti di età inferiore ai 14 anni, viene corrisposto, con riferimento alle scelte in carico, il compenso annuo aggiuntivo di € 18,95. Questo tipo di ponderazione risponde all'assunto che l'età descriva il maggior assorbimento di risorse assistenziali professionali ed economiche.

La quota variabile del compenso è legata principalmente a tre aspetti: l'attività in una delle forme previste dalla legge (medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo, forme sperimentali), che consente un incremento del compenso in una quota che può variare tra i € 2,70 e i € 7,00 per assistito a seconda della forma associativa di cui il medico fa parte; l'assunzione di un collaboratore di studio o di personale infermieristico dà diritto a ulteriori € 3,50-4,00 per assistito; l'adesione ad eventuali sistemi informatici implementati dalla Regione di appartenenza che dà diritto ad un compenso forfettario pari a € 77,47 mensili. La remunerazione è, quindi, così ripartita:

Tabella 7.3 - Remunerazione del MMG – Quota fissa + Quota variabile

Quota fissa					
Quota capitaria annua	Quota capitaria aggiuntiva di ingresso		Compenso aggiuntivo (assistiti > 75 anni)	Compenso aggiuntivo (assistiti < 14 anni)	
€ 40,05	€ 13,46		€ 20,29 (dal 1.1.2008)	€ 18,95 (dal 1.1.2008)	
Quota variabile					
Indennità informatica	Medicina di gruppo	Medicina in rete	Medicina in associazione	Indennità per Collaboratore di studio	Indennità per infermiere professionale
€ 77,47/mese	€ 7,00	€ 4,70	€ 2,58	€ 3,50	€ 4,00

Fonte: ACN 2009-2010

L'ultima parte della retribuzione dei MMG è riferita alla quota relativa ai servizi erogati ed è calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni. Questa parte, concordata a livello regionale, comprende prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni ed attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche (escluse dalla quota dei € 77,47 mensili già definita), ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Questa quota è quella che gode di una maggiore contrattazione di tipo regionale e, soprattutto, a livello di singola ASL.

Uscendo fuori dai confini nazionali, le esperienze condotte all'estero si sono indirizzate verso una maggior incentivazione del sistema remunerativo ed un maggior decentramento dell'assistenza dall'ospedale verso il territorio. In particolare merita di essere citata l'esperienza inglese che dal 2003 ha attuato una serie di iniziative politiche a favore di un miglioramento della remunerazione e della valorizzazione delle competenze dei *General Practitioners* (GP).

In particolare il "*New Contract for General Practice Services*" (2003), il contratto nazionale per la medicina generale, ha introdotto un sistema remunerativo basato su una quota capitaria ponderata per la parte fissa e una parte variabile legata prevalentemente a misure della qualità del servizio offerto; la parte fissa ("*Global Sum*") è una sorta di quota capitaria, ponderata in base ad alcuni fattori geografici e socio-demografici degli assistiti, quali:

- età e sesso dei pazienti;
- eventuale presenza di pazienti con necessità di assistenza domiciliare;
- tasso di mortalità locale;
- costo della vita nell'area in cui il medico vive e lavora.

Questa prima parte della remunerazione, seppure con significative differenze, è in qualche modo sovrapponibile a quella adottata in Italia.

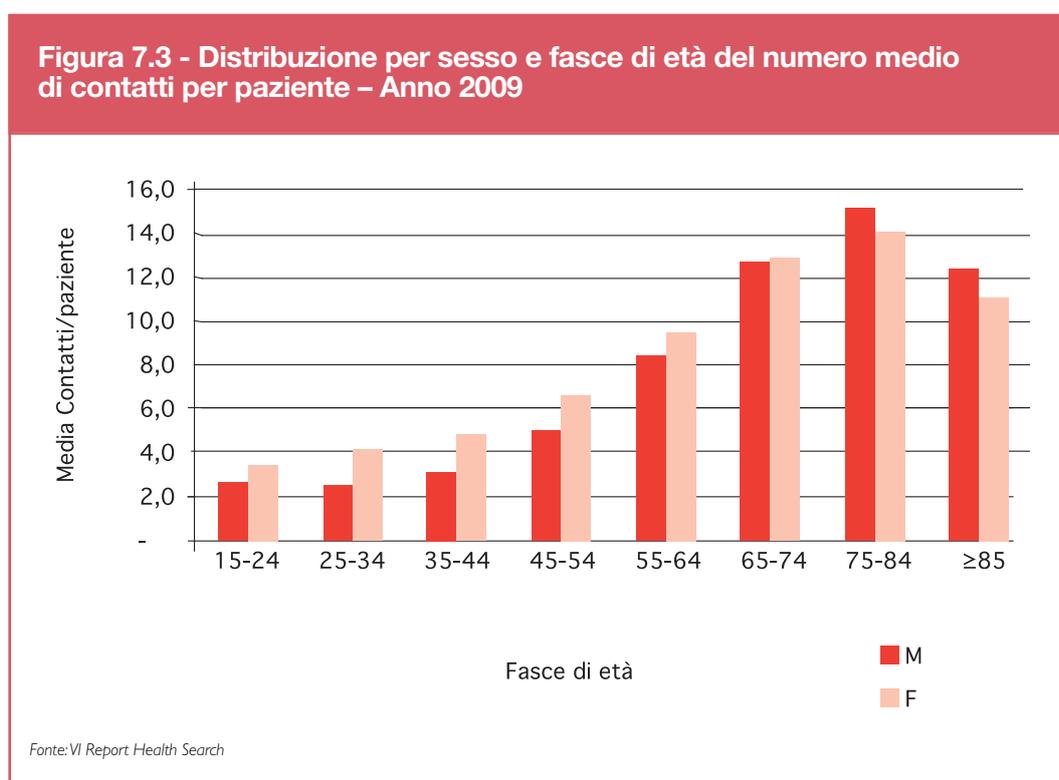
A questa prima quota, sono state però affiancate misure di performance per evidenziare e premiare il livello del servizio offerto dai GP attraverso l'uso di un sistema di indicatori, denominato "*Quality and Outcomes Framework*" (QOF). Il QOF è suddiviso in quattro aree tematiche, a cui vengono assegnati dei punti (fino ad un massimo di 1.000).

Per inciso, si noti che un'altra importante novità contenuta nel contratto del 2003 è rappresentata dall'introduzione dei cosiddetti "servizi aggiuntivi". Ogni GP è tenuto ad erogare i servizi essenziali, come gli altri medici, ma può anche singolarmente contrattare con la propria ASL di riferimento l'offerta di altri servizi utili alla popolazione, come ad esempio la cura dei tossicodipendenti o la cura dei senzatetto. In tal modo i *Primary Care Trust* assumono sempre più la reale funzione di presidi del NHS e punti di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari.

Tornando al SSN, e comparandone l'esperienza con il NHS, si conferma che la principale carenza rinvenibile nell'attuale sistema di remunerazione è quella di rimanere ancorata ad una logica di finanziamento dell'offerta, senza essere capace di premiare invece la soddisfazione della domanda. La remunerazione del MMG potrebbe certamente essere conservata in forma di quota capitaria, purché opportunamente articolata in modo da premiare tanto il carico di lavoro effettivo (quindi per fascia di età degli assistiti), quanto la qualità della presa in carico, secondo una logica di *Pay per performance* (P4P).

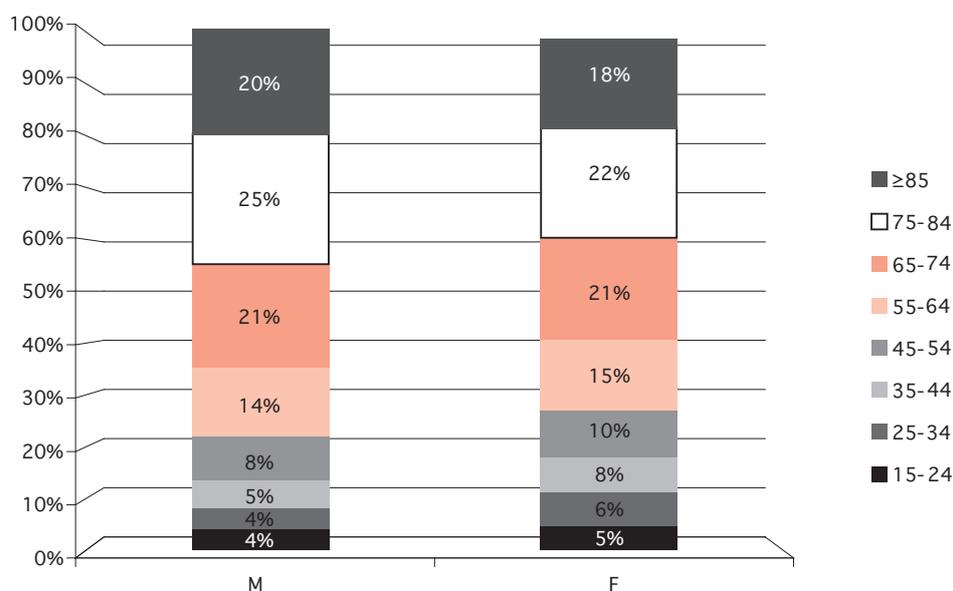
Sul primo punto possiamo osservare come sia evidente l'esistenza di una correlazione positiva tra età degli assistiti e carico di lavoro; la figura seguente mette in relazione le due dimensioni, distinguendo tra maschi e femmine. Il numero medio di contatti annui, registrati nel 2009 dal database *Health Search*, cresce proporzionalmente al crescere dell'età dei pazienti: a fronte di 2,9 contatti per paziente registrati nella fascia 15-24 si arriva a 11,6 contatti negli ultra 84enni, con un picco nella fascia di età 75-84 (14,5 contatti/anno).

Figura 7.3 - Distribuzione per sesso e fasce di età del numero medio di contatti per paziente – Anno 2009



La concentrazione del numero dei contatti negli ultra 64enni è ancora più evidente dalla figura seguente, che mostra la composizione percentuale del numero medio di contatti per paziente in base alla fascia di età, nell'anno 2009. La distribuzione percentuale è pressoché omogenea tra maschi e femmine: tra gli anziani ultra 64enni si concentra più del 60% del numero di contatti con il MMG per paziente.

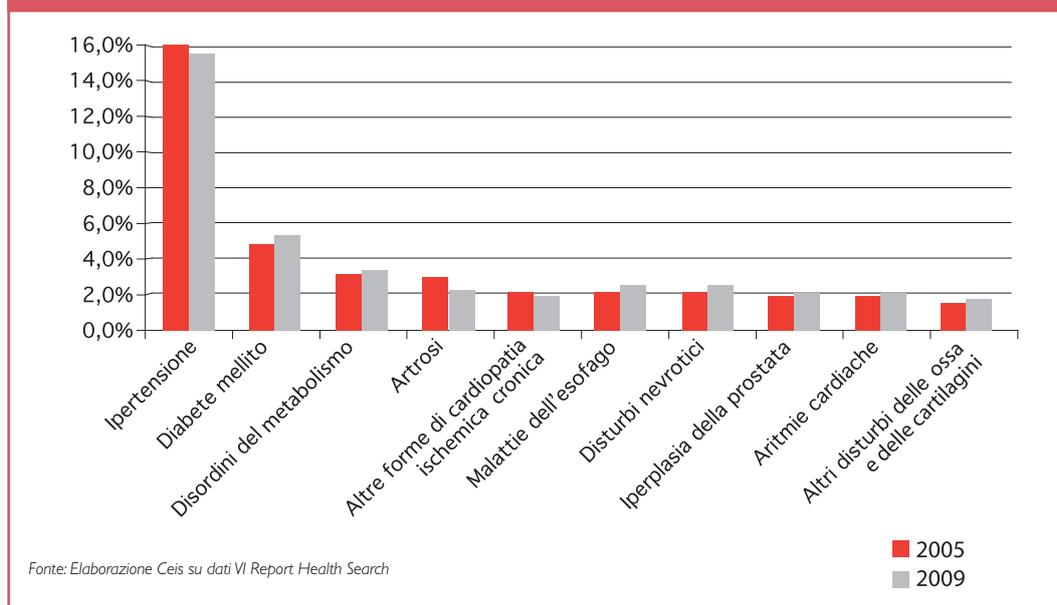
Figura 7.4 - Composizione del numero medio di contatti per paziente per fasce di età e sesso - Valori % - Anno 2009



Fonte: Elaborazione Ceis su dati VI Report Health Search

Ovviamente le patologie che hanno causato il maggior numero di contatti/anno con il MMG sono prevalentemente quelle di tipo cronico: l'ipertensione (dal 15,9% del 2005 al 15,5% del 2009 dei contatti totali) rappresenta la patologia che impegna maggiormente i MMG, seguita da diabete mellito (dal 4,8% del 2005 al 5,3% del 2009) e dai disordini del metabolismo (dal 3,1% del 2005 al 3,3% del 2009).

Figura 7.5 - Distribuzione delle prime dieci patologie che hanno causato il maggior numero di contatti - Valori % - Anni 2005 e 2009



Ovviamente cronicità ed età sono fortemente correlate: va, quindi, anche considerato che negli anni il carico di lavoro medio dei MMG aumenta per effetto dell'invecchiamento.

In definitiva, nella definizione della remunerazione dei MMG/PLS sembra esserci una indicazione per una maggiore e migliore articolazione della quota di base secondo gli effettivi carichi di lavoro, ma anche per un maggior coraggio (seguendo l'esperienza inglese) nell'introduzione di criteri di P4P, bilanciando così elementi quantitativi e qualitativi.

7.4. Conclusioni

Il medico di medicina generale (MMG) rappresenta un elemento cardine del sistema di offerta del SSN e un referente di prossimità nel quale gli utenti ripongono grande fiducia. Il MMG costituisce una figura certamente centrale nell'assistenza primaria: nel suo ambulatorio avviene la presa in carico clinica del paziente, in particolare per quelli portatori di polipatologie, tipicamente cronico-degenerative. Il paziente viene seguito durante tutto il suo iter sanitario, dalla manifestazione del bisogno alla verifica delle modalità di attivazione della rete dei servizi per il processo di riabilitazione del paziente stesso.

La funzione di filtro (*gatekeeping*) e di presa in carico del paziente riveste una importanza fondamentale, sottolineando la rilevanza del ruolo del MMG nella tutela della salute del paziente, ma anche nel contenimento della spesa sanitaria.

Analizzando la correlazione tra le visite generiche con i ricorsi al pronto soccorso (dimensione rappresentativa per valutare la funzione di filtro del MMG) e con il numero di prescrizioni (rappresentativa, invece, della presa in carico del paziente) è emerso che certamente qualcosa nel *gatekeeping* e nella attività prescrittiva non funziona come dovrebbe. Infatti mentre la figura 7.1 evidenzia l'assenza di correlazione tra visite generiche e accessi al pronto soccorso, la 7.2,

invece, mostra una forte correlazione positiva con il numero di ricette.

Un ulteriore elemento di approfondimento, dato il forte legame esistente tra visite generiche e numero di prescrizioni, è la possibile correlazione tra le visite e la spesa farmaceutica a carico del SSN. Dall'analisi statistica è emersa l'assenza di correlazione tra le due dimensioni, confermata dal calcolo dell'indice di Pearson che è prossimo allo 0 (+0,035); ciò dimostra, quindi, che un numero maggiore di ricette non implica fenomeni di induzione di spesa.

Quanto precede sembra fornire indicazioni sul fatto che sia necessario creare incentivi più adeguati affinché il ruolo di filtro e di presa in carico della medicina di famiglia evolva adeguatamente.

Il sistema di remunerazione è sicuramente un elemento significativo in termini di incentivi volti alla razionalizzazione dell'attività. L'attuale retribuzione basata sulla quota capitaria, sebbene recentemente integrata dagli ultimi ACN, sembra non essere adeguata alle nuove esigenze; non è una misura esaustiva del quadro assistenziale che si è ormai delineato, caratterizzato da pazienti sempre più anziani e affetti da patologie croniche, non rispecchiando, dunque, il reale carico di lavoro del medico.

La remunerazione del MMG potrebbe certamente essere conservata in forma di quota capitaria (parte fissa), purché opportunamente articolata in modo da premiare tanto il carico di lavoro effettivo (quindi per fascia di età degli assistiti), quanto la qualità della presa in carico (parte variabile), secondo una logica di *Pay per Performance*, che bilanci la "quantità assistenziale" con la sua qualità.

Riferimenti bibliografici

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2009, 29 luglio 2009 (sito web SiSac: <http://www.sisac.info/>).
- Istat (2007), Indagine Multiscopo Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari, anno 2005.
- Istat (2011), Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana, anno 2010.
- Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia – IReR (2010), Dossier Indagine sulla medicina territoriale, le politiche attivate e i problemi aperti.
- Ministero della Salute (2007), Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, anno 2005.
- Ministero della Salute (2010), La soddisfazione degli italiani per la sanità, Quaderni del Ministero della Salute, n. 5, settembre-ottobre 2010.
- Società Italiana di Medicina Generale – SIMG (2010), VI Report Health Search.

APPENDICE

Approfondimenti sull'“Assistenza Primaria”

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS:

OFFERTA

• Strutture servizi sanitari regionali

ASL

ASL. Dimensione media (abitanti afferenti)

Distretti

Distretti. Dimensione media (abitanti afferenti)

CSM

CSM. Dimensione media (abitanti afferenti)

Consultori

Consultori. Dimensione media (abitanti afferenti)

SERT

SERT. Dimensione media (abitanti afferenti)

• Rete di Emergenza-Urgenza

Dipartimenti di emergenza

Dipartimenti di emergenza. Quota di strutture con Dip. di emergenza sul totale delle strutture pubbliche

Pronto soccorso

Pronto soccorso. Quota di strutture con Pronto soccorso sul totale delle strutture pubbliche

Centri di rianimazione

• Assistenza di base

Medici di medicina generale (MMG)

MMG per abitante

MMG per classi di anzianità di laurea. Incidenza sul totale

MMG per classi di scelte. Incidenza sul totale

MMG oltre 1.500 scelte. Incidenza sul totale

Pediatri di libera scelta (PLS)

PLS per abitante

PLS per classi di anzianità di laurea. Incidenza sul totale

PLS per classi di scelte. Incidenza sul totale

PLS oltre 800 scelte. Incidenza sul totale

Punti guardia medica

Punti di guardia medica per abitante

Punti di guardia medica. Dimensione media (abitanti afferenti)

Punti di guardia medica. Variazioni %

Punti di guardia medica. Variazioni % medie annue

Medici di guardia medica

Medici di guardia medica per abitante

Numero medio di ore erogate per Punto di guardia medica

• **Assistenza Domiciliare**

ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Variazioni %

ASL con Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Dimensione media (abitanti afferenti)

Servizi di Ospedalizzazione domiciliare

Servizi di Ospedalizzazione domiciliare. Variazioni %

Servizi di Ospedalizzazione domiciliare. Dimensione media (abitanti afferenti)

UTILIZZO

• **Rete di Emergenza-Urgenza**

Attività di pronto soccorso – Accessi

Attività di pronto soccorso – Accessi per abitante

Attività di pronto soccorso – Ricoverati

Attività di pronto soccorso – Ricoverati per abitante

• **Assistenza di base**

Adulti residenti per MMG

Adulti residenti per MMG. Variazioni %

Anziani (over 75) per MMG

Anziani (over 75) per MMG. Variazioni %

Bambini residenti per PLS

Bambini residenti per PLS. Variazioni %

Ricette

Ricette per abitante

Ricette per Medico di famiglia (MMG+PLS)

Costo medio per ricetta

• **Assistenza Domiciliare**

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – Assistiti

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – Assistiti. Variazioni %

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – Incidenza assistiti su popolazione totale

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) – Incidenza assistiti over 65 sul totale

Assistenza domiciliare socio-assistenziale – Assistiti

Assistenza domiciliare socio-assistenziale – Assistiti. Variazioni %

Assistenza domiciliare socio-assistenziale – Incidenza assistiti over 65 su popolazione over 65

SPESA

• **Assistenza di base**

Spesa per medicina di base convenzionata

Spesa per medicina di base convenzionata pro-capite

Spesa per medicina di base convenzionata. Variazioni %

Quota di spesa per medicina di base convenzionata su spesa sanitaria pubblica

Quota di spesa per medicina di base convenzionata sulla spesa sanitaria convenzionata

• **Assistenza Domiciliare**

Spesa dei Comuni per Assistenza domiciliare socio-assistenziale

Spesa dei Comuni per Assistenza domiciliare socio-assistenziale per utente

Spesa dei Comuni per Assistenza domiciliare socio-assistenziale. Variazioni %

Spesa dei Comuni per Assistenza domiciliare socio-assistenziale. Incidenza sulla spesa domiciliare totale

Spesa dei Comuni per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)



Capitolo 8

*L'assistenza
specialistica:
politiche regolatorie
e carenze
di informazione*

8 - L'assistenza specialistica: politiche regolatorie e carenze di informazione

Esmeralda Ploner ¹

8.1. Tendenze del settore

L'analisi degli ultimi dati sull'assistenza specialistica resi disponibili dal Ministero della Salute, per l'anno 2009, conferma il trend degli anni precedenti: la distribuzione sul territorio nazionale delle strutture (sia pubbliche che private accreditate)² che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale non è uniforme, come altrettanto non uniforme risulta essere la distribuzione tra pubblico e privato; nello specifico, nelle Regioni meridionali è presente una maggior concentrazione di ambulatori e laboratori rispetto alle altre ripartizioni considerate nell'analisi.

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata.

² Nel computo sono comprese anche le strutture ospedaliere.

Tabella 8.1 - Ambulatori e laboratori. Valori assoluti e % – Anno 2009

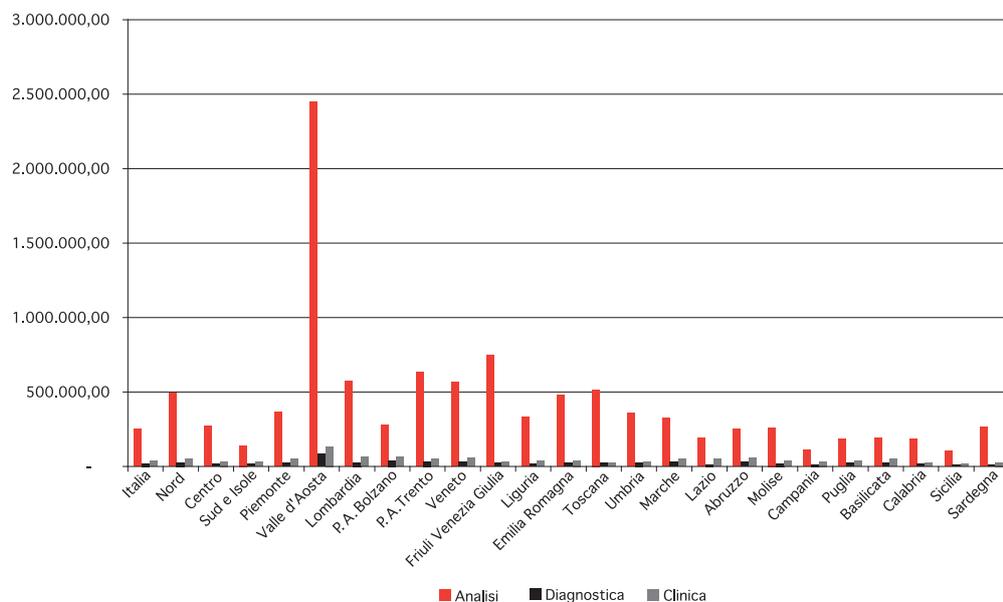
Regioni	Totale	% privati
Italia	9.658	60,17
Nord	2.733	43,32
Centro	1.993	52,48
Sud e Isole	4.932	72,61
Piemonte	454	19,38
Valle d'Aosta	5	60,00
Lombardia	767	61,67
P. A. Bolzano	48	31,25
P. A. Trento	39	46,15
Veneto	477	53,46
Friuli Venezia Giulia	135	31,11
Liguria	347	30,26
Emilia Romagna	461	40,13
Toscana	830	37,95
Umbria	113	23,89
Marche	200	52,00
Lazio	850	70,59
Abruzzo	168	60,71
Molise	56	75,00
Campania	1.452	79,96
Puglia	663	62,44
Basilicata	117	42,74
Calabria	423	56,74
Sicilia	1.701	81,36
Sardegna	352	53,41

Fonte: Elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute 2011

Questa disomogeneità si traduce in una marcata differenza circa i volumi medi di attività svolti da ciascuna struttura, con evidenti ripercussioni sul corretto dimensionamento delle strutture stesse, e sulla efficienza del settore.

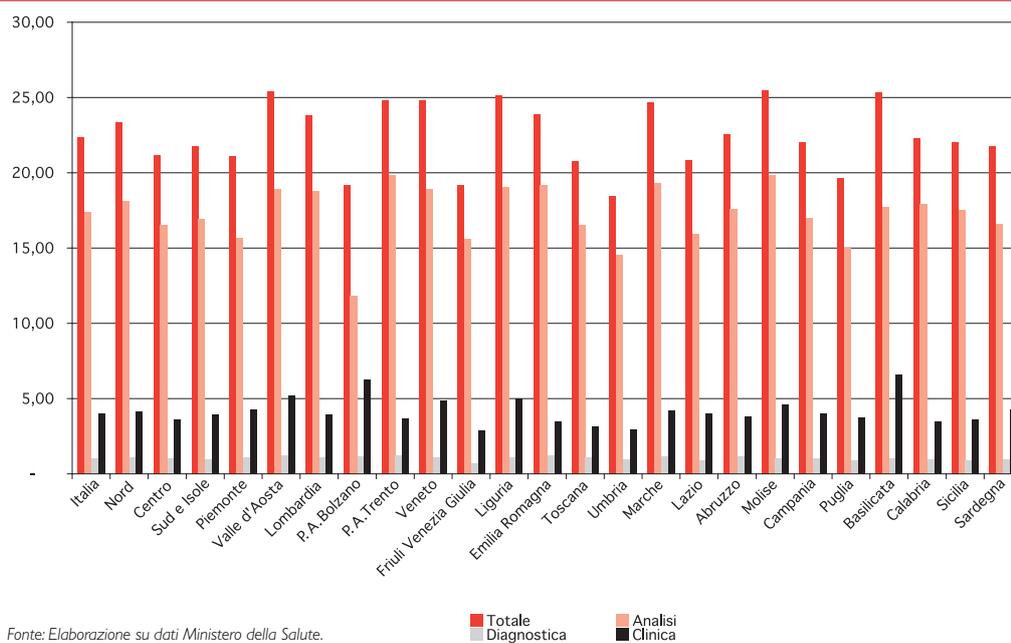
Il divario riscontrato a livello di offerta, inoltre, non trova una giustificazione e conseguente compensazione sul fronte dell'utilizzo (si veda la figura 8.2): il numero di prestazioni pro-capite per popolazione pesata effettuate nel Sud e nelle Isole è in linea con il dato del Centro, ma inferiore a quello delle Regioni settentrionali.

Figura 8.1 - Prestazioni medie per struttura e per tipo di attività. Valori assoluti – Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute.

Figura 8.2 - Prestazioni pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti – Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute.

Se sul lato dell'offerta i dati pubblicati sono sufficienti a delineare un esaustivo quadro di sintesi, sul lato dell'utilizzo la disponibilità di informazioni è parziale – a causa della disponibilità dei soli volumi di produzione per branca ma non per singola prestazione – impedisce di fatto di poter inferire su quali specifiche prestazioni si concentra maggiormente la produzione delle Regioni.

Sul fronte della spesa, intendendo con ciò il costo sostenuto dal SSN per l'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da soggetti sia pubblici che privati accreditati, le informazioni disponibili sono ancor più lacunose. In effetti, un'analisi dei costi associati alla specialistica ambulatoriale a livello di sistema Italia risulta assai complessa, se non addirittura impossibile. I dati desumibili dai modelli di CE regionali non consentono, infatti, di evidenziare l'ammontare di spesa generata dai servizi ambulatoriali quando essi sono svolti internamente dalle strutture del SSN.

In definitiva va osservato che il settore, pur essendo in termini di importanza economica secondo solo a quello ospedaliero e a quello farmaceutico, di fatto è quello sul quale le informazioni statistiche utili ai fini di un efficace governo sono più carenti. Gli effetti di tale carenza si riscontrano anche nelle politiche di accesso alle prestazioni e in quelle tariffarie, che presentano discrasie a livello regionale molto significative, con rischi di inefficienza e anche in termini di garanzia di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Queste carenze appaiono oltremodo preoccupanti dato il futuro probabile inasprimento dei *ticket*, dettato dai noti problemi finanziari del SSN, che se mal gestito potrebbe innescare anche rilevanti problematiche di equità.

Nel seguito concentreremo, quindi, l'analisi sullo stato delle politiche regionali in termini di erogabilità, tariffazione e compartecipazione alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

8.2. Il Nomenclatore delle prestazioni

Il 22.7.1996 il Ministero della Sanità con proprio Decreto "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", all'art. 1 ha individuato l'elenco «delle prestazioni di assistenza specialistica, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e le relative tariffe». Il Decreto in oggetto ha offerto, altresì, la possibilità alle Regioni ed alle Province Autonome di prevedere l'erogazione nel proprio territorio di ulteriori prestazioni rispetto a quelle contenute nel Decreto o di accorparne due o più.

Il succitato provvedimento stabilisce anche le tariffe sottolineando che rappresentano la remunerazione massima che può essere corrisposta ai soggetti erogatori.

Con successivo provvedimento³, il Ministero della Salute ha fornito indicazioni circa la possibilità di modulazione delle tariffe a livello regionale. In effetti, dopo la pubblicazione di quest'ultimo atto le Regioni hanno palesato atteggiamenti assai diversificati circa le possibilità che il Decreto offriva loro. Nello specifico, alcune hanno applicato il Decreto senza apportarvi alcuna modifica, altre, di contro, sono intervenute pesantemente inserendo nuove prestazioni, eliminandone altre e modificandone, spesso, le condizioni di erogabilità.

³ Decreto del Ministero della Salute del 22 luglio 1997.

Tabella 8.2 - Numero prestazioni dei nomenclatori nazionale (ex DM 1996) e regionali - Valori assoluti – Anno 2009

Regioni	N. prestazioni ex DM 1996 presenti nei nomencl. regionali	N. prestazioni ex DM 1996 non presenti nei nomencl. regionali	Prestazioni nuove introdotte dalle singole Regioni
Italia	1.713		
Piemonte	1.443	270	282
Valle d'Aosta	1.688	25	116
Lombardia	1.702	11	258
P. A. Bolzano	1.713		210
P. A. Trento	1.515	198	208
Veneto	1.663	50	145
Friuli Venezia Giulia	1.643	70	462
Liguria	1.713		21
Emilia Romagna	1.694	19	58
Toscana	1.511	202	203
Umbria	1.713		150
Marche	1.569	144	664
Lazio	1.694	19	86
Abruzzo	1.691	22	12
Molise	1.711	2	
Campania	1.676	37	36
Puglia	1.698	15	17
Basilicata	1.704	9	558
Calabria	1.713		
Sicilia	1.694	19	94
Sardegna	1.683	30	24

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

Appare evidente, però, come il numero di prestazioni ex DM 1996 eliminate perché ritenute non più erogabili non sia correlato al numero di prestazioni nuove introdotte; infatti, in alcune Regioni all'elevato numero di nuove prestazioni introdotte non corrisponde una modifica di segno opposto tra le prestazioni ministeriali. Ne consegue, quindi, che il motivo per cui alcune Regioni non adottano integralmente il Nomenclatore nazionale, non deriva tanto dalla eliminazione di alcune prestazioni ritenute non più utili/appropriate, quanto piuttosto, nella maggior parte dei casi, dalla loro sostituzione con altre che da esse si discostano per una molteplicità di variabili: differente metodica, accorpamento con altre, differente unità di misura impiegata e da ultimo – non certamente per importanza – dall'utilizzo di codici diversi per identificare la medesima prestazione, ovvero ancora dall'impiego di codici uguali per differenti prestazioni.

**Tabella 8.3 - Esempi di codici diversi per medesime prestazioni.
Anno 2009**

Prestazione	Codice	Regione
Acido tricloroacetico	90.0291	Friuli Venezia Giulia
Acido tricloroacetico	9002406	Marche
Altri interventi sui seni nasali	22.9.1	Valle d'Aosta
Altri interventi sui seni nasali	22.9	Friuli Venezia Giulia
Anticorpi anti fosfolipidi	90.49.7	Piemonte
Anticorpi anti fosfolipidi	90.49.6	Lombardia
Centratura di lesione con scintigrafia	92.16.9	P. A. Trento
Centratura di lesione con scintigrafia	92.20.7	Basilicata
Cromogranina	90.33.6	Valle d'Aosta
Cromogranina	90.1841	Friuli Venezia Giulia
Cromogranina	90.18.8	Toscana
Cromogranina	9004109	Marche
Cromogranina	90.57.6	Basilicata
Cromogranina	90.04.6	Piemonte
Cromogranina	90.16.8	Lombardia
Omocisteina	90.34.6	Valle d'Aosta
Omocisteina	90.3441	Friuli Venezia Giulia
Omocisteina	90.65.8	Basilicata
Otomicroscopia	18.19.1	Valle d'Aosta
Otomicroscopia	18.19	Lombardia
Otomicroscopia	18.19	Friuli Venezia Giulia
Otomicroscopia	18.19	Basilicata
Otomicroscopia	18.30	P. A. Bolzano
Otomicroscopia	18.11.1	Veneto

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

**Tabella 8.4 - Esempi di codici uguali per prestazioni diverse.
Anno 2009**

Codici	Prestazione	Regione
89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Piemonte
89.01.1	Visita di controllo omeopatica	Valle d'Aosta
89.01.1	Visita anestesio-logia di controllo per terapia del dolore	Lombardia
89.01.1	Valutazione dietetica e terapia diabetica	Basilicata
89.01.2	Controllo dietologico	Valle d'Aosta
89.01.2	Visita angiologica di controllo	Lombardia
89.01.2	Consulenza e nutrizione artificiale domiciliare	Basilicata
89.05	Visita presso centro accoglienza e servizi (CAS)	Valle d'Aosta
89.05	Valutazione conclusiva del day service	Umbria
90.10.6	Biotinidasi	Piemonte
90.10.6	BNP o PRO-BNP	Valle d'Aosta
90.10.6	Buprenorfina	Toscana
90.17.6	Desossipiridinolina	Lombardia
90.17.6	Determinazioni di rischio prenatale per sindrome di down (1° trimestre): hcg frazione libera e papp A	Friuli Venezia Giulia
90.17.6	Desialo transferrina	Toscana

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

Le precedenti tabelle costituiscono una fotografia sufficiente a delineare la confusione che caratterizza attualmente i criteri di erogabilità nell'assistenza specialistica ambulatoriale in Italia. *In primis*, la mancanza di un sistema di manutenzione ed aggiornamento centralizzato del nomenclatore tariffario ha nella sostanza delegato alle Regioni questa attività, determinando una modifica della tipologia di prestazioni erogabili diversa da Regione a Regione e rendendo, quindi, assolutamente disomogenea la definizione delle prestazioni ricomprese nei LEA; ne discende, invero, da un lato, una profonda diversità del livello assistenziale garantito, intendendo con questo non solo il cosa viene erogato, ma anche le modalità mediante le quali questo si realizza e, dall'altro, ingenti problemi di confrontabilità tra le diverse Regioni.

Questa frammentazione di competenze, comportando, perciò, gradi differenti di accesso alle prestazioni, pone notevoli problemi anche sul piano dell'equità. L'applicazione di questo decentramento decisionale (tipico del disegno federalista), se da un lato dovrebbe garantire scelte più aderenti alle reali necessità delle popolazioni, incontra il suo limite maggiore nel rischio di vedere corrotta l'unità sostanziale del sistema, che trova nei LEA il suo principale riferimento. Il corretto bilanciamento tra autonomia ed equità è certamente uno dei principali problemi che il nostro sistema dovrebbe affrontare. Inoltre, ulteriore elemento critico è rappresentato dalla capacità di verifica che l'autonomia concessa alle Regioni porti alla realizzazione di modelli erogativi veramente efficienti/appropriati.

In conclusione, la mancanza di coordinamento non solo tra il livello centrale ed i sistemi regionali ma anche tra le Regioni stesse, ha generato disomogeneità che oltre a differenziare

l'effettivo livello dell'assistenza specialistica garantito ai cittadini, può sia rendere complessi gli scambi tra le Regioni per quanto riguarda la determinazione della compensazione della mobilità interregionale sia impedire l'effettivo monitoraggio e controllo di questo tipo di assistenza sul territorio nazionale.

8.3. Le politiche tariffarie

Il citato DM del 2006 ha fissato altresì le tariffe massime per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, stabilendo che «gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime.....restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe». Ogni Regione ha, quindi, avuto la possibilità o di attenersi al tariffario di riferimento nazionale oppure di adottare, di contro, un proprio meccanismo tariffario.

Aggiungiamo che evidentemente i diversi erogatori (sia pubblici che privati accreditati) presenti sul mercato hanno un interesse diverso nei confronti del sistema tariffario. Infatti, mentre per i soggetti privati le tariffe rappresentano sostanzialmente l'unica forma di finanziamento a fronte delle prestazioni rese a carico del SSN e, quindi, la fissazione di tariffe a livelli che non consentano la copertura dei loro effettivi costi di produzione potrebbe costringerli ad abbandonare il mercato, per i soggetti pubblici, di contro, il livello della tariffa, rappresentando solo una quota del finanziamento delle prestazioni ricomprese nei LEA, e non dovrebbe sostanzialmente modificare la loro offerta, essendo comunque tenuti all'erogazione delle prestazioni indipendentemente dalla loro remuneratività. Da ciò ne discende che in particolare in quelle realtà dove il mercato è rappresentato per una cospicua parte dal comparto privato accreditato, le Regioni dovrebbero porre attenzione nel fissare le tariffe in maniera tale da assicurare comunque una remunerazione adeguata per le prestazioni rese.

Il confronto tra le tariffe regionali e quelle nazionali relativamente alle sole prestazioni ex DM 1996, tuttavia, ha evidenziato che ci sono tariffe di prestazioni che, pur essendo previste in tutte le Regioni, presentano dei differenziali rispetto alla tariffa minima di oltre 61 volte. Ma, contrariamente a quanto ci si aspetterebbe, non sono le Regioni in cui il privato accreditato possiede la maggior parte delle strutture quelle in cui si sono avuti i maggiori incrementi tariffari rispetto al valore nazionale, quanto piuttosto quelle ripartizioni in cui il privato rispetto al pubblico occupa una quota inferiore del mercato. Questo può essere attribuito ad un duplice ordine di motivi: innanzitutto, agli ingenti disavanzi di alcune Regioni, il cui ripiano impone alle stesse l'applicazione ai soggetti erogatori di limiti di spesa, che a loro volta si traducono sia in una riduzione dell'acquisto di prestazioni, sia nell'adozione delle regressioni tariffarie, a discapito, in alcuni casi, della "regola aurea" secondo cui la tariffa dovrebbe coprire il costo di produzione; in secondo luogo, a meccanismi di "selezione delle strutture": alcune "realità" presentano sui loro territori una consistenza numerica di ambulatori e laboratori privati accreditati in eccesso rispetto all'effettivo fabbisogno – Sud e Isole hanno un numero di strutture accreditate triplice rispetto al dato del Centro, a parità di prestazioni pro-capite – e conseguentemente il meccanismo della regressione tariffaria dovrebbe permettere la sopravvivenza solamente delle più efficienti.

**Tabella 8.5 - Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa massima e minima.
Valori assoluti - Anno 2009**

Rango	Prestazione	Max	Min	Max/Min	Media	a) ⁴	b) ⁵	c) ⁶
1	FOTOFERESI TERAPEUTICA	665,00	7,70	86,36	73,70	7,75	10,00	5,00
2	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	475,15	7,78	61,07	98,21	77,47	21,00	10,00
3	LATTE MULIEBRE	94,00	1,70	55,29	8,48	3,98	20,00	8,00
4	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE, CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE	400,00	9,50	42,11	30,52	9,71	19,00	11,00
5	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	220,63	6,66	33,13	43,87	34,86	21,00	10,00
6	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	42,00	1,55	27,10	10,41	8,78	19,00	10,00
7	TRAINING PRENATALE	175,76	6,80	25,85	123,29	122,56	20,00	11,00
8	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	84,80	3,75	22,61	59,40	59,29	21,00	10,00
9	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	125,60	6,02	20,86	88,54	87,80	21,00	14,00
10	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	17,10	0,85	20,12	13,10	13,32	21,00	7,00
11	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	41,60	2,12	19,62	32,26	32,54	21,00	10,00
12	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	223,80	12,19	18,36	51,00	41,83	21,00	10,00
13	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	97,64	5,55	17,59	39,99	36,15	21,00	11,00
14	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	58,50	3,40	17,21	39,29	40,90	21,00	13,00
15	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	41,30	2,58	16,01	4,71	2,79	21,00	9,00
16	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	200,00	12,76	15,67	56,94	34,86	21,00	10,00
17	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	29,00	1,86	15,59	14,63	13,94	21,00	10,00
18	LEGATURA DELLE EMORROIDI	175,23	11,33	15,47	48,65	41,83	21,00	10,00
19	CROMOCISTOSCOPIA	211,12	13,89	15,20	64,70	56,81	21,00	10,00
20	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	51,70	3,46	14,94	36,29	36,15	21,00	12,00

Fonte: Elaborazione su dati AgeNaS.

⁴ Tariffe ex DM 1996.

⁵ Numero Regioni che prevedono la prestazione.

⁶ Numero Regioni che adottano la tariffa ministeriale.

In effetti, benché sia evidente come le Regioni dovrebbero modulare i propri sistemi tariffari, tenendo in debita considerazione l'aggiornamento delle classificazioni, la verifica della coerenza tra tariffe e costi di produzione, la verifica della coerenza tra tariffe e comportamenti (incremento o riduzione del peso relativo di determinate prestazioni in base al livello tariffario), gli strumenti per l'identificazione e l'eventuale penalizzazione di comportamenti opportunistici da parte di determinati erogatori, di fatto spesso adottano politiche tariffarie influenzate dalle regole dettate dalle necessità di contenere i disavanzi o comunque non collegate agli effettivi costi di produzione.

8.4. Le misure di compartecipazione

In seguito alla riforma dello scorso luglio sulle misure di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, attuata con Decreto del Ministero della Salute, le Regioni hanno provveduto a rimodulare gli importi delle compartecipazioni richieste ai cittadini.

Le compartecipazioni adottate dalle diverse Regioni non sono state, però, uniformi; ci sono state quelle che hanno applicato il "super ticket" da € 10,00 senza apportarvi alcuna modifica, quelle che invece non lo hanno applicato e, infine, ci sono state quelle che hanno deciso di modularlo o in base al reddito oppure in base alla tipologia di prestazione.

Le Regioni che hanno deciso di modulare i ticket sulla base del reddito hanno senza dubbio cercato di perseguire una politica più equa; non di meno non sono state ritoccate in analogia modalità le condizioni di esenzione per reddito, che rimangono rigidamente legate ad un unico livello reddituale.

Certamente meno informate a criteri di equità, quanto piuttosto a ragioni di efficienza o appropriatezza, sono state le scelte di quelle Regioni che hanno deciso di modellare i ticket in modo progressivo in base alla tipologia di prestazione a prescindere dalle condizioni reddituali⁷. Si consideri inoltre che i € 36,15 di franchigia, più i € 10,00 fissi aggiunti dalla manovra si pagano per ciascuna ricetta, che per legge non può contenere più di otto prestazioni che, soprattutto, devono essere omogenee. L'esito potrebbe essere un inasprimento delle compartecipazioni effettive, tale da indurre i cittadini non esenti alla rinuncia ad utilizzare la prescrizione del SSN, o al limite a rinunciare all'effettuazione di determinate prestazioni. Se la prima opzione si traduce in un risparmio per i SSR, è pur vero che determina un forte incentivo all'*opting out*, ovvero tendenzialmente una insoddisfazione per i servizi del Servizio sanitario pubblico.

⁷ Nelle Regioni che hanno adottato un simile provvedimento, ai cittadini non esenti verrà richiesto di pagare una cifra variabile proporzionale al valore della prestazione stessa. Ad esempio, in Lombardia, per le ricette fino a € 5,00 non è previsto alcun aggravio di spesa mentre l'aumento del ticket è graduale per le altre prestazioni fino ad un massimo di € 30,00 in più per gli esami più complessi e quindi meno frequenti (ai circa € 36,00 attuali di ticket devono essere aggiunti € 30,00, quindi il totale da pagare è di € 66,00).

**Tabella 8.6 - Ticket per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
Valori in € – In vigore al 12.2011**

Regioni	Ticket su prestazione	Applicazione ticket da € 10,00	Costo aggiuntivo	Costo totale
Piemonte	36,15	Sì, progressivi in base alla prestazione	Da 0,00 a 30,00	Da 36,15 a 66,15
Valle d'Aosta	36,15	No	-	36,15
Lombardia	36,15	Sì, progressivi in base alla prestazione	Da 0,00 a 30,00	Da 36,15 a 66,15
P. A. Bolzano	36,15	No	-	36,15
P. A. Trento	36,15	No	-	36,15
Veneto	36,15 (calcolato sulla base di un tariffario diverso da quello impiegato ai fini della remunerazione degli erogatori, non gravato dagli aumenti ex DGR 430/2004 e 917/2006)	Da 36,15 a 46,15	Sì, progressivo in base al reddito	Fino a 10,00
Friuli Venezia Giulia	36,00	Sì	10,00	46,00
Liguria	36,15	Sì	10,00	46,15
Emilia Romagna	36,15	Sì, progressivo in base al reddito	Da 0,00 a 15,00 (fino a 70,00 per TAC e RMN)	Da 36,15 a 51,15 (fino a 70 per TAC e RMN)
Toscana	36,15	Sì, progressivo in base al reddito	Da 0,00 a 15,00 (fino a 34,00 per TAC e RMN)	Da 36,15 a 51,15 (fino a 70 per TAC e RMN)
Umbria	36,15	Sì, progressivo in base al reddito	Da 0,00 a 15,00 (fino a 34,00 per TAC e RMN)	Da 36,15 a 51,15 (fino a 70 per TAC e RMN)
Marche	36,15	Sì	10,00	46,15
Lazio	36,15	Sì	10,00	46,15 (fino a 61,15 per TAC e RMN)
Abruzzo	36,15	Sì, € 10 fisso sopra € 36.000,00	Fino a 10,00	46,15
Molise	36,15 a cui si aggiungono: a) € 15,00 per RMN/TAC; b) € 5,00 per FKT; c) € 4,00 per tutte le altre prestazioni e per i "pacchetti ambulatoriali".	Sì	10,00	46,15 (fino a 61,15 per TAC e RMN)
Campania	36,15 (fino a € 50,00 per i "pacchetti ambulatoriali"), oltre ad una quota fissa di € 10,00 per ricetta (€ 5,00 per i cittadini esenti non dovuta per alcune categorie di esenti).	Sì	10,00	56,15 (fino a 70,00 per i pacchetti ambulatoriali)
Puglia	36,15	Sì	10,00	46,15
Basilicata	36,15	Sì, progressivi in base alla prestazione	Da 0,00 a 30,00	Da 36,15 a 66,15
Calabria	45,00 + 1,00 (quota fissa).	Sì	10,00	56,00
Sicilia	36,15	Sì	10,00	46,15
Sardegna	46,15	Sì	1,00	47,15

Fonte: Quotidiano Sanità

8.5. Conclusioni

La breve disanima svolta ha permesso di evidenziare le carenze informative che, a tutt'oggi, insistono sul sistema dell'assistenza specialistica ambulatoriale. La mancanza di dati su alcuni aspetti fondamentali, quali l'utilizzo ed il costo della specialistica erogata nelle strutture pubbliche ospedaliere, congiuntamente all'assenza di una *governance* e di una "strategia centrale" sia sulle prestazioni erogabili, sia sulle politiche tariffarie, ma anche sulle misure di compartecipazione, hanno determinato:

- una modifica della tipologia di prestazioni erogabili diversa da Regione a Regione, con evidenti ripercussioni sul piano dell'equità;
- una scarsa capacità di verifica che la delega concessa alle Regioni sulle prestazioni erogabili e relative tariffe conduca alla realizzazione di modelli sia efficienti che appropriati;
- una oggettiva difficoltà nel determinare le compensazioni interregionali;
- un probabile "slittamento" di una parte della domanda verso il mercato privato.

Nella sostanza, la mancanza di regole comuni e ben definite non garantisce risposte omogenee in termini di tutela della salute dei cittadini.

APPENDICE

Approfondimenti sull'“assistenza specialistica ambulatoriale” Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

•Offerta

Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori pubblici per tipo di assistenza
Ambulatori e laboratori pubblici per tipo di assistenza. Variazioni medie annue
Ambulatori e laboratori pubblici ospedalieri
Ambulatori e laboratori pubblici ospedalieri. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori pubblici extraospedalieri
Ambulatori e laboratori pubblici extraospedalieri. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori privati accreditati per tipo di assistenza
Ambulatori e laboratori privati accreditati per tipo di assistenza. Incidenza
Ambulatori e laboratori privati accreditati ospedalieri
Ambulatori e laboratori privati accreditati ospedalieri. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori privati accreditati extraospedalieri
Ambulatori e laboratori privati accreditati extraospedalieri. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori privati accreditati per titolare del rapporto
Ambulatori e laboratori privati accreditati per titolare del rapporto. Composizione
Ambulatori e laboratori privati accreditati per titolare del rapporto. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Dimensione media
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Dimensione media. Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti)
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti).
Variazioni percentuali
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti)
per popolazione pesata
Ambulatori e laboratori per tipo di assistenza. Bacini medi utenza (abitanti afferenti)
per popolazione pesata. Variazioni percentuali

•Utilizzo

Prestazioni per tipo di assistenza
Prestazioni per tipo di assistenza. Composizione
Prestazioni per tipo di assistenza. Variazioni percentuali
Prestazioni pro-capite per tipo di assistenza
Prestazioni pro-capite per tipo di assistenza. Variazioni percentuali
Prestazioni pro-capite per popolazione pesata per tipo di assistenza
Prestazioni pro-capite per popolazione pesata per tipo di assistenza. Variazioni percentuali

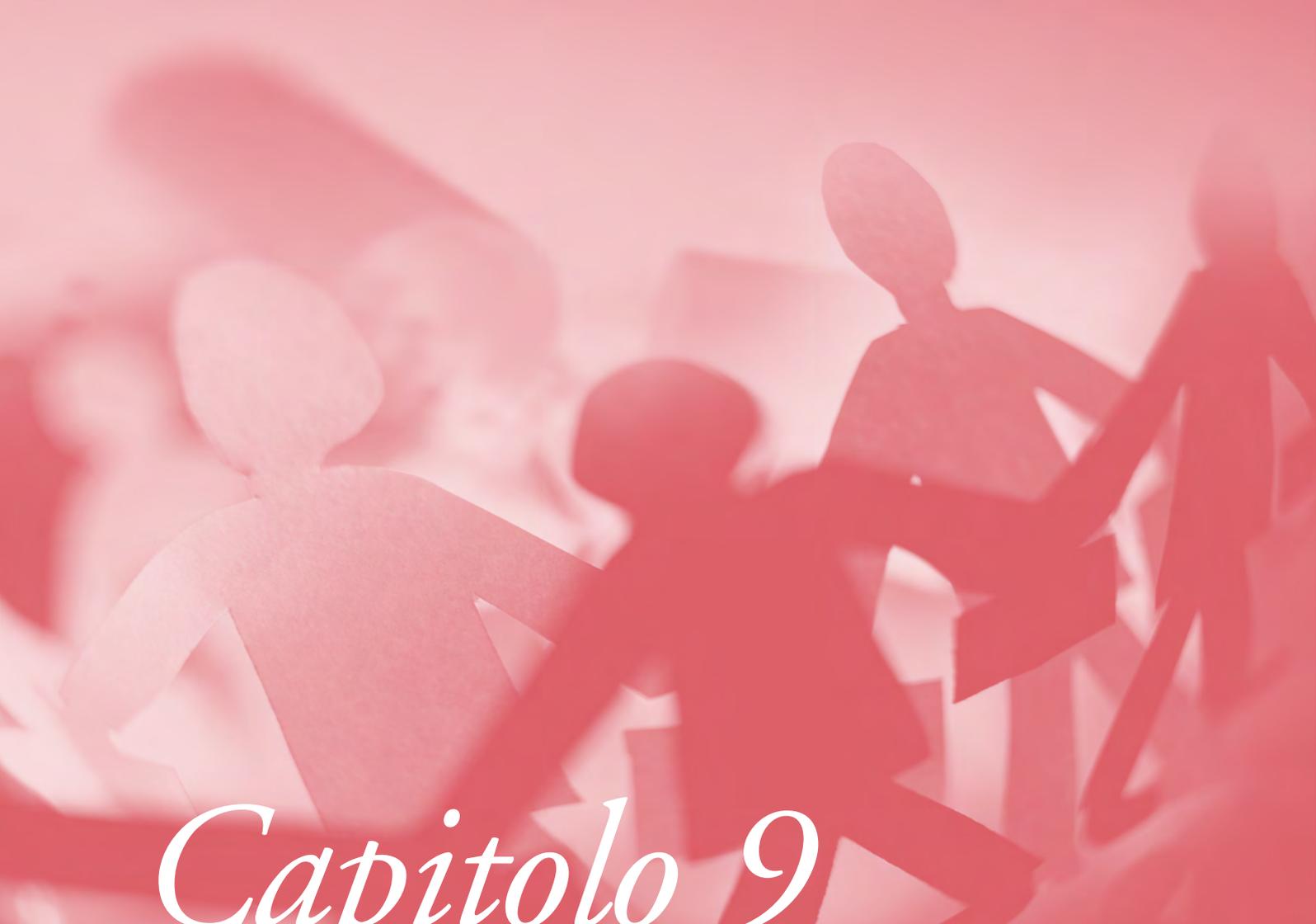
•Spesa

Spesa per specialistica accreditata. Mil. di €
Spesa per specialistica accreditata pro-capite. €

Spesa per specialistica accreditata. Variazioni %
Spesa per specialistica accreditata. Numeri indice
Spesa per specialistica accreditata su spesa convenzionata. %
Spesa per specialistica accreditata su spesa pubblica. %
Spesa per specialistica accreditata pro-capite per popolazione pesata. €
Spesa specialistica accreditata-Graduatoria delle Regioni (per popolazione semplice e pesata)

•Regolamentazione

Prestazioni presenti nei Nomenclatori
Prestazioni presenti nei Nomenclatori. Composizione
Prestazioni non presenti nei Nomenclatori
Prestazioni nuove
Prestazioni nuove. Composizione
Prestazioni nuove. Stesso codice prestazioni diverse
Prestazioni nuove. Codice diverso stessa prestazione
Prestazioni aggregate per categoria
Prestazioni categoria diagnostica. Incidenza
Prestazioni categoria laboratorio. Incidenza
Prestazioni categoria riabilitazione. Incidenza
Prestazioni categoria terapeutiche. Incidenza
Prestazioni categoria visite. Incidenza
Prestazioni aggregate per branca
Prestazioni aggregate per branca. Incidenza
Prestazioni. Rapporto tariffa massima e minima
Prestazioni. Differenza minima tra tariffa massima e minima
Compartecipazione

The background of the top half of the page features a series of paper cutouts of human figures in various poses, arranged in a circular pattern. The cutouts are in shades of red and pink, matching the overall color scheme. The figures are semi-transparent, allowing the background to show through them.

Capitolo 9
Assistenza
farmaceutica

9 - Assistenza farmaceutica

Anna Chiara Bernardini¹

9.1. Premessa

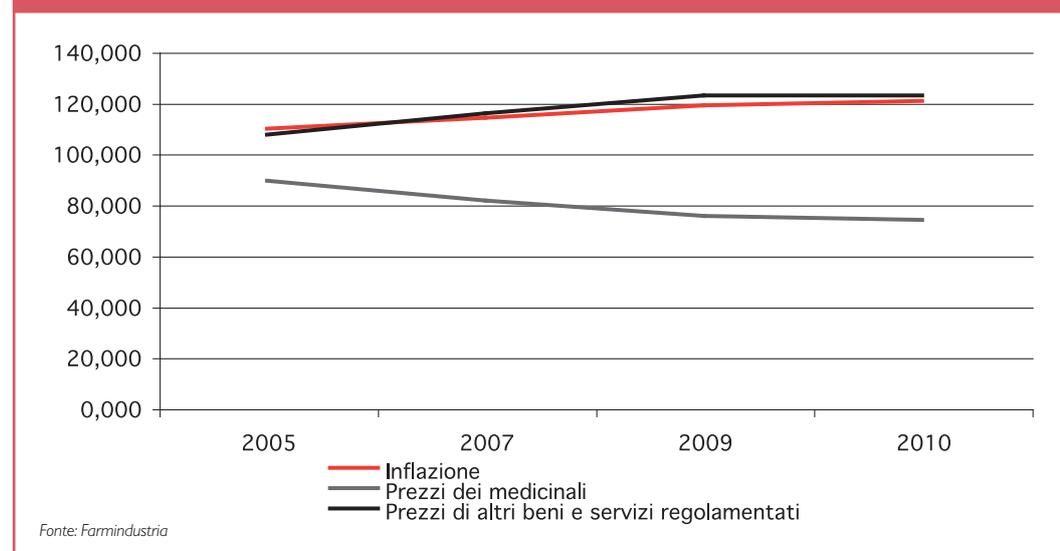
Il settore farmaceutico è in continua evoluzione: sia sul lato industriale (ricerca, innovazione, efficacia, competizione, etc.), sia su quello dell'assistenza; i problemi finanziari del SSN, come è noto, mettono il comparto sempre al centro della legislazione nazionale e regionale, facendo prevalere su tutto le logiche delle politiche di razionalizzazione e contenimento della spesa.

Il presente contributo mira ad analizzare alcune dinamiche in atto nel mercato italiano, e in particolare gli effetti complessivi delle politiche di contenimento della spesa (riduzione dei prezzi, tetti, *pay back*, etc.); a tal fine risulta fondamentale confrontare tali tendenze con quelle internazionali, evitando che le analisi siano distorte da una visione chiusa nelle specifiche problematiche italiane, caratterizzate da politiche di tipo amministrativo.

9.2. I prezzi dei medicinali

Secondo le statistiche Istat sui prezzi al consumo dei beni, dal 2001 al 2010, a fronte di un aumento dell'inflazione del 20,6%, l'andamento dei prezzi dei farmaci è stato fortemente decrescente, con una riduzione del 26,2%, che porterebbe ad un differenziale del 46,8%.

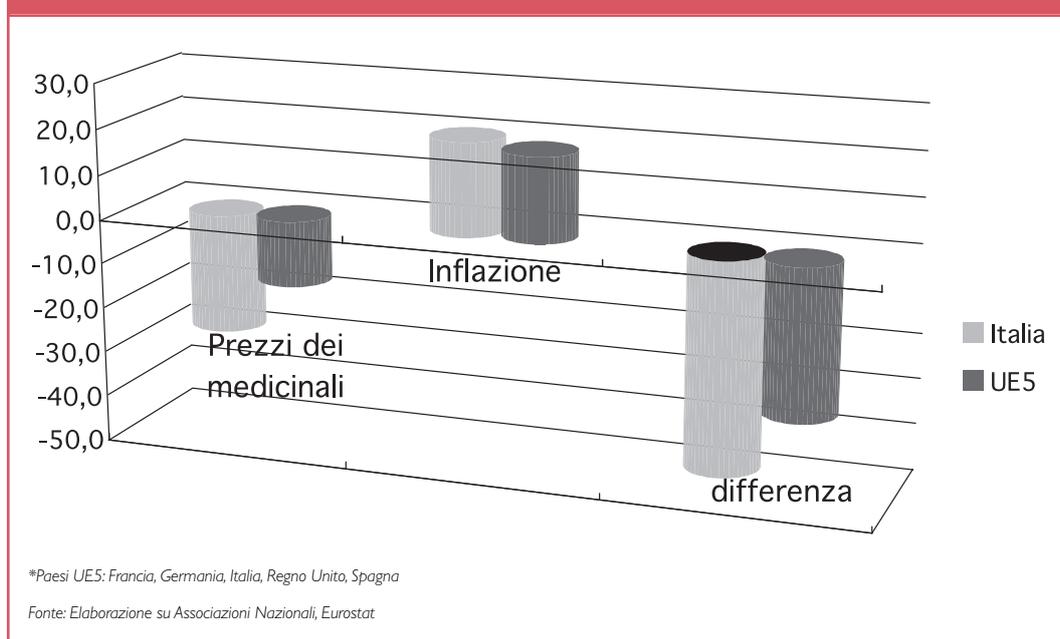
Figura 9.1 - Inflazione, prezzi dei medicinali e dei beni e servizi regolamentati - Italia (indice 2001=100)



¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Il differenziale medio fra prezzi dei farmaci e inflazione secondo i dati diffusi da Farmindustria, risulta essere più elevato in Italia rispetto alla media dei grandi Paesi UE (Francia, Germania, Regno Unito e Spagna) dove si ferma al 33,2%, e seguirebbe solo quello della Spagna (57,9%). Gli ultimi dati Istat (febbraio 2012) confermano tale andamento dimostrando che, nonostante l'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) salga del 3,3% (rispetto al corrispondente periodo dell'anno precedente), il prezzo dei prodotti farmaceutici è diminuito ancora del 3,9% (7,6% per i farmaci rimborsabili).

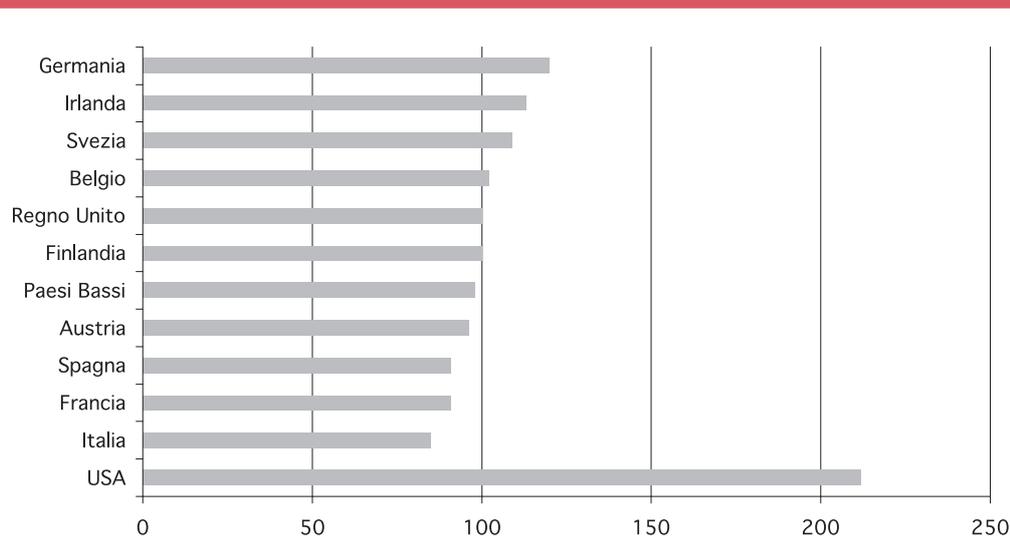
Figura 9.2 - Inflazione e variazione dei prezzi dei medicinali in Italia e in UE5* - variazioni % - 2010/2001



A conferma di quanto sopra, uno studio del NHS inglese, condotto sulle prime 150 molecole vendute in UK, conferma che il prezzo medio applicato in Italia è oggi largamente il più basso fra i principali Paesi EU, e distantissimo da quello USA.

La differenza di prezzo per questo paniere (fino al 25% fra i Paesi considerati) può essere attribuita principalmente alle difformità in termini di regolamentazione nazionale e regionale sui farmaci (prezzo e rimborso, compartecipazione, incentivi sui generici, prezzi di riferimento, margini, etc.).

**Figura 9.3 - Confronto dei prezzi tra Stati UE e USA
150 principali prodotti farmaceutici UK
Numeri indice (UK 2008 = 100)**



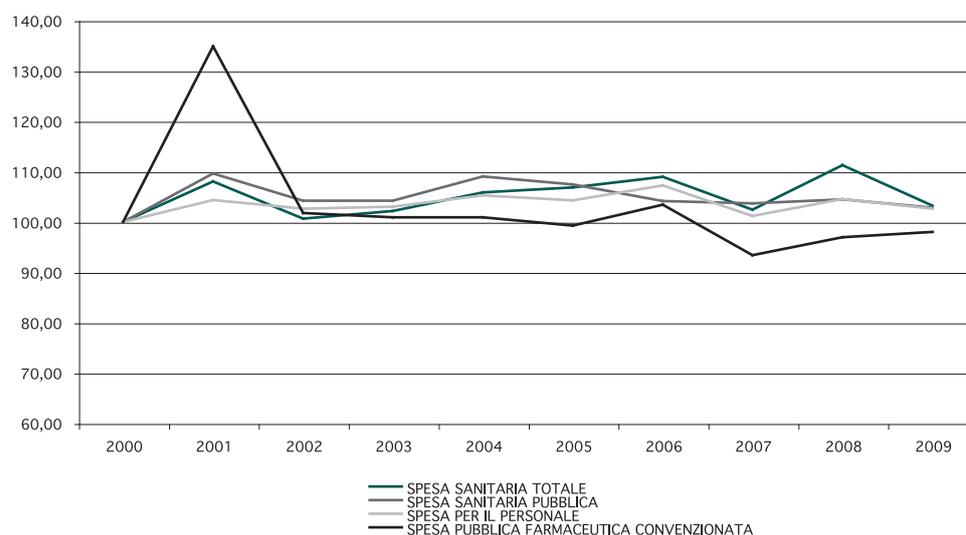
Fonte: UK Department of Health

Lo studio citato evidenzia anche come il prezzo medio dei farmaci di fatto segua il reddito medio pro-capite nei Paesi, e quindi in parte la peculiarità italiana è spiegata dal crescente *gap* di ricchezza rispetto a molti dei partner europei.

Ovviamente vanno considerate anche altre dinamiche, quali quelle dei farmaci ospedalieri, che essendo quelli più spesso ad alto contenuto innovativo sono anche i più costosi, come anche gli incrementi dovuti agli andamenti delle quantità vendute.

È però indubbio che se confrontiamo le principali voci di costo della spesa sanitaria, i farmaci sono l'unica voce decrescente; la spesa sanitaria totale, la spesa sanitaria pubblica e la spesa per il personale delle aziende sanitarie pubbliche registrano un andamento tra loro simile con una variazione in aumento del 3% dal 2000 al 2009, mentre la farmaceutica convenzionata registra una riduzione del 2%.

**Figura 9.4 - Confronto variazioni delle principali voci di spesa sanitaria
Numeri indice (2000=100)**



Fonte: Elaborazione su dati della Corte dei Conti, Health Data 2011 ed Istat

Tale risultato testimonia l'effetto principalmente di tre fattori: l'impatto della riduzione dei prezzi legata all'avvento dei medicinali equivalenti a seguito della scadenza dei brevetti; quello delle misure applicate a livello regionale (quali reintroduzione o appesantimento del *ticket*, distribuzione diretta o tramite le farmacie di medicinali acquistati dalle ASL); ma anche, e soprattutto, delle continue riduzioni dei prezzi dei medicinali imposte dall'AIFA².

9.3. Spesa farmaceutica pro-capite

Che i ripetuti tagli e le altre politiche di razionalizzazione abbiano ridotto i prezzi dei farmaci in Italia e contribuito al rallentamento della crescita della spesa sanitaria e alla riduzione dei disavanzi pubblici sembra quindi fuori discussione.

Non di meno i continui tagli dei prezzi appare ovvio deprimano le possibilità di sviluppo industriale del settore in Italia.

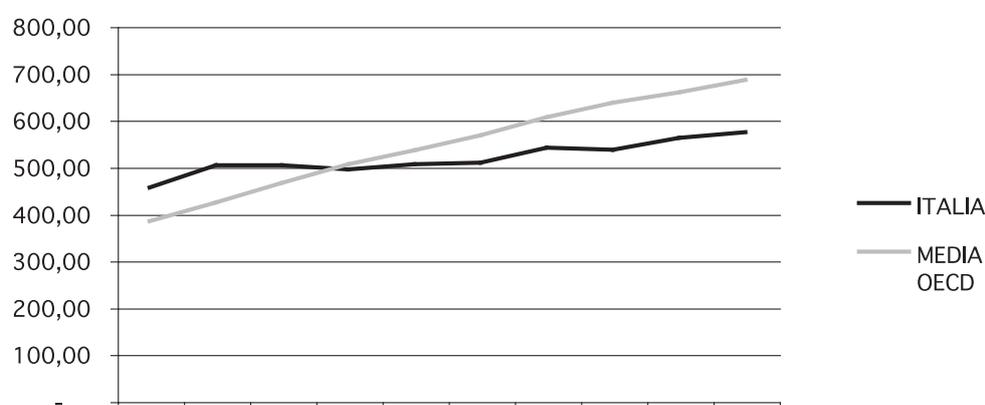
A fronte di questo evidente *trade-off* vale comprendere quale sia l'impatto della spesa farmaceutica sui cittadini.

² Ultima riduzione varata dall'AIFA nel mese di aprile 2011, che ha drasticamente tagliato i prezzi di rimborso dei medicinali equivalenti inseriti nelle liste di trasparenza.

Nel 2000 la spesa farmaceutica italiana pro-capite era superiore del 19%, rispetto alla media OECD, calando all'8% nel 2002; già dal 2003, e poi per gli anni successivi in misura crescente, tale situazione si invertiva ponendo la spesa farmaceutica italiana pro-capite sotto la media della spesa nei Paesi OECD.

Nel 2009, la differenza risultava essere dell'ordine del 16%, non molto lontana dalla differenza di PIL pro-capite.

Figura 9.5 - Spesa farmaceutica pro-capite Italia – Paesi OECD (US \$)



Media esclusa Italia

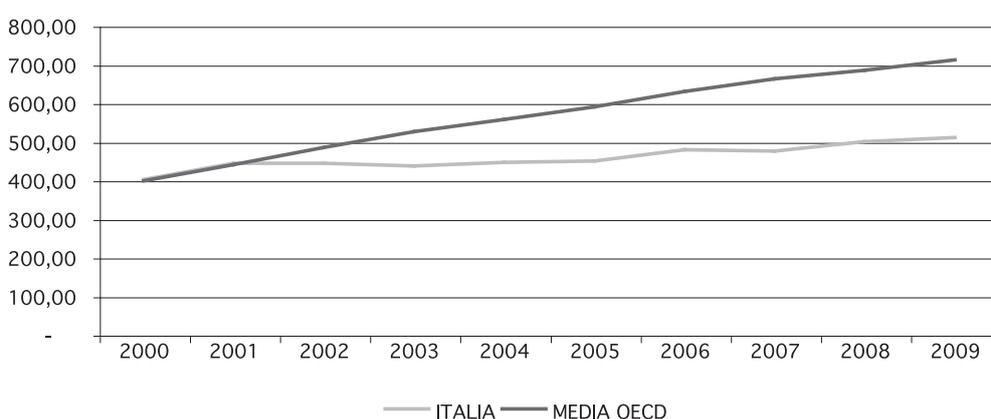
Fonte: Elaborazione su dati OECD

Il confronto sembra, peraltro, distorto dalla diversa composizione per età delle popolazioni. Per effettuare un confronto maggiormente significativo, si è ricalcolata la spesa farmaceutica pro-capite dei Paesi OECD, “pesandola” però per il diverso bisogno espresso dalle popolazioni, come peraltro è invalso fare nel sistema sanitario italiano, quando si confrontano i dati a livello regionale.

I pesi per età adottati sono quelli del Ministero della Salute, utilizzati anche dall’OsMed (Osservatorio Nazionale sull’Impiego dei Medicinali).

Evidentemente l’utilizzo dei pesi italiani sconta l’ipotesi che i differenziali relativi di consumo per età, registrati in Italia, siano sovrapponibili a quelli dei singoli Paesi: certamente questo può non corrispondere perfettamente a verità, ma la simulazione, pur con questo importante limite, sembra utile per ottenere un dato maggiormente omogeneo.

Figura 9.6 - Spesa farmaceutica pro-capite pesata Italia Paesi OECD (US\$)



Fonte: Elaborazione su dati OECD e Ministero della Salute

Apportando le “correzioni” sopra indicate, la spesa farmaceutica dell’Italia risulterebbe sovrapponibile a quella media OECD già nel 2000; ne segue che con le numerose manovre successivamente intervenute nel 2009 si raggiungerebbe un differenziale del 39%, ben maggiore di quello precedentemente esposto e difficilmente spiegabile con differenze di condizione economica.

9.4. Conclusioni

I dati sopra esposti dimostrano che indubbiamente il prezzo medio dei farmaci in Italia è al di sotto di quello nei Paesi affini; tale scarto (in termini stavolta di spesa farmaceutica pro-capite) si mantiene anche malgrado un maggiore consumo. Considerando anche il fattore demografico, per quanto l’analisi sia affetta da limiti importanti, si giunge ad un gap davvero importante che sfiorerebbe il 40%.

Quanto sopra dovrebbe porre una nota di cautela sulle politiche farmaceutiche degli ultimi anni. Ovviamente il settore si presta ad interventi di politica sanitaria tipicamente di carattere amministrativo, quali i tagli unilaterali dei prezzi di rimborso, o i ritardi nel riconoscimento della rimborsabilità dei nuovi farmaci; e storicamente questa facilità di intervento ha messo sempre il settore al centro delle manovre di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Da ultimo le recenti manovre del D.L. n. 98/2011 e le prospettive di inasprimento dei *ticket* fanno ritenere che malgrado le ripetute assicurazioni il settore non sia definitivamente al riparo da ulteriori interventi di tipo restrittivo.

D’altra parte, come riportato nel capitolo 11 del volume, nel frattempo si osservano segni di deterioramento del tessuto industriale nel campo farmaceutico in Italia.

Un “costo” che non sembra più giustificato da un gap di spesa che, come visto, si era già di

fatto annullato fra il 2000 e il 2003.

Si deve quindi ben ponderare la qualità delle prossime manovre, per evitare che gli eventuali risparmi non siano travalicati da perdite in occupazione, possibilità di sviluppo etc., di cui pure l'Italia ha grande bisogno dato il prolungato ristagno dell'economia; senza poi contare l'accesso dell'innovazione al mercato che, quando ritardato o escluso, provocherebbe un danno ai cittadini e quindi alla società in termini di qualità dell'assistenza e opportunità terapeutiche.

Riferimenti Bibliografici

- AIFA, 2010, L'uso dei farmaci in Italia.
- UK Department of Health, 2011, Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU.
- Eurostat, 2010.
- Farindustria, 2010, Indicatori Farmaceutici.
- Istat, 2011, Indici dei prezzi al consumo, visionabile all'indirizzo internet <http://dati.istat.it>.
- OECD Health data 2011.

APPENDICE

Approfondimenti sull'“Assistenza Farmaceutica”

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

FARMACIE

• Dati internazionali

Farmacie

Farmacie. Variazione %

Farmacie. Bacino di utenza

Farmacisti

Farmacisti. Variazioni %

Farmacisti. Composizione per sesso

• Dati nazionali

Farmacie

Farmacie. Variazione %

Farmacie. Bacino di utenza

Quota di Farmacie pubbliche e private

Farmacie pubbliche

Farmacie pubbliche. Variazione %

Farmacie pubbliche. Bacino di utenza

Farmacie private

Farmacie private. Variazione %

Farmacie private. Bacino di utenza

Parafarmacie
Parafarmacie. Variazione %
Parafarmacie. Bacino di utenza
Laureati gruppo chimico-farmaceutico

CONSUMI FARMACEUTICI

• Farmaci etici

Confezioni per Classi di rimborsabilità
Confezioni per Classi di rimborsabilità. Quote
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN. DDD
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN. DDD. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN. DDD pesate
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN. DDD pesate. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriale Classe A-SSN. DDD pesate. Scostamento regionale dalla media
Consumi farmaceutici territoriale. Incidenza classe terapeutica sulla Classe A-SSN. DDD pesate
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN per classe terapeutica. DDD
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN per classe terapeutica. DDD. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN per classe terapeutica. DDD pesate
Consumi farmaceutici territoriali Classe A-SSN per classe terapeutica. DDD pesate. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali dei farmaci equivalenti Classe A-SSN. DDD
Consumi farmaceutici territoriali dei farmaci equivalenti Classe A-SSN. DDD. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali dei farmaci equivalenti Classe A-SSN. DDD pesate
Ricette Classe A-SSN
Ricette Classe A-SSN. Variazioni %
Ricette Classe A-SSN. Pro-capite
Ricette Classe A-SSN. Pro-capite. Variazione %
Confezioni Classe A-SSN
Confezioni Classe A-SSN. Variazioni %
Confezioni Classe A-SSN. Pro-capite
Confezioni Classe A-SSN. Pro-capite. Variazione %
Consumi farmaceutici territoriali Classe C. DDD
Consumi farmaceutici territoriali Classe C. DDD. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali Classe C. DDD pesate
Consumi farmaceutici territoriali Classe C. DDD pesate. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali Classe C per classe terapeutica. DDD
Consumi farmaceutici territoriali Classe C per classe terapeutica. DDD. Variazioni %

• Altri Farmaci

Consumi farmaceutici territoriali per i farmaci di Automedicazione. DDD
Consumi farmaceutici territoriali per i farmaci di Automedicazione. DDD. Variazioni %
Consumi farmaceutici territoriali per i farmaci di Automedicazione. DDD pesate
Consumi farmaceutici territoriali per i farmaci di Automedicazione. DDD pesate. Variazioni %

SPESA FARMACEUTICA

• Dati internazionali

Spesa farmaceutica totale. Pro-capite

Spesa farmaceutica totale. Pro-capite. Variazione %

• Dati nazionali

Spesa farmaceutica totale

Spesa farmaceutica totale. Variazione%

Spesa farmaceutica territoriale lorda Classe A SSN

Spesa farmaceutica territoriale lorda Classe A SSN. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale lorda Classe A SSN. Pro-capite

Spesa farmaceutica territoriale lorda Classe A SSN. Pro-capite. Variazioni %

Spesa farmaceutica territoriale lorda Classe A SSN per ricetta

Spesa farmaceutica territoriale Classe A SSN per I livello ATC

Spesa farmaceutica territoriale Classe A SSN per I livello ATC. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale Classe A SSN per I livello ATC. Composizione

Spesa farmaceutica territoriale dei farmaci equivalenti di classe A SSN

Spesa farmaceutica territoriale dei farmaci equivalenti di classe A SSN. Variazione %

Spesa farmaceutica Strutture Pubbliche

Spesa farmaceutica Strutture Pubbliche. Variazione %

Ticket. Pro-capite

Ticket. Pro-capite. Variazione %

Ticket per ricetta

Ticket per ricetta. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN

Spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN. Pro-capite

Spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN. Pro-capite. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN per ricetta

Spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN per ricetta. Variazione %

Sconto

Sconto. Variazione%

Spesa farmaceutica territoriale privata

Spesa farmaceutica territoriale privata. Variazione%

Spesa farmaceutica territoriale privata. Pro-capite

Spesa farmaceutica territoriale privata. Pro-capite. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale Classe C con ricetta

Spesa farmaceutica territoriale Classe C con ricetta. Variazione %

Spesa farmaceutica territoriale Classe C con ricetta. Pro-capite

Spesa farmaceutica territoriale Automedicazione per I livello ATC

Spesa farmaceutica territoriale Automedicazione per I livello ATC. Variazione %



Capitolo 10

*Assistenza per la non autosufficienza:
finanziamento,
definizione dei requisiti
e dei LIVEAS*

10. Assistenza per la non autosufficienza: finanziamento, definizione dei requisiti e dei LIVEAS

Giorgia Battaglia¹

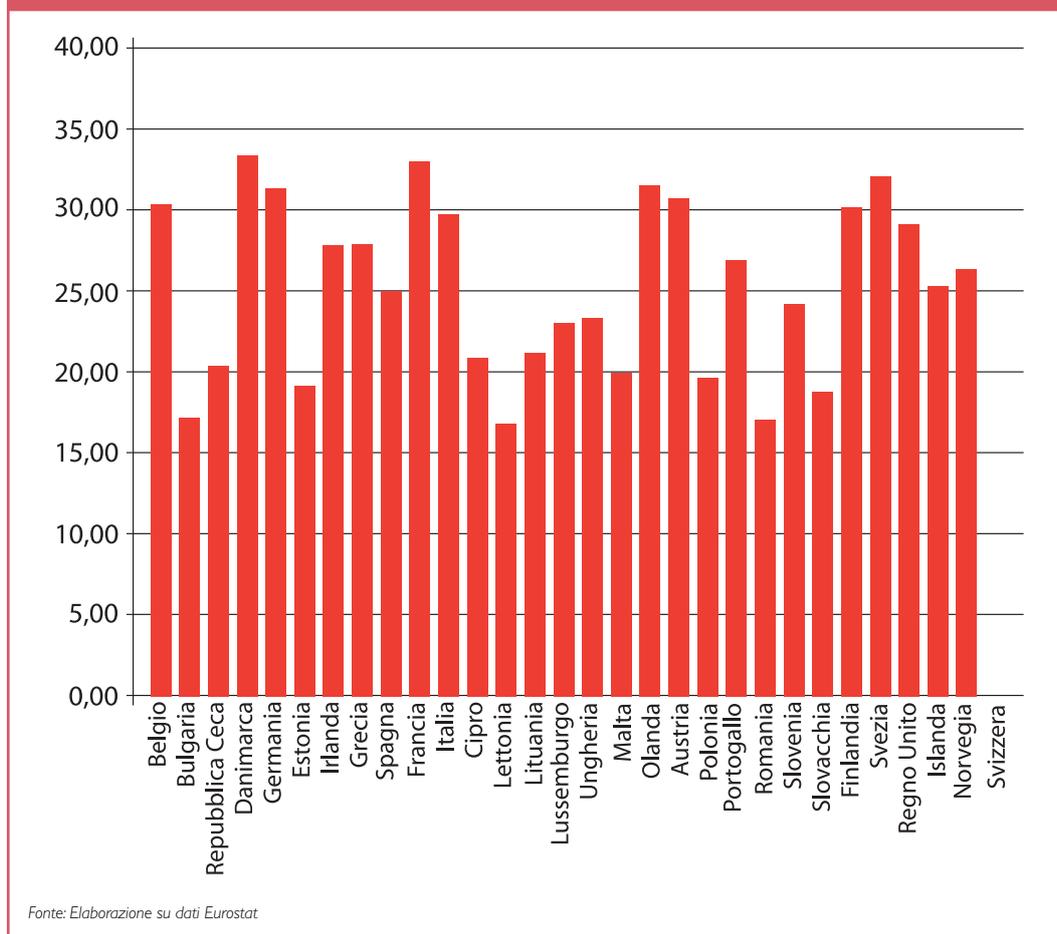
10.1. Introduzione

Il servizio sanitario è parte integrante del sistema di welfare e quindi in ogni Paese risulta fortemente condizionato dal complesso delle risposte di protezione sociale erogate. La disparità degli interventi nei diversi contesti nazionali riflette generalmente la differenza del tenore di vita, ma è anche indicativa della diversità dei sistemi nazionali di protezione sociale e delle strutture demografiche, economiche, sociali e istituzionali proprie di ciascuno Stato.

Complessivamente l'Italia destina una quota di risorse (calcolata sul PIL) per il Welfare che è in linea con i dati medi europei. Come si evince dalla figura 10.1, nel 2009 l'Italia ha destinato il 29,8% del PIL alle prestazioni di protezione sociale. Nello stesso anno la media della spesa europea risultava essere pari al 25,3%.

¹ CEIS Sanità Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma Tor Vergata.

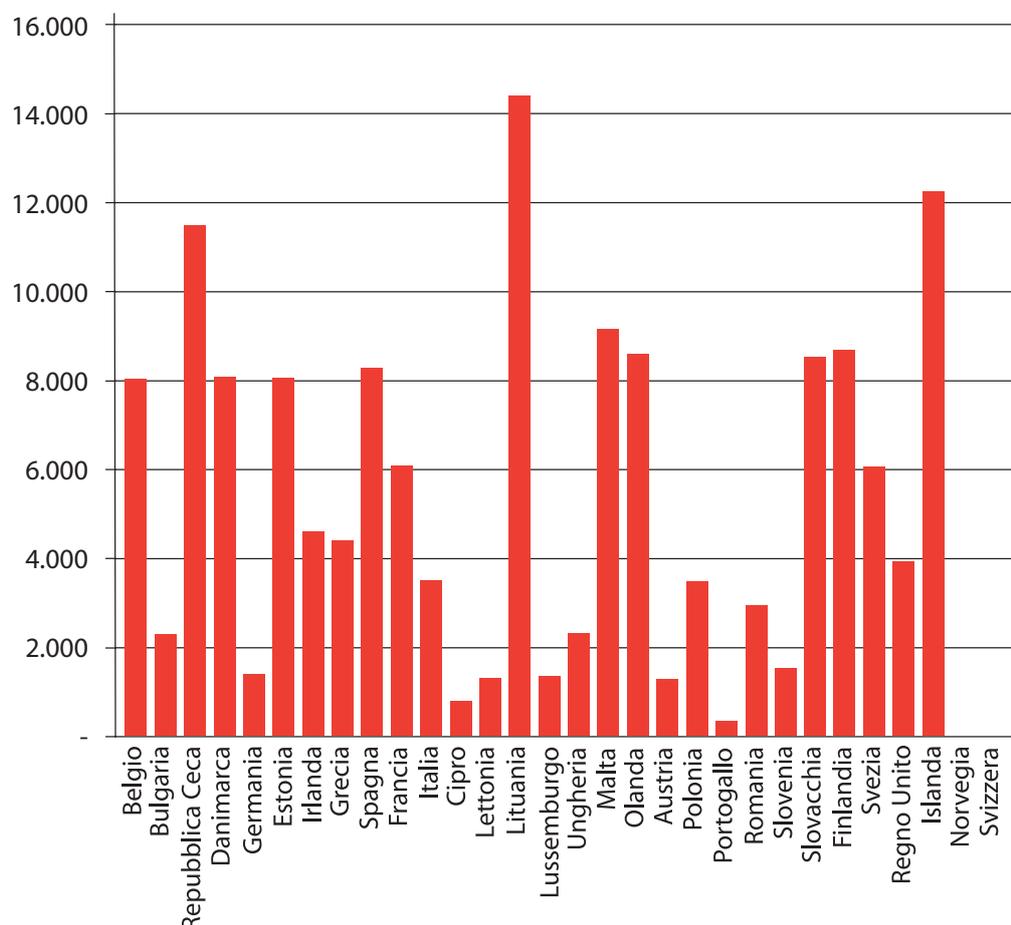
**Figura 10.1 - Prestazioni di protezione sociale nei paesi EU
Valori in % del PIL – Anno 2009**



Le differenze tra i vari Paesi dell'Unione Europea sono però importanti: tra quelli che hanno registrato una spesa inferiore rispetto alla media troviamo i Paesi baltici con la Lettonia, che si attesta ad una incidenza sul PIL del 16,9%, l'Estonia al 19,2%, la Lituania al 21,3%. Nella stessa fascia si colloca anche la Romania con una incidenza sul PIL del 17,1%. Di contro i Paesi che nello stesso anno hanno registrato una incidenza sul PIL superiore alla media europea sono la Danimarca con una incidenza del 33,4%, la Svezia con una incidenza del 32,1% e la Finlandia con una incidenza del 30,2%.

Considerando il dato pro-capite, emerge che l'Italia si colloca nel 2009 in posizione intermedia rispetto agli altri Paesi europei e, comunque, al di sopra della media. In particolare nel 2009 la spesa pro-capite annua del nostro Paese è stata pari a € 6.000. Ad un estremo troviamo Paesi che hanno registrato una spesa pro-capite decisamente esigua, come Romania e Lettonia, con una spesa pro-capite pari rispettivamente a € 331 e € 785 circa. Di contro il Lussemburgo nello stesso anno ha registrato una spesa pro-capite per il Welfare pari a € 14.000, seguita dalla Danimarca che supera gli € 11.000.

Figura 10.2 - Prestazioni di protezione sociale nei paesi EU
Valori pro-capite – Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Eurostat

Di tutta l'area del cosiddetto *Welfare*, nel presente paragrafo ci occuperemo della quota che maggiormente si integra con il servizio sanitario: ci riferiamo alla voce Assistenza, e in particolare alle cosiddette prestazioni per la non autosufficienza.

Il Rapporto sull'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia (2009) definisce la NAS come «la condizione bio-psicosociale conseguente a disabilità (di natura mentale, fisica e/o sensoriale) che induce nell'individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni essenziali e ricorrenti della vita quotidiana, dipendenza che non è influenzata dalla presenza di eventuali protesi od ausili in uso».

Lo svantaggio per un soggetto non autosufficiente si manifesta principalmente in tutte quelle attività che richiedono risorse aggiuntive rispetto a quelle di cui la persona dispone. A tal proposito ciò che andrebbe approfondito in sede di valutazione è la diversa natura del bisogno assistenziale di ogni singolo soggetto, vale a dire definire quali sono i bisogni di ciascuno in

relazione all'età, alle esigenze ed alle attività della vita quotidiana.

La non autosufficienza (NAS) ha, in definitiva, una eziologia che si riferisce ad esiti di malattie o infortuni, al degrado naturale legato all'invecchiamento (che peraltro è strettamente correlato alla cronicità e quindi ancora alla salute) e alle disabilità congenite. Secondo un'indagine Istat il 38,8% dei residenti in Italia dichiara di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, il 57,2% dei residenti tra i 55 ed i 59 anni e l'86,9% degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico degenerativa.

Si noti che, nel proseguio, discostandoci parzialmente dalla definizione riportata, per evitare duplicazioni non considereremo quelle prestazioni per la non autosufficienza che hanno caratteristiche sanitarie, bensì solo quelle che sono destinate a prestazioni sociali, e quindi dovrebbero ricadere nei cosiddetti LIVEAS (Livelli Essenziali delle di Assistenza Sociale); inoltre che non considereremo, altresì, le prestazioni sociali non riconducibili a condizioni di non autosufficienza, quali l'assistenza ai minori o genericamente alle famiglie; di contro considereremo non autosufficienza anche quella di breve periodo e non solo la cosiddetta LTC (*long term care*).

10.2. Il finanziamento

Il finanziamento della non autosufficienza (NAS) nel sistema di welfare italiano è oltremodo disorganico per la mancanza di un inquadramento normativo e istituzionale adeguato. È quindi necessario riferirsi tanto alle risorse identificate a livello centrale, che a livello regionale e infine comunale.

A livello centrale il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS), come definito dalla L. n. 328/2000 (Legge di riforma dell'assistenza), è la fonte nazionale di finanziamento specifico degli interventi e servizi di assistenza alle persone, alle famiglie ed alle comunità programmati e regolati da Piani Sociali Regionali e dai Piani di Zona dei Comuni, i quali descrivono, per ciascun territorio, un sistema integrato di servizi rivolti alla prevenzione del disagio, all'inclusione sociale dei soggetti in difficoltà, o comunque all'innalzamento del livello di qualità della vita.

Con la legge finanziaria sono annualmente attribuite al FNPS le risorse nazionali per gli interventi di assistenza sociale, ovvero per il contrasto della povertà, per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, dei diritti soggettivi (assegno al nucleo familiare con tre figli minori, per la maternità, agevolazioni disabili e lavoratori talassemici) e per la tutela della condizione degli anziani.

È evidente che una parte di tali fondi, ad esempio quelli per gli anziani, ma anche quelli per i disabili, possono almeno in parte farsi ricadere nel novero delle prestazioni per la NAS. A livello nazionale vengono anche definite le risorse assegnate ad una serie di fondi istituiti da leggi di settore, nonché lo stanziamento per l'erogazione di assegni, pensioni ed indennità erogate dall'INPS (Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale) ad invalidi civili, ciechi e sordomuti.

In questo quadro, con decreto interministeriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Unificata Stato, Regioni, Città e Autonomie Locali, viene poi determinato il riparto annuale di tali stanziamenti a favore delle Regioni e Province autonome, nonché delle quote in capo al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Le Regioni e le Province autonome effettuano a loro volta il riparto ai Comuni.

L'assistenza alle persone con grado più o meno grave di non autosufficienza, pur con incerti e

incompleti risultati, è inserita da sempre negli obiettivi del sistema di Welfare italiano, basato su principi e valori sanciti da chiare norme costituzionali (Art. 3 e 32 della Cost.), ripresi nelle più recenti leggi di riforma del sistema sanitario (D.Lgs. n. 229/1999) e anche degli interventi sociali (L. n. 28/2000): l'universalismo selettivo, l'equità di accesso, il solidarismo e la sussidiarietà.

Garantire l'assistenza ai non autosufficienti è un obiettivo strategico e di crescente priorità per le politiche sociali e socio-sanitarie del nostro Paese che, al pari di tutti i Paesi economicamente e socialmente avanzati, sta vivendo negli ultimi anni un graduale processo di invecchiamento della popolazione. Oltre il 20% degli oltre sessanta mil. di abitanti ha, infatti, ormai più di 65 anni; quasi 6 mil. hanno raggiunto il traguardo dei 75 anni e superano ormai le 17 mila unità gli ultra centenari.

Tutte le più recenti stime (CENSIS, ISTAT) sono concordi nel valutare in oltre 2,7 mil. le persone (di ogni fascia di età) con disabilità gravi o che necessitano di sostegno ed assistenza continuativa, con un trend in crescita proiettato verso i 3 mil. nel 2015. Una consistente e crescente quota di esse richiede interventi sociali e sanitari continuativi.

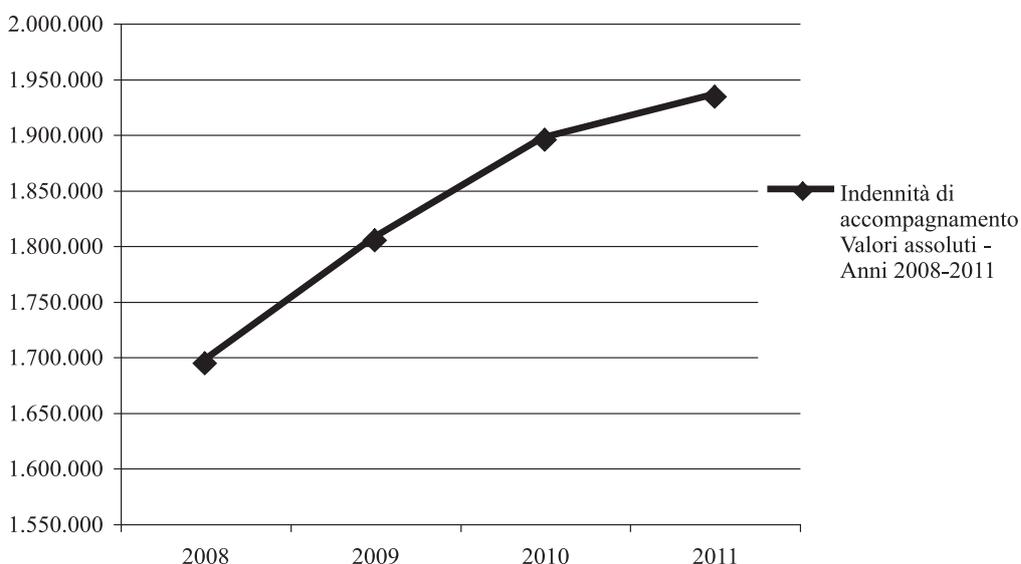
Una situazione difficile, che tende ad aggravarsi nel tempo e che si presenta, inoltre, con forti differenziazioni nelle diverse realtà locali, in un quadro di rapido cambiamento della composizione dei nuclei familiari e delle relazioni nel loro ambito.

Queste stime trovano conferma nei più recenti dati INPS riferiti al numero di persone disabili, fisiche e sensoriali, ed anziane non autosufficienti che percepiscono un'indennità di accompagnamento, ex L. n. 18/1980 ed altre.

Le indennità sono fortemente cresciute negli ultimi anni, passando da 1,7 mil. nel 2008 a oltre 1,9 mil. nel 2011.

A questi numeri vanno sommati più di 7.000 grandi invalidi non autosufficienti per incidenti sul lavoro (fonte Ist. Nazionale Assistenza Infortuni sul Lavoro – INAIL) e circa 2.000 per cause di servizio, nonché quanti non possono percepire l'emolumento perché ricoverati in strutture assistenziali a totale carico della finanza pubblica.

**Figura 10.3 - Complesso delle indennità di accompagnamento
Anni 2008-2011**



Fonte: Elaborazione su dati INPS

Si tratta di incrementi significativi che caratterizzano tutte le situazioni regionali. Nel Lazio, ad esempio, nel 2008 sono state erogate 153.851 indennità di accompagnamento, divenute 170.000 nel 2009 e che arrivano a sfiorare nel 2011 le 200.000. Stesso andamento si registra nella Regione Sicilia, che passa da un totale di 149.297 indennità di accompagnamento nel 2008 alle oltre 176.000 erogate nel 2011 ed in Puglia dove da 117.676 soggetti assistiti nel 2008 si toccano nel 2009 più di 132.000 assistiti per arrivare al picco di 150.247 nel 2011.

Il tutto per una spesa nazionale complessiva ormai stabilmente al di sopra di € 12 mld..

Anche sulla base degli andamenti demografici e della crescente domanda di prestazioni assistenziali il Parlamento ha destinato, a partire dalla Finanziaria 2007, risorse dedicate alla non autosufficienza attraverso la costituzione di un fondo specifico.

La L. n. 296/2006, con l'art. 1, comma 1264, ha istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale il Fondo nazionale per la non autosufficienza (FNA), finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti.

Al FNA veniva destinata una somma di € 100 mil. per l'anno 2007 e di € 200 mil. per i successivi anni 2008 e 2009, incrementati con le successive leggi finanziarie a € 300 e € 400 mil.. Con successivo decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali le risorse assegnate al FNA per gli anni 2008 e 2009 sono state attribuite per un ammontare di € 299 mil. nel 2008 e € 399 mil. nel 2009 alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e Bolzano. Veniva invece mantenuta nelle disponibilità del Ministero del Welfare € 1 mil. per ciascun anno,

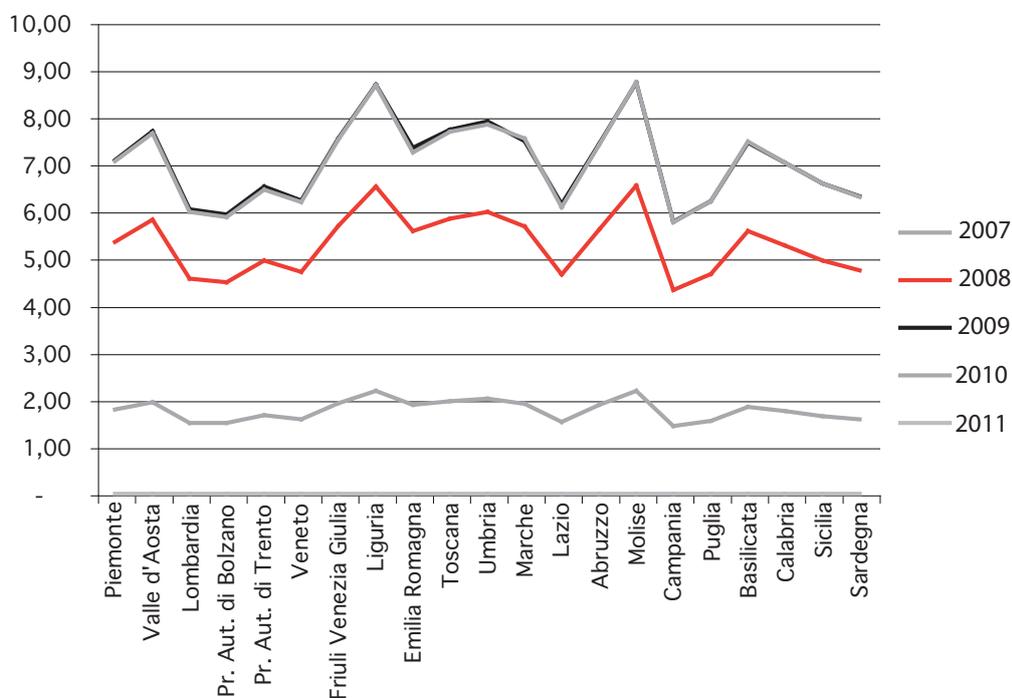
per le funzioni finalizzate a verificare l'efficace gestione delle risorse, nonché la loro destinazione a partire dalle funzioni ed attività seguenti:

- definizione di metodologie per l'analisi della domanda sociale finalizzata a una più ampia conoscenza del fabbisogno sul territorio;
- analisi del fenomeno della povertà in Italia;
- analisi dell'impatto del federalismo sulle politiche sociali.

Per l'anno 2010 lo Stato ha garantito un finanziamento pari a € 400 mil. di € per il FNA (art. 1, comma 1264, L. 296/2009), risorse che hanno consentito di sviluppare interventi assistenziali di varia natura per oltre 50.000 persone.

Se consideriamo la distribuzione del Fondo a livello regionale è possibile riconoscere una distribuzione conforme al numero dei residenti ed al quadro demografico. La Regione Lombardia, infatti, ha ricevuto negli anni un ammontare consistente di risorse, € 14 mil. nel 2007, € 44 mil. all'incirca nel 2008 e oltre € 58 mil. nel 2009 e 2010. Un'altra realtà regionale che ha ricevuto una quota importante di risorse è la Regione Lazio (€ 25 mil. nel 2008 e oltre € 34 mil. nel 2009 e 2010). Nel complesso tutte le quote regionali hanno subito un incremento negli anni.

**Figura 10.4 - Fondo per la Non Autosufficienza
Valori pro-capite – Anni 2007-2011**



Fonte: Elaborazione Ceis su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Nell'analisi dei valori pro-capite del Fondo, notiamo che nel 2007 si passa da € 1,43 in Campania a € 2,18 in Liguria con una spesa pro-capite media a livello nazionale pari a € 1,77. Nel 2008 con un fondo nazionale pari a € 300 mil. (€ 200 mil. in più rispetto all'anno precedente), la spesa pro-capite media è risultata pari a € 5,31. Negli anni immediatamente successivi, 2009 e 2010, a fronte di un fondo pari a € 400 mil. e di una popolazione che contava più di 60 mil. di abitanti, la spesa media pro-capite ha raggiunto € 7,00.

La manovra di bilancio per il 2011 ha però del tutto cancellato ogni stanziamento destinato alla non autosufficienza.

Dobbiamo ancora aggiungere che a livello locale gran parte delle Regioni italiane hanno poi istituito negli ultimi anni propri Fondi per la non autosufficienza, allo scopo di sostenere, in particolare nella dimensione domiciliare, le famiglie che accudiscono in casa il disabile o l'anziano non autosufficiente. Le finalità del finanziamento alle Regioni indicate dal Decreto Interministeriale del 4.10.2010, sono:

- a) attivazione o rafforzamento della rete territoriale ed extraospedaliera di offerta di interventi e servizi per la presa in carico personalizzata delle persone non autosufficienti, favorendo la permanenza a domicilio e in ogni caso l'appropriatezza dell'intervento, e con la programmazione degli interventi sociali integrata con la programmazione sanitaria;
- b) attivazione e rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia anche attraverso l'incremento delle ore di assistenza tutelare e/o l'incremento delle persone prese in carico sul territorio regionale. Eventuali trasferimenti monetari sono condizionati all'acquisto di servizi di cura ed assistenza od alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base di un progetto personalizzato ed in tal senso monitorati.

Nel dettaglio si riporta un quadro sintetico delle misure e delle iniziative più significative in materia curato dall'Area Welfare della Regione Toscana.

- Abruzzo: la regione ha istituito il Fondo per la non autosufficienza per risorse pari a € 2,5 mil. con DGR 866/2006. Fondo che è stato incrementato a oltre € 8 mil. nell'anno 2007 (DR 1281/2007) al fine di sostenere la qualità della vita delle persone anziane ultra sessantacinquenni in condizione di non autosufficienza. Complessivamente la Regione ha previsto nel 2007, € 28,7 mil. per gli interventi sulla non autosufficienza.
- Basilicata: la Regione ha approvato con LR 4/2007 lo stanziamento del Fondo per la non autosufficienza per circa € 2 mil. a cui si sommano quelli previsti dal Fondo Nazionale.
- P.A. di Bolzano: la Provincia autonoma di Bolzano, di concerto con la Regione e le Organizzazioni sindacali, ha istituito il fondo per la non autosufficienza con un disegno di legge provinciale. Le risorse sono erogate dall'Agenzia provinciale di previdenza. Accedono al fondo tutti i cittadini che risiedono da almeno 5 anni in Trentino Alto Adige.
- Calabria: non ha istituito il Fondo né adottato misure specifiche sulla non autosufficienza.
- Campania: La Regione ha istituito il Fondo regionale specifico per la non autosufficienza con la LR 8/2004. Con DGR 204/2005 ha dettato indirizzi specifici per la realizzazione di interventi domiciliari sulla base di progetti personalizzati e con i DGR 679/07 e 1403/07 ha individuato per il triennio 2006/2008 il progetto personalizzato come obiettivo il rafforzamento del sistema di presa in carico delle persone non autosufficienti, vincolando il 70% delle risorse da attribuite complessivamente alle 3 aree Anziani, Disabili e Assistenza Tutelare, alla realizzazione di interventi sulla base di progetti personalizzati. Il Fondo regionale per il 2008 è pari a

€ 8,3 mil..

- Emilia Romagna: è stata una delle prime Regioni a prevedere l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza con DGR 509/2007, con cui ha stanziato a partire dal 2007 € 311 mil., di cui circa € 295 mil. sono stati erogati in contributi economici e buoni servizio.
- Friuli Venezia Giulia: la Regione ha istituito il Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine (FAP) con DPR 35/2007. Nel 2007 il FAP è stato di € 17,2 mil..
- Lazio: la Regione ha istituito il Fondo con LR 20/2006 ("Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza") e con Delibera 601/2007 ("Fondo regionale per la non autosufficienza"). Nel 2007 sono stati impegnati complessivamente quasi € 13 mil. e previsti per il 2008 altri € 12 mil. in servizi e interventi in favore di anziani e disabili non autosufficienti.
- Liguria: la Regione è stata una delle prime a istituire il Fondo regionale per la non autosufficienza con la LR 12/2006. È un Fondo a destinazione vincolata nell'attesa che il governo adotti i Liveas. La Regione ha stanziato € 10 mil. nel 2007, € 12 mil. per il 2008 e € 21 mil. per il 2009.
- Lombardia: la Regione non ha istituito il Fondo per la non autosufficienza ma ha previsto degli interventi economici a favore dei non autosufficienti attraverso, principalmente, l'erogazione di voucher socio-sanitari, che permettono l'acquisto di prestazioni infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche o per ottenere il supporto di un care giver (badante) presso enti pubblici o privati. Il voucher ha importo mensile variabile diviso in tre fasce, a seconda dell'intensità del bisogno, rispettivamente di € 362, € 464, € 619. Per l'accesso al voucher non sono previsti limiti di reddito né di età.
- Marche: il fondo marchigiano è stato istituito con Deliberazione 1493/2008 in riferimento all'articolo 37 della LR 25/2008. Il Fondo per il 2008 è di € 6,5 mil., di cui € 4,5 mil. per la residenzialità e i restanti € 2 mil. per la domiciliarità.
- Piemonte: la Regione non ha provveduto all'istituzione di un fondo specifico per la non autosufficienza in quanto prevede dei finanziamenti a favore degli Enti gestori che erogano i servizi di assistenza socio-sanitaria per gli anziani e i disabili regolati con DGR n. 34-5493 del 12 marzo 2007 "attivazione delle procedure per la realizzazione del piano regionale triennale degli interventi e dei servizi sociali" e con DGR n. 37 - 6500 del luglio 2007 "Criteri per la partecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta".
- Puglia: l'Assessorato alla solidarietà della Puglia e i sindacati Cisl, Cgil e Uil hanno sottoscritto nel 2007 un protocollo d'intesa della durata di 3 anni per l'istituzione di un fondo regionale per la non autosufficienza, in parte già previsto nella LR 19/06 e nella DRG 583/2007. L'entità del fondo sarà pari a € 10 mil. cui andranno a sommarsi quelli ripartiti dal FNA.
- Sardegna: la Regione ha istituito un Fondo per la non autosufficienza con LR 4/2006 "Linee guida per l'istituzione delle assistenti famigliari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti", e poi con le successive deliberazioni n. 27/41 del 17.7.2007, 34/8 dell'11.09.2007, e 44/13 del 31.10.2007, in ottemperanza a quanto già disposto dall'art 34 della L.R. 29 maggio 2007. L'entità del fondo nel suo complesso è pari a circa € 120 mil..
- Sicilia: la Regione non ha previsto per il 2007 un fondo dedicato ai non autosufficienti. Ha però individuato delle risorse per i non autosufficienti con Delibera D.D.G. 4151/S2 e con Decreto presidenziale del 7 luglio 2005 "Definizione dei criteri per l'erogazione del buono

socio-sanitario a nuclei familiari con anziani non autosufficienti o disabili gravi ex art. 10 della legge regionale n. 10 del 31 luglio 2003". Le risorse assegnate sono pari complessivamente a € 15 mil..

- Toscana: la Toscana ha approvato una legge regionale che istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza a partire da circa € 39 mil. nel 2008, € 80 mil. nel 2009 e nel 2010, al fine di dare assistenza ai circa 40.000 non autosufficienti presenti sul territorio regionale e di eliminare le liste di attesa per le RSA. L'offerta dei servizi predilige il mantenimento del non autosufficiente nel contesto familiare. Dal 2009 è stato altresì previsto un assegno di cura mensile per un importo fino a € 1.500 per sostenere l'attività di un "care giver".
- Umbria: la Regione ha approvato con LR 9/2008 l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza. Il Fondo è per il 2008 di € 31,8 mil.. Viene assicurata la partecipazione dell'assistito e dei suoi familiari alla piena applicazione del PAP (Programma assistenziale personale) coordinando le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche.
- Valle d'Aosta: la Regione si avvale ancora della LR 22/1993 "Provvedimenti a favore di persone anziane, handicappati, dipendenti da alcool, tossicodipendenti, infetti da Hiv e affetti da Aids", ma non ha deliberato una legge per i non autosufficienti o dedicato un fondo specifico.
- Veneto: la Regione con DGR 827/2007, e con le delibere 464/2007 e 394/2007, per il 2007 ha individuato risorse per i non autosufficienti pari a € 62,4 mil., con un incremento di circa il 9% rispetto a quelle assegnate nel 2006. Inoltre per l'anno 2007 le risorse regionali destinate agli interventi territoriali e domiciliari previsti nei Piani Locali per la disabilità ammontano complessivamente a € 10 mil..

Alle risorse di Stato e Regioni, nonché a quelle erogate dall'INPS e dagli altri Enti competenti per le indennità di accompagnamento, vanno infine sommate quelle stanziare direttamente dalle amministrazioni locali, e in particolare dai Comuni.

Le risorse stanziare dai Comuni possono essere stimate a partire dall'ammontare della spesa per i servizi e le prestazioni da essi erogate a favore delle categorie rientranti nella non autosufficienza, anziani e disabili, sottraendo i fondi statali e regionali percepiti.

Nell'anno 2008 i Comuni, in forma singola o associata, hanno destinato agli interventi e ai servizi sociali € 6,7 mld. (fonte Istat). Si stima che dei € 6,7 mld. stanziati dai Comuni solo € 3 mld. si riferiscono a prestazioni in favore di disabili e anziani e cioè le due categorie rientranti nella NAS. Se a questi sommiamo le indennità di accompagnamento e le pensioni agli invalidi civili erogate dall'INPS (pari ad € 11,8 mld.) la spesa sociale per la non autosufficienza arriva a sfiorare la quota di € 15 mld. circa, ovvero lo 0,95% del PIL. Tale valore, che porta a concludere che il complesso del settore socio-sanitario assorbe oggi il 10% del PIL, in realtà non è dissimile da quelli dichiarati negli altri Paesi, dimostrando che il problema più che di risorse è di destinazione delle stesse, ovvero di efficienza allocativa.

10.3. La definizione dei requisiti di non autosufficienza

Per ragionare della finalizzazione delle risorse per la NAS, iniziamo con l'osservare che mentre in materia di riconoscimenti medico legali delle invalidità le specifiche Commissioni possono far riferimento a tabelle definite in sede nazionale, i criteri di definizione di non autosufficienza utilizzati dalle singole Regioni sono invece non sempre omogenei e spesso le normative lasciano libero arbitrio ai Comuni, alle ASL e/o alle Unità di Valutazione, siano esse Geriatriche, Multidisciplinari o dell'Handicap, nella determinazione dei parametri utilizzati per individuare quando una persona sia effettivamente non autosufficiente. In generale, nelle normative regionali, quando si parla di non autosufficienza si fa riferimento:

- alle persone anziane non autosufficienti (di 65 anni e più nel caso dell'Emilia Romagna, di 75 anni e più nel caso della Lombardia, di 80 anni e più nel caso dell'Umbria);
- alle persone con una pensione di invalidità civile e/o con una indennità di accompagnamento (nel caso della Province Autonome di Trento e Bolzano e nel caso dell'Umbria);
- alle persone che sono state valutate come non autosufficienti da apposite commissioni oppure di persone con disabilità gravi (nella fattispecie si fa riferimento a "minori con problemi di cura familiare" in Liguria, a "disabili ed altre persone non autosufficienti affette da patologie gravi in fase terminale o irreversibile" in Emilia Romagna, a "persone con disabilità di tipo fisico o psichico" nelle Marche e a "persone con handicap gravi" in Sardegna).

Ad oggi ancora non esiste una definizione puntuale di Non Autosufficienza, né tantomeno esiste un criterio per il riconoscimento della persona non autosufficiente; esiste una definizione esaustiva medico legale di invalidità permanente e una statistica di disabilità, ma non di non autosufficienza; questo comporta ovviamente una difficoltà di corretta integrazione nel sistema di Welfare e nelle procedure di definizione dei percorsi assistenziali individualizzati previsti dalla L. 328/2000.

In molte Regioni, i criteri relativi alla sfera della salute sono spesso affiancati, al fine dell'erogazione delle prestazioni, da criteri relativi alla situazione economica della persona o della famiglia. In tutte le Regioni risultano sempre presenti indicazioni ed obiettivi volti a potenziare la rete dei servizi territoriali e, prima di tutto, il sistema di cure domiciliari.

L'incertezza dei criteri di individuazione del soggetto non autosufficiente è per queste ragioni ancora oggi una problematica aperta, che potrà essere rivista in un quadro di necessario riordino complessivo del sistema. A ben vedere, anche la definizione stessa di disabilità cambia a seconda della rilevazione statistica e di chi la effettua.

In definitiva spesso si usano in modo impreciso termini come non autosufficiente, disabile, portatore di handicap, invalido e inabile.

Nell'ambito del diritto, ad esempio, la tutela assistenziale del cittadino disabile si realizza in primis con l'istituto dell'invalidità: civile, del lavoro, per causa di servizio. In particolare per la categoria più numerosa, gli invalidi civili, a partire dalla fine degli anni '60 si sono sviluppate normative orientate all'assistenza, all'inserimento sociale ed al collocamento mirato al lavoro (art. 38 della Costituzione), agevolazioni in ambito lavorativo per i familiari, ultima la L. 104/1992 (legge quadro sull'handicap). Si è poi aggiunto e definito nel tempo, con norme successive, un sistema gestito dall'INPS e finalizzato alla erogazione di indennità di natura economica, riconosciute al titolo della minorazione, per la tutela tanto dei disabili, che dei minori, e dei soggetti anziani con più di sessantacinque anni. Complessivamente ai soggetti riconosciuti invalidi

civili vengono destinati:

- benefici di natura economica (assegno di invalidità, pensione di inabilità, indennità mensile di frequenza per i minori ed indennità di accompagnamento);
- benefici di natura socio-assistenziale (assistenza riabilitativa e protesica, collocamento mirato al lavoro ed esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria “esenzione ticket” per le prestazioni di diagnostica clinica e di diagnostica strumentale)².

In questo quadro la non autosufficienza è identificabile come “la condizione bio-psicosociale conseguente a disabilità – di natura mentale, fisica e/o sensoriale – che induce nell’individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e ricorrenti, della vita quotidiana³.”

Per quanto riguarda il sistema di protezione delle persone non autosufficienti e le tipologie di intervento, si basano sostanzialmente su tre tipi di intervento:

- forme di assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociale;
- forme di assistenza domiciliare, diurne o residenziali di tipo sociosanitario;
- sussidi monetari e buoni servizio (*voucher*).

Per quanto riguarda le erogazioni monetarie, il principale intervento nell’area della non autosufficienza rimane l’indennità di accompagnamento. Si tratta indubbiamente di un intervento apprezzato dall’utenza, che però, in quanto mera erogazione finanziaria, non sempre garantisce qualità dell’assistenza e una effettiva finalizzazione delle risorse al sostegno ed all’autonomia del soggetto beneficiario. L’importo erogato, inoltre, € 487 mensili, non è sempre adeguato a sostenere i costi assistenziali, soprattutto per i soggetti con disabilità gravi e complesse. L’istituzione dell’indennità di accompagnamento fa riferimento alla L. 18/1980 “Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili”. L’indennità di accompagnamento spetta agli invalidi civili totali che per affezioni fisiche o psichiche si trovino anche nella impossibili-

² I benefici che vengono riconosciuti agli invalidi civili dipendono dalla percentuale di invalidità civile riconosciuta:

- percentuale di invalidità tra il 34% e il 45%: diritto ad ottenere protesi e ausili dall’ASL;
- percentuale tra il 46% e il 66%: diritto ad ottenere protesi, ausili ed iscrizione al collocamento obbligatorio;
- percentuale di invalidità tra il 67% e il 73%: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio e all’esenzione del ticket sanitario, escluse le quote fisse per ricette;
- percentuale di invalidità tra il 74% e il 99%: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio, all’esenzione del ticket sanitario, escluse le quote fisse per ricetta, requisito sanitario per l’assegno mensile di invalidità;
- percentuale di invalidità al 100%: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio, all’esenzione totale del pagamento ticket, requisito sanitario per la pensione di inabilità;
- percentuale di invalidità al 100% con impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore o di compiere gli atti quotidiani della vita: diritto ad ottenere protesi, ausili, iscrizione al collocamento obbligatorio, esenzione totale del ticket, requisito sanitario per percepire sia la pensione di inabilità che l’indennità di accompagnamento.

³ La Corte di Cassazione, nella sentenza 11 settembre 2003, n. 133 fa riferimento ad alcune caratteristiche essenziali della non autosufficienza: la natura permanente dell’aiuto fornito dall’accompagnatore, la natura quotidiana degli atti che il soggetto non è in grado di svolgere autonomamente, la natura continua del bisogno di assistenza.

tà di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di una assistenza continua.

L'indennità non è incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa ed è concessa anche ai minorati nei cui confronti l'accertamento delle prescritte condizioni sia intervenuto a seguito di istanza presentata dopo il compimento del sessantacinquesimo anno di età.

Relativamente ai soggetti ultra-sessantacinquenni, non più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, il diritto all'indennità è subordinato alla condizione che essi abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni dell'età (art. 6 D.Lgs. n. 509/1988): impossibilità alla deambulazione autonoma e mancanza assoluta di autosufficienza⁴.

Anche il Sistema Sanitario, in particolare il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, riserva attenzione alla non autosufficienza ed individua i soggetti che maggiormente necessitano di continuità nelle cure, che sono:

- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale. Essi necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti. Il percorso di cura richiede una forte integrazione tra team multidisciplinare di cure (medico, infermiere ed assistente sociale), con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;
- pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e all'*empowerment* (diabete, asma).

L'assistenza continuativa, in termini di offerta, è potenziata da nuove formule di residenzialità "intermedia" sempre più importante per accelerare i processi di dimissione ospedaliera quali: ospedali di Comunità (gestiti da MMG e personale infermieristico), strutture intermedie di riabilitazione post acuzie, nuclei presso RSA, dimissioni protette e altri servizi similari.

⁴ Secondo la legge il diritto a ricevere l'indennità di accompagnamento deve rispondere a precisi requisiti: riconoscimento di una invalidità totale e permanente del 100% accompagnata dalla impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero dalla impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e conseguente necessità di un'assistenza continua; Sono esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in istituto e coloro che percepiscano un'analogha indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio, salvo il diritto di opzione per il trattamento più favorevole.

10.4. Conclusioni

Premesso che il sistema di protezione dagli eventi legati alla malattia, cronicità, disabilità in Italia assomma a € 157 mld. circa di cui € 135 mld. afferenti al SSN, € 18,5 mld. corrispondenti alle prestazioni assistenziali erogate dai Comuni e dagli enti di previdenza e € 5 mld. circa riferiti alle indennità di malattia, è ormai accertato che una crescente percentuale di tali risorse, circa 15 mld. di spesa sociale, cui si aggiunge una quota significativa di spesa sanitaria, per un importo complessivo di circa 30 mld., corrispondente al 20% del totale (fonte Quotidiano Sanità), è finalizzato alla non autosufficienza.

Ma c'è da rilevare che la frammentazione degli interventi che caratterizza questo settore del sistema assistenziale non mette in condizione il nostro Paese, pur in presenza di un significativo impiego di risorse, di garantire una completa e reale tutela dei soggetti non autosufficienti, in particolare per i soggetti con le disabilità più complesse e per gli anziani come avviene invece in gran parte dei Paesi europei.

Nel nord Europa i servizi domiciliari raggiungono fino al 13% degli anziani. In Germania, sostenuto da un'assicurazione pubblica obbligatoria, si è registrato un forte incremento di assistenza domiciliare: ne usufruisce quasi il 10% della popolazione anziana, il doppio della media delle Regioni italiane. Ma anche in Spagna dopo le misure adottate per la non autosufficienza nel 2006, che hanno determinato nel settore dell'assistenza a domicilio un incremento di ben ulteriori 300.000 posti di lavoro. Analogo processo è ormai consolidato in Francia dove i servizi, finanziati da una tassa di scopo, raggiungono a domicilio più dell'8% della popolazione anziana.

Sono tutti Paesi che hanno visto crescere servizi e occupazione nel settore, anche con emersione di lavoro irregolare, e che hanno definito nuovi modelli operativi e nuove figure professionali, a partire dall'assistente familiare.

In conclusione potremmo affermare che nonostante tutte le Regioni stiano operando per favorire l'integrazione e facilitare la presa in carico della persona non autosufficiente, manca fondamentalmente una definizione dei LIVEAS. Dall'analisi delle diverse esperienze regionali è emerso che se non si rispettano "regole generali" riguardanti assetti istituzionali e presenza di organi che favoriscono la comunicazione tra ASL e Comuni, la processualità negli interventi, i rapporti tra professionisti delle discipline sanitarie e sociali e le corrette attribuzioni di spesa tra i diversi comparti, rischiando così di vanificare o addirittura di alterare il risultato dell'integrazione, ma soprattutto di non rispondere in modo appropriato alla domanda del cittadino.

Per quanto riguarda poi il finanziamento delle spese dei servizi per i non autosufficienti in Italia, sarebbe auspicabile si optasse per un modello misto, che preveda la partecipazione sia dei soggetti che delle autorità competenti. A tal proposito il meccanismo dei *voucher* è da privilegiarsi, più che altrove, considerata la caratteristica "intermedia" dei bisogni da NAS.

Riferimenti bibliografici

- CENSIS, (2005), Analisi comparativa dei principali servizi per gli anziani non autosufficienti
- ISTAT, (2011), Rapporto sulla coesione sociale
- ISTAT, (2011), Annuario Statistico Italiano
- ISTAT, (2012), Studio sulla tematica della “Non autosufficienza” Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2010), Presentazione rapporto 2010 sulla non autosufficienza in Italia
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2011), Secondo Rapporto sulla non autosufficienza in Italia
- Ministero della Salute (2007), Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, anno 2005
- Quotidiano Sanità, (2012), Dossier sulla non autosufficienza
- Vangieri D. Quadro sull’istituzione del Fondo sulla Non Autosufficienza nelle Regioni, Area Welfare Segreteria Regionale Toscana

APPENDICE

Approfondimenti sull’Assistenza Sociale

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS:

• Dati internazionali

Spesa per Protezione Sociale nei paesi Ue

Spesa per Protezione Sociale nei paesi Ue. Valori per abitante

Spesa per Protezione Sociale nei paesi Ue. Valori per abitante. Variazione %

• Dati nazionali

Spesa per Protezione Sociale in Italia

Spesa per Protezione Sociale in Italia. Variazione %

Spesa per Protezione Sociale in Italia. Variazione quinquennale

Spesa per Protezione Sociale in Italia. Valori per abitante

Spesa per Protezione Sociale in Italia. Valori per abitante. Variazione %

Spesa per Protezione Sociale in Italia sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche

Spesa per Protezione Sociale in Italia sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche.

Variazione %

Spesa per Protezione Sociale in Italia sostenuta dalle Amministrazioni Pubbliche.

Valori per abitante

Spesa per Protezione Sociale. Incidenza della spesa per Protezione Sociale sul PIL

ASSISTENZA E POLITICHE SOCIALI

• Finanziamento

Fondi sociali Nazionali
Fondi sociali Nazionali. Variazione %
Fondi sociali Nazionali. Composizione

• Spesa

Spesa dei comuni per prestazioni in denaro. Valori assoluti
Spesa dei comuni per prestazioni in denaro. Variazione %
Spesa dei comuni per prestazioni in denaro. Valori per abitante
Spesa dei comuni per prestazioni in denaro. Valori per abitante. Variazione %
Spesa dei comuni per interventi e servizi. Valori assoluti
Spesa dei comuni per interventi e servizi. Variazione %
Spesa dei comuni per interventi e servizi. Valori per abitante
Spesa dei comuni per strutture. Valori assoluti
Spesa dei comuni per strutture. Variazione %
Spesa dei comuni per strutture. Valori per abitante
Spesa dei comuni per Anziani. Valori assoluti
Spesa dei comuni per Anziani. Valori per abitante
Spesa dei comuni per le Dipendenze. Valori assoluti
Spesa dei comuni per le Dipendenze. Valori per abitante
Spesa dei comuni per Disabili. Valori assoluti
Spesa dei comuni per le Disabili. Valori per abitante
Spesa dei comuni per Famiglie e Minori. Valori assoluti
Spesa dei comuni per Famiglie e Minori. Valori per abitante
Spesa dei comuni per Immigrati e Nomadi. Valori assoluti
Spesa dei comuni per Immigrati e Nomadi. Valori per abitante
Spesa dei comuni per Multiutenza. Valori assoluti
Spesa dei comuni per Multiutenza. Valori per abitante
Spesa dei comuni contro la Povertà. Valori assoluti
Spesa dei comuni contro la Povertà. Valori per abitante
Complesso delle Indennità di Accompagnamento
Complesso delle Indennità di Accompagnamento. Variazione %

The background of the top half of the page features a dense crowd of people, represented by semi-transparent, light red paper cutouts. The figures are in various poses, some standing, some walking, and some appearing to be in conversation, creating a sense of a busy, populated environment. The overall color palette is a monochromatic range of reds, from light pinks to deep, dark reds.

Capitolo 11a
1 Industria farmaceutica

11a. Industria farmaceutica

Anna Chiara Bernardini¹

11a.1 Introduzione

L'industria farmaceutica è sicuramente, fra i settori economici, di vitale importanza per lo sviluppo, la crescita e la competitività di un Paese, oltre ovviamente alla sua rilevanza per la salute pubblica.

La continua evoluzione tecnologica, la derivante crescita delle opportunità terapeutiche e le limitate risorse pubbliche hanno comportato una sempre maggiore attenzione verso l'analisi costo-efficacia delle tecnologie e sostanze. Questa funzione pubblica è tesa al contenimento della spesa sanitaria pubblica nel rispetto della tutela della salute. Lo sviluppo tecnologico rappresenta però anche una opportunità di crescita per il sistema economico nel suo complesso. Infatti, secondo Confindustria², nell'ambito del sistema economico nazionale è andata progressivamente aumentando l'importanza della filiera della salute intesa come:

- 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.

La filiera della salute produce più dell'11% del PIL dell'intera economia italiana e i due comparti industriali (cioè la fabbricazione di prodotti farmaceutici e la fabbricazione di dispositivi medici) assorbono il 6,2% delle esportazioni di manufatti del nostro Paese, una quota non molto distante da quella di alcuni settori di punta del *made in Italy*³.

Il presente articolo vuole fornire alcuni elementi di conoscenza sul contributo fornito al sistema economico nazionale ed internazionale dal settore dell'industria farmaceutica, sia in termini di valore aggiunto, che di contributo in termini di ricerca ed occupazione.

11a.2 Produzione

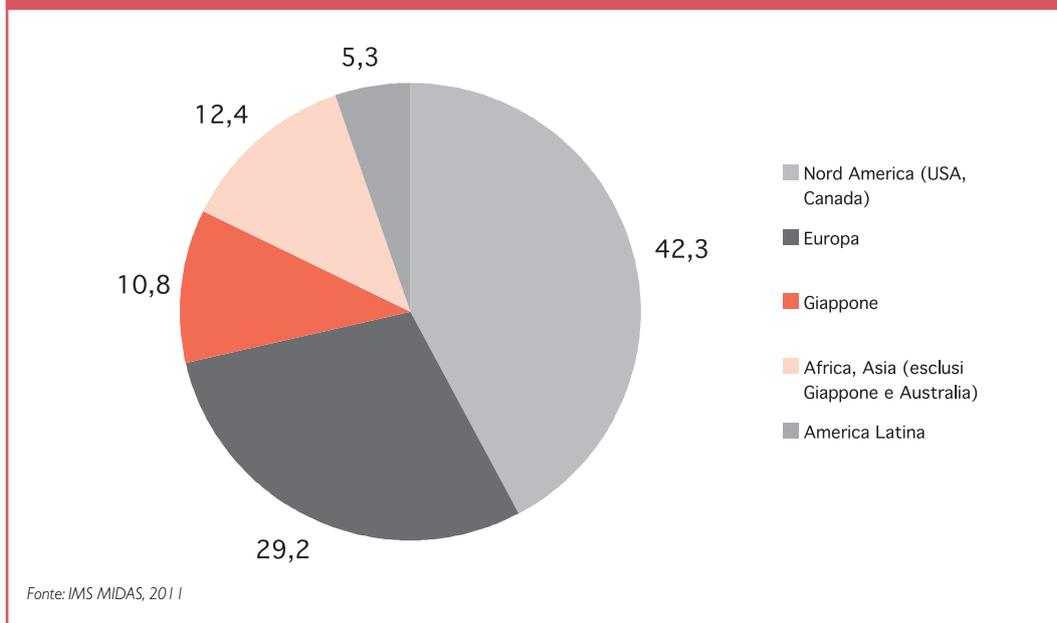
L'industria farmaceutica mondiale in termini di valore a prezzi *ex-factory* (€ 597 mld.) è cresciuta del 3% rispetto al 2009. Il mercato nordamericano (USA e Canada) risulta essere il più grande del mondo con una quota del 42,3%, seguito dall'Europa con il 29,2%.

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

² Vedi studio Confindustria (2006)

³ Confindustria, 2007/2010, struttura e performance della filiera della salute

Figura 11a.1 - Quote del mercato farmaceutico mondiale – 2010

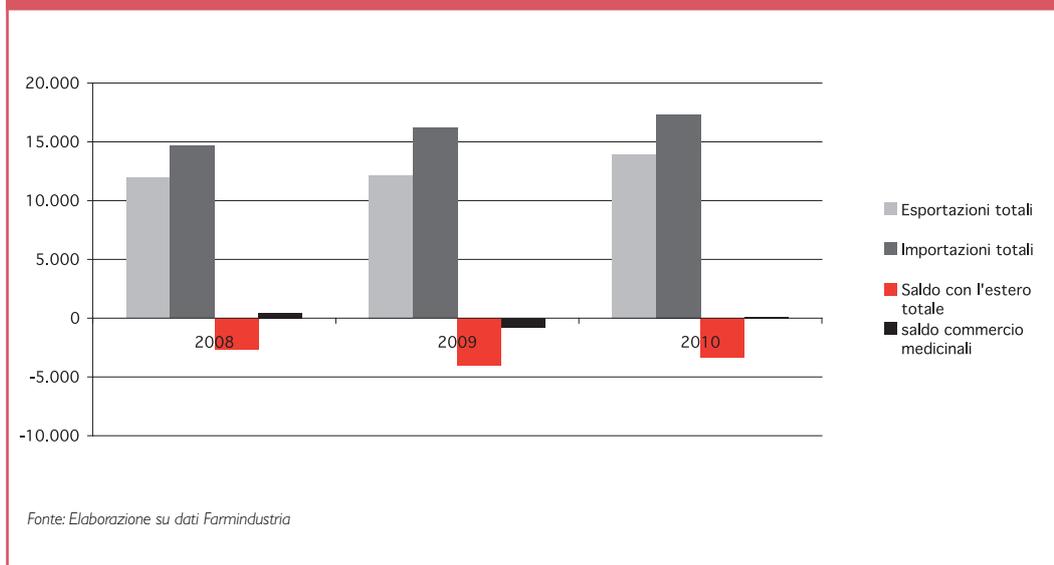


Il valore globale espresso a prezzi *ex-factory* conferma che l'Italia è tra i maggiori mercati mondiali con un fatturato totale (farmacia+ospedali) di € 19 mld.: sebbene in calo nel *ranking* internazionale, occupa nel 2010 il 6° posto tra le economie avanzate (5a posizione nel 2005) ed il 3° posto in Europa, dopo Francia e Germania.

Il valore della produzione farmaceutica è stato pari a € 24.996 mln (+6,8% rispetto al 2009), esito influenzato dalla crescita dell'export (+14,9%).

La situazione della bilancia commerciale differisce a seconda se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non) o il commercio totale (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti). Nel primo caso, la bilancia commerciale è positiva con un saldo di € 0,13 mld.; nel secondo, invece, il saldo commerciale è di € -3,3 mld. (il valore delle importazioni equivale a € 17,3 mld, quello delle esportazioni a € 13,9 mld).

Figura 11a.2 - Bilancia commerciale del settore farmaceutico italiano – mil. di €



11a.3 Aziende ed occupati

Gli USA occupano il primo posto nel mondo per numero di aziende con 1.268 unità, seguiti dal Giappone con 1.062 unità⁴.

Il numero di aziende in Europa (EU15) è di 1.749 unità, una riduzione del 4% rispetto al 2009.

⁴ Ultimi dati disponibili: 2008

Tabella 11a.1 - Aziende ed occupati nel settore farmaceutico – EU15

Paesi	Imprese 2010	Var. Imprese 2010/2009	Occupati 2010	Var. Occupati 2010/2009	Occupati per Azienda 2010	Var. Occupati per Azienda 2011/2010
Germania	358	0,0%	104.605	-1,2%	292,2	-1,2%
Francia	299	0,0%	100.355	-2,9%	335,6	-2,9%
Italia	334	0,3%	66.700	-1,2%	199,7	-1,5%
Regno Unito	142	-35,2%	72.000	8,2%	507,0	46,4%
Spagna	225	1,3%	39.155	-3,0%	174,0	-4,3%
Belgio	48	0,0%	31.966	8,0%	666,0	8,0%
Irlanda	54	0,0%	24.500	0,0%	453,7	0,0%
Svezia	41	-7,3%	14.766	-6,1%	360,1	0,8%
Danimarca	26	-11,5%	20.223	18,8%	777,8	32,5%
Paesi Bassi	65	-15,4%	16.900	5,6%	260,0	21,9%
Grecia	35	0,0%	14.000	3,7%	400,0	3,7%
Portogallo	65	-3,1%	9.761	-4,7%	150,2	-1,8%
Austria	40	0,0%	10.555	0,2%	263,9	0,2%
Finlandia	17	-5,9%	5.623	-6,3%	330,8	-0,8%

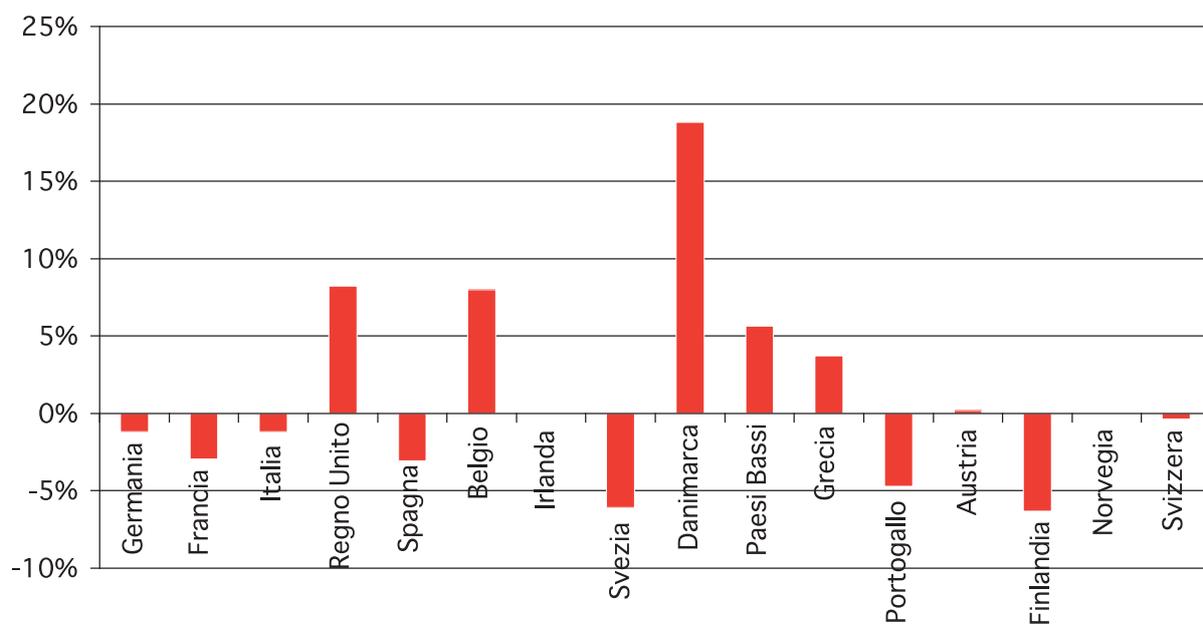
Fonte: Elaborazioni su dati Farminindustria

La Germania occupa il primo posto con 358 imprese, seguono l'Italia con 334, la Francia con 229 ed il Regno Unito con 142 (-35% rispetto al 2009). Il numero medio di occupati per azienda è di 369 addetti con valori che vanno dai 778 in Danimarca ai 150 in Portogallo.

Analizzando i dati di occupazione nel mercato mondiale, anche in questo caso, sono gli USA ed il Giappone che detengono il primato del numero di occupati nel settore, tuttavia il numero medio di occupati per azienda risulta inferiore alla media europea, rispettivamente 195 e 155 occupati per azienda (dati 2008).

Nel settore farmaceutico italiano si assiste da alcuni anni ad una riduzione del numero di occupati; se si analizza la situazione europea, in particolare fra il 2009 e il 2010, è possibile osservare una spaccatura nell'andamento: da una parte Paesi come Germania, Francia, Italia, Spagna, Svezia, Portogallo e Finlandia registrano una riduzione del numero degli occupati (con valori compresi tra -0,34% e -6,3%, rispettivamente Svizzera e Finlandia), dall'altra invece Regno Unito, Belgio, Danimarca, Paesi Bassi, Grecia ed Austria, sono caratterizzate da un aumento della forza lavoro impiegata nel settore (aumenti compresi tra 0,20% dell'Austria e 18,83% registrato in Danimarca).

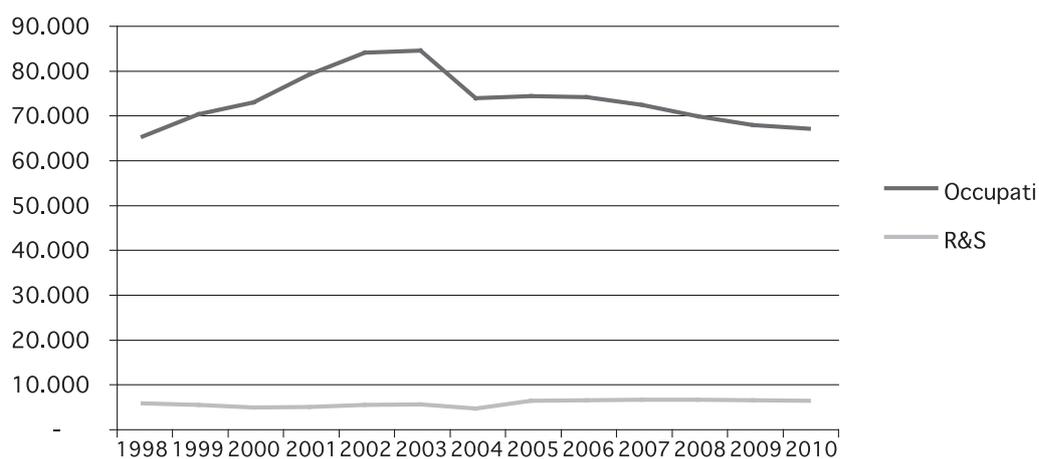
Figura 11a.3 - Variazione % occupati farmaceutica Italia, Europa 2009/2010



Fonte: Elaborazione su dati Farmindustria

Allargando l'analisi ad un orizzonte temporale più ampio è possibile osservare due diverse fasi dell'occupazione del settore farmaceutico nel nostro Paese; una prima fase, fino al 2003, di sostanziale crescita, una seconda fase dal 2004 al 2010 di tangibile riduzione del tasso di occupazione (rimanendo pressoché stabile il numero di addetti alla Ricerca e Sviluppo).

Figura 11a.4 - Occupati nel settore farmaceutico – Italia (1998/2010)

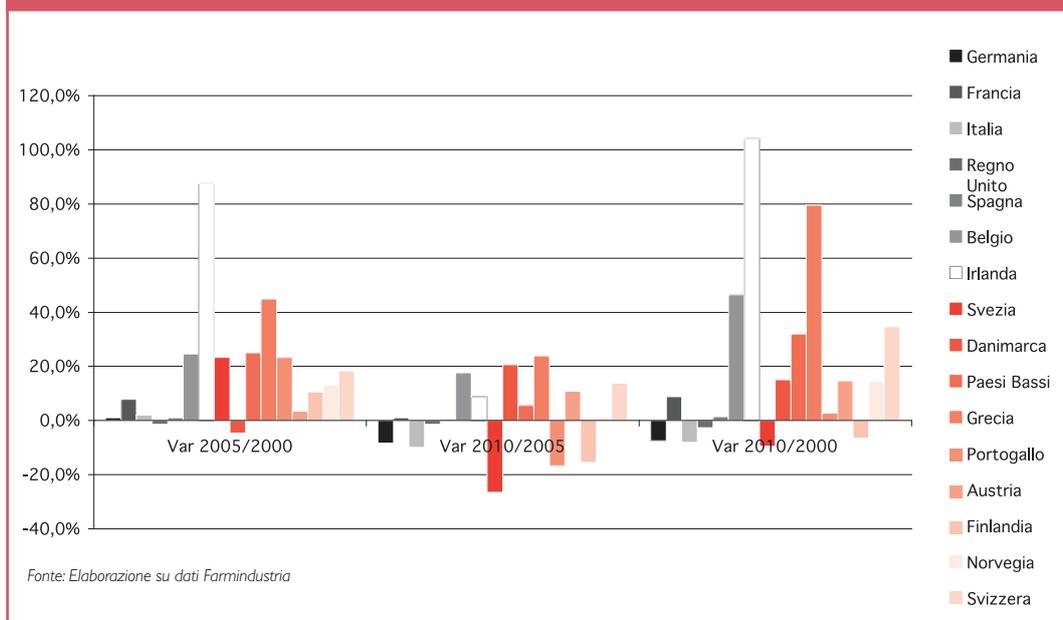


Fonte: Elaborazione su dati Farmindustria

Confrontando il livello di occupazione con altri Paesi è possibile osservare come fra il 2000/2005 quasi tutti i Paesi europei osservati (compresa l'Italia) registravano un aumento del livello occupazionale, ad eccezione del Regno Unito e della Danimarca, tra il 2005/2010 sono sei invece i Paesi con una variazione negativa (Italia -10%).

Se si considera l'intero periodo 2000/2010 i Paesi con una riduzione complessiva del livello di occupazione nel settore sono Italia, Germania, Francia, Svezia, Regno Unito e Finlandia (l'Italia si colloca al secondo posto in termini di maggior riduzione).

Figura 11a.5 - Occupati nel settore farmaceutico – Italia, Europa (1998/2010)



11a.4 Innovazione

Il settore farmaceutico/biotecnologico esprime, tra le varie categorie industriali, il più alto valore di spesa in R&S; nel 2010, in Europa, l'industria farmaceutica ha investito circa 27.000 mil. di euro nella ricerca⁵ (-1,6% rispetto al 2009 e +51,3% rispetto al 2000). Negli USA la spesa è stata di 37.371 mil. di dollari (+6% rispetto all'anno precedente).

⁵ EFPIA, *L'industria farmaceutica in cifre, edizione 2011*

Figura 11a.6 - Distribuzione degli investimenti in R&S – Valori %

25,2	Pre-clinica		
58,6	8,1	Fase I	Trials clinici
	15,4	Fase II	
	35,1	Fase III	
4,4	Approvazione		
11,4	Farmacovigilanza (Fase IV)		
0,4	Non classificata		

Fonte: PhRMA, Annual Membership Survey 2011

I costi di R&S di una nuova molecola sono distribuiti nelle varie fasi: secondo PhRMA (*Pharmaceutical Research and Manufacturers of America*) la fase pre-clinica assorbe il 25,2% delle risorse, i trials clinici (fase I, II e III) il 58,6%, la fase di approvazione il 4,4% e la fase IV (farmacovigilanza) l'11,4%.

Gli investimenti in R&S hanno permesso l'introduzione di 722 nuove molecole farmaceutiche sul mercato mondiale tra il 1991 ed il 2010.

Tra il 2006 ed il 2010 sono state introdotte nel mercato 151 nuove molecole chimiche e biologiche (NCE), mostrando una sostanziale stabilità rispetto al periodo 2001/2005 (+1%), sebbene su livelli inferiori a quelli degli anni '90.

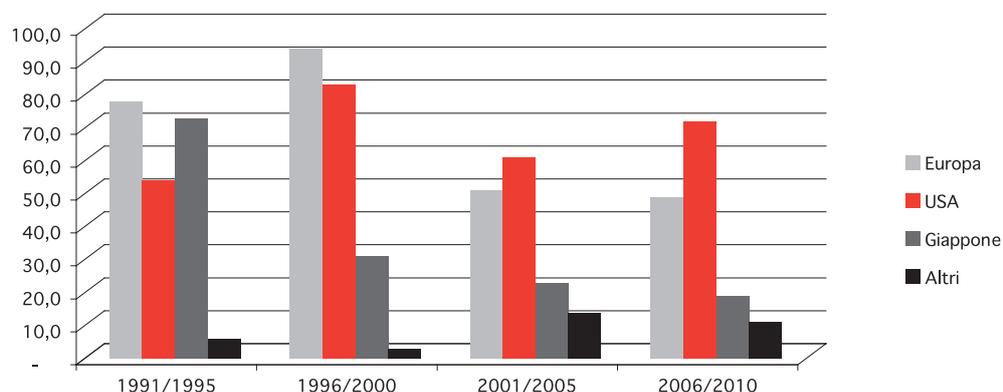
La variazione complessiva dei quattro periodi considerati mostra, infatti, una evidente riduzione della quantità di nuove molecole (-28%); si passa infatti da 211 nel periodo 1991/1995 a 151 nel periodo 2006/2010. Differente è la situazione nei diversi mercati; Europa e Giappone registrano un calo (rispettivamente -37% e -74%), mentre gli USA una crescita del 33% (da 54 molecole nel 1991/1995 a 72 nel 2006/2010).

11a.5 Sperimentazioni cliniche in Italia

Nel 2010 (ultimi dati disponibili) risultano essere 660 le sperimentazioni cliniche attive in Italia (una riduzione del 15% rispetto al 2006), nello specifico: il 45,4% si colloca nella fase I e II degli studi ed il 69,3% nella fase III e IV, la restante parte (0,8%) è dedicata a studi di bioequivalenza/biodisponibilità.

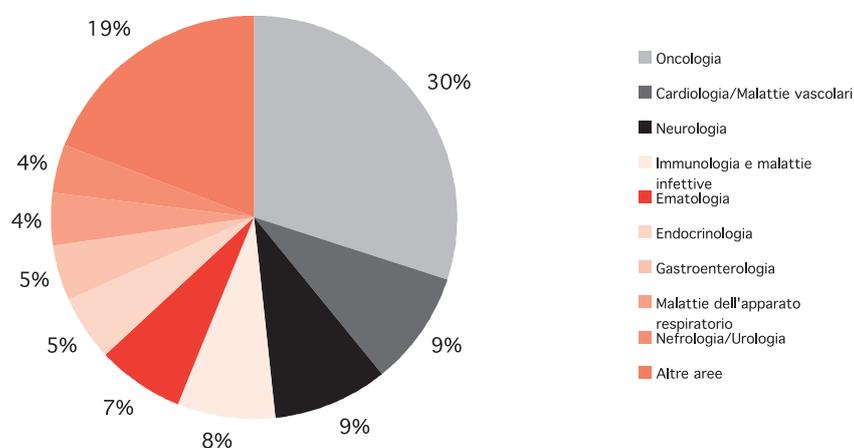
Analizzando per area terapeutica le sperimentazioni totali realizzate tra il 2006 ed il 2010 (3.871) è possibile osservare come ben il 29,9% degli studi siano rivolti all'area dell'oncologia, segue la cardiologia con il 9,3% e la neurologia con il 9,1%.

Figura 11a.7 - Nuove molecole lanciate sul mercato mondiale (1991/2010)



Fonte: EFPIA

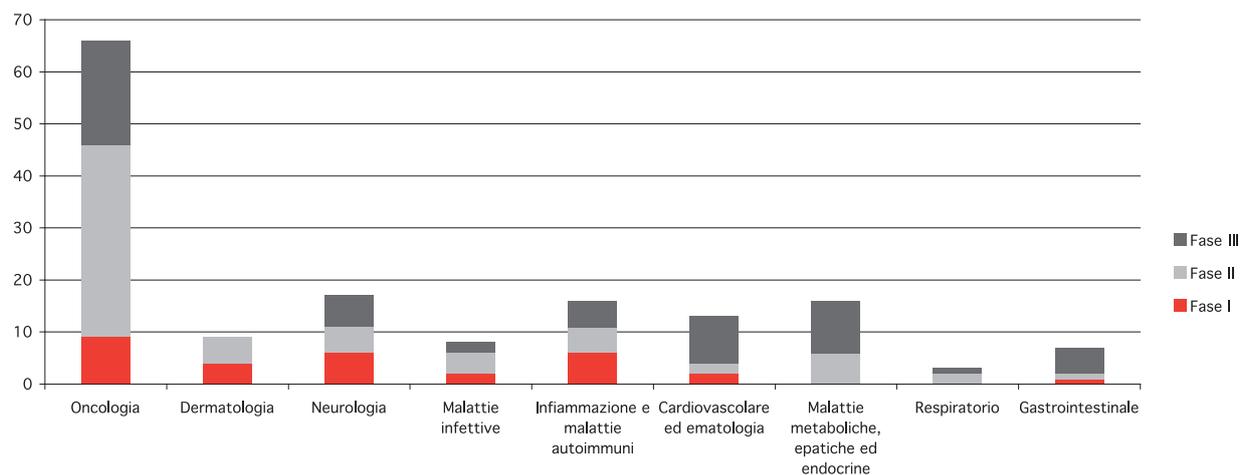
Figura 11a.8 - Sperimentazioni cliniche per area terapeutica - Valori % (2006-2010)



Fonte: Aifa (Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica)

Anche le sperimentazioni di prodotti biotech, con un totale di 155 prodotti in fase clinica e 82 in fase pre-clinica, risultano prevalentemente orientate verso l'oncologia; sono 66 i prodotti in sperimentazione ovvero il 43% sul totale degli studi, seguiti dall'area terapeutica della neurologia (11%) e dai prodotti per la cura delle infiammazioni e malattie autoimmuni, malattie metaboliche epatiche ed endocrine (10%).

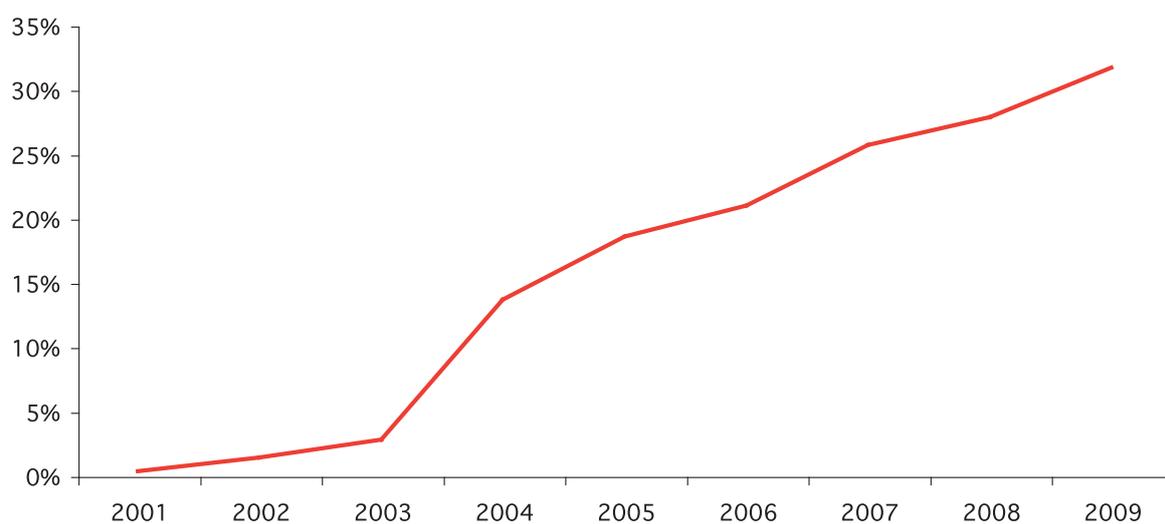
Figura 11a.9 - Ricerca biotech - Numero di prodotti per area terapeutica e fase



Fonte: Rapporto sulle biotecnologie in Italia 2011 (Ernst & Young-Assobiotech)

Il peso degli studi clinici su principi attivi di natura biologica/biotecnologica è in costante aumento; si passa da un'incidenza dello 0,3% nel 2001 (ovvero 2 sperimentazioni su un totale nazionale di 610) al 31,7% nel 2009 (235 sperimentazioni su un totale di 742).

Figura 11a.10 - Incidenza degli studi clinici su principi attivi di natura biologica/biotecnologica

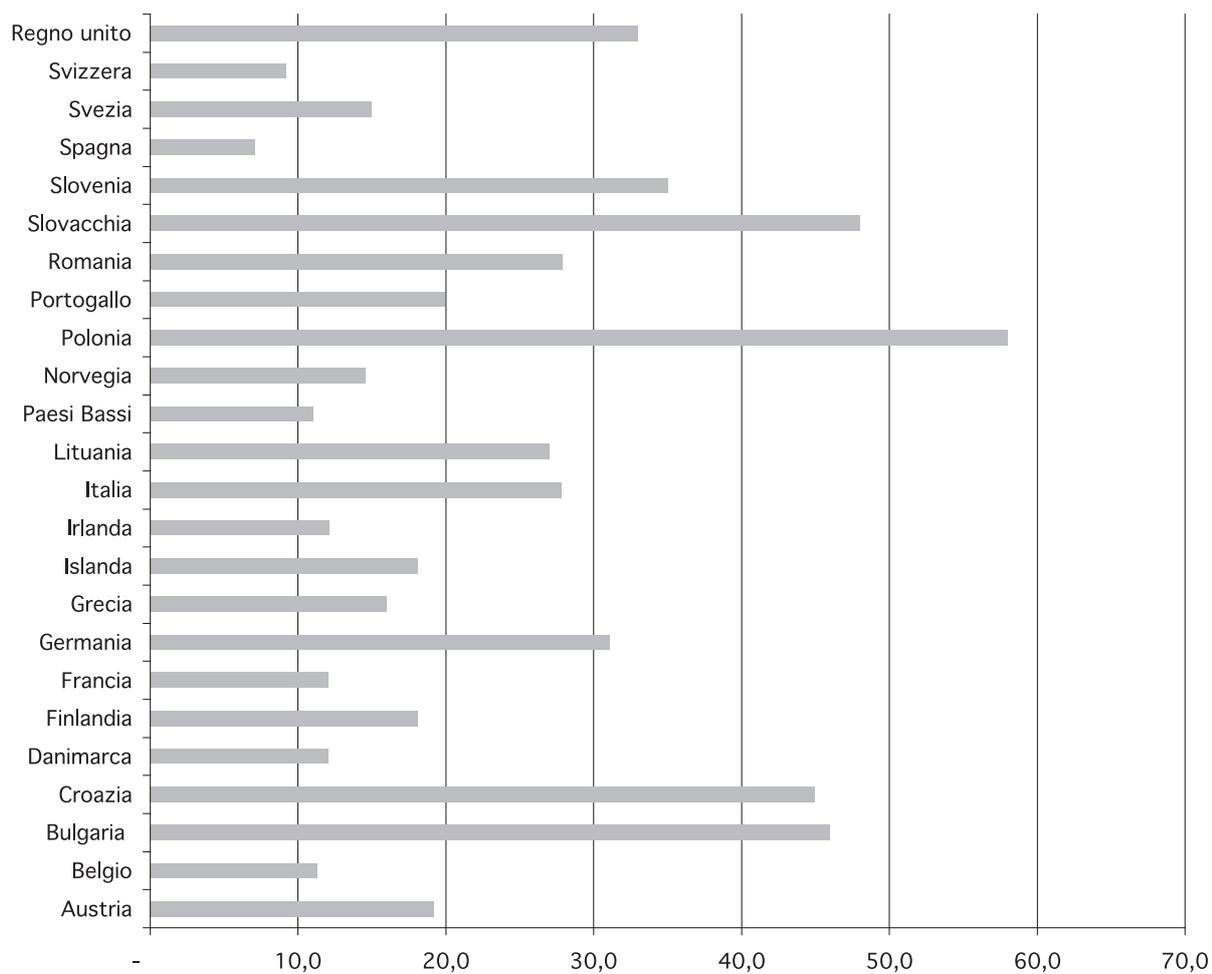


Fonte: Farmindustria

11a.6 L'industria dei farmaci generici

All'interno del settore farmaceutico è opportuno distinguere la componente genericista. Effettuare un confronto internazionale risulta però complesso poiché il termine generico, se pur ampiamente utilizzato, non ha sempre una definizione coerente tra i Paesi.

Figura 11a.11 - Quote generici nel mercato farmaceutico europeo – 2009
(Prezzi ex-factory)



Fonte: EFPIA

La quota di mercato dei generici è significativamente più alta in nuovi Stati membri dell'UE, Stati con livelli storicamente bassi di tutela della proprietà intellettuale.

In Italia, negli ultimi 10 anni, si registra un aumento lento ma costante del mercato dei generici; si è passati da una quota di mercato, in termini di confezioni, dell'1% nell'anno 2000 al 14% sul totale italiano nel 2011.

L'industria dei farmaci generici in Italia è rappresentata da circa 50 aziende ma il mercato dei generici è fortemente concentrato in 6 aziende (Teva, Mylan, Sandoz, DOC Generici, EG, Ratiopharm) che rappresentano l'87,1% del mercato totale.

11a.7 Conclusioni

Il settore deve affrontare sfide reali; oltre ai crescenti costi di R&S e alla crisi occupazionale è stato duramente colpito dall'impatto delle misure di austerità introdotte dai governi di gran parte dell'Europa nel 2010 e nel 2011.

La crisi economico-finanziaria vede, infatti, da parte dei governi nazionali, l'attuazione di misure volte al contenimento della spesa.

Vista l'importanza del settore nello sviluppo di un Paese, tali iniziative rischiano di disincentivare gli investimenti delle imprese farmaceutiche con conseguente rischio di perdere opportunità in termini di ritorni economici, occupazione qualificata e competenze tecnologiche.

Un circolo vizioso da cui deriva, dunque, una chiara esigenza di ridefinizione dei modelli di intervento, da svilupparsi in sinergia con gli interlocutori rilevanti del settore, che stimolino e concorrano nel fronteggiare le sfide sanitarie investendo sulla ricerca biomedica, clinica e sull'innovazione.

Riferimenti Bibliografici

- AIFA - Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica, visionabile all'indirizzo internet.
- <http://ricerca-clinica.agenziafarmaco.it>.
- Assogenerici, 2011, Il farmaco generico: numeri e dimensioni.
- Efpia, 2011, The pharmaceutical industry in figures.
- Ernst & Young Assobiotec, 2011, Rapporto sulle biotecnologie in Italia.
- Farmindustria, 2010, Indicatori Farmaceutici.
- OECD Health data 2011.

APPENDICE

Approfondimenti sull'“Industria Farmaceutica”

Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

LE AZIENDE E GLI OCCUPATI NEL SETTORE

• Dati internazionali

Aziende farmaceutiche

Aziende farmaceutiche. Variazioni %

Occupati nelle aziende farmaceutiche

Occupati nelle aziende farmaceutiche. Variazioni %

Addetti alla Ricerca e Sviluppo

Addetti alla Ricerca e Sviluppo. Variazioni %

• Dati nazionali

Aziende farmaceutiche

Aziende farmaceutiche. Variazioni %

Occupati nelle aziende farmaceutiche

Occupati nelle aziende farmaceutiche. Variazioni %

Addetti alla Ricerca e Sviluppo

Addetti alla Ricerca e Sviluppo. Variazioni %

INNOVAZIONE E PRODUZIONE

• Dati internazionali

Valore di produzione dell'industria farmaceutica

Valore di produzione dell'industria farmaceutica. Variazioni %

Esportazioni di medicinali

Importazioni di medicinali

Quote del mercato farmaceutico. Valori %

Quote generici nel mercato farmaceutico europeo

Distribuzione degli investimenti in R&S. Valori %

Nuove molecole lanciate sul mercato

• **Dati nazionali**

Valore di produzione dell'industria farmaceutica

Valore di produzione dell'industria farmaceutica. Variazioni %

Esportazioni di medicinali

Importazioni di medicinali

Bilancia commerciale del settore farmaceutico

Sperimentazioni cliniche per fase

Sperimentazioni cliniche per area terapeutica

Sperimentazioni cliniche biotech per area terapeutica

Incidenza dei principi attivi di natura biologica/biotecnologica



Capitolo 11b

*L'impatto sul sistema
economico*

*L'industria dei dispositivi
medici: produzione,
innovazione e spesa*

11b. L'impatto sul sistema economico

L'industria dei dispositivi medici: produzione, innovazione e spesa

Daniela d'Angela¹

11b.1 I dispositivi medici

I dispositivi medici (DM) compongono, insieme ai farmaci, le principali "tecnologie sanitarie". Secondo la direttiva 47/07/CEE, per DM si intende qualunque strumento, apparecchio, impianto, software, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software destinato dal fabbricante ad essere impiegato specificamente con finalità diagnostiche o terapeutiche e necessario al corretto funzionamento del dispositivo, destinato dal fabbricante ad essere impiegato sull'uomo.

Il settore dei dispositivi medici è, quindi, caratterizzato da una grande eterogeneità, data la grande varietà di prodotti che sono ricompresi all'interno di questa definizione: dalla semplice siringa, alle complesse endoprotesi, sino alle grandi apparecchiature di diagnostica per immagine, caratterizzate da elevata complessità tecnologica e gestionale.

La variabilità delle dinamiche nel settore dei DM a livello mondiale, in termini di innovazione, di produzione, di spesa e di disponibilità delle tecnologie stesse, risente molto delle politiche locali di regolamentazione per l'immissione in commercio, l'accesso al capitale di rischio per le aziende, le reti di distribuzione, le modalità di approvvigionamento.

11b.2 La produzione

La produzione mondiale dei dispositivi medici, secondo quanto riportato dall'United States International Trade Commission (USITC), nel 2010 è pari a € 172 mld., +18,6% rispetto al 2005, con una variazione media annua del +3,5%. La produzione americana ne rappresenta il 40%, seguita da quella europea (30%) e da quella giapponese (10%). Dai dati di produzione degli anni 2009 e 2010 tratti dall'U.S. Department of Commerce (USDOC), emerge un trend di crescita dei mercati orientali delle tecnologie mediche: in particolare di Cina, Asia, India e Corea che nell'insieme rappresentano, nel 2010, circa il 5% del valore di produzione mondiale.

Il valore di produzione europeo nel settore dei dispositivi medici, secondo i dati riportati dall'Associazione Europea dell'industria dei dispositivi medici (Eucomed), è cresciuto dell'11,4% rispetto al 2005, passando da circa € 44 mld. a € 49 mld. nel 2009.

Nel 2010 la produzione europea è concentrata in Germania (23%), Inghilterra (16%) e Francia (13%), che sommano più del 50% della produzione europea; in questi tre Paesi si osserva complessivamente una diminuzione del valore della produzione del 7,5% rispetto al 2005, laddove però la Germania ha registrato un calo del 14%, mentre Francia e Inghilterra hanno ripor-

¹ CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

tato un incremento, rispettivamente, del 3,7% e dell'1,3%.

La quota italiana è pari al 12% del mercato europeo ed è di poco inferiore a quella francese, e non ha subito modifiche significative negli ultimi anni. La crescita della produzione è associata ad un aumento di aziende e di occupati; fa eccezione la Germania che, secondo i dati Eucomed, ha avuto un incremento del numero di aziende e di occupati rispettivamente del +60,1% e +55% ma una riduzione del valore di produzione del 14%².

Sempre secondo Eucomed, in Europa nel biennio 2007-2009 c'è stato un aumento significativo del numero di aziende di dispositivi medici, che passerebbero da 11.000 a 22.500 (+105%).

Il 71% di queste aziende sono localizzate in solo quattro Paesi: Germania (49%), Inghilterra (12%), Francia (5%) e Spagna (5%).

Rapportando le aziende alla popolazione, la Svizzera risulta avere la densità maggiore (174 per 1.000.000 ab.), seguita da Germania (135 per 1.000.000 ab.), Inghilterra (44 per 1.000.000 ab.), Spagna (24 per 1.000.000 ab.) e Francia (18 per 1.000.000 ab.).

Sempre secondo Eucomed in Europa, nel 2009, l'occupazione nelle aziende produttrici di dispositivi medici è pari a 500.000 unità, il 15% in più rispetto al 2007. Quasi il 50% di questi lavora in aziende localizzate in Germania (34%) ed in Inghilterra (11%), mentre solo il 4% degli occupati lavora in aziende in Italia.

La crescita media in Europa del numero di occupati del settore è dovuto principalmente al significativo incremento che ha interessato la Germania (+55%) e la Danimarca (+43%). In Italia si è invece avuta una riduzione di occupati pari a circa il 33% rispetto al 2007, così come in Svizzera e in Inghilterra.

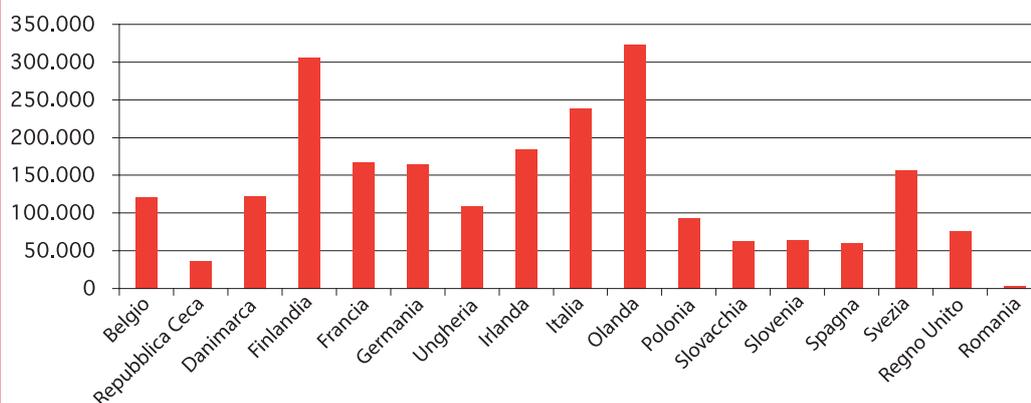
Rapportando il numero di occupati alla popolazione, notiamo che l'industria dei DM assorbe una quota rilevante dell'occupazione in Irlanda (5.607 occupati per 1.000.000 ab.), seguita dalla Svizzera (3.874 per 1.000.000 ab.), Danimarca (3.624 per 1.000.000 ab.) e Germania (2.076 per 1.000.000 ab.).

In Italia nel 2007 risultavano soltanto 502 impiegati per mil. di abitanti.

Il Paese europeo con la maggiore produttività per occupato risulta l'Olanda, con € 323.263, seguita da Finlandia e Italia con € 305.333 e € 238.370 rispettivamente; Francia e Germania si fermano a € 168.000€ e € 164.473.

² Il dato è riportato da Eucomed, ma richiederà approfondimenti per capirne la genesi.

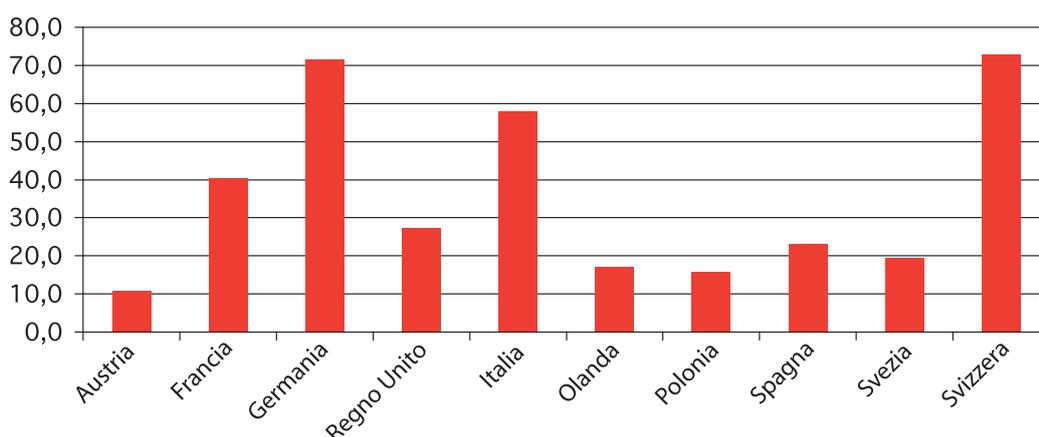
Figura 11b.1 - Produzione per occupato
Valore in € – Anno 2007



Fonte: Elaborazione su dati Eucomed

I Paesi europei con aziende di maggiori dimensioni risultano essere la Svizzera e la Germania con 72,7 e 71,4 occupati per azienda rispettivamente; l'Italia ne ha 57,9 e la Francia 40,4.

Figura 11b.2 - Numero di occupati per azienda
Valori assoluti – Anno 2007



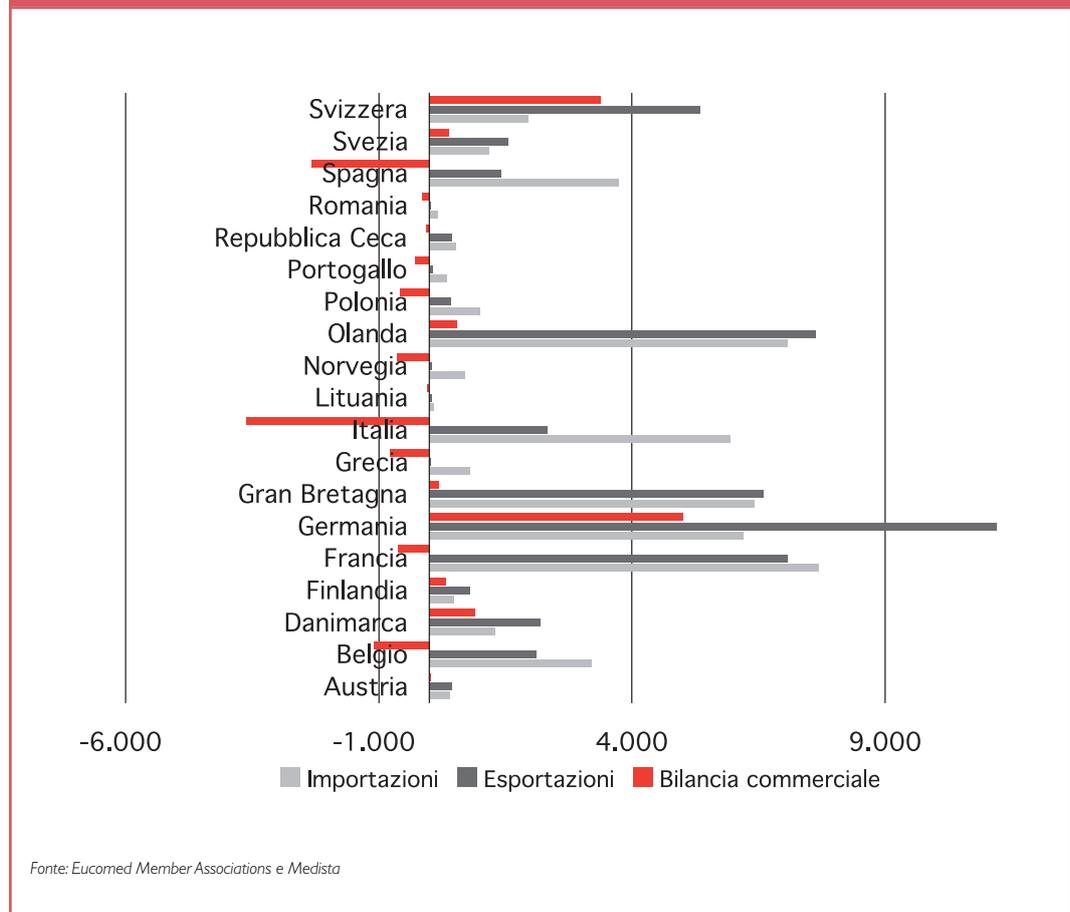
Fonte: Elaborazione su dati Eucomed

La Germania e la Francia risultano essere anche i Paesi con la maggiore quota di esportazione: nel 2009, secondo i dati riportati da Espicom Business Intelligence, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 16,0 mld., seguita dalla Francia con circa € 7,0 mld. Germania e Francia risultano essere anche i Paesi europei con il maggior valore di importazione, rispettivamente pari a € 10,1 e € 7,5 mld. nel 2009. L'Italia, nello stesso anno, ha un valore di esportazione pari a € 2,5 mld., ma quasi il doppio di importazione (€ 4,5 mld.)

Analizzando le dinamiche di *import* ed *export* del settore dei dispositivi medici possiamo vedere come Paesi quali Germania, Svizzera, Svezia, Finlandia, Danimarca presentano un saldo positivo della bilancia commerciale: il saldo maggiore si registra in Germania, seguito da Svizzera e Danimarca. Paesi quali Italia, Spagna, Francia, Grecia, Belgio registrano invece un saldo negativo: tra questi l'Italia risulta avere il valore peggiore.

Confrontando il saldo della bilancia commerciale con la dimensione media d'azienda, è possibile notare come i Paesi con il maggior numero di occupati per azienda (Germania, Svizzera) presentino normalmente saldi positivi.

Figura 11b.3 - Importazioni, esportazioni e bilancia commerciale
Valori in mln. di € Anno 2007



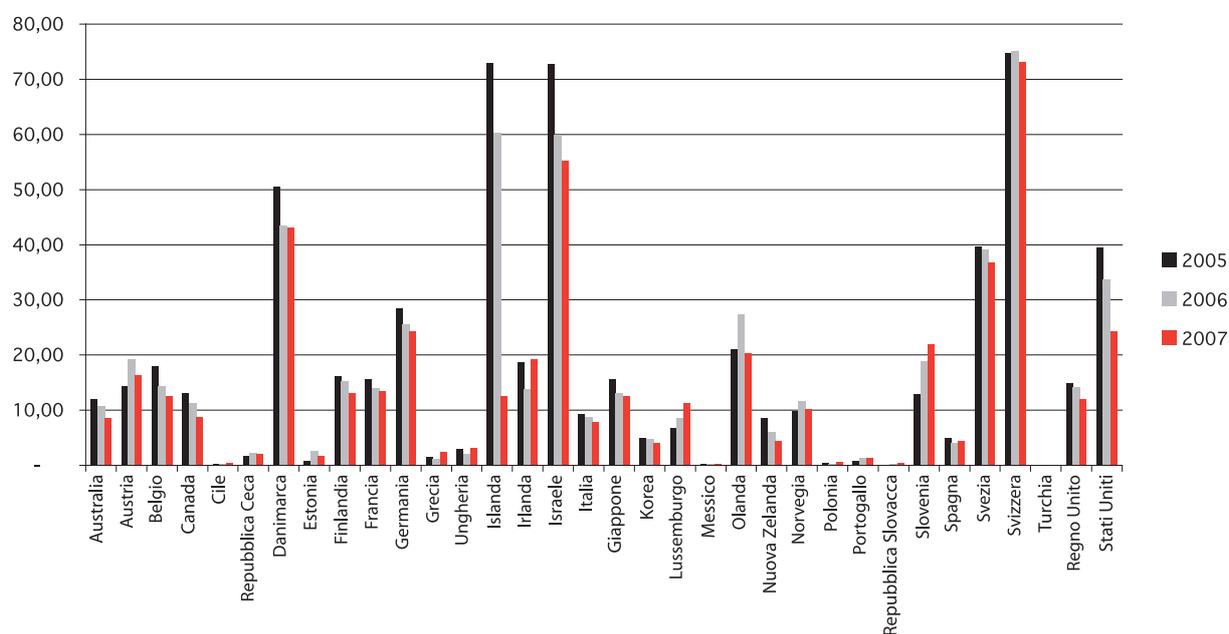
11b.3 L'innovazione

Per inferire la capacità di innovazione tecnologica dei vari Paesi, si è analizzato il numero di brevetti, estratti dall'EPO (European Patent Office) e dall'USPTO (United States Patent and Trademark Office), prodotti nel 2007 nel settore medicale (gruppo IPC sezione A *Human necessities*) nei singoli Paesi europei: emerge che la Germania con 2.003, la Francia con 836, l'Inghilterra con 725 e la Svizzera con 552 sono i Paesi che ne detengono in maggior numero in assoluto. Si evidenzia, quindi, ancora una chiara associazione fra dimensione dell'industria e brevetti depositati.

L'Italia detiene, nel 2007, 468 brevetti.

In riferimento ai dati dell'anno 2007, i Paesi con il maggior numero di brevetti per abitante risultano essere la Svizzera (73,08 per mil. di abitanti), Israele (55,33), la Danimarca (43,09), la Svezia (36,89), la Germania (24,35) e la Francia (13,49). Il livello di innovazione degli Stati Uniti è pari a quello della Germania. L'Italia ha un livello d'innovazione pari ad un terzo circa di quello tedesco (7,9 brevetti per mil. di abitanti).

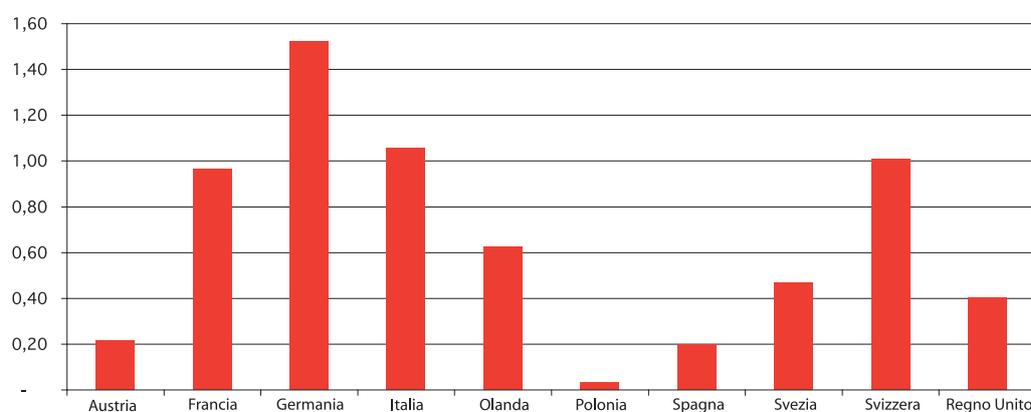
Figura 11b.4 - Numero di brevetti di dispositivi medici in rapporto alla popolazione. Valori per 1.000.000. ab. – Anni 2005-2007



Fonte: Elaborazione su dati OECD, EPO, USPTO

Rapportando il numero totale di brevetti (registrati sull'*European Patent Office* e sullo *United States Patent Office*) al numero di aziende presenti nel settore riportato da Eucomed, relativi all'anno 2007, emerge che in Europa la Germania detiene il maggior numero di brevetti in rapporto al numero di aziende (1,52), seguita da Italia e Svizzera (1,06 e 1,01) e dalla Francia (0,97).

**Figura 11b.5 - Numero di brevetti di DM in rapporto alle aziende
Valori assoluti – Anno 2007**



Fonte: Elaborazione su dati EPO, USPTO ed Eucomed

Analizzando il dato relativo ai singoli settori di produzione emerge che Germania, Francia, Inghilterra e Olanda detengono il maggior numero di brevetti nel settore IPC 61 B *Diagnosi, chirurgia, riconoscimento*; la Germania nell'IPC 61 C *Applicazioni dentali*; Germania, Francia e Svizzera nell'IPC 61 F *Filtri impiantabili in vasi sanguigni, protesici, protesi ortopediche, protesi oculari e acustiche, kit primo soccorso, bende e garze*; Germania e Francia per IPC 61 G *Ausili per trasporto pazienti, poltrone odontoiatriche, etc.*, Germania e Inghilterra nel settore IPC 61 H *Apparecchiature per la riabilitazione, respirazione artificiale, etc.*; la Germania nell'IPC 61 J *Dispositivi per trasporto e somministrazione medicinali, etc.*; Germania, Francia e Inghilterra nel settore IPC 61 K *Preparazioni per applicazioni mediche e dentali*; Germania, Inghilterra e Francia nell'IPC 61 L *Apparecchi per sterilizzazione, strumentazione chirurgica, bendaggi, etc.*; Germania ed Inghilterra nell'IPC 61 M *Dispositivi da introdurre nel corpo, per conservare o somministrare sangue o medicinali, etc.*; Germania e Svezia nell'IPC 61 N *Apparecchiature per magnetoterapia, ultrasuoni-terapia, elettro-terapia, etc.*; Germania, Inghilterra e Francia per il settore IPC 61 P *Preparati medicali*.

Purtroppo l'Italia non compare in nessuna delle IPC fra i Paesi con più brevetti.

Si noti che alla riduzione del numero di brevetti negli Stati Uniti nel triennio 2005-2007 è da affiancare una analoga riduzione del valore di produzione.

La riduzione in Europa negli ultimi anni del numero di brevetti nel settore medicale, e quindi del livello di innovazione del Paese, nonostante l'aumento del valore di produzione, probabilmente è da attribuire alle dimensioni delle aziende del settore, che sono per l'80% piccole e medie imprese.

Si consideri inoltre che in Italia si aggiunge il problema dei ritardi nei pagamenti; il fenomeno non è omogeneo fra i Paesi: la Germania, nel 2009, aveva tempi medi di pagamento pari a 30 giorni, la Francia di 65, l'Italia 259, la Grecia 500.

In Italia, dove la maggior parte degli acquirenti dei dispositivi sono strutture pubbliche, e il ritardo dei pagamenti ai fornitori è alto, la non disponibilità finanziaria immediata delle aziende può deprimere gli investimenti in R&S, frenando sostanzialmente l'innovazione.

Si consideri, inoltre, che in Italia, nel 2008, risultavano 1.735 aziende nel settore dei dispositivi medici, di cui però il 59,9% sono distributori, il 29,2% produttori italiani, il 7,6% multinazionali estere commerciali, il 3,1% multinazionali italiane con produzione e lo 0,4% multinazionali estere con produzione.

Prevalgono quindi le aziende di mera commercializzazione dei prodotti.

Sono ubicate prevalentemente nel Nord (53,6%), soprattutto in Lombardia ed Emilia Romagna; seguono con il 25,4% le Regioni del Centro (Toscana e Lazio) e con il 21,1% quelle del Mezzogiorno, prevalentemente la Sicilia.

La quota di aziende di distribuzione aumenta spostandosi verso il Centro (62,7%) e il Mezzogiorno (72,7%), e quella di produttori italiani si riduce rappresentando nel Centro solo il 27,7% e nel Mezzogiorno il 25,7%.

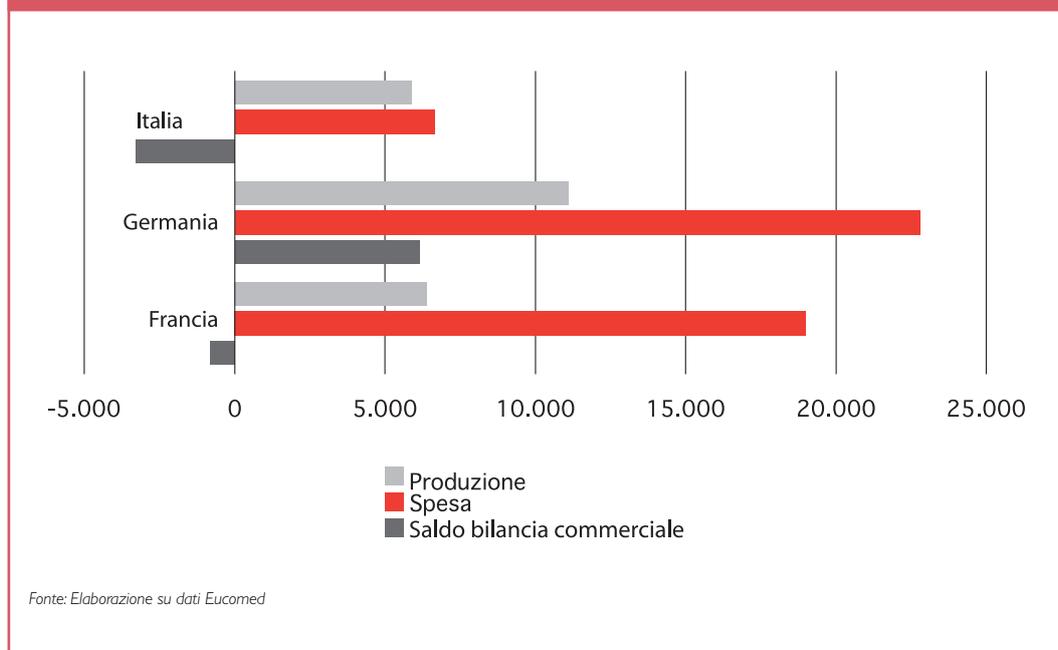
11b.4 La spesa in DM dei sistemi sanitari

L'analisi della spesa sostenuta dai vari Paesi per i dispositivi medici segnala che questa è maggiore nei Paesi con un maggior valore di produzione: nel 2007, secondo i dati Eucomed e US Trade Commission, gli Stati Uniti rappresentano il 51% della produzione mondiale e il 45% della spesa totale, seguiti dall'Europa con il 30% della produzione e il 33% della spesa e il Giappone con il 10% della produzione e l'11% della spesa.

Questo fenomeno si verifica anche a livello di singoli Paesi europei: la Germania contribuisce per il 23% alla produzione europea dei dispositivi medici e ha una quota di spesa pari al 24% (anno 2009), pur essendosi quest'ultima ridotta del 7,3% rispetto al 2005; seguita dalla Francia la cui produzione è il 16% di quella europea e la spesa il 20%; infine dall'Inghilterra con una quota di produzione e di spesa pari al 13%. Queste ultime, avendo insieme al Belgio incrementato la loro quota di spesa rispettivamente del 4,4% e 2,5% rispetto al 2005, hanno ridotto notevolmente le distanze dalla Germania.

Dall'analisi dei dati di produzione, spesa e saldo della bilancia commerciale relativi all'anno 2009, emerge che la Germania è il Paese europeo con il maggior valore di spesa, superiore al valore di produzione, anch'esso il più alto, e presenta comunque un saldo della bilancia commerciale positivo: in definitiva un quadro descrittivo di una situazione di solidità del comparto. Differente è invece la situazione di Francia e Italia che, avendo valori di spesa superiori a quelli di produzione, comunque inferiori a quelli tedeschi, presentano un saldo della bilancia commerciale negativo.

Figura 11b.6 - Produzione, spesa e saldo bilancia commerciale
Valore in mln. di € - Anno 2009



L'Italia è l'unico Paese che, secondo i dati Eucomed, avrebbe ridotto la spesa, andamento che potrebbe essere messo in relazione con le ristrettezze di bilancio della sanità pubblica. In termini di spesa pro-capite per dispositivi medici, gli Stati Uniti presentano il valore più alto pari a € 325,16; segue il Giappone con una spesa pro-capite di € 180 e l'Europa (in media) di € 144. Fra i Paesi europei le differenze sono notevoli: la Francia ha una spesa pro-capite di € 303,34, seguono Germania con € 278,38 e la Danimarca con € 238,21, quindi la Svizzera con € 221,95 e la Norvegia con € 220,42. In Italia, secondo i dati di spesa riportati da Eucomed, la spesa pro-capite è di € 112,81, inferiore di circa il 22% a quella media europea. Al fine di stimare un dato, almeno indicativo, della spesa a livello regionale, seppure limitata a quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche, sono stati analizzati i Conti Economici (CE) ministeriali. Nello specifico sono state identificate quattro voci: presidi chirurgici e materiale sanitario, materiali protesici e materiali per emodialisi, materiali chirurgici, sanitari e diagnostici per uso veterinario e materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto, etc. Queste voci ricoprono la maggior parte dei dispositivi medici utilizzati dalle strutture, ma non tutti. Alla luce dell'estensione anche ai software della definizione di dispositivo medico, introdotta dalla Direttiva 2007/47/CE, e della sempre maggior diffusione di soluzioni di e-Health (*Clinical Health Record, Radiology Information System, Laboratory Information System, etc., e-prescription*, sistemi di telemedicina, etc.) a supporto delle attività cliniche, la struttura attuale dei CE risulta inadeguata alla rilevazione della spesa effettiva per DM. Tra l'altro, sfuggono i contributi degli acquisti di tutti gli elettromedicali, dalle grandi macchine (TAC, PET, etc.) alla piccola strumentazione (elettrobisturi, elettrocardiografo, etc.), che vengono ammortizzati. Limitatamente, quindi, alle sole quattro voci dei CE prima citate, possiamo affermare che, dal 2001 al 2008, la spesa sanitaria

per i dispositivi medici sarebbe aumentata del 63,5%, con una variazione media annua del +7,3%.

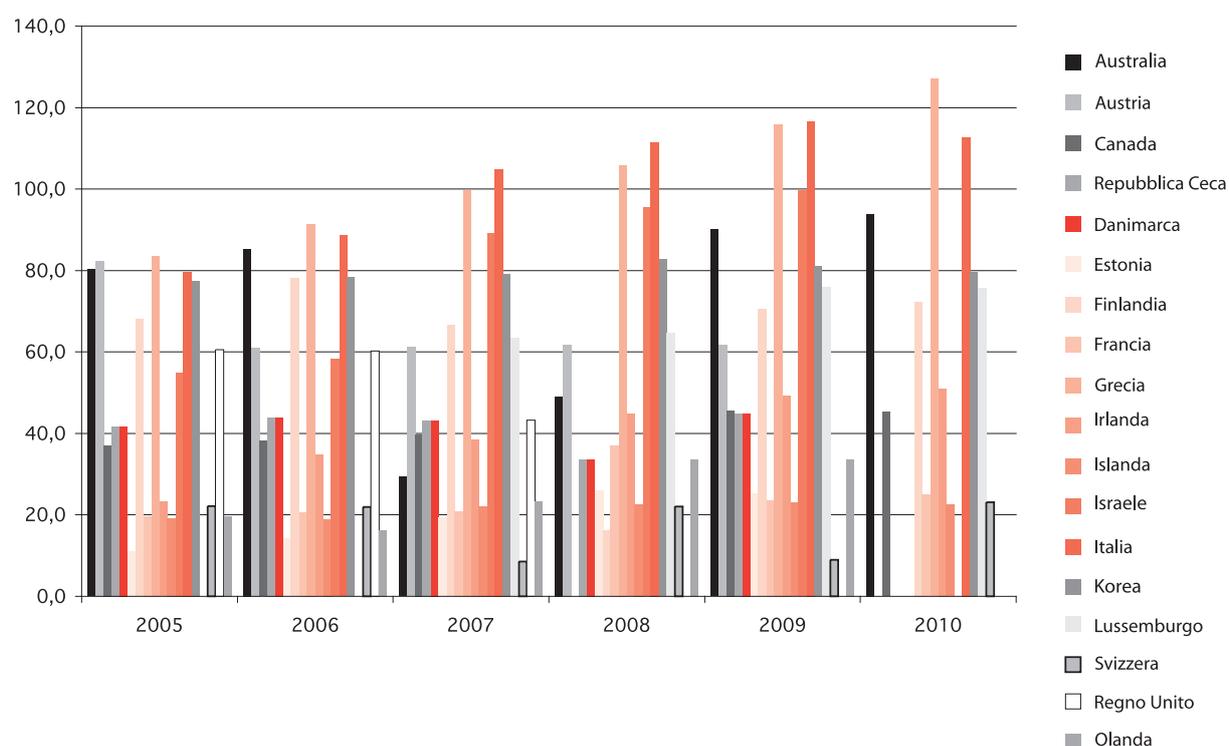
La spesa pubblica pro-capite media per i dispositivi medici ottenuta dall'analisi dei CE, nel 2008, risulta essere pari a € 73,2, avendo subito un aumento del 56,2% rispetto al 2001 con una variazione media annua del 6,6%. L'aumento è stato più significativo nelle Regioni del Mezzogiorno (+102,8%), poi in quelle del Centro (+50,6%) e in quelle del Nord (+38,2%). Le Regioni con la spesa pro-capite più alta risultano essere la Valle d'Aosta (€ 115,2), la Toscana (€ 102,3), il Friuli Venezia Giulia (€ 97,8), le P.A. di Trento e Bolzano (€ 91,4), l'Umbria (€ 97,5%); quelle, invece, con la quota pro-capite più bassa sono: Campania (€ 48,3), Sicilia (€ 51,9), Calabria (€ 53,3) e Molise (€ 58,4). I caveat sopra riportati spiegano perché il dato della spesa pro-capite sopra riportato per l'Italia sia una sottostima di quello effettivo che, secondo quanto prima riportato, dovrebbe attestarsi intorno a € 113. In ogni caso i valori di spesa inferiori si riscontrano apparentemente in Regioni tendenzialmente in condizioni di disavanzo strutturale.

Nel 2008, la spesa per dispositivi medici sostenuta dalle strutture pubbliche rappresenta il 3,9% della spesa sanitaria pubblica per prestazioni ad erogazione diretta, avendo subito una riduzione del -35% rispetto al 2001 (6,1%).

11b.5 La disponibilità di grandi apparecchiature

Limitando il dato alle sole apparecchiature ad alta complessità tecnologica e gestionale, quali TAC, PET, RMN e Gamma camera, nel grafico sottostante è possibile notare, nel quinquennio 2005-2010, un trend di crescita dell'offerta, espressa come numero di tecnologie disponibili per mil. di abitanti.

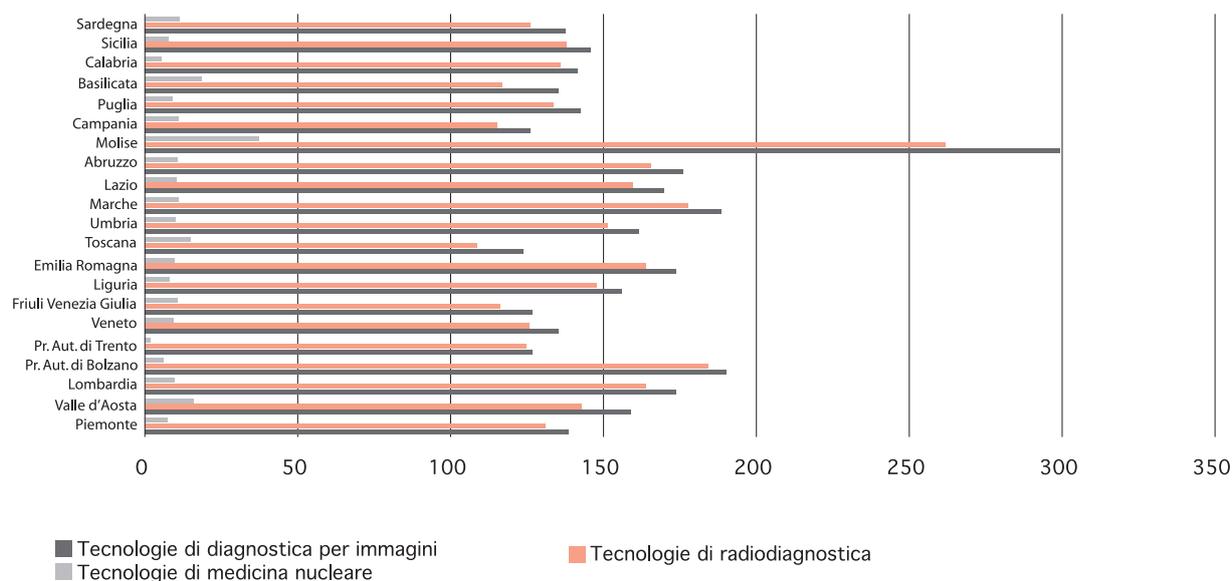
**Figura 11b.7 - Numero di tecnologie nel mondo.
Valori per 1.000.000 di ab. – Anni 2005-2010**



Fonte: Elaborazione dati OECD

La disponibilità regionale di apparecchiature ad alta complessità è stata valutata limitatamente ad apparecchiature quali l'angiografo digitale, il gruppo radiologico, il mammografo, TAC, PET, PET-TAC, gamma camera, TAC-gamma camera e RMN. Queste apparecchiature sono state distinte in due macro categorie: medicina nucleare e radiodiagnostica, al fine di determinare il relativo contributo sul totale delle tecnologie di diagnostica per immagini. Si dispone di 152,1 tecnologie di diagnostica per immagini per mil. di abitanti, di cui 142,2 di radiodiagnostica (TAC, RMN, angiografo digitale, gruppo radiologico e mammografo) e 9,9 di medicina nucleare (PET, PET-TAC, gamma camera, TAC-gamma camera). La disponibilità di queste apparecchiature è maggiore nelle Regioni del Nord e del Centro (157,28 e 157,17 per mil. di ab.) e minore in quelle del Mezzogiorno (142,51). La distribuzione regionale, espressa in tecnologie per mil. di abitanti, è riportata nel grafico seguente:

**Figura 11b.8 - Numero di tecnologie di diagnostica per immagini.
Valori per 1.000.000 di ab. – Anno 2008**



Fonte: Elaborazione dati del Ministero della Salute

Anche escludendo il dato del Molise che risulta anomalo, sebbene spiegabile con le caratteristiche peculiari della Regione e della sua offerta sanitaria, emerge una forte variabilità: la maggiore disponibilità di queste apparecchiature si ha nelle Regioni del Nord-Ovest e del Centro (161,9 e 157,2 per mil. di ab.), poi in quelle del Nord-Est (150,8) ed infine in quelle del Mezzogiorno (142,5). Il Molise rappresenta la Regione con il più alto numero di tecnologie in rapporto alla popolazione, con 299,2 apparecchiature per mil. di abitanti, seguito dalla P.A. di Bolzano (190,3), le Marche (188,7) e l'Abruzzo (175,9). Toscana e Campania rispettivamente con 123,7 e 123,9 apparecchiature per mil. di abitanti, risultano essere le Regioni con il minor numero di tecnologie di diagnostica per immagini.

11b.6 Conclusioni

I Dispositivi Medici (DM) sono entrati prepotentemente nel dibattito sulle politiche sanitarie, con un'attenzione crescente negli ultimi anni.

Il settore dei DM è un settore di grande interesse industriale, foriero di innovazioni socialmente importanti, con ricadute sulla qualità della vita della popolazione, ma anche in termini di incidenza sulla spesa pubblica, ove i DM si posizionano subito dopo l'onere per il personale (fortemente "controllato" con il reiterato blocco delle assunzioni) e la spesa farmaceutica (negli ultimi anni oggetto di continui "tagli" ai prezzi, che ne hanno reso ormai difficile e comunque discutibile l'ulteriore contenimento). Quest'ultimo aspetto ha fatto sì che anche i DM rientrassero nel dibattito sul contenimento della spesa sanitaria pubblica.

Nonostante con la manovra finanziaria del 2011 il legislatore è addivenuto alla prudente decisione di autoregolamentarsi, imponendo dei tetti di spesa (5,2% della spesa complessiva) anche per i dispositivi medici, l'incapacità di rilevare la spesa sostenuta dalle strutture per questi ultimi, sia per l'attuale struttura dei Conti Economici, sia per il sempre maggior ricorso a gare d'appalto per beni e servizi, che impedisce la rilevazione del costo del solo bene, rappresenta un ostacolo all'implementazione delle politiche di restrizione della spesa.

Di fatto quindi, l'industria dei DM è largamente al riparo dai tentativi di regolamentazione messi in atto dal sistema sanitario pubblico; ma questo non vuol dire che sia un "vincitore"; le condizioni di incertezza sul controllo pubblico dei budget, e poi sui tempi di pagamento etc., finiscono per penalizzare comunque il business; la forma giuridica di piccole-medie imprese, che prevale nel settore dei DM, a differenza di quella di società di capitali, tipica dell'industria farmaceutica, se da una parte consente una maggior specializzazione e flessibilità, dall'altra risente molto delle dinamiche economiche del Paese: il fenomeno crescente del ritardo dei pagamenti che sta interessando l'Italia rappresenta un chiaro esempio di "freno" alla crescita e quindi all'innovazione per le industrie del settore.

La penalizzazione del settore dei DM si evidenzia nel fatto che, pur non avendo subito tagli dei prezzi *ex lege*, questo presenta andamenti sovrapponibili a quelli del settore farmaceutico.

In ogni caso appare evidente la necessità di una maggiore attenzione al settore in termini di politiche industriali: si evince infatti dai dati di comparazione internazionale esposti, come la crescita dimensionale delle imprese sia condizione ineludibile per la creazione di innovazione e quindi di sviluppo, e come si ravveda una correlazione inversa fra solidità del comparto produttivo e spesa (che in Italia sembra inferiore alla media europea e quindi un dato non particolarmente critico); in altri termini, tanto più l'industria ha bilancia dei pagamenti positiva, tanto più si spende nei Paesi per DM, con evidenti benefici in termini assistenziali; al contrario, e l'Italia appare un esempio paradigmatico, tanto più il settore dipende dall'estero, tanto più restrittive sono le politiche (tipicamente pubbliche) di spesa, con il risultato di una doppia perdita di benessere sociale.

APPENDICE

Approfondimenti su “L’impatto sull’economia: industria dei Dispositivi Medici” Tavole statistiche reperibili sul sito del Rapporto Sanità CEIS

INDUSTRIA

LE AZIENDE E GLI OCCUPATI NEL SETTORE

• Dati internazionali

Aziende produttrici di Dispositivi Medici

Aziende produttrici di Dispositivi Medici in rapporto agli abitanti

Occupati in aziende produttrici di Dispositivi Medici

Occupati in aziende produttrici di Dispositivi Medici in rapporto agli abitanti

• Dati nazionali

Aziende di Dispositivi Medici

Aziende di Dispositivi Medici in rapporto agli abitanti

Aziende di Dispositivi Medici in rapporto agli abitanti: distinzione per tipologia

INNOVAZIONE E PRODUZIONE

• Dati internazionali

Valore di produzione dei Dispositivi Medici nel mondo

Valore di produzione dei Dispositivi Medici: contributo dei Paesi OECD

Valore di produzione dei Dispositivi Medici: contributo europeo per categorie

Quota delle vendite di Dispositivi Medici reinvestita in R&S

Esportazioni di Dispositivi Medici

Esportazioni di Dispositivi Medici: valore e destinazione

Importazioni di Dispositivi Medici

Importazioni di Dispositivi Medici: valore e provenienza

Brevetti di Dispositivi Medici nel mondo

Brevetti di Dispositivi Medici nel mondo: brevetti europei

Brevetti di Dispositivi Medici nel mondo: brevetti americani

Brevetti di Dispositivi Medici nel mondo: incidenza sul totale dei brevetti

Brevetti di Dispositivi Medici in rapporto agli abitanti

Brevetti di Dispositivi Medici: distinzione per settore IPC

• Dati nazionali

Fatturato aziende di Dispositivi Medici

Fatturato aziende di Dispositivi Medici: contributo categorie GMDN

SPESA

• Dati internazionali

Spesa per Dispositivi Medici nel mondo

Spesa per Dispositivi Medici nei Paesi OECD

Spesa per Dispositivi Medici nei Paesi OECD: incidenza sul PIL

Spesa per Dispositivi Medici nei Paesi OECD: incidenza sulla spesa sanitaria totale

Spesa per Dispositivi Medici nei Paesi OECD: valore pro-capite

Spesa per Dispositivi Medici in Europa

Spesa per Dispositivi Medici in Europa: variazione media annua

• **Dati nazionali**

Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche

Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche: variazione media annua

Spesa per dispositivi medici nelle strutture sanitarie pubbliche distinta per tipologia di beni

Spesa per Dispositivi Medici in Italia: incidenza sul PIL

Spesa per Dispositivi Medici in Italia: variazione media annua dell'incidenza sul PIL

Spesa per Dispositivi Medici: incidenza sulla spesa sanitaria totale

Spesa per Dispositivi Medici: valore pro-capite

DISPONIBILITÀ

• **Dati internazionali**

Dispositivi Medici ad alta complessità nel mondo: disponibilità per abitante

• **Dati nazionali**

Dispositivi Medici ad alta complessità: disponibilità per abitante

Dispositivi Medici ad alta complessità: disponibilità di tecnologie per radiodiagnostica e medicina nucleare per abitante



REGIONE BASILICATA

Giunta regionale
Dipartimento Salute, Sicurezza e
Solidarietà Sociale
Servizi alla Persona e alla Comunità

VIII Rapporto Sanità - CEIS Basilicata

Coordinamento Scientifico:

M. Meneguzzo
F. Spandonaro

Rapporto curato da:

A. D'Adamo
B. Polistena

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

Prefazione

“Ammalarsi meno, curarsi meglio”

Qualità, Centralità della persona, Umanizzazione, Universalità, Unicità ed Equità, Trasparenza e Sostenibilità del sistema, sono i valori di riferimento e i principi cui si ispira il Sistema Sanitario Regionale della Regione Basilicata.

Si tratta di valori e principi menzionati e ripresi in più parti nel III Rapporto CEIS Sanità Basilicata dal titolo “Il Sistema sanitario della Basilicata nel 2010-2011, Ammalarsi meno, curarsi meglio. Per valutare il Sistema Sanitario Regionale e la rete socio assistenziale rispetto al fabbisogno di salute e di assistenza della popolazione lucana e per verificare come essa li percepisce, il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata ha aperto nel periodo Ottobre-Dicembre 2010, gli Stati Generali della Salute (SGS) ispirato al principio “Ammalarsi meno, curarsi meglio”; si è così reso possibile l’ascolto e il confronto tra diversi stakeholders, fornitori, fruitori di servizi, amministrazioni locali, mondo del volontariato, organizzazioni sindacali, mondo delle imprese (health economy), per valorizzare la relazione tra coloro che erogano e coordinano i servizi e coloro che ne fruiscono. L’iniziativa partiva dalla consapevolezza che un sistema socio-sanitario efficace ed efficiente diventa tale se si fa “rete” nel territorio e nella società. Ciò è possibile attraverso l’impegno e il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nel sistema, condividendo le azioni da intraprendere e gli obiettivi da raggiungere.

Il paradigma “AMMALARSI MENO, CURARSI MEGLIO” è stato il primo elemento posto all’attenzione, consapevoli che la salute non la si persegue solo all’interno degli ospedali. Buona parte di essa la si tutela fuori e ben prima di varcare la loro soglia. I fattori, come è noto, che determinano lo stato di salute sono: **fattori biologici**, che pesano per il 27%; **fattori ambientali**, che pesano per il 19%; **stili di vita**, che pesano per il 43%; **servizi sanitari**, che pesano per l’11%.

Tali fattori e le loro incidenze sulla salute non sono assolutamente in linea con la distinzione della spesa sanitaria.

Per avviare un corretto riequilibrio tra politiche e risorse assume un ruolo determinante la valutazione costante del sistema, proprio come questo rapporto ci consente di fare ormai da diversi anni.

*L’Assessore alla Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,
Servizi alla Persona ed alla Comunità
Regione Basilicata
Dr. Attilio Martorano*

Premessa

Il III Rapporto CEIS Basilicata è il risultato di un progetto di collaborazione scientifica tra la Regione Basilicata ed il CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) dell'Università Tor Vergata di Roma, Facoltà di Economia, finalizzato all'approfondimento specifico a livello regionale dei contenuti del Rapporto nazionale "CEIS Sanità".

Il III Rapporto CEIS Basilicata è composto di due sezioni e approfondisce i temi contenuti nelle seguenti parti:

Parte 1. Caratteristiche demografiche, socio economiche e di offerta della Regione Basilicata

Parte 2. L'offerta socio-sanitaria del SSR della Basilicata: rete strutturale e dotazioni organiche.

Parte 3. L'assistenza ospedaliera nella Regione Basilicata: spesa e performance.

Parte 4. Le performances dell'assistenza distrettuale nella Regione Basilicata.

Parte 5. Spesa e finanziamento del Sistema Sanitario Regionale.

Parte 6. Riflessioni sugli Stati Generali della Salute in Regione Basilicata. Ammalarsi meno, curarsi meglio.

Parte 7. Il sistema della valutazione delle performance della dirigenza regionale in Italia. L'esperienza della Regione Basilicata.

Parte 8. La gestione delle risorse umane in sanità: il modello di gestione per competenze.

Parte 9. Rendere conto ai cittadini. Riflessioni e proposte per la rendicontazione sociale delle aziende sanitarie della Regione Basilicata.

Per lo svolgimento di alcune parti della ricerca è stato necessario acquisire le percezioni di alcuni attori privilegiati aziendali, selezionati d'intesa con la Regione. La rilevazione nelle aziende è stata condotta attraverso una raccolta documentale e alcune interviste strutturate. Per la prima abbiamo predefinito una lista di documenti chiedendo alle Aziende di integrarli con altra documentazione ritenuta utile ai fini della nostra ricerca.

La ricerca è stata svolta dal CEIS Sanità ed ha avuto come coordinatori il Prof. Federico Spandonaro e la d.ssa Barbara Polistena per la sezione I, il Prof. Marco Meneguzzo e la d.ssa Antonella D'Adamo, per la sezione II.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli autori che hanno contribuito con entusiasmo alla realizzazione di questo libro. Un particolare ringraziamento va a tutti gli attori privilegiati regionali e aziendali con cui siamo venuti in contatto per la realizzazione della ricerca. La ricerca, senza il loro prezioso supporto, non sarebbe stata possibile.

Tabella 1 - Gruppo di lavoro

Progetto	Rapporto CEIS Sanità Regione Basilicata 2010 - 2011
Soggetti	CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) dell'Università Tor Vergata di Roma, Facoltà di Economia, Regione Basilicata (Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità)
Coordinamento regionale	Giuseppe Montagano
Project manager regionale	Massimiliano Gallo
Coordinamento CEIS, Facoltà di Economia	Federico Spandonaro, Barbara Polistena, Marco Meneguzzo, Antonella D'Adamo
Gruppo di lavoro	La presente ricerca è stata realizzata dal CEIS (Centro di Studi Economici ed Internazionali) - Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata: Cristina Alato, Anna Conte, Antonella D'Adamo, Filomena D'Adamo, Andrea D'Attis, Gloria Fiorani, Marco Meneguzzo, Esmeralda Ploner, Barbara Polistena, Paolo Sciattella, Federico Spandonaro, Angelo Tanese.

Si ringraziano il dr. Giuseppe Montagano, coordinatore regionale di progetto e dirigente dell'Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi del Dipartimento salute della Regione Basilicata, e il dr. Massimiliano Gallo, Project manager regionale, per la loro preziosa attività di coordinamento tra la Facoltà di Economia e gli attori istituzionali regionali e aziendali coinvolti.

Executive summary

Con la L. R. n. 12/2008, avente ad oggetto l'innovazione organizzativa delle Aziende Sanitarie, la Regione Basilicata ha intrapreso un processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale, che ha portato alla realizzazione di una nuova configurazione delle strutture organizzative secondo logiche di rete.

Il III Rapporto Basilicata fotografa i cambiamenti avvenuti nel Servizio Sanitario Regionale (SSR): a partire dalla nuova configurazione del SSR che prevede una rete composta dalle due Aziende Sanitarie Locali di Potenza (ASP) e di Matera (ASM), le cui dimensioni coincidono con i rispettivi territori provinciali, nonché dall'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) per le alte specialità e per le reti cliniche integrate dei servizi ospedalieri e dall'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

Prima di rendere conto nel dettaglio dell'evoluzione del SSR, vale la pena sottolineare alcuni macro elementi di *performance* che fanno della Basilicata un caso sostanzialmente peculiare nel panorama nazionale.

La prima osservazione è che, se a livello di spesa pubblica pesata il dato della Basilicata è in linea con quello medio italiano, sul fronte della spesa sanitaria totale (sempre pesata), la Regione si attesta sul livello più basso in Italia, candidandosi così per un giudizio di sostanziale efficienza.

Il dato è determinato da una sostanziale virtù sul versante della spesa pubblica, unita ad una grande sobrietà nella spesa privata.

In relazione al primo punto, si può affermare che la Basilicata rappresenta una eccezione sostanzialmente positiva tra le Regioni meridionali: infatti, nonostante il risultato di esercizio sia ancora negativo, è stato intrapreso un sentiero di risanamento finanziario, che ha ormai portato la Regione abbastanza vicina al punto di pareggio. Il risanamento è stato sostenuto sia dalla rivalutazione, in atto dal 2001, delle assegnazioni alla Regione (che hanno ormai superato la media italiana in termini di finanziamento pro-capite pesato), sia dalla decisa riduzione del saldo della mobilità.

Se in termini assoluti la situazione finanziaria è quindi sostanzialmente in equilibrio, dobbiamo registrare come la stagnazione dell'economia regionale non abbia permesso un altrettanto brillante risultato in termini di rapporto con il PIL, essendo quest'ultimo rimasto "al palo".

In ogni caso il dato sembra indicare come la spesa pubblica in Basilicata riesca a far fronte alla maggior parte della domanda espressa dalla popolazione, lasciando la Regione estranea alle problematiche di crisi finanziaria che attanagliano i servizi sanitari meridionali: ma, in prospettiva, questo indiscutibile merito non deve distogliere l'attenzione da altre problematiche importanti del sistema sanitario regionale, che rimangono ancora irrisolte.

Problematiche che sono primariamente legate proprio alle caratteristiche di deprivazione socio-economica che caratterizzano la popolazione lucana, che si riflettono sui livelli di salute e di domanda di assistenza sanitaria, imponendo lo sviluppo di una adeguata rete di assistenza primaria, capace di far fronte ai crescenti bisogni delle popolazione, con costi sostenibili.

Si consideri che la Regione Basilicata è interessata, in primo luogo, da un rapido cambiamento della struttura per età della popolazione da ricondursi al declino del tasso di natalità (7,8 per 1.000 abitanti in Basilicata, 9,5 in Italia e 9,3 al Sud), acuito dall'aumento della speranza di vita alla nascita (speranza di vita alla nascita pari a 79,2 anni per gli uomini nel 2010 contro 76,5 nel 2000 e 84,4 anni per le donne nel 2010 contro 82,3 nel 2000). Questi fenomeni comportano un rapido invecchiamento della popolazione: cresce il numero degli over 65, attestatosi nel 2010

al 20,1% della popolazione (20,6% residenti nella ASL di Potenza e 19,2% nella ASL di Matera).

In Basilicata già nel 2000 vi erano 110 ultra-sessantacinquenni ogni 100 giovanissimi, valore giunto a 148 nel 2010 (144 in media in Italia e 120 nel Sud).

L'invecchiamento della popolazione ha portato inevitabilmente ad un aumento del tasso di mortalità e a saldi naturali progressivamente decrescenti. Secondo le previsioni ISTAT, l'ammontare complessivo della popolazione lucana sembra destinato ulteriormente a ridursi (-0,6% nel 2050), ponendo in prospettiva una allerta sul finanziamento riconosciuto alla Regione. Indipendentemente dalle possibili deviazioni dalla traiettoria prevista, rimane comunque associato che la Basilicata dovrà convivere con una sempre maggiore presenza di anziani e, conseguentemente, dovrà predisporre le strutture per assorbitarne positivamente l'impatto.

Altro fenomeno demografico che distingue la Basilicata dalle altre Regioni del Sud è quello migratorio; in Basilicata, gli stranieri regolari rappresentano il 2,2% della popolazione lucana, con un *trend* crescente negli anni (nel 2003 rappresentavano lo 0,6% della popolazione totale); tra il 2008 e il 2009 la Basilicata si colloca tra le Regioni che hanno registrato maggiori incrementi di popolazione straniera residente (+20,1%).

“Qualitativamente”, la popolazione lucana è poi caratterizzata da un livello di istruzione medio-basso: nel 2010, il 27,8% della popolazione della Basilicata ha conseguito la licenza elementare o nessun titolo di studio, percentuale, sebbene in calo rispetto al 2005, più elevata sia rispetto alla media nazionale (23,3%) sia rispetto al Sud (26,3%).

Dal punto di vista economico si rileva un forte gap rispetto alla media nazionale; in particolare, il reddito disponibile delle famiglie lucane (€ 13.970) è nettamente inferiore a quello medio nazionale (€ 17.742), sebbene leggermente superiore a quello del Sud (€ 13.099) sia in valore assoluto che a livello di dinamica.

La Regione registra tassi di disoccupazione inferiori rispetto al Sud, anche se superiori rispetto a quelli nazionali, ma in larga misura per effetto di un generale scoraggiamento alla partecipazione al mercato del lavoro.

A fronte di queste caratteristiche, come anticipato, è in corso un processo di razionalizzazione del sistema di offerta sanitaria; tale processo ha interessato in primo luogo la rete ospedaliera, con un conseguente incremento dei bacini medi di utenza per struttura; fenomeno generalizzato a livello nazionale, ma particolarmente evidente in Basilicata, la quale ha portato la propria dotazione di posti letto sino al valore di 3,6 ogni 1000 abitanti, con una riduzione rispetto al 2005 del 15,4% (media annua -3,3%).

L'analisi dei dati relativi al 2010 evidenzia un saggio di ricovero complessivo pari a 176,9 per 1.000 residenti (apparentemente inferiore alla soglia di 180 ricoveri per 1.000 residenti introdotta dalla Conferenza Stato Regioni del 23/05/2005).

Per quanto concerne il ricorso all'ospedalizzazione in acuzie, i saggi di ricovero della popolazione risultano infatti inferiori rispetto alla media nazionale, ma applicando ai saggi 2010 la mobilità registrata nel 2009, il saggio di ricovero totale rimarrebbe ancora superiore al valore di 190 per 1.000 residenti.

La mobilità passiva, come evidenziato anche nella Relazione Sanitaria Regionale, è quindi un problema che la Regione deve ancora definitivamente superare, nonostante i *trend* positivi degli ultimi anni, che hanno visto aumentare l'indice di attrazione e ridurre quello di fuga.

La sostanza del problema è di tipo qualitativo: infatti la mobilità passiva interessa prevalentemente ricoveri ad alta complessità, e in generale quelli chirurgici. Nel 2009, circa un terzo dei residenti in Basilicata ricorre a strutture di altre Regioni per ricoveri che prevedono un intervento. Inoltre, se parte della mobilità è legata alle caratteristiche geografiche e morfologiche

della Regione, occorre precisare che la mobilità verso Regioni limitrofe interessa in maniera preponderante la mobilità attiva e solo in misura minore quella passiva.

A conferma di ciò, per i DRG medici la Basilicata registra valori di ospedalizzazione in linea con la media nazionale, mentre per i DRG chirurgici valori inferiori: in particolare, per i residenti in Basilicata, il tasso di ricovero per DRG chirurgici si è ridotto tra il 2007 ed il 2009 del 3,1%.

Il *gap* tra ricoveri per DRG medici e DRG chirurgici è imputabile prevalentemente ai ricoveri nel primo anno di vita e alle classi d'età più anziane: i tassi per i lucani, infatti, sono inferiori alla media nazionale rispettivamente del 22,0% per la prima e del 16,7% per la classe 65-74 anni; tale dato suggerisce fenomeni di inappropriatazza, malgrado il contenuto ricorso al ricovero. E, sempre in relazione all'inappropriatazza dell'attività di ricovero, registriamo che il ricorso al *day surgery* è ancora considerevolmente inferiore rispetto al livello nazionale, mentre il ricorso al *day hospital* medico è "massiccio" (superiore rispetto alla media del Mezzogiorno in termini di saggi di ricovero del 4,8% e ben del 25,9% rispetto al livello nazionale).

Per conferma, il tasso di ricovero ordinario dei residenti in Basilicata per i 108 DRG a rischio di inappropriatazza è pari a 36,2 per 1.000 nel 2007, inferiore del 6,5% rispetto al tasso nazionale e del 27,6% rispetto a quello meridionale; ma se per i DRG medici la quota di ricoveri inappropriati dei residenti in Basilicata è sempre maggiore rispetto alla media nazionale, per i DRG chirurgici avviene il contrario.

Il valore della produzione legato a ricoveri potenzialmente inappropriati è complessivamente pari a € 27,15 mil.

Una stima dei ricoveri potenzialmente inappropriati in regime diurno è stata effettuata prendendo in considerazione la quota di ricoveri medici sul totale dei ricoveri diurni in acuzie. È presente un'elevatissima percentuale di ricoveri diurni medici per i residenti in Basilicata, pari addirittura al 62,0% nel 2007, contro il 55,2% della media nazionale; questa percentuale tende a diminuire nel corso del triennio fino ad attestarsi intorno al 58,9%, valore che rimane comunque superiore rispetto alla media nazionale di 4 punti percentuali.

Gli sforzi fatti per razionalizzare l'offerta ospedaliera e contestualmente incrementare l'offerta di riabilitazione, domiciliare, etc. sembrano andare nella giusta direzione anche se si è ancora lontani dal raggiungimento dei livelli ottimali. Nel dettaglio, l'analisi dei casi trattati in ADI in rapporto alla popolazione residente dimostra come sia molto esigua la schiera di coloro che beneficino di detta assistenza (nel 2008 1,1%, contro lo 0,8% medio a livello nazionale); appare evidente come l'Azienda Sanitaria di Potenza, più di quella di Matera, sia impegnata su questo fronte, soprattutto in termini di casi trattati (le ore medie di cure prestate dagli operatori a vario titolo coinvolti nella realizzazione del piano di cura del soggetto preso in carico sono sostanzialmente allineate tra le due ASL). Inoltre, in Basilicata gli over 64 assistiti sono aumentati del 25,3%, così come le ore medie per anziano trattato.

Per riabilitazione e lungodegenza, invece, si registrano ancora tassi inferiori rispetto alla media nazionale, presumibilmente a causa di un'offerta ancora non del tutto adeguata.

La dotazione di personale della Regione tende a rimanere in esubero: l'organico lucano, infatti, rappresenta circa l'1,1% del personale nazionale e il 3,5% di quello del mezzogiorno, valori eccedenti rispetto alla numerosità della popolazione che rappresenta l'1,0% di quella italiana e il 2,8% di quella meridionale; nonostante questo, rispetto all'anno precedente, il personale dipendente dal SSR si è incrementato dello 0,2%.

Come detto, il fattore chiave di razionalizzazione rimane quello legato alla capacità di accompagnare la riduzione dei posti letto con un contestuale sviluppo dell'assistenza primaria (in particolare domiciliare e residenziale).

Nonostante l'Accordo Collettivo Nazionale della medicina di base del 2009 si muova nella suc-

citata direzione, ancora stenta a configurarsi una organizzazione razionale dell'assistenza primaria. In particolare, sembrerebbe incompiuto il processo di integrazione tra professionisti, distretti e strutture di offerta di primo livello. In effetti la tendenza di fondo è stata ancora quella di un aumento generalizzato del ricorso all'ospedalizzazione (Basilicata +9,1).

Oggi la Basilicata è l'unica Regione che rispetta l'indice di programmazione di 1.000 residenti adulti per Medico di Medicina Generale (MMG), ma sul fronte della Pediatria di Libera Scelta (PLS) è quella che presenta il più alto rapporto under 14 per PLS. La spesa per medicina di base rimane elevata rispetto alla media nazionale e anche alla media delle Regioni del Sud; nonostante ciò continua a crescere in maniera più rapida rispetto alle altre ripartizioni.

Altro problema rilevante è quello dell'appropriatezza prescrittiva, in particolar modo farmaceutica: la Basilicata, come il resto del Sud, registra ancora un numero di ricette pro-capite per popolazione pesata eccessivo (10,65 in Basilicata, 11,08 nel Sud per il 2008). Nonostante gli sforzi, la situazione in Basilicata non è quindi ancora sotto controllo: tra il 2009 ed il 2010, il numero di ricette in Basilicata ha subito un aumento del 3,2%, sebbene a tale incremento abbia corrisposto un decremento delle confezioni prescritte dell'1,81%, e un costo medio per confezione anch'esso decrescente, in larga misura per effetto della scadenza di numerosi brevetti (i generici nel 2010 costituiscono in Basilicata il 30,6% della spesa netta a carico del SSN, con un incremento del 4,8% rispetto all'anno precedente).

La spesa farmaceutica convenzionata netta, nel 2010, ha quindi fatto registrare una diminuzione del 6,9% in Basilicata, permettendo di rispettare il "tetto" del 13,3%, sebbene tale riduzione sia stata accompagnata da un aumento della spesa privata per farmaci di classe A lievitata del 300% e da un innalzamento delle misure di compartecipazione dei cittadini del 25%.

Che il processo di razionalizzazione delle risposte pubbliche ai bisogni di salute della popolazione non sia ancora concluso, è desumibile da vari indicatori (seppure in parte indiretti) di esito, ovvero che attestano il livello effettivo di salute dei lucani.

L'analisi della mortalità per gruppi di cause in Basilicata evidenzia che per la principale causa di morte (le malattie del sistema circolatorio), la Basilicata si attesta ad un tasso, nel 2008, pari a 39,7 per 10.000 abitanti, che è superiore sia al livello medio del Sud (35,9 per 10.000 abitanti), che al livello medio italiano (37,5 per 10.000 abitanti).

Per quel che concerne la mortalità evitabile, la Basilicata presenta valori inferiori, per entrambi i sessi (215 per 100.000 residenti maschi e 95 per 100.000 residenti femmine) ai tassi nazionali (rispettivamente 229,1 e 103,7 per 100.000 residenti).

In particolare i tassi sono inferiori alla media nazionale nel caso della prevenzione primaria e della diagnosi precoce (rispettivamente 134,8 per i maschi e 31,9 per le femmine e 14,3 per i maschi e 27,2 per le femmine contro 152,6 e 37,0 per 100.000 residenti maschi e femmine per la prevenzione primaria e 17,6 e 34,9 per la diagnosi precoce in Italia) mentre si registrano in Basilicata valori più alti rispetto al livello italiano (58,9 per 100.000 residenti maschi e 31,9 per 100.000 residenti femmine) in corrispondenza degli interventi di igiene e assistenza sanitaria (65,9 per 100.000 residenti maschi e 35,9 per 100.000 residenti di sesso femminile).

Di converso, la Basilicata si posiziona tra i livelli più alti per condizioni di cronicità nella popolazione (140,6 ogni 1000 persone hanno almeno una malattia cronica) raggiungendo valori superiori rispetto anche a quelli del Mezzogiorno (137,9). Tra le patologie croniche quella più diffusa è l'ipertensione arteriosa.

In generale, gli uomini appartenenti alle classi di età più avanzate hanno una speranza di vita in buona salute più elevata rispetto al Sud nel suo complesso, ma questo non vale per le donne, la cui speranza di vita in buona salute è inferiore alla media del Sud a tutte le età con la sola esclusione delle over 65.

In definitiva, la Regione Basilicata si deve in generale confrontare con due ordini di problemi: problemi socio-economici tipici del mancato sviluppo del Sud e problemi demografici, ed in particolar modo il rapido invecchiamento della popolazione, fenomeno quest'ultimo già affrontato dalla maggior parte delle Regioni settentrionali.

Per quanto riguarda il SSR, nonostante una serie di interventi importanti sul versante della razionalizzazione del sistema di offerta e di responsabilizzazione dei prescrittori, rimangono alcuni nodi irrisolti: inappropriata e inefficienza dei ricoveri, esubero di personale in un sistema in contrazione, ed infine elevata prescrizione farmaceutica. Inoltre, il sistema di presa in carico territoriale appare ancora insufficiente, e comunque incapace di far fronte all'emergenza cronicità, specialmente femminile.

Discostandosi da altre esperienze meridionali, la Regione registra però un lodevole equilibrio finanziario e la sua spesa sanitaria totale (pesata) è addirittura la più "virtuosa" a livello nazionale.

La sfida è coniugare questa virtuosità finanziaria con un incremento qualitativo dell'offerta capace di colmare alcuni gap che si registrano nelle condizioni di salute della popolazione lucana.

La **sessione II del Rapporto**, partendo dalle maggiori evidenze emerse dall'esperienza di incontri "Ammalarsi meno, curarsi meglio" che il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata ha avviato nel periodo Ottobre-Dicembre 2010, al fine di valutare il Sistema Sanitario Regionale e la rete socio assistenziale rispetto al fabbisogno di salute e di assistenza della popolazione lucana, analizza il sistema della valutazione delle performance della dirigenza regionale in Italia e l'esperienza della Regione Basilicata; la gestione per competenze; l'accountability e la rendicontazione sociale nel SSR lucano.

Le giornate di incontro/dibattito hanno avuto ad oggetto l'analisi dei principi e valori del Sistema Sanitario Regionale (qualità, equità, umanizzazione, sicurezza, trasparenza, sostenibilità) e temi quali "la cura di sé e la cura degli altri", "l'integrazione ospedale-territorio", "la medicina del territorio", "il Governo Clinico".

La logica alla base degli **Stati Generali della Salute (SGS)** "Ammalarsi meno, curarsi meglio" si è basata sull'ascolto e il confronto tra diversi stakeholders, per valorizzare la relazione tra coloro che erogano e coordinano i servizi e coloro che ne fruiscono. Il principio ispiratore dell'iniziativa è stato la consapevolezza che un sistema socio-sanitario efficace ed efficiente diventa tale se si fa "rete" nel territorio e nella società. Ciò è possibile attraverso la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti nel sistema stesso, condividendo le azioni da intraprendere e gli obiettivi da raggiungere.

In particolare, è emerso che dei valori e dei principi, cui si ispira il Sistema Sanitario Regionale della Regione Basilicata, è possibile sottolineare gli aspetti di innovazione e di modernità, a fronte di una lettura che li vede, riduttivamente, superati da tempo.

- *Qualità*: si attua realizzando il più alto livello di valorizzazione e miglioramento continuo delle competenze professionali, delle tecnologie e dell'organizzazione garantendo, con l'informazione e la comunicazione, un controllo continuo da parte del cittadino-utente.
- *Centralità della persona*, principale riferimento di ogni politica sanitaria, al di là della retorica. L'etica della persona non può essere declamata indipendentemente dalla definizione dei comportamenti professionali, dei modi di essere dei servizi e delle scelte relative alla spesa.
- *Umanizzazione*, come principio che sottende a tutte le attività, le azioni, le programmazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, affinché il "prendersi cura" delle persone e non della sola

malattia, della disabilità o della fragilità, costituisca l'elemento fondamentale per favorire una relazione di vero aiuto e per individuare le strategie che allevino la sofferenza.

- *Universalità, Unicità ed Equità.* Il sistema s'impegna a perseguire la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti i cittadini proporzionalmente ai loro bisogni ed indipendentemente da luogo, età, genere e classe sociale di appartenenza. Il Sistema sociosanitario è unico, organizzato in una rete di servizi strettamente collegati. Il finanziamento è pubblico; i cittadini contribuiscono in relazione alla loro capacità contributiva (sistema solidale) ed hanno diritto alle prestazioni in base al loro bisogno.
- *Trasparenza* intesa a due livelli: come libero accesso alle informazioni, da parte del cittadino, sui servizi erogati sulle garanzie di presa in carico cui ha diritto, in relazione ad un determinato bisogno di salute, in modo da poter assumere un ruolo attivo e responsabile nelle scelte riguardanti la propria salute; sulla rendicontazione sistematica delle attività e dei risultati del servizio sanitario regionale, anche attraverso l'utilizzo di strumenti innovativi (come il bilancio sociale), per accrescere il livello di fiducia e di dialogo tra le istituzioni e la società civile.
- *Sostenibilità del sistema* con politiche che rispondano più da vicino ai bisogni del territorio e dei suoi abitanti, per ottenere guadagni di salute incentrati nella promozione degli stili di vita, nella prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, nell'attenzione alle fasce svantaggiate di popolazione.

L'integrazione tra strutture ospedaliere e tra ospedale e territorio, per garantire ai cittadini servizi sanitari costanti e migliori, diventa una tra le strategie prioritarie dei Sistemi sanitari regionali italiani.

Dai diversi interventi emerge, inoltre, che una buona politica regionale deve tener conto delle esigenze della società civile, delle risposte che è in grado di generare il territorio e le strutture sanitarie e ospedaliere, della necessaria razionalizzazione delle risorse economiche e, di conseguenza, razionalizzazione della rete ospedaliera.

Altro elemento su cui ragionare è il rapporto tra i medici del territorio, prima che tra quello ospedale/territorio. Spesso l'ospedale supplisce ad una attività che dovrebbe essere svolta sul territorio. L'operazione di razionalizzazione proposta nella bozza di Piano sanitario regionale dovrà puntare sul potenziamento delle due grosse Aziende (Matera e Potenza), sulla specializzazione delle piccole strutture, migliorando il rapporto con il territorio, utilizzando meglio la rete dei medici che vanno qualificati, sollecitati ed incentivati in questa direzione, in una logica di miglioramento continuo del rapporto tra medico e strutture, tra ospedali e territorio.

L'integrazione ospedale/territorio ha l'obiettivo di caratterizzare sempre più l'ospedale come polo specialistico che riserva l'assistenza alle patologie acute in emergenza, a quelle patologie di alta complessità clinica che richiedono un elevato assorbimento di tecnologie, il territorio come la sede di riferimento di quei servizi che garantiscono la continuità dell'assistenza grazie alla presenza di un gruppo di professionisti (medico di farmacia, medico di base, specialista territoriale, pediatra, infermiere territoriale ...). Il territorio deve diventare il luogo che intercetta il bisogno sanitario e sociosanitario e si fa carico, in maniera continuativa e integrata, delle necessità dell'individuo all'interno della propria comunità. Per fare questo, occorre reinterpretare quello che è il sistema di offerta dei servizi territoriali. L'ospedale deve guarire, il territorio deve curare, il cittadino/utente deve essere al centro di tutto il sistema salute e deve essere in grado di recepire i diversi cambiamenti (demografici, epidemiologici, sociali) che il sistema vive nel tempo.

In alcuni interventi è emersa anche la necessità di introdurre nuove **logiche di rendicontazione sociale** per le aziende sanitarie della Regione Basilicata.

Il tema è ripreso ed approfondito nel Rapporto. L'idea di fondo è che ogni amministrazione

pubblica deve essere in grado, per sua natura, di produrre “valore” per la collettività, attraverso la soddisfazione di bisogni individuali o collettivi. La rendicontazione deve, quindi, innanzitutto dar conto ed evidenza, in modo misurabile e verificabile, del grado di produzione di questo valore.

Nel marzo 2006 il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emanato delle Linee Guida per la rendicontazione sociale in ambito pubblico, che in questi anni hanno guidato la sperimentazione e la diffusione del bilancio sociale in molti contesti, comprese molte aziende sanitarie. La Direttiva si articola in tre parti rispettivamente dedicate alle finalità e caratteristiche del bilancio sociale, ai contenuti del bilancio sociale e alla realizzazione del bilancio sociale, brevemente illustrate nel volume.

L’assistenza sanitaria rappresenta un ambito di attività particolarmente sensibile all’applicazione della responsabilità sociale. Il fatto di essere un’azienda pubblica di servizi comporta per l’azienda sanitaria l’obbligo di rendere conto delle misure poste in essere e dei risultati raggiunti nella produzione del “bene comune” tutela della salute. Tradotto in altri termini, ciò significa che in sanità il concetto di accountability si collega a quello della clinical governance. La definizione stessa di clinical governance, infatti, incorpora il principio che le organizzazioni sanitarie “si rendono responsabili” del miglioramento continuo della qualità dei servizi e garantiscono elevati standard assistenziali, creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica. In sintesi, attraverso la sperimentazione di nuove forme di rendicontazione è possibile coniugare e ricondurre a sintesi l’irriducibile multidimensionalità dei criteri di valutazione dei risultati in sanità: appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali e delle prestazioni, esiti delle cure, garanzia di accesso e di equità di trattamento, razionalità e efficienza delle reti di offerta, rispetto degli obiettivi di budget, grado di umanizzazione delle cure e soddisfazione dei cittadini, etc.

Appaiono significative le esperienze realizzate in Emilia Romagna, con l’adozione del bilancio di missione delle aziende sanitarie, nella Regione Veneto e nella Regione Piemonte, che definisce il bilancio di missione come “lo strumento con cui l’Azienda comunica all’esterno le informazioni necessarie per l’instaurazione ed il rafforzamento di un rapporto fiduciario e di un dialogo trasparente, aperto e costruttivo con gli stakeholder”.

Tra il 2001 e il 2009 il numero di aziende sanitarie locali che hanno adottato strumenti di rendicontazione sociale è più che triplicato. Se però analizziamo il grado di diffusione degli strumenti di rendicontazione sociale nelle singole Regioni, spicca il forte divario tra alcune Regioni più sensibili al tema (Emilia Romagna, Veneto, Piemonte), Regioni interessate ma con iniziative sporadiche (Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Puglia, Sicilia, Sardegna) e Regioni dove il fenomeno sembra pressoché assente (Marche, Abruzzo, Campania, Calabria). Tutte queste esperienze nazionali, pur nella diversa modalità, sono comunque il segno di una sensibilità nuova delle Regioni e delle aziende sanitarie sul tema della resa del conto ai cittadini di quanto realizzato, e meritano di essere attentamente seguite e valorizzate.

Un sistema di rendicontazione sociale può essere implementato per il servizio sanitario della Regione Basilicata, in una logica di rafforzamento della governance e del grado di accountability del sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Le ipotesi sono diverse e potrebbero dipendere dal grado di indirizzo e di coordinamento che la Regione intende svolgere ed al grado di autonomia che si intende lasciare alle quattro aziende sanitarie lucane:

1. la Regione assume una iniziativa di direzione forte nell’attuazione del bilancio sociale o di missione, al pari dell’esperienza dell’Emilia Romagna o del Piemonte, avviando un percorso strutturato di sperimentazione e messa a regime di un nuovo strumento di rendicontazione

- delle aziende, secondo criteri, tempi e contenuti predefiniti e comuni;
2. la Regione svolge una prevalente azione di sensibilizzazione nei confronti delle aziende sanitarie sul tema della rendicontazione sociale, facendosi portatrice di iniziative di formazione, informazione e diffusione di conoscenze, lasciando però alle singole aziende in base alle loro capacità, competenze e priorità, la scelta sul modello da adottare e, ancor prima, sulla decisione di avviare una sperimentazione del bilancio sociale;
 3. la Regione promuove un percorso condiviso e partecipato di definizione del percorso, prevedendo ad esempio la sperimentazione presso una singola azienda capofila, e a partire da questa esperienza definire possibili linee guida e indicazioni per un'adozione del bilancio sociale anche nelle altre aziende.

Quale che sia il modello seguito, sono proposte quattro possibili articolazioni della struttura di rendicontazione adottabile dalle aziende sanitarie della Basilicata, rispettivamente sulla base del modello della Direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica, del bilancio di missione della Regione Emilia Romagna, delle linee guida della Regione Veneto e delle linee guida della Regione Piemonte.

Infine, indipendentemente dal modello di riferimento e dallo schema del documento adottato, la realizzazione del bilancio sociale nelle aziende sanitarie della Regione Basilicata dovrebbe rispettare alcuni requisiti, al fine di garantire una reale efficacia dell'iniziativa: non considerare il bilancio sociale un fenomeno passeggero; orientare fortemente il processo alla costruzione di un dialogo permanente tra i diversi attori del sistema sanitario regionale; attribuire maggiore importanza al processo di rendicontazione che non al solo prodotto finale bilancio sociale.

Per garantire efficacia a questo processo, è ipotizzabile e auspicabile che lo stesso sia accompagnato da azioni di supporto coordinate a livello regionale e da un coinvolgimento diretto di ciascuna delle quattro aziende sanitarie. Introdurre il bilancio sociale nella Regione Basilicata deve esprimere la volontà di ridare slancio e significato alla missione e all'identità dell'azienda sanitaria come azienda pubblica di servizi alla persona e alla collettività, rivitalizzarne il ruolo e rafforzarne la legittimazione sociale. Inoltre deve rappresentare una grande occasione per evitare il rischio (ben presente in altri sistemi sanitari regionali) di chiudersi in una mera logica di programmazione economica e a breve termine, recuperando, invece, una prospettiva di governo e di ricerca di una qualità condivisa dei sistemi sanitari regionali.

In tema di *valutazione delle performance della dirigenza*, la Regione Basilicata ha recepito le disposizioni contenute nel Decreto Legislativo 27 Ottobre 2009, n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009, n.15 (nota come legge Brunetta), che prevede che le Amministrazioni pubbliche adottino un sistema di misurazione e valutazione della performance.

La Regione Basilicata ha, infatti, disciplinato in materia di conferimento delle funzioni dirigenziali (art. 2 legge regionale 31 del 25 ottobre 2010), prevedendo l'istituzione, presso la Presidenza della Giunta regionale, dell'Autorità regionale per la valutazione e il merito della dirigenza e del personale della Giunta regionale, del Consiglio regionale, degli Enti ed Organismi subregionali di cui alla L.R. 14 luglio 2006, n. 11, e di tutti gli Enti strumentali e locali che ne facciano richiesta. L'Autorità opera in piena autonomia, riferisce direttamente al Presidente della Giunta, svolge funzioni come: il controllo strategico delle attività degli Enti, del quale riferisce direttamente all'Organo di governo; il supporto alla valutazione dell'attività dei direttori generali e di tutti i dirigenti apicali degli Enti; il monitoraggio del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni con elaborazione di una relazione annuale sullo stato del monitoraggio; la validazione delle metodologie di graduazione e di valutazione delle posizioni e delle prestazioni dei dirigenti e del personale degli Enti. Il sistema di valutazione delle prestazioni dirigenziali in Regione Basilicata è stato pensato e costruito principalmente come

uno strumento di collegamento e di crescita dei diversi aspetti della programmazione, della gestione e del controllo della vita amministrativa. In particolare, in fase di analisi, ci si è focalizzati sui sistemi di valutazione delle Aziende sanitarie locali di Potenza (ASP) e Matera (ASM), dell'Azienda ospedaliera Regionale "San Carlo" e dell'IRCCS -CROB di Rionero in Vulture. Il sistema di valutazione è orientato non solo al raggiungimento degli obiettivi (definiti anche in fase di negoziazione tra valutato e valutatore oltre che in fase di bilancio) ma anche alle modalità con cui essi vengono perseguiti, ossia alla sfera comportamentale intesa come miglioramento della qualità della programmazione e della progettazione, innovazione organizzativa, procedurale, finanziaria, ecc. Il processo di valutazione è articolato in fasi preventive, intermedie e consuntive in modo da accompagnare ed orientare efficacemente e tempestivamente la gestione delle risorse e dei risultati. Ha cadenze temporali precise: nel mese di marzo-aprile, dopo l'approvazione del bilancio di direzione, si definiscono gli obiettivi per la valutazione (con la possibilità di modificarli a luglio-agosto, sulla base di assestamenti di bilanci); la valutazione è effettuata all'inizio dell'anno successivo, in concomitanza con la definizione del bilancio di direzione. Gli attori coinvolti nel sistema sono: Giunta Regionale, Dirigenti Generali e Regionali, Nucleo di Valutazione per l'area amministrativa della Giunta e per il Consiglio. Questi ultimi hanno il compito di predisporre sia relazioni periodiche sull'avanzamento del processo, che rapporti sui pareri espressi nei confronti della Giunta, supportare la valutazione dell'attività dei Dirigenti Generali dei dipartimenti e si occupano della "validazione ex ante ed ex post delle metodologie di graduazione e di valutazione relative alle posizioni e prestazioni dei dirigenti e dei dipendenti della Regione" (art. 3, comma 5, L.R. n. 48/2000). La Giunta Regionale effettua la valutazione dei Dirigenti Generali, dei dirigenti apicali ("direttori") degli Organismi strumentali privi di specifici organi di valutazione e degli altri dirigenti la cui valutazione non è di competenza dei singoli Dirigenti Generali o del Comitato Interdipartimentale di Coordinamento Organizzativo (CICO). Il CICO è l'organo deputato alla valutazione dei dirigenti delle strutture e delle posizioni a esso incardinate e di quelli aventi anche la responsabilità di Area funzionale. La valutazione della restante parte della dirigenza regionale è effettuata dai singoli Direttori Generali, per quanto di rispettiva competenza. Nel processo di valutazione, i documenti utilizzati sono la direttiva annuale (documento utilizzato per diffondere, all'interno della struttura, strumenti e obiettivi) e le schede di valutazione. Relativamente al funzionamento del Sistema di Valutazione della dirigenza, è fondamentale sottolineare che esso si articola sul modello degli obiettivi dei singoli dirigenti. Questi ultimi, infatti, definiscono un numero massimo di obiettivi di cui almeno uno deve consistere in un "Obiettivo collettivo" a cui vengono collegati obiettivi dei livelli gestionali sott'ordinati (dirigenti rispetto ai dirigenti generali, posizioni organizzative rispetto ai dirigenti di struttura), in modo da consentire il collegamento delle valutazioni. Il processo di valutazione ha valenza e cadenza annuale e può prevedere momenti intermedi di confronto sull'attuazione e usa due elementi fondamentali: una scheda compilata dal valutato (relazione descrittiva ex-post che esprime e specifica le attività svolte, gli obiettivi definiti ed i risultati conseguiti), l'altra dal valutatore con gli esiti della valutazione. Un momento fondamentale che precede la valutazione è dato dal colloquio tra valutatore e valutato ("colloquio preliminare"), sulla base della relazione descrittiva ex-post, per il confronto sui risultati e l'orientamento per lo sviluppo delle prestazioni. Per ciò che concerne il processo valutativo dei Dirigenti Generali, il valutatore definisce su proposta del valutato gli obiettivi sensibili per la valutazione, i quali sono selezionati tra gli obiettivi strategici e specifici del DAPEF vigente per l'anno, integrati con gli obiettivi di maggior dettaglio contenuti nei Piani e Programmi settoriali vigenti, con gli aspetti di sviluppo organizzativo, con gli obiettivi connessi all'attuazione dei programmi comunitari e con gli obiettivi di gestione finanziaria specificati nella legge finanziaria relativa all'anno di riferimen-

to. Gli strumenti operativi per lo svolgimento della valutazione sono: una relazione descrittiva ex-post a cura di ogni valutato; una nota relativa all'eventuale colloquio preliminare alla valutazione; la relazione del Nucleo di Valutazione di validazione ex-post sulla significatività complessiva del processo valutativo e delle singole relazioni dei dirigenti generali; una scheda di sintesi di ogni valutazione a cura del valutatore (Giunta Regionale). Gli esiti della valutazione, che si esplica secondo una specifica misurazione degli obiettivi e attribuzione di pesi, sono approvati dalla Giunta Regionale e sono utilizzati ai fini della determinazione del trattamento economico di risultato.

Nell'esperienza delle singole Aziende è evidente una linea comune tesa a fare della valutazione uno strumento di gestione finalizzato ad una più efficace utilizzazione delle risorse con conseguente miglioramento sia della diffusione che della qualità dei servizi offerti all'utenza.

Sarebbe auspicabile una gestione *delle performance tale da promuovere il merito e il miglioramento della performance organizzativa e individuale, anche attraverso l'utilizzo di sistemi premianti selettivi, secondo logiche meritocratiche, nonché attraverso la valorizzazione dei dipendenti che conseguono le migliori performance.*

Tra le principali leve di manovra associate alla diffusione delle logiche di New Public Management nei sistemi nazionali di Amministrazione Pubblica, **i sistemi di gestione e sviluppo delle risorse umane** hanno generalmente assunto notevole rilevanza.

Il percorso di aziendalizzazione della Sanità ha portato alla diffusione ed al consolidamento degli strumenti di gestione aziendale indispensabili al concreto dispiegamento del concetto stesso di aziendalizzazione, come il budget, il sistema di controllo di gestione o la creazione di ruoli di direzione. È stata invece spesso sottovalutata l'importanza dell'*Human Resource Management*.

Nei contesti in cambiamento, i sistemi di gestione per competenze – e la formazione in primo luogo – sono fondamentali, non solo per la necessità di adeguare tecnicamente le competenze alle nuove esigenze, ma come leva efficace ed indispensabile per realizzare lo stesso cambiamento.

Dall'indagine¹ sulle competenze dei ruoli manageriali (Dirigenti Medici e Amministrativi con o senza responsabilità di struttura semplice o complessa, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e Direttori Generali) nel Servizio Sanitario lucano, emerge un mix di conoscenze, esperienze e capacità che può essere sintetizzato nel seguente profilo:

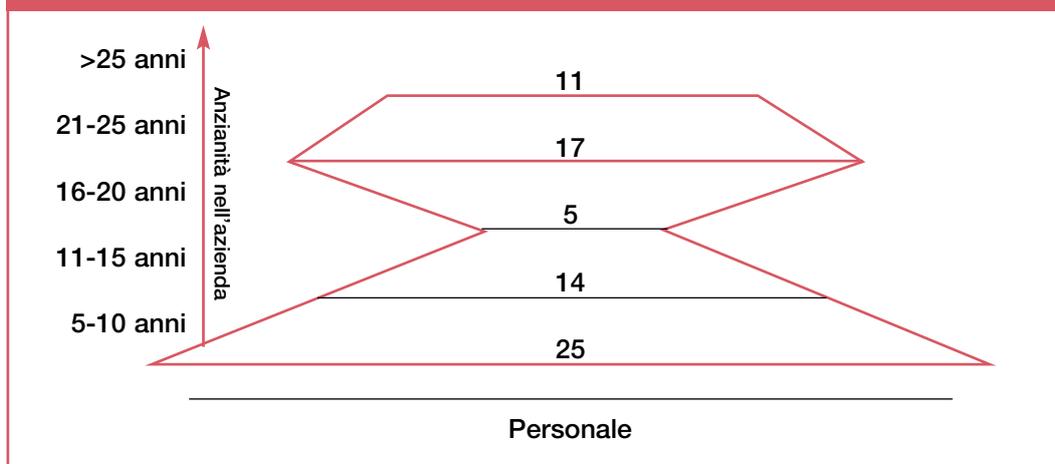
- **Conoscenze.** Elevata formazione, principalmente di tipo medico (l'88% dei rispondenti ha conseguito una laurea in medicina; solo il 7% ha una formazione di tipo economico-giuridica), con spiccata propensione all'aggiornamento e alla specializzazione. L'85% dei rispondenti, oltre al corso di formazione manageriale organizzato dall'Università Tor Vergata nel 2011, ha infatti frequentato negli ultimi 5 anni corsi di formazione e specializzazione post laurea (principalmente corsi di formazione e di aggiornamento di breve durata e corsi di perfezionamento; il 21% dei rispondenti dichiara comunque di aver frequentato negli ultimi 5 anni un master di durata almeno annuale).
- Tra le conoscenze tecnico-manageriali ritenute rilevanti nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro troviamo al primo posto "il project management e la gestione per processi", seguito "dall'analisi e progettazione organizzativa" e dalla "gestione ed amministrazione del per-

¹ Condotta attraverso la somministrazione di un questionario ai partecipanti del terzo "Corso di Formazione manageriale per dirigenti sanitari con incarico di direzione sanitaria aziendale o responsabilità di struttura complessa e per Direttori Generali e Amministrativi delle Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere della Regione Basilicata".

sonale”. “L’evoluzione delle tecnologie sanitarie e dei processi di offerta dei servizi sanitari” insieme alle “politiche regionali nel settore sanitario e sociosanitario” sono, invece, le conoscenze ed informazioni sull’ambiente esterno ritenute maggiormente rilevanti nello svolgimento quotidiano della propria attività. Conoscere le strategie organizzative e di offerta di servizi di altre aziende private non è ritenuto importante a differenza del benchmarking con altre aziende sanitarie pubbliche.

- **Esperienze.** Elevata esperienza professionale nel SSN (il 70% dei rispondenti ha un’anzianità di servizio nel SSN superiore a 21 anni, ben il 46% superiore a 25 anni) e nella propria azienda (la ripartizione del personale dirigenziale per anzianità maturata nella propria azienda assume nel campione di riferimento una curiosa forma a “clessidra piramidale” (Figura 1), con una bassa percentuale di dirigenti ricadenti nella fascia 16-20 anni). Sono presenti molteplici episodi di mobilità (solo il 22% dei rispondenti dichiara di non aver avuto, prima di lavorare nell’attuale azienda, altre esperienze lavorative), che avviene quasi esclusivamente all’interno della pubblica amministrazione (72% dei casi); il 62,5% dei rispondenti ha avuto in particolare esperienze in altre aziende sanitarie pubbliche (di cui il 21% in più di due aziende). Pochi (solamente il 4%) i ruoli manageriali con esperienza nel settore privato.

Figura 1 – La clessidra piramidale dell’anzianità di servizio



- **Comportamenti.** I ruoli manageriali svolgono quotidianamente la propria attività lavorativa bilanciando perfettamente la quantità di tempo dedicata al lavoro di gruppo/team e al lavoro individuale (principalmente attività specialistiche professionali di tipo medico, infermieristico e tecnico-sanitarie). La presenza di una percentuale elevata di rispondenti (26%) che pongono al primo posto, tra le attività individuali quotidianamente svolte, quelle di tipo manageriale piuttosto che di tipo specialistico-professionale, come “il coordinamento e la partecipazione a riunioni” (12%) e l’attività di “programmazione, budgeting e miglioramento della qualità” (13%) è compatibile e coerente con la qualifica di dirigente medico “con responsabilità di struttura”, semplice o complessa che sia, categoria rappresentativa del campione di riferimento.
- Con riferimento ai rapporti interpersonali, i ruoli manageriali, quotidianamente nel proprio lavoro, si relazionano quasi esclusivamente con personale della propria azienda.

- **Capacità.** La “capacità di analisi e approfondimento dei problemi” e il “saper sviluppare e motivare le persone” tramite il percorso della “sensibilità ed ascolto” (largamente preferito rispetto all’esercizio del potere autoritario che, come emerge dalla letteratura, ha innescato in passato molteplici pericolosi circoli viziosi) risultano essere rispettivamente la capacità tecnico-manageriale e la capacità relazionale ritenute maggiormente rilevanti nello svolgimento quotidiano del proprio lavoro. L’orientamento al risultato e alla qualità dei servizi sono qualità personali considerate importanti ma non sorprende che risultino indispensabili “lo spirito d’iniziativa e le capacità innovative”, in un contesto di risorse sempre più scarse a fronte di bisogni crescenti.
- Si delinea così il profilo del “medico manager” (perché responsabile di azienda o di struttura, semplice o complessa che sia), che in Basilicata è conscio del proprio ruolo nell’azienda e consapevole non solo di quanto sia importante introdurre in Basilicata (ad oggi ne è ancora sprovvista) un sistema di gestione per competenze (il 91% dei rispondenti lo ritiene rilevante), ma soprattutto di quanto importante sia collegarlo a sistemi di sviluppo del personale (il 58% ritiene infatti rilevante l’introduzione di un sistema di gestione per competenze solo se collegato a sistemi di sviluppo del personale).

Da quanto emerge sia in letteratura che nella prassi, a quasi venti anni dall’adozione dell’istituto economico-aziendale in sanità le modalità di gestione delle risorse umane e professionali sembrano in generale rimaste immutate dal periodo pre-aziendalizzazione (Cerismas 2010), prevalentemente affrontate in un’ottica burocratico-amministrativa (il 55%) “che porta la maggior parte del personale dedicato agli uffici di gestione delle risorse umane a dedicarsi a processi meramente amministrativi, per esempio paghe e contributi e posizioni previdenziali” (Cicchetti 2010), più che di gestione strategica.

Ne è un esempio il fatto che i processi di selezione restano ancorati ai meccanismi concorsuali, con oltre il 60% delle aziende in cui il fabbisogno è valutato su base quantitativa, piuttosto che, salvo rare eccezioni, su competenze professionali. I percorsi di carriera sono legati all’applicazione di normative e regole di contrattazione nazionale e decentrata, marginalmente sono basati su pratiche di valutazione dei potenziali e job evaluation. Risulta ampiamente diffusa l’applicazione di valutazione delle performance e delle posizioni anche in attuazione della recente “Riforma Brunetta”, ma non sempre esiste una coerenza tra metodi di valutazione, erogazione degli incentivi e la programmazione dei percorsi di carriera.

Il passaggio ad una aziendalizzazione “matura” nel Ssn passa quindi da un cambiamento di natura sia fattuale che culturale anche nel campo delle pratiche di Human Resource Management, in cui dovrebbero essere centrali gli individui e le loro competenze, gestiti e sviluppati secondo un approccio integrato in un disegno unitario, flessibile e coerente con la strategia aziendale, e responsabilizzati in ottica di “servizio-risultato-miglioramento”.

Da dove partire? Sicuramente da una mappatura delle competenze di tutto il personale del SSR e dall’individuazione del gap esistente, da un sistema informativo integrato del personale come necessario fattore abilitante, dal benchmarking e benchlearning, imparando dalle recenti esperienze pilota di sistemi di gestione per competenze sviluppati in alcune strutture sanitarie pubbliche e private, ma soprattutto dalla passione di una classe di medici manager capaci e consapevoli delle proprie capacità ma anche dei propri limiti (la formazione di tipo medico-specialistico non fornisce tutti gli strumenti necessari ai medici con responsabilità manageriali; i medici manager necessitano, infatti, di percorsi formativi *ad hoc* di tipo economico-aziendale-manageriale) e per questo propensa all’aggiornamento continuo, come emerge dall’indagine (si pensi all’alta partecipazione a corsi di formazione negli ultimi 5 anni e all’importanza data ai sistemi di gestione per competenze solo se collegati ai sistemi di sviluppo del perso-

nale) e ancor di più come dimostra l'entusiasmo e l'alta partecipazione al corso di formazione manageriale organizzato dalla Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata nel corso del 2011.

Una classe di medici manager, quindi, dotata di un considerevole bagaglio di conoscenze, esperienze e capacità, fortemente motivata.

Sicuramente un buon punto di partenza. Perché è proprio la *motivazione*, elemento che permette la messa in moto e che trasforma le capacità, le esperienze e le conoscenze in competenze applicate e finalizzate, che funge da catalizzatore tra attitudine, capacità, conoscenze, esperienze e competenze². *“Senza la motivazione la competenza non si può realizzare”* (Levati).

² *L'altro catalizzatore, insieme alla motivazione, è il contesto, formato da opportunità d'esercizio e opportunità oggettiva e influenzato dalla cultura aziendale.*

Curriculum Vitae Autori

✓ ALATO CRISTINA

Statistica.

Laurea in: Scienze statistiche e demografiche per le politiche sociali e sanitarie presso la Facoltà di Statistica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Collabora con il CEIS Sanità dal 2008.

✓ BATTAGLIA GIORGIA

Economista.

Laurea in: Economia e gestione dell'Innovazione, presso Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Master in: Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie presso Università di Roma "La Sapienza". Collabora con il CEIS Sanità dal 2010.

✓ BERNARDINI ANNA CHIARA

Economista.

Laurea in: Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari presso "Università Cattolica del Sacro Cuore" di Roma. Collabora con il CEIS Sanità dal 2008.

✓ CONTE ANNA

Economista.

Laurea in: Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Dottoranda di Ricerca in Economia e Gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche. Collabora con il CEIS presso la facoltà di Economia dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✓ D'ADAMO ANTONELLA

Economista.

Laurea in: Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Master in governo clinico ed economico delle strutture sanitarie e Master in Innovazione e Management nelle Amministrazioni Pubbliche.

Dottoranda di ricerca in Economia e gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, lavora presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di assegnista di ricerca. È Professore a contratto di Economia Aziendale, Management Sanitario e Organizzazione aziendale presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Collabora con il CEIS Sanità dal 2005.

✓ D'ADAMO FILOMENA

Lavora come consulente in qualità di terapeuta della riabilitazione presso la Struttura Fondazione Don Gnocchi, ONLUS, presso la sede di Acerenza (PZ). Collabora con il CEIS Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **D'ANGELA DANIELA**

Ingegnere.

Laurea specialistica in: Ingegneria biomedica. Master di II° livello in: Management in clinical engineering: Collabora con il CEIS Sanità dal 2011.

✓ **D'ATTIS ANDREA**

Ingegnere.

Clinico e Biomedico, stagista in staff alla Direzione Generale. Gestione delle Tecnologie presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini in Roma. Collabora con il CEIS Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **FIORANI GLORIA**

Economista.

Laurea in: Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Dottoranda di ricerca in Economia e gestione delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, lavora presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" in qualità di assegnista di ricerca e di Professore a contratto dei corsi di Corporate Social Responsibility e rendicontazione sociale ed Economia delle Aziende non profit. Collabora con il CEIS Sanità dal 2007.

✓ **GIANNARELLI DIANA**

Statistica.

Laurea in: Scienze Statistiche e Demografiche presso l'Università degli Studi di Roma 'La Sapienza'. Nel dicembre 1993 prende servizio come dirigente analista presso gli I.F.O. dove è tuttora in servizio. Collabora con il CEIS Sanità dal 2011.

✓ **GIORDANI CRISTINA**

Economista.

Laurea in: Economia delle Istituzioni e dei Mercati Finanziari, presso facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - Master in: Economia e management dei Servizi Sanitari, presso Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Attualmente lavora presso il Ministero della Salute, Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali. Collabora con il CEIS Sanità dal 2000.

✓ **GITTO LARA**

Economista.

Master in International Business and Economic Integration. Master in Economia Sanitaria. Docente a contratto di Economia Pubblica presso l'Università di Messina.

Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma Tor Vergata.

✓ **LISTA VALENTINA**

Economista.

Laurea specialistica in: Economia e Gestione delle aziende e dei servizi sanitari, conseguita presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Master di II Livello in: Governo Clinico ed Economico nelle Strutture Sanitarie, presso Università "Tor Vergata" di Roma. Collabora con il CEIS Sanità dal 2009.

✓ **MANCUSI ROSSELLA LETIZIA**

Statistica.

Laurea in: Scienze Statistiche e Demografiche Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Collabora con il CEIS Sanità dal 2011.

✓ **MARCELLUSI ANDREA**

Statistico.

Master in Economia e Gestione in sanità

Dottorando nella scuola di dottorato in Statistica, "Sapienza" Università di Roma

Collaboratore di ricerca in Economia Sanitaria del CEIS, Facoltà di Economia, Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

✓ **MENEGUZZO MARCO**

Economista.

Laurea in: Economia Aziendale presso l'Università Luigi Bocconi di Milano.

Dal 2002 è Professore ordinario in Economia delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche e di Economia delle aziende non profit presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e professore a contratto di Management pubblico e non profit presso l'Università Svizzera italiana.

Direttore del Master in Innovazione e Management delle Amministrazioni pubbliche e del Master Lavorare nel non profit dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", docente di diversi programmi di Master a livello nazionale ed internazionale e coordinatore di progetti di ricerca presso il CEIS Sanità dal 2003.

✓ **MENNINI FRANCESCO SAVERIO**

Professore incaricato dell'insegnamento di Politica Economica presso la Facoltà di Scienze dell'Università di Roma "Tor Vergata".

Professore Supplente dell'insegnamento di Economia Sanitaria presso la Facoltà di Statistica dell'Università di Roma "La Sapienza". Ricercatore presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata".

CHAIR del Comitato Scientifico dell'Associazione Europea di Economia Sanitaria (ECHE).

✓ **PLONER ESMERALDA**

Economista.

Laurea in: Economia delle Amministrazioni Pubbliche ed Istituzioni Internazionali presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Collabora con il CEIS Sanità dal 2004.

✓ **POLISTENA BARBARA**

Statistica.

Laurea in: Scienze Statistiche demografiche e sociali. Master in: Economia e management dei Servizi Sanitari. Master in: Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi. Dottoranda di ricerca in: Metodi Di Ricerca Per L'Analisi Del Mutamento Socio-Economico. Collabora con il CEIS Sanità dal 2005.

✓ **SCIATTELLA PAOLO**

Statistico.

Laurea in: Scienze statistiche e demografiche per le politiche sociali e sanitarie. Collabora con il CEIS Sanità dal 2008.

✓ **SPANDONARO FEDERICO**

Economista.

Docente di Economia Sanitaria Università di Roma "Tor Vergata".

✓ **TANESE ANGELO**

Economista.

Laurea in: Economia Aziendale presso l'Università Luigi Bocconi di Milano e D.E.A. in Sociologia dell'Organizzazione presso l'Institut d'Etudes Politiques di Parigi.

Docente di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Scienze Sociali di Chieti, ha ricoperto incarichi dirigenziali in diverse aziende sanitarie. Attualmente è responsabile della U.O. Controllo di gestione dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma e dirige l'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva.

Il CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali) istituito nel 1987 presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", promuove attività di ricerca, realizza progetti di formazione post-universitaria, organizza seminari e conferenze, stabilisce accordi di cooperazione con altre Università, istituzioni nazionali ed organismi internazionali. Le attività di ricerca, ispirate a criteri di interdisciplinarietà, si concentrano sull'analisi dell'integrazione economica europea nei processi di globalizzazione, nel ruolo delle istituzioni nella crescita economica. Il Centro attribuisce priorità allo sviluppo di metodologie e strumenti per l'analisi quantitativa dei fenomeni e delle politiche economiche. Il CEIS pubblica le riviste CEIS Working Papers, le riviste trimestrali Labour, libri, monografie e la Newsletter.

Fondazione Universitaria Economia Tor Vergata CEIS nasce nel dicembre 2008 dall'esperienza maturata dal Ceis, Center for Economic and International Studies dell'Università di Roma Tor Vergata per:

- sviluppare l'approccio fondato su internazionalizzazione e interdisciplinarietà, collocando in una prospettiva economica l'analisi di regole, tecnologia ed istituzioni
- creare una struttura a rete capace di essere un luogo di effettivo incontro e collaborazione su progetti tra istituzioni pubbliche e private, competenze accademiche e non
- realizzare modalità di trasferimento della conoscenza capaci di integrare locale e globale
- sostenere e dare un impulso al rapporto tra il mondo della ricerca, società civile ed istituzioni capace di promuovere l'innovazione e lo sviluppo sostenibile.

Il Rapporto Sanità del CEIS, giunto alla sua VIII edizione, è una iniziativa nata nel 2003 con il duplice scopo di diffondere le attività dei ricercatori dell'Università di Roma Tor Vergata nel campo dell'economia, politica e management sanitario e, allo stesso tempo, di fornire elementi a supporto delle politiche sanitarie, nella convinzione che governare un sistema complesso come quello sanitario richieda analisi e approfondimenti continui, scientificamente rigorosi e indipendenti.

L'impostazione del Rapporto è improntata ad un approccio quantitativo, in ossequio tanto alla vocazione prevalente dei ricercatori che lo sviluppano, quanto al desiderio che pur la *vision* che ne emerge sia fondata su un rigoroso approccio economico e statistico.

Al volume cartaceo si accompagna la possibilità di accesso via WEB a tutte le tavole statistiche sviluppate a supporto del Rapporto; la consultazione della banca dati è possibile all'indirizzo www.rapportosanita.it oppure mediante gli appositi link nel sito del CEIS (www.ceistorvergata.it/sanita/rapporto) o di 4 Health Innovation Srl (www.4hi.it o direttamente <http://rs-ceis.4healthinnovation.org>).

