



Rapporto **CEIS - Sanità 2003** *Bisogni, risorse e nuove strategie*

a cura di

V. Atella

A. Donia Sofio

F.S. Mennini

F. Spandonaro

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

Editore *Gruppo* Italpromo
Italpromo Esis Publishing Srl



Rapporto CEIS - Sanità 2003

Bisogni, risorse e nuove strategie

© Italtpromo Esis Publishing srl - Via dei Magazzini Generali, 18/20 - 00154 Roma

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

Indice

Prefazione dell’Editore	
<i>di Cesare Fassari</i>	13
Presentazione del Rapporto	
<i>di Giovanni Tria</i>	15
Introduzione	
<i>di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S. Mennini, F. Spandonaro</i>	17
<i>Parte I - Il quadro istituzionale e la domanda di servizi sanitari</i>	
<i>Capitolo 1 - Il quadro macroeconomico ed istituzionale e l’evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nella UE</i>	
<i>di Laura Francia e Francesco S. Mennini</i>	
1.1 Introduzione	29
1.2 L’entità della spesa sanitaria: confronto tra i principali paesi della UE	31
1.3 Considerazioni finali	38
Bibliografia	39
<i>Capitolo 2 - Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD</i>	
<i>di Vincenzo Atella, Barbara Bernardi e Mariacristina Rossi</i>	
2.1 Il modello teorico	41
2.2 Il modello empirico	42
2.3 I risultati empirici e le simulazioni	43
2.4 L’evoluzione della spesa sanitaria a livello regionale	48
Bibliografia	52
<i>Capitolo 3 - La spesa sanitaria privata e gli effetti redistributivi delle politiche sanitarie</i>	
<i>di Vincenzo Atella, Barbara Bernardi e Mariacristina Rossi</i>	
3.1 Introduzione	53
3.2 I cambiamenti nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e privata	55
3.3 I dati e le variabili esplicative	57
3.4 La composizione della spesa sanitaria per tipologia di famiglia	57
3.4.1 Spesa per servizi sanitari	57
3.4.2 Spesa per medici	60
3.4.3 Spesa per medicinali	62
3.4.4 Spesa per attrezzature sanitarie	64

3.4.5	Spesa per analisi cliniche ed esami radiologici	66
3.4.6	Spesa per ricoveri ospedalieri, ricoveri in cliniche e pronto soccorso	68
3.4.7	Spesa per assistenza a disabili e anziani non autosufficienti e per ricoveri in case di riposo	68
3.5	Le determinanti della spesa privata: un'analisi econometrica	71
3.5.1	I risultati econometrici: la spesa per servizi sanitari nel complesso	75
3.5.2	Le componenti della domanda per beni e servizi sanitari	76
3.5.3	Simulazione della spesa medica per differenti tipologie familiari	77
3.6	Considerazioni finali	78

Bibliografia	81
---------------------	----

Parte II – Le politiche sanitarie in Italia

Capitolo 4 - **Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi**

di Andrea Rafaniello e Federico Spandonaro

4.1	Premessa	85
4.2	Il sistema di finanziamento del servizio sanitario: dal fondo sanitario nazionale al federalismo fiscale in sanità	86
4.3	Metodologia, dati ed assunti	87
4.4	Risultati	89
4.5	Considerazioni finali	91

Bibliografia	92
---------------------	----

Capitolo 5 - **Le politiche per l'assistenza ospedaliera**

di Laura Piasini, Matteo Ruggeri e Federico Spandonaro

5.1	Premessa	93
5.2	I progetti obiettivo del piano sanitario nazionale	94
5.2.1	Attuare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza	94
5.2.2	Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili	94
5.2.3	Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche	95
5.2.4	Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i centri di eccellenza e gli altri ospedali	95
5.2.5	Potenziare i servizi di urgenza ed emergenza	95
5.2.6	Conseguenze dei progetti obiettivo	95
5.3	Le politiche ospedaliere regionali	96
5.4	Valutazioni di policy: perseguibilità ed adeguatezza del tetto al 4 per mille	97
5.5	Considerazioni finali	98

Capitolo 6 - **Le politiche farmaceutiche**

di Federico Spandonaro e Laura Fioravanti

6.1	Premessa	101
6.2	Le politiche a livello centrale	103
6.3	Politiche regionali	105
6.4	Valutazioni e indicazioni di policy	110

Bibliografia	113
---------------------	-----

Capitolo 7 - **Le politiche socio-sanitarie per gli anziani**

di Amalia Donia Sofio e Federico Spandonaro

7.1	Premessa	115
7.2	La stima dei bisogni	116
7.3	La scelta dello schema di tutela	118
7.4	Le opzioni gestionali	120
7.5	Considerazioni finali	122

Bibliografia	123
---------------------	-----

Capitolo 8 - **La valutazione delle performance nel Servizio Sanitario**

di Annarita Barrella e Federico Spandonaro

8.1	Premessa	125
8.2	L'impatto degli outcome sulla valutazione economica	126
8.3	La normativa italiana e il monitoraggio dei LEA	128
8.4	Le difficoltà di misurazione degli outcome	129
8.5	Considerazioni finali	130

Bibliografia	136
---------------------	-----

Capitolo 9 - **Health Information e E-Health: sviluppi e prospettive**

di Cristina Giordani

9.1	Premessa	137
9.2	L'Health Information in Italia	138
9.3	Le esperienze internazionali: "EUPHIN" (European Union Public Health Information Network)	142
9.4	Le esperienze internazionali: Information for Health, del NHS del Regno Unito	143
9.5	E-Health	145
9.6	La qualità delle informazioni su Internet: linee guida per la costruzione di siti sanitari	147
9.7	Considerazioni finali	150

Bibliografia	151
---------------------	-----

Capitolo 10 - **Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario**

di Marco Meneguzzo e Corrado Cuccurullo

10.1	Premessa	153
10.2	I sistemi sanitari nel nuovo scenario finanziario	154
10.3	I disavanzi regionali	156
10.4	La ricentralizzazione regionale; lo sviluppo di logiche di grip back nel Servizio sanitario nazionale	160
10.4.1	Le logiche ed i sistemi di pianificazione regionale	163
10.4.2	Scelte a livello organizzativo	165
10.4.3	Interventi di riconfigurazione della catena del valore delle aziende sanitarie	168

Bibliografia	172
---------------------	-----

Parte III - Il quadro internazionale

Capitolo 11 - **Equità nell'accesso all'assistenza sanitaria: aggiornamenti dall'evidenza internazionale**

di Eddy van Doorslaer

11.1	Premessa	175
11.2	Iniquità nell'assistenza sanitaria in Europa: che cosa significa e come può essere misurata?	176
11.3	Equità nell'assistenza sanitaria in Europa: dove?	177
11.4	Iniquità nell'assistenza sanitaria in Europa: perché?	180
11.5	Conclusioni e implicazioni di policy	187

Bibliografia	190
---------------------	-----

Capitolo 12 - **Il sistema sanitario inglese: problemi e prospettive**

di Alistair mcguire e Elias Mossialos

12.1	Premessa	191
12.2	Le questioni organizzative	192
12.3	I futuri finanziamenti	194
12.4	Una valutazione sui futuri finanziamenti al NHS	197

Bibliografia	198
---------------------	-----

Capitolo 13 - **Riforme sanitarie in Germania nel 2002 e introduzione di un modello DRG tedesco per gli ospedali**

di Helmut Hildebrandt e Steffen Wahler

13.1	Premessa	199
13.2	Introduzione di un sistema DRG in Germania	200
13.3	Discussione	203

13.3.1	Alcuni punti di discussione nel corso dell'anno e risposte temporanee	204
13.3.2	È veramente possibile rappresentare in modo corretto tutte le prestazioni secondo i DRG?	204
13.3.3	Come deve essere agganciata la remunerazione delle prestazioni mediche a scelta per i pazienti assicurati privatamente al sistema DRG?	205
13.3.4	Come possono riuscire gli ospedali a conteggiare effettivamente in modo corretto secondo i DRG.	205
13.3.5	Quali effetti avrà la remunerazione secondo i DRG sulle spese delle casse mutue (e quali effetti diversi ci saranno tra le diverse casse mutue?)	206
13.3.6	Su quale base-importo viene contrattata-stipulata l'aliquota di base?	206
13.3.7	Esistono supplementi per l'assistenza di emergenza e quanto sono elevati?	206

Capitolo 14 - **La crisi nell'assistenza sanitaria degli USA**

di Paul J. Feldstein

14.1	Premessa	209
14.2	Il controllo dell'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria	210
14.2.1	Programmi Governativi	210
14.2.2	Il mercato dell'assicurazione privata	213
14.3	Problemi redistributivi	216
14.3.1	Sussidi ai poveri e ai non assicurati	217
14.3.2	Un nuovo beneficio per gli anziani: le prescrizioni farmaceutiche	217
14.4	Conclusioni	218

Bibliografia	219
---------------------	-----

Indice dei Box

• Gli effetti distributivi delle politiche sanitarie: il caso dell'abolizione del ticket sui farmaci sulla spesa sanitaria delle famiglie	79
• Effetti distorsivi della concorrenza amministrata nel SSR Campano	159
• Esempi di <i>grip back</i> in Italia	162
• La trasformazione istituzionale degli IRCSS Lombardi	165
• Le economie di scala stimate dalla Regione Molise	166
• Il riassetto del SSR Calabrese	167
• Esempi di coordinamento delle politiche di acquisto	168
• L'esternalizzazione delle attività in Toscana	169
• Cosa sono i DRG	201

Indice degli autori	220
----------------------------	-----

A faded, light green background image showing a group of people in a meeting or conference setting. Some individuals are standing and gesturing, while others are seated. The image is semi-transparent, allowing the text to be overlaid.

Ceis - sanità 2003

presentazione del rapporto

Prefazione dell'Editore

Nell'ambito delle iniziative editoriali del Gruppo Italtel mancava un appuntamento stabile con l'analisi economica del sistema sanitario.

Con l'edizione di questo primo "Rapporto Sanità" curato dal Ceis, l'ambizione è quella di presidiare nel tempo un particolare angolo di osservazione della sanità italiana. Una postazione dalla quale poter osservare quell'insieme di fenomeni e fattori politici, sociali, professionali e istituzionali dalla cui amalgama dipende lo stato di salute "economico e finanziario" di un sistema sanitario moderno.

Questo rapporto, infatti, fa della grande questione delle risorse economiche e della loro utilizzazione in sanità, il cuore stesso dell'analisi svolta e delle proposte enunciate, ponendo al centro dell'osservazione, ed è la prima volta nel panorama della ricerca di settore in Italia, la sostenibilità economica del sistema salute, rispetto alla realtà del quadro economico congiunturale in cui esso opera, e la sua rispondenza alla domanda di assistenza, così come essa si evolve per il variare dei contesti sociali, culturali, scientifici e politici del Paese.

In altri termini la sfida, che il Gruppo Italtel ha raccolto avviando una specifica collaborazione con il Ceis per la divulgazione del Rapporto, è quella di contribuire all'affermarsi nel Paese di un metodo di osservazione delle dinamiche economiche in sanità in grado di contemperare l'unicità del comparto sanitario rispetto agli altri comparti di public utility (e ciò per il suo innegabile valore aggiunto in termini di funzione etica e sociale di salvaguardia della vita umana in tutte le fasi dell'esistenza dell'individuo), con le dinamiche di valutazione di una performance economica tradizionale.

Quindi un approccio sì economico, ma anche "di parte", se così possiamo dire.

Dove per "parte" si intende proprio il farsi portatori di critiche, valutazioni, proposte, assolutamente appropriate sul piano dell'analisi economica ma soddisfacenti anche quell'esigenza di valutazione specifica dell'attività dei servizi sanitari, e delle stesse imprese che concorrono alla produzione di presidi farmaceutici e medici, che non sia avulsa dalla mission finale del sistema, che resta ed è la tutela della salute della popolazione.

Siamo, di fatto, dinanzi ad un nuovo modo di studiare l'economia sanitaria, laddove il solo aspetto della spesa non è più protagonista assoluto di indici e graduatorie ma si inserisce in un contesto ove si colloca come uno degli elementi da valutare per giudicare una politica di intervento o una scelta di programmazione.

Dopo gli anni del sostanziale “primato” dell’economia sulla medicina, con la conseguente prevalenza degli aspetti gestionali e manageriali su quelli direttamente ascrivibili alla tutela della salute del cittadino in quanto destinatario primario dell’intero sistema, con questo Rapporto si è intrapresa una strada diversa, dove l’economista si avvicina alla materia sanitaria senza scartare a priori le sovrastrutture specifiche di questo settore ma anzi facendole proprie e cercando di porle sempre in relazione con gli “scopi” reali della “macchina” sanitaria.

L’economia e i suoi metodi, questo il nostro auspicio, possono così modellarsi finalmente in uno strumento per l’analisi del sistema e non nel suo fine ultimo.

Cesare Fassari
Direttore Editoriale Gruppo Italtel

Presentazione del Rapporto

Sono passati circa dieci anni da quando è stato istituito presso il CEIS Tor Vergata (Centro di studi internazionali sull’economia e sullo sviluppo) il Laboratorio di ricerca sull’Economia Sanitaria (LAREF), diventato rapidamente un centro di riferimento a livello nazionale per gli studi di economia sanitaria, per la formazione post-laurea e per la domanda di assistenza tecnica e scientifica da parte di istituzioni ed enti pubblici e privati.

La costituzione del Laboratorio ha rappresentato una scelta strategica determinata dalla consapevolezza che i temi oggetto degli studi di economia sanitaria andavano progressivamente uscendo dal campo degli interessi di settore per porsi al centro dei problemi più generali relativi alla crescita, al ridisegno dei sistemi del welfare, alle politiche di bilancio e di sostenibilità di lungo periodo della finanza pubblica.

I problemi di tipo microeconomico, attinenti ai metodi di gestione ed ai sistemi di incentivi che dovrebbero garantire l’efficienza e l’efficacia dei servizi sanitari, hanno attratto l’interesse degli amministratori sia pubblici che privati impegnati, in ogni parte del mondo, a far fronte ai problemi imposti dalla crescita della domanda di servizi sanitari e quindi della spesa pubblica ad essa connessa. Efficienza e dinamica della spesa pubblica in sanità sono due temi che animano non solo il dibattito scientifico, ma anche la cronaca del dibattito di politica economica o del dibattito politico tout court. Meno attenzione viene a volte posta, almeno dai non addetti ai lavori, al fatto che i sistemi sanitari si devono confrontare con fenomeni di fondo, quali il tasso di innovazione scientifica ed il mutamento dei modelli di consumo e di spesa che esso di per sé induce aumentando le opportunità di cura. Fenomeni, questi, che comportano scelte non facili, che riguardano l’allocazione delle risorse e la distribuzione, secondo principi di equità, dei benefici del progresso scientifico. Basti ricordare a questo proposito quanto sia rilevante il livello di salute delle popolazioni dei vari paesi come fattore di crescita e le difficoltà, a volte le ipocrisie, che caratterizzano il dibattito sui diritti di proprietà intellettuale in campo sanitario. Si tratta di temi che spesso portano oltre i confini del dibattito economico finendo con il toccare problemi cruciali di etica e politica dello sviluppo scientifico.

Il primo Rapporto CEIS – SANITA’ affronta solo alcuni dei temi qui sopra accennati con un duplice obiettivo. Il primo è quello di fornire analisi che possano essere utili all’ado-

zione concreta di politiche rivolte alla soluzione dei problemi urgenti di breve periodo qui in Italia. Il secondo è quello di rafforzare la conoscenza delle variabili fondamentali che determineranno nel futuro l'evoluzione di tali problemi. La prima sezione del Rapporto è, quindi, dedicata all'analisi degli scenari futuri della spesa sanitaria attraverso valutazioni di tipo quantitativo effettuate mediante il modello econometrico per la determinazione della spesa sanitaria pubblica in Italia (SANIMOD), realizzato presso il CEIS-Tor Vergata. La seconda sezione è invece dedicata all'analisi delle politiche sanitarie attuate in Italia, ai problemi che queste incontrano nella loro fase di implementazione ed agli effetti che generano (o potrebbero generare) sul sistema sanitario e sul benessere dei cittadini. Infine, l'ultima sezione getta uno sguardo su quanto sta avvenendo nel resto del mondo, raccogliendo i contributi di una serie di esperti di fama internazionale sui problemi e le prospettive di alcuni dei principali sistemi sanitari.

La pubblicazione di questo rapporto si colloca, quindi, all'interno di un filone di attività di analisi delle politiche economiche da tempo avviato presso il CEIS Tor Vergata, il cui obiettivo principale è quello di proporre analisi qualitative e quantitative degli effetti di mutamenti istituzionali e cambiamenti nella struttura economica, analisi che possano aiutare i policy makers nella valutazione degli impatti delle riforme economiche, nel breve e nel lungo periodo, sulla crescita e la stabilità economica.

Giovanni Tria
Direttore del Ceis-Tor Vergata

Introduzione

Vincenzo Atella, Amalia Donia Sofio,
Francesco S. Mennini e Federico Spandonaro

In quest'epoca di globalizzazione anche per i problemi del settore sanitario si hanno forti similarità in tutti i paesi ad economia avanzata: qualunque sia la tipologia di finanziamento e di organizzazione dei diversi sistemi sanitari, la sfida per i policy makers rimane il difficile accordo tra le crescenti richieste dei pazienti-consumatori, sempre più consapevoli del proprio diritto a pretendere uno stato di salute migliore e quindi dei servizi sanitari appropriati in termini di efficacia e di qualità, e le risorse disponibili, sempre più scarse soprattutto a causa dei vincoli macroeconomici, legati al difficile andamento dell'economia mondiale ed agli accordi internazionali.

Non meraviglia, infatti, che il motivo ricorrente in tutte le riforme dei sistemi sanitari portate avanti nei paesi OCSE a partire dagli anni '90 sia stata una rincorsa affannosa verso l'efficienza, intesa però molto spesso come un mero contenimento dei costi dell'assistenza sanitaria, creando degli effetti negativi in termini di perdita di efficacia e di equità.

Il filo conduttore di questo primo Rapporto CEIS Sanità vuole essere proprio questo: cercare di capire in che modo nel nostro paese si è cercato di realizzare un "ragionevole" incontro tra bisogni e risorse, tenendo conto che tale sfida è stata resa ancora più ardua dal processo di transizione in atto verso un sistema federale, che ha accentuato i problemi di equità orizzontale tra i cittadini di regioni diverse.

La spesa sanitaria pubblica e privata

Nella prima parte del rapporto viene affrontato il problema della spesa sanitaria e del quadro macroeconomico. Dalla lettura dei singoli saggi contenuti in questa parte si possono trarre alcune considerazioni.

Anzitutto, l'analisi dell'andamento della spesa sanitaria pubblica in tutti i paesi OCSE ha mostrato, com'è noto, una crescita accentuata in rapporto al PIL dovuta principalmente a quattro fattori: l'aumento della quota di popolazione anziana con il conseguente aumento di malattie croniche, il bisogno crescente di assistenza sanitaria ed il passaggio a sistemi di assistenza universalistica, il progresso tecnologico associato a terapie più efficienti, l'assenza di linee guida chiare nel trattamento dei pazienti. Nel tentativo di contrastare tale tendenza, la maggior parte dei paesi ha intrapreso delle politiche di controllo dei costi dell'assistenza sanitaria (di maggiore o minore successo), il cui effetto principale si è risolto in un aumento della componente privata della spesa sanitaria, in seguito, soprattutto, all'ampliamento delle forme di compartecipazione ai costi ed all'introduzione di logiche di mercato (vedi Francia-Mennini), che ha spesso prodotto delle forti differenze tra i pazienti nell'accesso ai servizi sanitari.

Da questo punto di vista, l'Italia non ha rappresentato un'eccezione e gli anni '90 sono stati un periodo di grandi cambiamenti per il sistema sanitario italiano, anche se molto spesso il rigore nel controllo della spesa pubblica è stato realizzato attraverso interventi ad hoc, piuttosto che attraverso il disegno di una politica di risanamento di lungo periodo.

Una guida utile per capire il ruolo e l'importanza delle diverse cause strutturali nell'incremento della spesa può essere fornita da un modello econometrico (Atella, Bernardi e Rossi) in cui sono stati stimati, utilizzando dati annuali di spesa sanitaria pubblica dal 1963 al 2001, i possibili effetti sulla spesa sanitaria nazionale e su quella regionale di cambiamenti in alcune variabili ritenute significative, come il reddito disponibile, i prezzi dei beni e servizi sanitari, le caratteristiche demografiche, il numero dei farmaci innovativi e l'eventuale compartecipazione al costo da parte dei cittadini.

In queste simulazioni, utili a fornire informazioni sulla possibile dinamica della spesa pubblica italiana nel breve e nel medio periodo, si sono ipotizzati diversi possibili "scenari", da quello base caratterizzato dalla crescita della sola variabile PIL (secondo previsioni pessimistiche), a quello in cui crescono sia il PIL (secondo previsioni più ottimistiche) sia il livello dei prezzi nel settore sanitario, ad un altro in cui vengono aggiunti i cambiamenti previsti nella struttura della popolazione, e ad un ultimo in cui si ipotizza l'introduzione di una forma di co-payment che permetta alla spesa pubblica di rimanere all'interno dei tetti di spesa previsti per il 2002-2004. I risultati ottenuti, essendo in grado di fornire delle indicazioni quantitative sugli incrementi di spesa necessari a seguito della variazione di una serie di variabili di natura strutturale (come ad esempio la struttura della popolazione), sono molto utili per individuare gli strumenti ottimali nelle politiche di controllo della spesa. Come effetto dei provvedimenti di controllo dei costi adottati, il cambiamento nel rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica è stato in Italia di considerevole ampiezza (dopo il 1995 il rapporto tra le due è passato dal 20 al 30%), con notevoli effetti redistributivi tra le varie fasce di popolazione. La quota crescente della spesa sanitaria rispetto alla spesa totale delle famiglie italiane ha, infatti, provocato una riallocazione delle risorse private che ha inciso in maniera diversa sulle diverse tipologie familiari a seconda delle principali caratteristiche socio-economiche e territoriali. L'analisi empirica condotta nel cap.3 (Atella, Bernardi e Rossi) sui dati di spesa privata tratti dall'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie per gli anni 1997-2001, consente una migliore comprensione dei cambiamenti avvenuti nella spesa familiare e nei livelli di benessere. I risultati avvalorano l'ipotesi dell'iniquità di tale redistribuzione, dato che le famiglie che più hanno risentito dell'aumento della spesa sanitaria privata sono state quelle degli anziani (sia single che in coppia) e quelle meno abbienti. La scomposizione dei dati di spesa sanitaria nelle diverse voci (spese per medici, medicinali, analisi cliniche, attrezzature sanitarie, ricoveri ospedalieri, assistenza a disabili ed anziani) consente inoltre l'esame dettagliato dell'evoluzione e ripartizione della spesa sia in senso quantitativo che qualitativo.

La successiva analisi econometrica permette di stimare il ruolo che una serie di variabili di natura economica e socio-demografica hanno avuto nel determinare sia la spesa sanitaria privata totale delle famiglie sia la serie di subcategorie sopra citate. Un dato interessante di questo tipo di analisi riguarda la varianza dei livelli di spesa: mentre nel caso delle spese mediche e per altri servizi sanitari la variabilità della spesa si è ridotta, nel caso dei farmaci vi è stato un aumento, in alcuni casi consistente. Ancora una volta gli anziani (e tutte le tipologie familiari in cui sono presenti) e le famiglie meno abbienti sono quelle che hanno visto aumentare maggiormente tale varianza.

Infine, un dato interessante che merita la dovuta considerazione è l'aumento della quota di risparmio precauzionale da parte delle famiglie come reazione al rischio di un aumento di

spesa in seguito al peggioramento dello stato di salute, che denota una domanda potenziale di assicurazione, che non riesce a tramutarsi in domanda espressa. Sarebbe opportuno quindi riflettere sui motivi che hanno sino ad oggi impedito lo sviluppo dell'assicurazione integrativa.

Il finanziamento e l'equità

Gli effetti redistributivi delle politiche sanitarie in Italia sono stati accentuati dal cambiamento nelle modalità di finanziamento del servizio sanitario nazionale. Il passaggio da un sistema centralizzato, finanziato in parte dalla fiscalità generale ed in parte da meccanismi contributivi, ad un sistema federale in cui le singole regioni devono autofinanziarsi (con il correttivo di un meccanismo perequativo) ha provocato una riduzione della quota di finanziamento pubblico (pari al 5,12% tra il 1995 e il 2000), che non può non avere un forte impatto sui bilanci familiari. Il lavoro di Rafaniello e Spandonaro cerca di stimare gli effetti del nuovo quadro istituzionale in termini di equità verticale ed orizzontale. Attraverso l'elaborazione dei dati forniti dall'Indagine sui Bilanci delle famiglie della Banca d'Italia, i risultati mostrano che, mentre nel 1995 il sistema di finanziamento considerato nella sua interezza era moderatamente progressivo, distribuendo risorse a favore delle classi con minor reddito, in seguito all'introduzione dell'IRAP e del federalismo fiscale, il sistema è diventato regressivo, distribuendo risorse a favore delle classi a maggior reddito. Tali conclusioni invitano a riflettere sull'opportunità di rivedere il sistema di finanziamento delle regioni in vista di un miglioramento in termini di equità.

D'altro canto, l'importanza dell'aspetto dell'equità nell'assistenza sanitaria, è mostrata dai numerosi studi condotti a livello internazionale e l'equità nell'accesso è vista come un elemento chiave della performance dei sistemi sanitari da parte dell'OCSE. Il saggio di Van Doorslaer (parte III del Rapporto), focalizza l'attenzione sul principio dell'equità orizzontale - cioè quello per cui i bisogni uguali devono essere trattati in modo uguale - ed esamina le eventuali deviazioni da questo principio per i 12 paesi dell'UE, il Canada e gli USA nel 1996. L'indagine è stata condotta utilizzando i dati Eurostat, per quanto riguarda le visite presso i medici di base e quelli specialistici, distribuendole in quintili di reddito standardizzati per bisogno. I risultati comparativi tra i paesi citati suggeriscono che non vi è alcuna iniquità per quanto riguarda l'assistenza primaria, in quanto il grado più alto di utilizzo di questo tipo di servizi da parte degli individui a basso reddito sembra corrispondere ai loro più alti bisogni di questo tipo di cure, mentre per quanto riguarda l'assistenza specialistica in tutti i paesi emergono distribuzioni a favore dei ricchi, indicando una non equità orizzontale. Per questo secondo tipo di servizi sanitari, la copertura assicurativa privata e le differenze regionali sistematiche nell'utilizzo sembrano avere una qualche influenza nel generare iniquità orizzontali. Tali risultati sono confermati anche per quanto riguarda l'Italia, ma non sorprende che le differenze regionali nella disponibilità di assistenza specialistica hanno avuto un impatto maggiore su questa distribuzione a favore dei ricchi, maggiore della disponibilità di un'assicurazione privata.

Federalismo e politiche sanitarie: ospedaliera e farmaceutica

Le attuali disparità regionali sono d'altro canto uno dei principali problemi del nuovo assetto federale della sanità nazionale e possono costituire un ostacolo alle politiche di contenimen-

to dei costi che nel nostro paese si sono concentrate prevalentemente sul lato dell'offerta. In quest'ottica si pone il saggio di Piasini, Ruggeri e Spandonaro che esamina le politiche per l'assistenza ospedaliera, concentrate su un recupero dell'efficienza basato sulla ristrutturazione della rete ospedaliera e su una maggiore attenzione all'appropriatezza delle prestazioni erogate. Nella tendenza generalmente riconosciuta verso la deospedalizzazione, la ristrutturazione della rete prevede una riduzione dei posti letto per acuti a favore di un aumento della riabilitazione, della lungodegenza e dell'assistenza domiciliare, mentre l'appropriatezza dovrebbe realizzarsi in un uso maggiore del Day Hospital e della Day Surgery. Tuttavia, l'obiettivo previsto dal Piano Sanitario Nazionale di una riduzione in tutte le regioni della quota di posti letto al di sotto del tetto di 4 per 1000 abitanti si scontra, da un lato, con l'effetto demografico fortemente differenziato tra le varie regioni e dall'altro con il diverso grado di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture ospedaliere. La definizione di un tetto nazionale per i posti letto, a parte le perplessità sull'effettiva riduzione dei costi a causa della scarsa flessibilità del personale addetto, potrebbe tradursi in una diminuzione dell'equità orizzontale senza guadagni in termini di un aumento dell'efficienza allocativa.

Considerazioni simili possono applicarsi anche al caso delle politiche farmaceutiche, dove le Regioni hanno una vera e propria autonomia decisionale, con il solo vincolo del rispetto di un tetto complessivo di spesa farmaceutica pari al 13% della spesa sanitaria totale, stabilito nell'accordo Stato-Regioni del 8 agosto 2001 e ispirato dal notevole aumento della stessa in quell'anno in gran parte dovuto all'abolizione del ticket.

L'analisi dei numerosi interventi adottati negli ultimi due anni, a livello centrale e a livello regionale, in tema di assistenza farmaceutica (Spandonaro e Fioravanti) evidenzia che, mentre le disposizioni legislative nazionali sino alla ridefinizione del nuovo Prontuario Farmaceutico (che ha ridotto a due le fasce dei farmaci) vogliono introdurre una maggiore uniformità nei livelli di assistenza e nelle regole di rimborsabilità su tutto il territorio nazionale, la dinamica attività legislativa regionale ha prodotto una crescente differenziazione in termini di politiche sanitarie e strumenti per il contenimento della spesa farmaceutica, legata a diverse visioni politiche, che rischia di accentuare le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni e nei conseguenti livelli di spesa.

D'altro canto, l'andamento della spesa farmaceutica regionale nel 2002 sembra indicare che i vari provvedimenti regionali (ticket, tagli dei prezzi, distribuzione diretta e delisting) non sono riusciti a far rispettare il tetto del 13%, con la conseguente necessità di ricorrere ad un'ulteriore compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

In prospettiva, quindi, si potrà determinare un contenzioso Stato-Regioni nel caso in cui queste ultime fossero costrette a reintrodurre o inasprire i ticket: sarà, infatti, necessario valutare, caso per caso, se ciò possa attribuirsi all'insufficienza della manovra implicita nella ridefinizione del Prontuario, o alla struttura demografica della popolazione, o a inefficienze nelle politiche regionali.

I diversi risultati economici dei differenti sistemi regionali sono esaminati sotto l'ottica aziendale nel saggio di Cuccurullo e Meneguzzo. In uno scenario in cui i disavanzi regionali sembrano essere crescenti ed insostenibili senza manovre di tipo strutturale, e le tensioni economico-finanziarie sono destinate ad aumentare nella prospettiva della devolution, sembra emergere un quadro in cui le politiche regionali in campo sanitario vanno ad incidere più su

aspetti "macro" - interventi cioè sugli assetti istituzionali e sui confini pubblico-privato del complessivo sistema regionale - che su aspetti "micro", come il governo dei fattori produttivi e la diffusione dei sistemi manageriali.

Nella generale tendenza delle Regioni a ricoprire un ruolo più ampio di governance del sistema sanitario, si possono individuare tre differenti strategie di governo: la riconversione e la riorganizzazione del sistema, la ristrutturazione del sistema, il reperimento di risorse finanziarie straordinarie. La prima opzione strategica, adottata in Liguria e Lombardia, si basa su una maggiore competizione tra pubblico e privato, nel tentativo di recuperare efficienza e qualità. La seconda, adottata dalle regioni che hanno ridotto il loro disavanzo oppure presentano una tendenza al pareggio (Emilia e Romagna, Toscana e Marche), si è concretizzata nella ristrutturazione della rete ospedaliera con il riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso e la riorganizzazione e riqualificazione delle strutture ospedaliere. La terza opzione, nella cui applicazione si è mostrata particolarmente attiva la regione Lazio consiste nel ripiano dei disavanzi attraverso il ricorso agli strumenti di finanza innovativa, quali emissioni obbligazionarie regionali, factoring e cartolarizzazioni.

I diversi risultati di queste tre diverse strategie sembrano indicare che i sistemi regionali con disavanzi crescenti (Lazio, Campania e Lombardia) sono quelli in cui è più elevata la coesistenza tra pubblico e privato.

La presentazione delle diverse strategie di governo nelle regioni va poi inserita in un quadro generale di riferimento sulle tendenze in atto nel SSN, caratterizzato dal definitivo riconoscimento, nell'aprile 2003, della autonomia delle regioni in campo sanitario. Il tema del federalismo fiscale sta però assumendo una valenza completamente diversa rispetto a quella assunta negli anni '90 con il passaggio dalla focalizzazione sulla sostenibilità finanziaria dei servizi sanitari regionali all'emergere della ricentralizzazione regionale e del ridimensionamento dell'autonomia delle aziende sanitarie, introdotta dalla riforma bis del SSN.

La questione anziani non autosufficienti

Nell'ambito dell'analisi delle diverse politiche sanitarie, meritano poi particolare attenzione quelle a favore degli anziani in quanto la rapidità del mutamento demografico in atto nel nostro paese, con i conseguenti cambiamenti nei bisogni sanitari provocheranno un aggravio dell'onere a carico del bilancio pubblico di difficile gestione. La questione anziani (si veda il saggio di Donia Sofio e Spandonaro) è senza dubbio complessa e caratterizzata da una molteplicità di aspetti, ma mentre quello demografico sembra sufficientemente approfondito in termini di previsioni per il futuro, non altrettanto può dirsi sulla corretta valutazione dello stato di bisogno degli anziani. Al momento è, infatti, scarsamente prevedibile sia l'evoluzione dello stato di salute, che può essere più o meno ottimistica (o pessimistica), sia le future opportunità terapeutiche.

L'altro aspetto controverso riguarda la scelta dello schema di tutela per questa fascia di popolazione, reso in Italia particolarmente complicato dalla storica separazione tra politiche sanitarie ed assistenziali nel nostro sistema di Welfare, che limita il ventaglio degli strumenti di policy concretamente utilizzabili. L'unico approccio che possa garantire a breve termine una reale sostenibilità (dal punto di vista del bilancio pubblico) di ulteriori schemi di tutela sembra essere l'utilizzo di forme complementari-integrative di copertura dei bisogni degli anziani non

autosufficienti, che potrebbero riorientare l'attuale spesa out of pocket delle famiglie per l'assistenza sociale verso forme di assicurazione che garantiscano livelli di mutualità e quindi maggiore solidarietà.

La verifica dei LEA

Quanto detto sinora conferma la tesi che le politiche sanitarie in Italia si sono concentrate prevalentemente sull'aspetto dell'offerta, mentre hanno trascurato il lato della domanda, limitando al più l'intervento alla comunicazione-informazione al cittadino. La programmazione sanitaria si è, quindi, occupata di analizzare i bisogni, ma raramente si è preoccupata di valutare l'esito delle prestazioni erogate. Come si rileva nel saggio di Barrella e Spandonaro, il nostro sistema sanitario, a differenza di quello di altri paesi, non si è preoccupato di sviluppare un sistema di indicatori, non solo di output ma anche di outcome, per valutare i risultati ottenuti attraverso l'erogazione delle attività assistenziali ed ha limitato l'analisi della performance del sistema all'analisi dei costi. La stessa introduzione dei LEA, che vuol essere la garanzia dell'uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale e rafforzare il diritto soggettivo all'assistenza sanitaria, si svuota di significato senza un sistema di indicatori attraverso cui si possono valutare gli effetti dei diversi trattamenti sanitari sulla salute dei singoli cittadini.

Comunicazione e informazione nel SSN

Per quanto poi riguarda il tema della comunicazione-informazione, mentre nelle politiche sanitarie a livello internazionale sembra emergere sempre di più la consapevolezza della notevole importanza dell'informazione sanitaria per un corretto funzionamento dei mercati (caratterizzati dall'asimmetria informativa) e per il perseguimento dell'appropriatezza delle risposte assistenziali, in Italia, malgrado le affermazioni di principio, l'evoluzione della health information appare non adeguatamente governata, essendo lasciata per lo più a iniziative spontanee a livello locale, e ad alcune iniziative ministeriali, con uno scarso coordinamento tra i vari dicasteri, limitatamente all'educazione ed a stili di vita più salutari.

Sostanzialmente non sviluppata è la funzione di sensibilizzazione dei cittadini ad un uso più consapevole dei servizi pubblici e la responsabilità dell'appropriatezza dei servizi è lasciata (anche da parte di recenti normative come quella sui LEA) tutta alle politiche dell'offerta, senza tener conto del cambiamento in corso nel classico paradigma del rapporto di agenzia medico-paziente, in cui il secondo va acquistando una sempre maggiore autorevolezza nel prendere parte al processo decisionale sulla propria salute.

In tale ambito lo sviluppo dei servizi su Internet può rappresentare un'importante opportunità, ma nello stesso tempo un potenziale fattore critico, fonte di informazione inadeguata o addirittura scorretta: il processo di accreditamento dei provider di informazione è poco seguito nel nostro paese, ma meriterebbe maggiore attenzione.

Il quadro internazionale

L'ultima parte del Rapporto CEIS Sanità è dedicato all'analisi del quadro internazionale con alcuni saggi che evidenziano come alcune problematiche già esaminate per il sistema sanitario italiano sono state affrontate in altri paesi. A parte il saggio di Van Doorslaer sulle deviazioni dal principio dell'equità orizzontale nell'accesso ai servizi sanitari al quale abbiamo già

accennato, gli altri capitoli sono dedicati agli attuali problemi e prospettive del sistema sanitario britannico (Mc Guire e Mossialos), all'introduzione di un nuovo sistema di pagamento per gli ospedali tedeschi, basato sui DRG (Hildebrandt e Wahler) e alla crisi dell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti (Feldstein).

Per quanto riguarda il National Health Service, il governo laburista ha preso atto che il tanto vantato sistema sanitario britannico stentava a mantenere gli standard richiesti a livello europeo ed ha annunciato un aumento dei fondi per il NHS che avrà luogo a partire dall'anno fiscale 2002-2003 per i successivi cinque anni. L'analisi delle riforme organizzative (tra cui la più importante è la costituzione dei primary care trusts) e dei possibili effetti dei futuri finanziamenti sulla qualità dell'assistenza ed il miglioramento dello stato di salute dei cittadini britannici chiarisce che tali effetti saranno positivi solo se l'aumento di spesa sarà accompagnato da una crescita della produttività, risultato molto difficile da ottenere.

Sull'introduzione nel 2002 del sistema tariffario basato sui DRG per la remunerazione dei servizi ospedalieri in Germania, il capitolo 13 passa in rassegna la discussione riguardo ai vantaggi e gli svantaggi di tale sistema, da noi adottato già dal 1995, anche se il SSN ha "copiato" il modello statunitense mentre i tedeschi si sono basati sul modello australiano.

Diminuzione del numero degli ospedali, e ancora di più del numero dei letti disponibili come conseguenza della riduzione della lunghezza dei ricoveri sono gli effetti temuti dalle strutture ospedaliere esistenti, in gran parte private, con conseguenti effetti negativi sull'occupazione. La maggiore trasparenza, il finanziamento più giusto e la maggiore produttività, sono invece visti come obiettivi da raggiungere grazie al nuovo sistema.

Infine, l'ultimo dei lavori presentati analizza i due principali problemi che l'attuale sistema sanitario statunitense deve affrontare: come controllare l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e come distribuire tali costi. Per poter dare una risposta a tali problemi, Feldstein esamina anzitutto le ragioni di tale aumento che ha reso gli USA il paese con il più alto rapporto spesa sanitaria PIL tra i paesi OCSE, ponendo l'accento sull'incremento dei costi dei programmi pubblici Medicaid e Medicare e sul fallimento della managed care nel mercato assicurativo privato. Il peso politico della classe media e della popolazione anziana, assieme ai conflitti ideologici tra il partito democratico e quello repubblicano, portano poi alla paradossale conclusione che oggi il principale oggetto di dibattito non sia la copertura sanitaria universale ma solo la copertura delle spese farmaceutiche per gli over 65 anni, che rientrano già nel programma Medicare.

Conclusioni

Concludendo, vorremmo in primo luogo ricapitolare i punti che ci hanno convinti a proporre le nostre riflessioni, raccogliendole annualmente in un rapporto sulla Sanità, e in secondo luogo riassumere i punti salienti del nostro primo lavoro.

Sul primo aspetto ci sembra che sia necessario e qualificante:

- supportare il SSN e le sue articolazioni regionali con analisi attente alle priorità di politica sanitaria, fondate su quantificazioni che forniscano al decisore politico evidenze sulle conseguenze delle sue scelte;
- supportare il raccordo fra istituzioni centrali e regionali, individuando quali siano i limiti entro

i quali dovrebbero muovere le politiche di coordinamento centrale, come anche a quelle locali;

- allargare il dibattito, storicamente centrato sulle politiche di offerta, a quelle di domanda, con una particolare attenzione al processo di formazione dei comportamenti individuali verso i consumi sanitari;
- impostare su base innovativa la questione del rapporto fra intervento pubblico e privato in Sanità, promuovendo l'effettiva applicazione del principio di sussidiarietà e rimuovendo la preclusione che vede gli erogatori privati per lo più in posizione "subordinata" nel sistema sanitario, ma nello stesso tempo sviluppando le logiche regolative proprie del settore pubblico.

In questo primo rapporto ci sembra che emergano alcune evidenze significative:

- In primo luogo una quantificazione del trend di sviluppo della spesa sanitaria che sembra difficilmente governabile con gli strumenti attualmente adottati e che in carenza di manovre significative (stimate in 14.000 mld. di lire) rischiano di mettere in crisi i bilanci di alcune regioni e con esse l'assetto federalista
- Si evidenzia inoltre una profonda trasformazione della spesa privata negli ultimi anni; in queste modificazioni si leggono sia rischi di iniquità legati a carenze di effettiva (o soddisfacente) copertura pubblica, sia rischi di opting-out da parte dei nuclei familiari più ricchi.
- I rischi di iniquità si confermano anche sul lato delle entrate, e potrebbero aggravarsi con le paventate nuove riforme del sistema di finanziamento; in particolare il meccanismo delle addizionali IRPEF è foriero di effetti discutibili sul versante equitativo; legandosi inoltre al capitolo sulla spesa privata, sarebbe importante approfondire ulteriormente la natura equitativa delle spese cosiddette out of pocket, che mentre sono sostenute dalle fasce più ricche, sono anche direttamente consumate.
- Le principali aree di politica sanitaria (ospedaliera e farmaceutica) soffrono di una cultura federalista non matura, rimanendo legate all'utilizzo di benchmark nazionali che non trovano riscontro in logiche di programmazione sanitaria che tengano correttamente conto delle peculiarità socio-demografiche locali: dalle elaborazioni svolte ci pare che emerga di contro la possibilità di considerare le differenze esistenti fra le regioni, arricchendo così il dibattito. Il sospetto è che la definizione di standard nazionali più che a carenza di informazioni, possa in alcuni casi farsi risalire a una volontà regionale di mantenere in vita criteri che possono configurare responsabilità centrali sul mancato raggiungimento degli obiettivi di bilancio, prefigurando le condizioni per i successivi ammortamenti dei disavanzi. Comunque le nostre stime indicano che il raggiungimento degli obiettivi di riduzione dei posti letto sarà difficile in presenza di un rapido invecchiamento, a meno di potenziare la deospedalizzazione e una offerta alternativa all'ospedale per acuti; anche i risparmi attesi sono dubbi, in presenza di una forte rigidità del fattore personale; analogamente per la farmaceutica la possibilità di contenere la spesa nei tetti previsti è di dubbia consistenza, in larga misura a causa delle indubbie differenze demografiche fra regioni, ma anche per la possibilità che la revisione del prontuario sia capace da sola di neutralizzare l'aumento tendenziale della spesa (prezzi e case-mix); le nostre stime indicano che il tetto al 13% sembrerebbe coerente a volumi e prezzi 2001, in presenza però di uno sviluppato progetto di controllo delle prescrizioni.

- Il dibattito tende a seguire momenti di moda, e quello della cosiddetta LTC in favore degli anziani ne è un classico esempio; ci siamo sforzati di dimostrare che il dibattito si sta concentrando sul puro aspetto finanziario del problema, ma che questo non esaurisce affatto le questioni importanti da affrontare: in particolare ci sembra che la libertà di scelta rischi di essere ancora una volta mortificata, con rischi sulla accettabilità sociale di un prelievo aggiuntivo.
- Il monitoraggio dei LEA è destinato a fallire in assenza di un impianto di analisi innovativo, che superi la logica degli indicatori di attività, struttura, costo, attualmente normati; se il monitoraggio dei processi - e in generale degli output - è accettabile, quand'anche non preferibile, in termini di analisi dell'efficienza del sistema, la natura di diritti soggettivi dei LEA, in presenza di una definizione estesa del concetto di essenzialità, quale quello adottato in Italia, comportano - a nostro parere - la dominanza dei monitoraggi basati su misure degli esiti (clinici ma anche in termini di customer satisfaction);
- Abbiamo infine provato a mostrare come le politiche di informazione/educazione del consumatore siano ancora poco sviluppate nel nostro paese, sebbene sia internazionalmente riconosciuta la loro importanza per il governo del sistema; lo sviluppo di internet procede in assenza di regole, particolarmente importanti in un settore come quello sanitario; il nostro paese sembra seguire il processo senza tentare di esserne protagonista, perdendo una occasione importante di sviluppo.
- I contributi internazionali ci comunicano la sensazione che molti dei problemi che affliggono i sistemi sanitari - e in generale i sistemi di welfare - sono comuni; ciò che differenzia i paesi è l'approccio alle analisi e alle proposte di policy: in particolare si deve riflettere (confrontandoli con gli usi nostrani) sulla lungimiranza delle analisi deputate alle politiche britanniche di rilancio del NHS, come anche alle dimensioni (anche quantitative) di analisi che hanno preceduto l'introduzione dei DRG in Germania.

A faded, light green background image showing a group of people in a meeting or discussion. One person is pointing at a document or screen, while others are looking on. The image is semi-transparent and serves as a backdrop for the title.

Parte I

*Il quadro istituzionale e la
domanda di servizi sanitari*

Capitolo 1

Il quadro macroeconomico ed istituzionale e l'evoluzione della spesa sanitaria in Italia e nella UE

Laura Francia e Francesco S. Mennini

1.1 Introduzione

Negli ultimi decenni i governi dei paesi industrializzati, ed in particolare quelli EU, si sono dovuti confrontare con un significativo incremento della spesa sanitaria in termini nominali. Le politiche di riforma fino ad oggi hanno rallentato questo trend ma non sono state adeguate a fronte di molti fattori (relativi sia all'offerta sia alla domanda di assistenza sanitaria) interni ai diversi sistemi che hanno contribuito all'aumento della spesa.

In relazione alla domanda di assistenza sanitaria, fattori associati al progressivo invecchiamento della popolazione, all'aumento dei redditi e all'aumento della copertura assicurativa spiegano solo in parte il generale incremento della spesa sanitaria. In tal senso un ruolo importante è attribuibile a fattori connessi all'offerta di assistenza sanitaria quali lo sviluppo delle tecnologie, l'aumento del personale medico e l'incremento dei prezzi reali dei servizi sanitari.

Sostanziali differenze tra i paesi si osservano in relazione alla suddivisione della spesa tra assistenza ospedaliera, ambulatoriale e spesa farmaceutica e, nell'ambito del settore ospe-

daliero, significative differenze riguardano il numero di posti letto, il tasso di ricovero e la durata media di degenza (OECD Health Data, 2002). Queste differenze possono riflettere i diversi orientamenti culturali e sociali inerenti i servizi sanitari ed è probabile che il particolare assetto istituzionale adottato da ogni singolo paese abbia un peso rilevante (Corrado et al., 2003). La struttura del sistema sanitario è diversa a seconda dei paesi e dipende da numerosi fattori fra cui le decisioni politiche, che giocano un ruolo determinante (Getzen, 1999); altri importanti fattori possono identificarsi nelle caratteristiche demografiche, nei livelli di reddito e nella propensione alla solidarietà.

Nonostante le differenze, tutti i sistemi sanitari devono confrontarsi con problematiche comuni che riguardano l'efficienza, l'equità nell'accesso e nel finanziamento dell'assistenza sanitaria. I principali problemi da risolvere per le istituzioni locali europee in relazione al settore sanitario risiedono:

- nella difficoltà di governare la rapida crescita della spesa sanitaria in rapporto al PIL;
- nella inadeguatezza dei servizi offerti in rapporto alla domanda, con conseguente aumento delle code e delle liste di attesa, in particolare in alcuni paesi;
- nell'erogazione di servizi sanitari non necessari e nell'eccessiva medicalizzazione di problemi sociali;
- nell'inequità nell'accesso e nel pagamento dei servizi sanitari;
- nella mancanza di coordinamento tra gli erogatori dei servizi sanitari.

I governi tentano di gestire queste difficili situazioni mediante l'introduzione di indirizzi di riforma dei modelli sanitari che, ferme restando le differenze applicative, si muovono secondo quattro comuni direttive:

- il contenimento dei costi attraverso la regolamentazione dei prezzi e l'introduzione di provvedimenti restrittivi in materia di budget per la spesa ospedaliera;
- il miglioramento della qualità dei servizi erogati e della efficienza amministrativa;
- l'aumento della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- il tentativo di introdurre nella sanità pubblica i principi dell'economia di mercato propri del settore privato quali, ad esempio, la competizione, la contrattazione e la separazione dei ruoli in relazione a chi eroga e chi gestisce i servizi sanitari.

Durante gli anni ottanta molti paesi dell'UE hanno attuato politiche di riforma dei sistemi sanitari finalizzate a rallentare il tasso di crescita della spesa sanitaria. Tuttavia i differenti approcci di natura puramente macroeconomica quali l'imposizione di tetti di spesa attraverso la definizione di budget o altre misure di controllo dei costi basate su processi di tipo top down (macro) inizialmente introdotte a fronte della continua espansione della spesa per l'assistenza sanitaria, hanno implicato effetti negativi sull'efficienza dei sistemi sanitari e non hanno sostenuto il controllo della spesa complessiva (Kirkman-Liff, 1997).

Evidenziati i limiti del controllo a livello di budget, riforme più recenti si sono caratterizzate per aver integrato gli obiettivi delle politiche sanitarie a diversi livelli e per aver introdotto misure di natura microeconomica finalizzate all'efficienza nell'impiego di risorse, a favorire la libertà di scelta da parte dei pazienti e la responsabilità degli utenti nel fruire dei servizi sanitari, ad ottenere un miglior bilanciamento tra i differenti livelli di assistenza. Sebbene non siano gli stessi nei diversi paesi, gli indirizzi di riforma possono, in generale, individuarsi in misure per il contenimento dei costi che si identificano:

- nell'impostazione di tetti di spesa per le varie forme di finanziamento al sistema sanitario;
- nell'introduzione di logiche di mercato;
- nella definizione di budget per gli operatori del settore;
- nel trasferimento di parte dei costi ai pazienti (incrementare la compartecipazione alla spesa);
- nell'aumento della qualità dei servizi sanitari.

Sotto la pressione continua, rivolta al contenimento dei costi ed all'aumento dell'efficienza ed il livello degli standard dei servizi, gli operatori di politica sanitaria dei paesi EU hanno introdotto numerosi cambiamenti per incrementare la performance dei singoli sistemi sanitari. Si è ritenuto, quindi, utile comprendere lo sviluppo del processo di riforma del sistema sanità analizzando l'esperienza dei principali paesi dell'UE i cui sistemi sono stati sottoposti a significativi cambiamenti negli anni recenti.

La ragione per cui sono stati scelti è dettata dal fatto che illustrano l'approccio di riforma adottato in sistemi sanitari con diversi metodi di finanziamento, di fornitura ed erogazione dell'assistenza alla collettività. In particolare:

- Regno Unito, dove le riforme introdotte sono state di esempio per molti altri paesi, a seguito del tentativo di introdurre meccanismi di quasi-mercato nell'ambito di un servizio a controllo pubblico;
- Italia, dove con le recenti riforme si cerca di implementare criteri di efficienza ed equità tendenti al definitivo assetto di tutto il SSN;
- Francia, dove la spesa per l'assistenza sanitaria è tra le più alte in relazione al PIL (fonte OCSE), e dove la questione dell'efficienza nella fornitura del servizio è stata affrontata attraverso l'equilibrio delle forze, piuttosto che attraverso la sola concorrenza;
- Germania, dove sono state attuate riforme rivolte soprattutto al contenimento dei costi, attraverso l'imposizione di una maggiore compartecipazione dell'utente;
- Olanda, dove sono state realizzate ampie riforme basate sul mercato, implementate molto gradualmente nello sforzo di bilanciare l'equilibrio di potere tra lo Stato ed il settore privato;

Al fine di comprendere con maggiore chiarezza i risultati raggiunti dai principali sistemi sanitari analizzati si è pensato di suddividere l'analisi non tanto per tipologia di sistema quanto più per rappresentatività di alcuni indicatori. Ed è su questi ultimi che quindi si è operato un confronto fra i differenti Paesi (Tabella 1).

Il fine ultimo della presente analisi è quello di verificare quanto, realmente, le riforme adottate nell'ultimo decennio abbiano rispettato gli obiettivi preposti e, soprattutto, se sono in linea con i principi ispiratori di ogni singolo sistema esaminato. Inoltre, dall'analisi in questione è possibile individuare gli obiettivi di politica sanitaria a livello comunitario.

1.2 L'entità della spesa sanitaria: confronto tra i principali paesi della UE

A partire dalla seconda metà degli anni '80, e per tutti gli anni '90, diversi Stati europei si sono posti il problema di ristrutturare i loro sistemi sanitari. Questi cicli di riforme trovano la loro principale motivazione nella notevole crescita dei costi pubblici di tali sistemi, accompagnata dalla trasformazione delle aspettative e richieste dei cittadini in ambito sanitario e dal conseguente aumento della loro insoddisfazione.

Partendo da differenti forme consolidate di organizzazione dei rispettivi sistemi nazionali,

Tabella 1 - Strumenti e risultati attesi delle riforme nei principali paesi dell'UE

Paesi	Strumenti	Risultati Attesi
Regno Unito	<u>Riforma Thatcher:</u> - mercato interno - GP fundholding - Trust (reti di servizi) - razionamento risorse	<u>Riforma Thatcher:</u> - efficienza allocativa - qualità del servizio - responsabilità degli operatori
	<u>Riforma Blair</u> - mercato integrato - budget unico per PC e HA - informatizzazione	<u>Riforma Blair:</u> - soddisfazione bisogni utente - flessibilità operativa - affidabilità del sistema - efficienza del PC - trasparenza amministrativa
Spagna	- mercato interno (Trust) - budget misto + DRGs - co-pagamento + libera scelta - certificazione qualità	- contenimento della spesa - allocazione delle risorse più efficiente ed equa - qualità del servizio
Portogallo	- mercato privato (libera professione, appalto dei servizi) - accesso limitato territorialmente - libera scelta del regime assicurativo	- aumento dell'efficienza allocativa - maggiore soddisfazione del medico e dell'utente
Svezia	- mercato interno (contratti basati su performances, unità di acquisto collettive) - autonomia dei fornitori - libera scelta dell'utente - co-pagamento simbolico	- efficienza delle risorse - equità di accesso - responsabilizzazione
Germania	- co-pagamento - compensazione dei rischi - DRGs	- contenimento dei costi - maggiore efficienza gestionale - equità di accesso
Olanda	- concorrenza amministrata - razionamento dell'offerta - budget misto - individuazione classe di rischio - schema assicurativo unico - assistenza agli anziani	- eliminazione frazionamento finanziario - contenimento della spesa - solidarietà nel rischio - equità di accesso - deburocratizzazione
Francia	- ticket moderatore - controllo medici di base - agenzia per gli acquisti - libertà di accesso	- contenimento della spesa - equità di accesso - efficienza delle risorse

diversi Paesi hanno affrontato le stesse problematiche arrivando, il più delle volte, a proporre soluzioni simili. In particolare, l'analisi degli strumenti utilizzati evidenzia come in alcuni casi venga introdotta, in altri rafforzata, l'iniziativa privata. Presupposto di tale politica è che la competizione generata dalla presenza dei privati possa stimolare il complessivo miglioramento qualitativo dell'erogazione dei servizi, determinando un maggior grado di soddisfazione dell'utente. Questo, pur conservando la consapevolezza che la tutela della salute rimane un compito peculiare dello Stato.

Ancora, la crescita che ha caratterizzato la spesa sanitaria negli ultimi decenni, ha portato all'attuazione di processi di contenimento e di razionalizzazione della stessa. In particolare, si è assistito a un forte decentramento delle responsabilità e delle autonomie, accompagnato da controlli puntuali e severi a livello centrale ed al rafforzarsi della comune convinzione della necessità di procedere nell'erogazione dei servizi sanitari, all'integrazione degli apporti pubblici e privati.

Anche se si possono ravvisare tendenze comuni, variano le modalità e l'intensità in cui i diversi Stati hanno attuato (e in alcuni casi stanno ancora attuando) tali riforme (vedi Tabella 1). Più in generale, infatti, dal confronto tra i diversi sistemi sanitari, si ravvisa una certa disomogeneità, soprattutto per quanto riguarda le diverse voci di spesa.

Analizzando il contesto europeo, i dati OCSE evidenziano una notevole crescita della spesa sanitaria nella componente pubblica nel ventennio 1960-80, seguita da un rallentamento nel decennio 1980-1990 che diventa più marcato nel periodo successivo, 1990-2000. La causa di tale fenomeno, probabilmente, è da ravvisarsi nelle diverse riforme per il contenimento della spesa sanitaria pubblica varate negli ultimi anni.

Ancora, l'entità di questo fenomeno diventa più evidente andando ad osservare l'andamento del rapporto percentuale tra Spesa Sanitaria Pubblica e PIL (vedi Tabella 2), nel periodo 1960-2000 nei diversi Paesi. Mentre dal 1960 al 1970 si registra in quasi tutti i Paesi un

Tabella 2 - La spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL in alcuni Paesi dell'UE

	1960	1970	1980	1990	2000
Austria	3,0%	3,3%	5,2%	5,2%	5,6%
Francia	n.d.	n.d.	n.d.	6,6%	7,2%
Germania	3,2%	4,6%	6,9%	6,7%	7,8%*
Italia	3,0%	4,5%	5,3%*	6,4%	5,9%
Spagna	0,9%	2,3%	4,3%	5,2%	5,4%
Svezia	3,3%	6,0%	8,4%	7,6%	6,6%*
U.K.	3,3%	3,9%	5,0%	5,0%	5,9%

Fonte: dati OECD Health Data 2002.

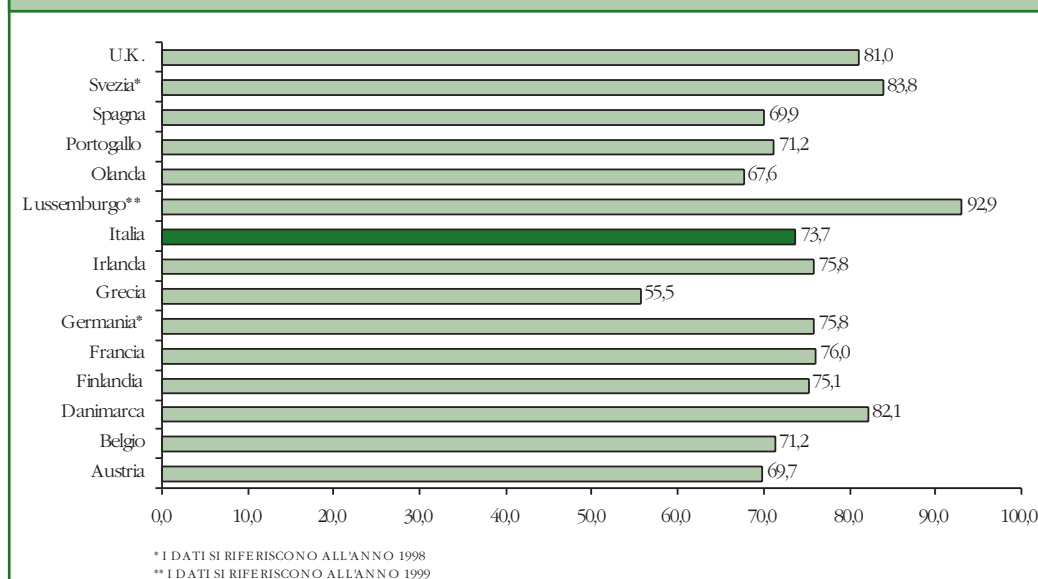
(*) Essendo non disponibile, il dato dell'anno preso come riferimento, è stato riportato quello dell'anno più vicino a disposizione.

aumento pressoché contenuto del fenomeno (fa eccezione la Svezia, con un valore che da 3,3% arriva nell'arco del decennio a 6,0%), nel 1970-1980 si misura un forte incremento generalizzato di questo rapporto (che nel caso della Svezia raggiunge il valore massimo dell'8,4%). Nel ventennio 1980-2000, invece, i dati evidenziano un rallentamento della crescita di questo rapporto, che in alcuni paesi arriva a contrarsi.

I dati OCSE, inoltre, mostrano come nei Paesi UE, quella pubblica sia la fonte che ha mantenuto un'importanza primaria per quel che concerne il finanziamento dei sistemi sanitari (Figura 1). Nel 2000, infatti, questa componente di spesa ha rappresentato – in quasi tutti i Paesi UE – una quota non inferiore al 67,0 per cento della spesa sanitaria totale. Fa, infatti, eccezione solo la Grecia che con il 55,5 per cento presenta la più bassa incidenza di spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale. Al contrario, particolarmente elevato è il dato relativo al Lussemburgo pari al 92,9 per cento¹. L'Italia, si trova rispetto ai Paesi sopra menzionati, in una posizione intermedia con il 73,7 per cento.

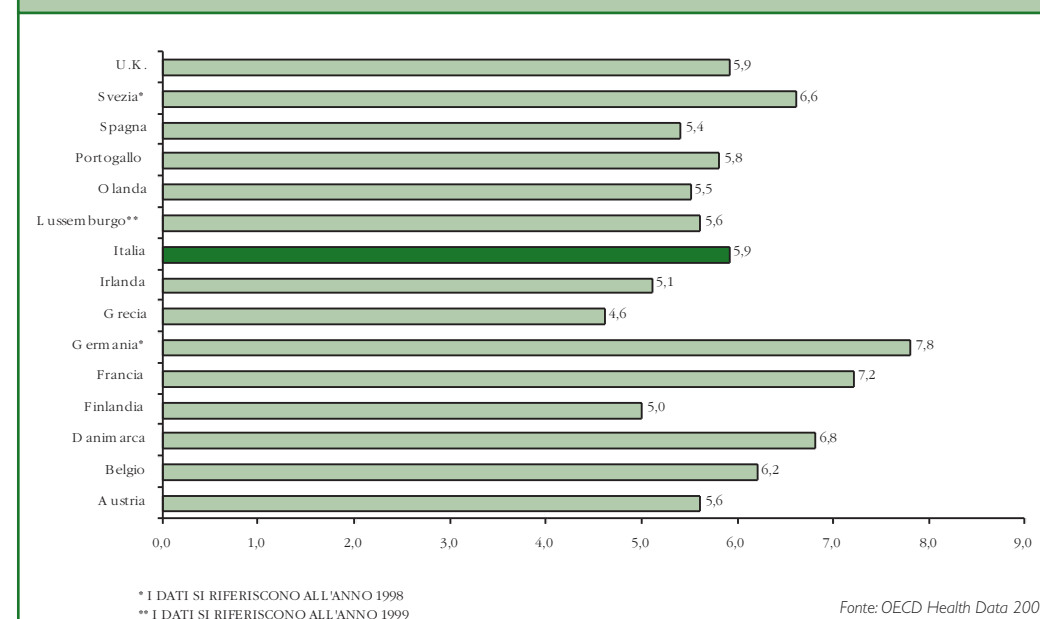
Ancora, nel periodo 1990-2000 la generale tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale non è comunque assoluta; non trovando, infatti, riscontro in alcuni paesi quali l'Irlanda, il Portogallo e l'Italia stessa. Mentre l'Irlanda ha presentato un andamento altalenante di tale quota di spesa, registrando la crescita maggiore pari a circa 2,5 punti percentuali tra il 1996 ed il 1997 e, invece, una leggera contrazione del dato tra il 1999 e il 2000, il Portogallo, è stato caratterizzato da un trend sostanzialmente cre-

Figura 1 - La spesa sanitaria pubblica come % della spesa sanitaria totale Anno 2000



¹Per dovere di completezza, si segnala che gli ultimi dati disponibili sono riferiti per il Lussemburgo al 1999 e per la Svezia e la Germania al 1998

Figura 2 - La spesa sanitaria pubblica come % del PIL – Anno 2000



scente, registrando gli incrementi maggiori tra il 1991 e il 1992 e tra il 1998 e il 1999 (in entrambi i casi di circa 3,0 punti percentuali). L'Italia, invece, dopo una fase di contrazione tra il 1991 e il 1998, ha invertito nel periodo successivo la tendenza, registrando una crescita media annuale di oltre 1 punto percentuale.

Anche i dati OCSE inerenti al rapporto tra spesa sanitaria e PIL, testimoniano la pressoché generale adozione di politiche di contenimento della spesa, rilevandone chiaramente l'impatto sull'andamento economico di ciascun paese. Prendendo come esempio la nostra realtà nazionale, si può notare come nel 1991 l'Italia figurasse tra i paesi con più consistente incidenza della spesa pubblica sul PIL (6,6 per cento), distaccandosi in maniera marcata solo dalla Svezia (7,6 per cento) e dalla Finlandia (7,3 per cento). Nel 2000, invece, il nostro Paese ha destinato al comparto sanitario una quantità di risorse pubbliche minore (5,9 per cento del PIL), scostandosi maggiormente dal Paese con il valore europeo più elevato (la Germania con il 7,8 per cento del PIL) e avvicinandosi piuttosto al valore medio europeo. Più precisamente (Figura 2), nel 2000, il paese con il più consistente intervento dello Stato, dopo la Germania (7,8 per cento del PIL) è la Francia (7,2 per cento del PIL), mentre il paese europeo che presenta la spesa di fonte pubblica minore è la Grecia (4,6 per cento del PIL).

Una situazione molto diversa la si riscontra nel caso della spesa sanitaria privata (vedi Tabella 3). Infatti, risulta molto difficile poter individuare un trend preciso comune a tutti gli Stati. In termini di andamento del rapporto percentuale Spesa Sanitaria Privata-PIL, nel decennio 1960-1970 si registra un incremento generalizzato che, tuttavia, non supera lo 0,7% (registrato per l'Austria). Nel decennio successivo (1970-1980), alcuni paesi registrano un leggero incremento del dato (Austria, Germania e Italia), a fronte di altri che invece evidenziano una contrazione (Spagna e Svezia). Infine, tra il 1980 ed il 2000 si verifica un incremento in pres-

Tabella 3 - La spesa sanitaria privata in percentuale del PIL

	1960	1970	1980	1990	2000
Austria	1,3%	2,0%	2,4%	1,9%	2,4%
Francia	n.d.	n.d.	n.d.	2,0%	2,3%
Germania	1,6%	1,7%	1,9%	2,1%	2,5%*
Italia	0,6%	0,7%	0,8%*	1,7%	2,1%
Spagna	0,6%	1,2%	1,1%	1,4%	2,3%
Svezia	1,2%	1,0%	0,7%	0,9%	1,3%*
U.K.	0,6%	0,6%	0,6%	1,0%	1,4%

Fonte: dati OECD Health Data 2002

(*) Essendo il dato dell'anno preso come riferimento non disponibile, è stato riportato quello dell'anno più vicino a disposizione.

soché tutti i paesi osservati.

Per l'Italia, in particolare, la quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale è andata costantemente aumentando fra il 1980 e il 1998, pur registrando una lieve riduzione nel biennio 1999-2000. Emerge, inoltre, nel 2000 che l'Italia risulta in termini di quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria totale, nella media dei Paesi UE. Nell'UE il valore più elevato è quello della Grecia pari al 44,5 per cento, mentre quello minimo si registra nel Lussemburgo con il 7,1 per cento (vedi Tabella 4). Quest'ultimo, tenendo presente che il valore più basso immediatamente successivo registrato in Europa è quello della Svezia, pari al 16,2 per cento².

Relativamente alla distribuzione della spesa tra le diverse funzioni, analizzando i dati OCSE relativi al 2000, l'Italia registra una quota di spesa pubblica destinata alla componente ospedaliera pari al 54,0 per cento, collocandosi fra il 48,8 per cento registrato in Finlandia e 64,6 per cento riscontrato in Irlanda³. Sempre secondo i dati OCSE, nel 2000 la spesa pubblica per cure ambulatoriali extra-ospedaliere si è attestata su valori (espressi in percentuale della spesa pubblica totale) compresi tra il 19,9 per cento della Francia ed il 28,6 per cento della Finlandia. L'Italia si colloca vicino al valore europeo massimo, registrando il 28,4 per cento (vedi Figura 3).

In tutti i paesi dell'UE osservati, la spesa per in *patient care* prevale su quella per *out patient care*. Il maggior divario tra le due voci, inoltre, si registra in Olanda, dove la spesa pubblica

² Per il Lussemburgo gli ultimi dati disponibili risalgono al 1999, mentre per Germania e Svezia gli ultimi dati disponibili risalgono al 1998.

³ Gli oneri relativi alle *nursing home*, così come quelli di ospedali psichiatrici e centri di cura per anziani sono ricompresi in altre voci di spesa pubblica (assistenza sociale) o ricadono in prevalenza sul settore privato.

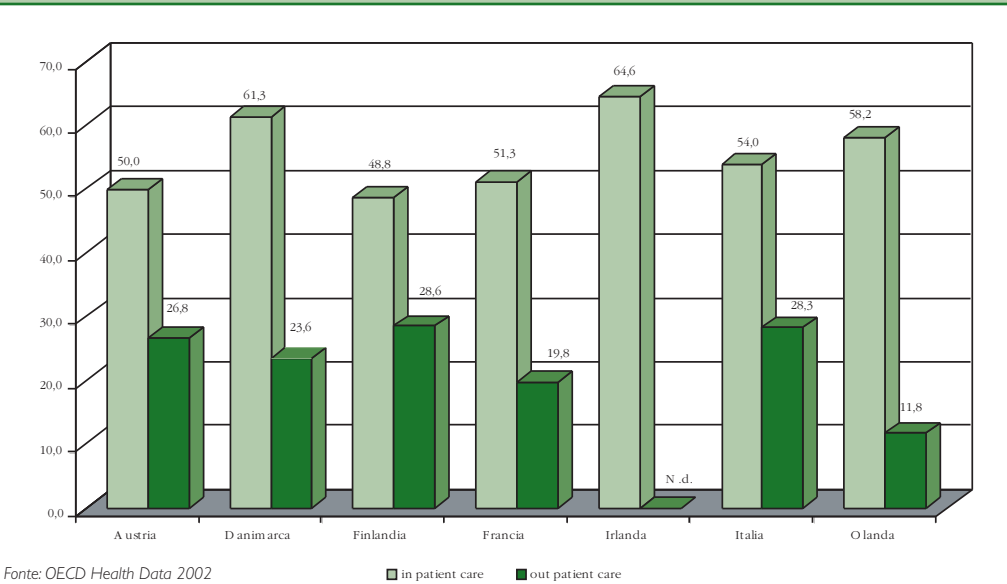
Tabella 4 - Spesa sanitaria privata in percentuale del PIL

	PIL	Spesa sanitaria totale
UK	1,4	19,0
Svezia (*)	1,3	16,2
Spagna	2,3	30,1
Portogallo	2,4	28,8
Olanda	2,6	32,4
Lussemburgo (**)	0,4	7,1
Italia	2,1	26,3
Irlanda	1,6	24,2
Grecia	3,7	44,5
Germania (*)	2,5	24,2
Francia	2,3	24,0
Finlandia	1,7	24,9
Danimarca	1,5	17,9
Belgio	2,5	28,8
Austria	2,4	30,3

Fonte: dati OECD Health Data 2002

(*) I dati si riferiscono al 1998. - (**) I dati si riferiscono al 1999.

Figura 3 - La spesa pubblica in patient care e out patient care 2000



Fonte: OECD Health Data 2002

■ in patient care ■ out patient care

in *patient care* è pari al 58,2 per cento della spesa sanitaria pubblica, e la spesa pubblica *out patient care* è pari all'11,8 per cento.

Una voce particolarmente rilevante, costituendo una delle principali risorse in ambito sanitario, è quella dei farmaci. Nel corso degli anni '90 la spesa farmaceutica pubblica (in percentuale sulla spesa farmaceutica totale) è aumentata notevolmente in Spagna (dal 71,7 per cento nel 1990 al 94,0 per cento nel 2000) e in Irlanda (dal 65,0 per cento nel 1990 all'84, per cento nel 2000). L'Italia sempre nel periodo 1990-1999, ha registrato un andamento decrescente, registrando nel 2000 un'inversione di tendenza (dal 72,3 per cento nel 1990 al 41,2 per cento nel 1999, per diventare 44,3 per cento nel 2000).

1.3 Considerazioni finali

Dall'analisi condotta emergono delle evidenze che si possono così riassumere: ad un lungo periodo di espansione della spesa sanitaria pubblica che interessa tutti i paesi osservati e che raggiunge il culmine negli anni '80, segue una fase di rallentamento del fenomeno, che in alcuni paesi in questi ultimi anni, sembra essersi trasformata addirittura in un'inversione di tendenza.

Gli anni '90 hanno, infatti, visto i sistemi sanitari della maggior parte dei Paesi dell'UE, attuare politiche di controllo e contenimento della spesa, dettate dall'esigenza di frenare l'aumento registrato negli anni precedenti, influenzato da numerosi fattori, quali, ad esempio: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle aspettative dei cittadini che usufruiscono dei servizi sanitari, in termini sia qualitativi che quantitativi, uno sviluppo tecnologico sempre più rapido e costoso. Per questo, quindi, gli anni '90 sono un periodo caratterizzato dall'attuazione di riforme più o meno incisive nella maggior parte dei Paesi UE.

Esse, complessivamente, hanno inciso profondamente sul tasso di crescita della spesa di fonte pubblica. A fronte della riduzione del tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica, si è registrato soprattutto nell'ultimo ventennio un incremento generalizzato del tasso di crescita della componente privata.

L'obiettivo di queste riforme è stato, principalmente, quello di creare condizioni di efficienza, efficacia e trasparenza nel sistema sanitario, attraverso una revisione organizzativa e favorendo un più ampio coinvolgimento del privato, sia nelle forme lucrative sia in quelle del *no profit*.

Ed è in questi mutamenti politici, che si può ravvisare la causa dei particolari andamenti delle differenti componenti della spesa sanitaria che si è avuto modo di illustrare in questa sede. L'andamento della spesa sanitaria pubblica, in particolare è stato oggetto negli ultimi anni di acceso dibattito politico, sia per motivi economici legati al rispetto dei parametri di Maastricht, sia per la tendenza verificatasi di mettere in discussione il rapporto tra pubblico e privato in Sanità.

Un corretto sistema sanitario, inserito in una realtà economica sempre più competitiva, deve saper conciliare solidarietà con sviluppo, per evitare pericolosi disequilibri alla società. Se non è pensabile che la tradizione europea del *Welfare state* rinunci alla consolidata cultura del benessere, fondata sul *laissez-faire*, venga totalmente annegata nel riconoscimento dell'avvenuto fallimento; occorre, quindi, una politica sanitaria comunitaria che sappia affrontare i problemi che si sono manifestati.

La risoluzione, lontana da qualsiasi presunzione di validità universale, sembrerebbe conciliare il controllo statale con gli incentivi competitivi, adeguandoli sia a realtà pubbliche, sulla scia della Svezia come di tanti altri sistemi sanitari (Regno Unito), sia a strutture sanitarie miste, di cui l'Olanda e la Germania ne sono esempio, oppure misurare una struttura fortemente assicurativa con le giuste dosi di concetti solidaristici ed assistenzialistici.

Necessità molto sentita, quindi, è quella di creare i presupposti per questa integrazione capace di promuovere un'ottimale allocazione delle risorse, aumentare la soddisfazione dei cittadini ed evitare duplicazioni delle prestazioni e possibili iniquità.

Il dibattito inerente alle modalità di organizzazione dei servizi sanitari è ancora al centro dell'attenzione, senza peraltro che un modello sembri prevalere sull'altro. Piuttosto si assiste a una progressiva convergenza dei modelli (anche se la convergenza nelle politiche di *welfare* nei paesi UE è ancora argomento molto dibattuto, Boeri 2000): quelli maggiormente pubblici cercano di aprirsi al contributo del settore privato e viceversa, mentre in quelli più privatistici aumenta la quota di intervento pubblico.

La Sanità italiana rappresenta, da questo punto di vista, una realtà peculiare. Nel nostro Paese, infatti, sebbene in forma forse non del tutto evidente, è in corso, con alterne vicende, un dibattito sul modo di intendere il ruolo dello Stato e del privato nel settore sanitario. Ma la "sperimentazione" in ambito sanitario di numerosi Paesi europei è ancora in corso. Questo porta a pensare che nei prossimi anni probabilmente si assisterà a una serie di variazioni dei dati legate alle varie componenti della spesa sanitaria, non pienamente prevedibili e in alcuni casi anomale.

Bibliografia

- Boeri T., (2000), *Social Europe: Dramatic Visions and Real Complexity*, Bocconi University, CEPR Discussion Paper 2371
- Corrado L., Londono D. A., Mennini F. S. e Trovato G., (2003), *The Welfare States in a United Europe*, European Political Economic Review (EPER), Vol.1, Num.1, 2003.
- Getzen T. E., (1999), *Forecasting Health Expenditure: short, medium and long (long) term*, for special issue "Health Care Financing: the Next Millennium", Journal of Health Care Finance, 1999.
- Kirkman-Liff B. L., (1997), *Stelselwijzigingen in enkele andere landen*, in Elsinga E. & Van Kemenade Y. W., Van Revolutie naar evolutie (Ch.7), De Tijdstroom, Utrecht, 1997.
- Lagergren M., Batljan I., (2000), *Will There be a Helping Hand?*, Annex 8 to The Long-Term Survey 1999-2000, Fritzes publikationer.
- Ministero de Sanidad Y Consumo, (2001), *Cuentas Satelite del Gasto Sanitario Publico 1995-1999*, Estadística del Gasto Sanitario Publico.
- OECD Health Data 2002.
- Peacock S., Segal L., Richardson J., (2001), *Predicting the Expected Costs of Health Care (method for risk adjustment in health services)*, Centre for Health Program Evaluation, technical report 13.

Capitolo 2

Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD

Vincenzo Atella, Barbara Bernardi e Mariacristina Rossi

2.1 Il modello teorico

Nel modello SANIMOD la domanda di beni e servizi sanitari viene considerata come una funzione derivata di domanda di beni e servizi in grado di migliorare lo stato di salute. Dal punto di vista dei consumatori, il problema è di calibrare la richiesta di servizi sanitari ogni volta che l'evento "cattiva salute" si verifica. Negli altri casi la domanda sarà pari a zero. In modo più formale ciò equivale a descrivere la seguente specificazione funzionale:

$$D_h^{is} = \begin{cases} f_h(BHS_h, HP_h, p_{HS}, Yd_h, E_h, OSEC_h) & \text{se } BHS = 1 \\ 0 & \text{se } BHS = 0 \end{cases} \quad (1)$$

dove $D_{h,HS}$ rappresenta la domanda per servizi sanitari, HP_h è l'*health profile* del paziente, p_{HS} è un indice dei prezzi dei beni e servizi sanitari offerti (che può essere un prezzo

di mercato o un prezzo sussidiato), Y_{dh} è il reddito disponibile del paziente, E_h è il livello di istruzione, $OSEC_h$ è un vettore che raccoglie tutte le altre caratteristiche socio-demografiche del paziente (quali età, sesso, condizioni di vita, eredità genetica, ecc.), e, in ultimo, BHS_h è una variabile dicotomica che indica il cattivo stato di salute del paziente (uguale a 1 in caso di malattia, zero altrimenti). L'indice h fa riferimento all' h -esimo consumatore-paziente.

L'equazione 1 fa riferimento ad una generica domanda di beni e servizi sanitari $D_{h,HS}$ da parte dell' h -esimo consumatore-paziente. Tale equazione potrebbe essere replicata per un numero $i=N$ di beni e servizi sanitari. Semplicemente aggregando pazienti e tipologie di beni e servizi sanitari (ad esempio forniti dal pubblico o dal privato) otteniamo funzioni di domanda diverse utilizzando lo stesso apparato teorico. In particolare, l'espressione $D_{HS} = \sum_i \sum_h D_{ih}$ potrebbe rappresentare la domanda totale per beni e servizi sanitari (i) da parte di tutti i pazienti (h).

2.2 Il modello empirico

Sono molti i lavori di natura empirica che hanno studiato la domanda di servizi sanitari, fornendo stime delle elasticità rispetto al prezzo e al reddito. Molte delle analisi empiriche svolte fino ad ora hanno utilizzato equazioni in forma ridotta per studiare l'evoluzione della spesa, mentre solo in pochi casi è stato adottato un approccio strutturale basato sull'analisi microeconomica della domanda (Baye et al. 1997 and Wiggins 1983). Ciò è da imputare in massima parte alla mancanza di informazioni adeguate (Hunt-McCool, et al. 1994). Il caso italiano non fa eccezione da questo punto di vista e ciò non ha permesso di utilizzare pienamente il modello strutturale dell'equazione (1).

In particolare, le informazioni mancanti sono quelle che legano il consumo di servizi sanitari alle caratteristiche dei pazienti in (1). Di conseguenza, l'approccio strutturale deve essere abbandonato a favore di un'analisi in forma ridotta o semi-ridotta. Ciò equivale a studiare i modelli di spesa sanitaria, piuttosto che le decisioni di consumo dei pazienti (e dei medici, se assumiamo l'esistenza di domanda indotta dall'offerta). La nostra variabile dipendente deve dunque essere rappresentata dalla spesa sanitaria complessiva.

Una possibile formalizzazione può essere la seguente:

$$D_i^* = g(Y_i, p, \tau, nspec, pop65, FPE, leg) \quad i = \text{pubblico, privato} \quad (2)$$

Le differenze principali tra (1) e (2) sono le seguenti: i) Y_i ora rappresenta il reddito disponibile aggregato a livello nazionale; ii) p rappresenta una misura aggregata del prezzo dei beni e servizi sanitari pubblici¹ le variabili; iii) τ , $nspec$, pop e leg sono state aggiunte. In particolare, τ rappresenta il tasso di contribuzione al costo dei servizi sanitari per i pazienti (ticket), $nspec$ è il numero di nuove specialità medicinali introdotte annualmente, pop è un vettore di caratteristiche della popolazione italiane per fasce di età (maggiori di 65 anni e minori di 14 anni), e leg è una variabile dummy che riflette cambiamenti legislativi.

¹ I dati italiani non permettono di ricostruire indici dei prezzi per la spesa sanitaria pubblica e privata.

I livelli di spesa sanitaria pubblica sono stati scelti come variabili dipendenti nell'analisi, preferendoli al numero di contatti con il sistema sanitario. Il motivo di tale scelta è da ritrovarsi, principalmente, nell'impossibilità di disporre di variabili di quantità per un lungo periodo di tempo.

2.3 I risultati empirici e le simulazioni

Il modello teorico riportato nella precedente sezione è stato stimato utilizzando dati annuali che coprono il periodo che va dal 1963 al 2001. Le stime sono state ottenute utilizzando il metodo OLS. La forma funzionale utilizzata nella stima è di tipo error correction model (ECM), essendo la spesa sanitaria pubblica cointegrata con il reddito e con l'indice dei prezzi dei prodotti e servizi sanitari. Nella sua forma più generale la struttura ECM può essere espressa nel seguente modo:

$$\Delta y_t = \alpha \Delta x_t - \gamma (y_{t-1} - x_{t-1})$$

dove Δy_t rappresenta il tasso di crescita della variabile dipendente, Δx_t rappresenta il vettore dei regressori (espressi anche essi in termini di tassi di crescita). Infine la differenza $(y_{t-1} - x_{t-1})$ rappresenta il termine di correzione dell'errore ed è anche quello che permette di calcolare le elasticità di lungo periodo. Nel caso particolare riportato qui sopra, il vettore di cointegrazione è implicitamente vincolato ad essere pari a (1, -1). Al contrario, nella stima empirica si è preferito non vincolarlo. Uno dei principali vantaggi nell'uso della specificazione ECM è quella di poter distinguere tra elasticità di breve e di lungo periodo, e capire quindi quali sono le variabili responsabili dei comportamenti di breve e di lungo periodo².

Nella Tabella 1 sono riportati risultati della stima econometrica. Come è possibile vedere tutte le variabili utilizzate per spiegare l'andamento della spesa sanitaria pubblica sono molto significative e presentano i giusti segni. Anche gli indicatori di bontà dell'adattamento dei valori stimati a quelli veri sono più che soddisfacenti.

Nella Figura 1 vengono invece riportati i valori della simulazione dinamica effettuata all'interno del campione, che permettono di avere una precisa indicazione della bontà del modello nel replicare sia i livelli della spesa sanitaria pubblica, sia le proprietà dinamiche (in particolare i punti di svolta).

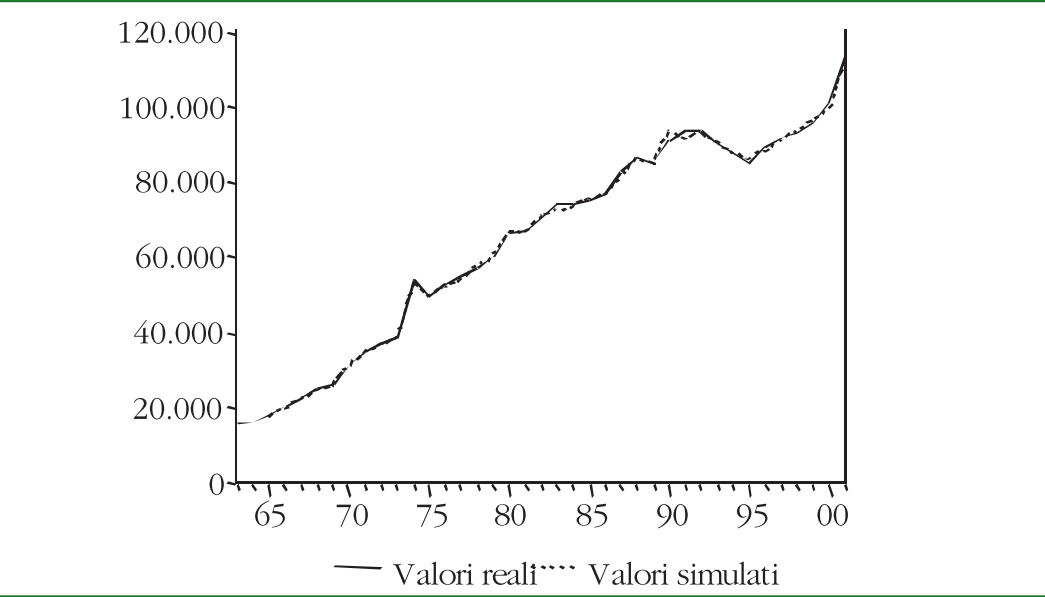
Come è possibile vedere dalla Tabella 2, le elasticità stimate suggeriscono, ad esempio, che un aumento dell'1% del PIL genera un aumento dello 0,57% nella spesa pubblica nel breve periodo, ed un più marcato aumento dello 0,92% nel lungo periodo. Tale risultato è coerente con precedenti risultati ottenuti sia in Italia che in altri paesi (Atella e Marini, 2003), in cui si dimostra che la spesa sanitaria è strettamente legata al reddito del paese, anche se nel nostro caso, essa non risulta essere un bene di lusso.

² Le elasticità di lungo periodo sono ottenute come soluzione di lungo periodo dell'equazione alle differenze finite implicite nella forma funzionale dell'ECM. Le elasticità di breve periodo sono quelle che derivano direttamente dai valori dei parametri assegnati alle singole variabili

Relativamente alla popolazione, il modello sembra indicare che l'aumento maggiore di spesa venga dalle fasce giovanissime della popolazione, ed in misura minore da quelle anziane. In particolare, per un aumento dell'1% della quota di popolazione compresa tra 0 e 14 anni si registra una aumento dell'1,42% della spesa sanitaria, mentre lo stesso aumento nella quota di popolazione anziana sembra portare ad un aumento molto più contenuto (1,17%). Questo risultato sembra essere abbastanza in contraddizione con quanto riportato dall'evidenza empirica pregressa. L'effetto del co-payment sui farmaci ha un chiaro effetto negativo, anche se molto limita-

Tabella 1 - Risultati empirici				
Variabile Dipendente: Tasso di crescita Spesa sanitaria pubblica Periodo di stima: 1965 2001 Numero di osservazioni incluse: 37				
Variabili	Coefficienti	Std. Error	t-Statistic	Prob.
Log (spesa sanitaria (-1))	-0.570843	0.086470	-6.601611	0.0000
Log (PIL (-1))	0.526804	0.087707	6.006440	0.0000
Log (Prezzo (-1))	0.211454	0.032064	6.594761	0.0000
ΔLog (Prezzo)	-0.418574	0.119215	-3.511080	0.0022
Log (pop giovane (-1))	0.810234	0.140884	5.751079	0.0000
Log (pop anziana)	0.099169	0.090037	1.101430	0.2838
C_PIL95_HP	2.63E-06	3.15E-07	8.361861	0.0000
Log (ticket farmaci (-1))	-0.022565	0.008900	-2.535403	0.0197
ΔLog (ticket farmaci)	-0.019893	0.007337	-2.711261	0.0134
ΔLog (Spesa pubblica (-1))	-0.279048	0.101435	-2.750999	0.0123
Log (nuove specialità medicinali (-1))	0.026639	0.010601	2.512789	0.0207
ΔLog (spesa in ricerca farmaceutica (-1))	0.195855	0.044948	4.357402	0.0003
Dummy per shock petrolifero 1973	-0.039638	0.017899	-2.214548	0.0386
Dummy per shock petrolifero 1974	0.187831	0.021698	8.656622	0.0000
Dummy per abolizione Ticket farmaci 2001	0.069306	0.023014	3.011478	0.0069
R²	0.970456	Akaike info criterion		-5.086015
R² corretto	0.946820	Schwarz criterion		-4.345864
S.E. della regressione	0.016345	Durbin-Watson stat		2.638947
SSR	0.005343	Log likelihood		111.0913

Figura 1 - L'andamento della spesa sanitaria pubblica: Actual vs fitted



to. Infatti, un aumento dell'1% del co-payment porta ad una riduzione molto contenuta della spesa sanitaria totale. Allo stesso tempo, l'aumento dell'1% nel numero dei prodotti farmaceutici innovativi comporta un aumento della spesa pubblica tale da annullare l'equivalente risparmio ottenibile con il co-payment. Al di là degli specifici risultati ottenuti dal modello, è opportuno sottolineare come informazioni quantitative del tipo descritto possano anche essere utilizzate per disegnare politiche di controllo della spesa. Ad esempio i tassi di crescita obiettivo della spesa pubblica potrebbero essere legati anche all'evoluzione delle variabili esplicative sopra indicate.

Tabella 2 - Elasticità di breve e lungo periodo

Variabilità	Breve periodo	Lungo periodo
PIL	0.527	0.923
Livello Prezzi	0.211	0.370
Popolazione giovane (0-14)	0.810	1.419
Popolazione anziana (>65)	0.099	0.174
Livello co-payment farmaci	-0.023	-0.040
Tasso di crescita co-payment farmaci	-0.020	--
Spesa pubblica	-0.279	--
Nuove specialità medicinali	0.027	0.047
Spesa in ricerca farmaceutica	0.196	--

Tabella 3 - Simulazioni spesa sanitaria

Scenari	Descrizione scenari
Scenario Base	- Tasso di crescita del PIL 1,3% nel 2002 e 0,7 negli anni successivi - Tutte le altre variabili con valori costanti al 2002
Scenario 1	- Tasso di crescita del PIL 1,3% nel 2002 e linearmente crescente fino al 3,5% nel 2010 - Tutte le altre variabili con valori costanti al 2002
Scenario 2	- Tasso di crescita del PIL 1,3% nel 2002 e linearmente crescente fino al 3,5% nel 2010 - Prezzi per servizi sanitari: +6% nel 2002, +4% nel 2003, +3% nel 2004, +2,5% negli altri anni - Tutte le altre variabili con valori costanti al 2002
Scenario 3	- Tasso di crescita del PIL 1,3% nel 2002 e linearmente crescente fino al 3,5% nel 2010 - Prezzi per servizi sanitari: +6% nel 2002, +4% nel 2003, +3% nel 2004, +2,5% negli altri anni - Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato - Tutte le altre variabili con valori costanti al 2002
Scenario 4	- Tasso di crescita del PIL 1,3% nel 2002 e linearmente crescente fino al 3,5% nel 2010 - Prezzi per servizi sanitari: +6% nel 2002, +4% nel 2003, +3% nel 2004, +2,5% negli altri anni - Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato - Introduzione di co-payment per un valore tale da riportare la spesa sanitaria pubblica entro il tetto di spesa del FSN (16.000 miliardi nel 2004 rispetto allo scenario base) - Tutte le altre variabili con valori costanti al 2002
Scenario 5	- Tasso di crescita del PIL 1,3% nel 2002 e linearmente crescente fino al 3,5% nel 2010 - Prezzi per servizi sanitari: +6% nel 2002, +4% nel 2003, +3% nel 2004, +2,5% negli altri anni - Popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 in aumento. Il totale della popolazione resta invariato - Introduzione di co-payment per un valore tale da riportare la spesa sanitaria pubblica entro il tetto di spesa del FSN (circa 8,3 miliardi di Euro nel 2004 rispetto allo scenario base) - Quota di spesa pubblica su PIL in crescita - Nuove specialità farmaceutiche in crescita - Aumento spesa ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico

Tabella 4 - Simulazioni spesa sanitaria (miliardi di euro correnti)

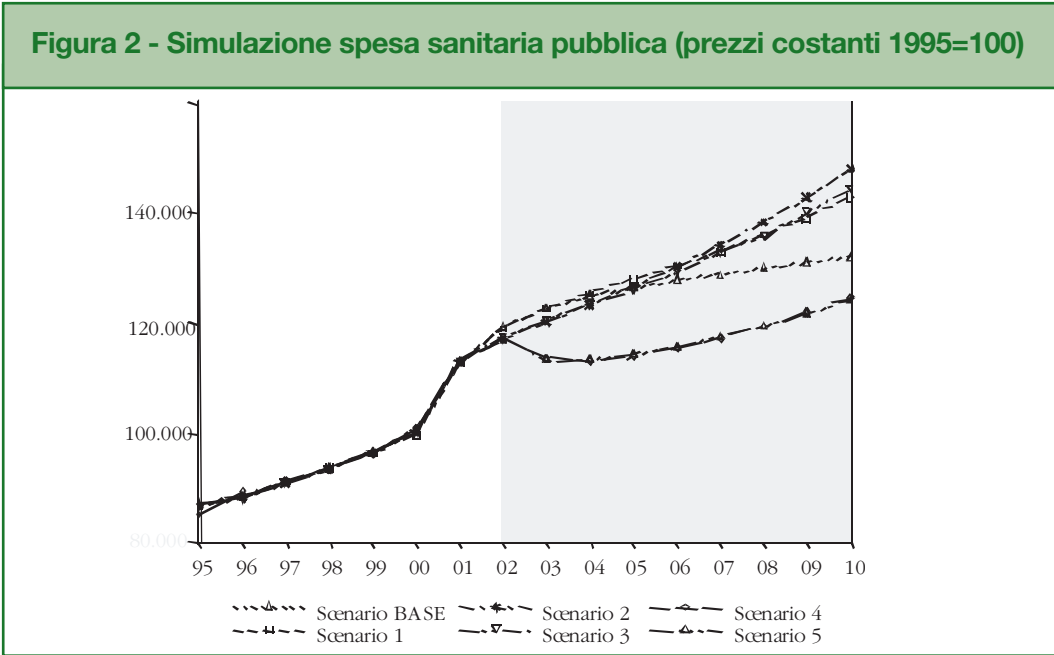
Anni	Stime Sanimod	Valori FSN	Scenario BASE	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4	Scenario 5
2000	66,07	65,86	66,07	66,07	66,07	66,07	66,07	66,07
2001	71,53	71,48	71,53	71,53	71,53	71,53	71,53	71,53
2002		75,60	79,94	79,94	78,53	78,53	78,32	78,32
2003		78,56	85,59	85,59	83,79	83,98	79,10	78,81
2004		81,28	89,71	90,08	88,53	88,58	81,14	81,31
2005			93,08	94,12	93,15	92,88	83,76	84,05
2006			96,36	98,40	98,20	97,50	87,00	87,26
2007			99,66	102,94	103,65	102,46	90,63	90,78
2008			103,03	107,84	109,58	107,82	94,60	94,60
2009			106,50	113,15	116,04	113,66	98,90	98,73
2010			110,07	119,12	123,30	120,20	103,72	103,34

In particolare sarebbe molto utile utilizzare le informazioni provenienti da questo tipo di modelli per poter individuare gli incrementi di spesa che si rendono necessari a seguito della variazione di una serie di variabili di natura strutturale (ad esempio la struttura della popolazione). Lo stesso vale per l'introduzione di nuove specialità medicinali. Correggere l'evoluzione dei tetti di spesa sulla base della dinamica di variabili che possono essere ritenute esogene, almeno rispetto alla politica sanitaria, potrebbe contribuire a ridurre una serie di problemi legati alla gestione della sanità e potrebbe, sicuramente, aiutare le regioni nella loro nuova attività di allocazione delle risorse e di finanziamento del servizio pubblico.

A tal proposito il modello è stato utilizzato per effettuare una serie di simulazioni in grado di fornire informazioni circa la dinamica della spesa sanitaria pubblica italiana nel breve e medio periodo. Nella Tabella 3 sono riportate le informazioni relative alle ipotesi condotte sull'evoluzione delle variabili esogene. Come è possibile verificare, si è partito da uno "scenario di base" caratterizzato dalla crescita nei prossimi anni della sola variabile PIL (secondo previsioni pessimistiche) per passare allo scenario 2 in cui le variabili che si muovono sono il PIL (secondo previsioni più ottimistiche) ed il livello dei prezzi nel settore sanitario ed allo scenario 3 in cui si è aggiunto il cambiamento della struttura della popolazione. Un discorso a parte merita lo scenario 4, in cui si è ipotizzata l'introduzione di una forma di *co-payment* che permetta alla spesa pubblica di rimanere all'interno dei tetti di spesa previsti dal FSN per il 2002-2004.

I risultati delle simulazioni sono riportate sia nella Tabella 4 che nella Figura 2. Dalla Figura 2 è possibile notare con estrema facilità l'effetto che i diversi scenari hanno sui livelli di spesa nel breve e nel medio periodo. Guardando anche ai risultati riportati nella Tabella 4, la prima cosa che vale la pena mettere in risalto è che anche assumendo che le variabili esogene si muovano in futuro secondo quando (irrealisticamente) previsto dallo "scenario base" la spesa sanitaria pubblica italiana sembrerebbe destinata a crescere molto più di quanto non sia stato previsto da parte del governo nelle sue stime del FSN. È utile a

Figura 2 - Simulazione spesa sanitaria pubblica (prezzi costanti 1995=100)



tal proposito rimarcare che il modello econometrico riesce a replicare in modo molto preciso l’andamento della spesa sanitaria all’interno del campione. A tal proposito è infatti utile confrontare i risultati che appaiono nella seconda (“Stime SANIMOD”) e terza colonna (“Valori FSN”) della Tabella 4. Da qui si nota che i valori di spesa stimata dal modello sono estremamente vicini ai valori previsti dal FSN. Allo stesso tempo, i valori simulati per il periodo 2002-2004 si discostano in modo vistoso dai dati del FSN, con differenze che al 2004 raggiungono dei valori prossimi ai 6,5 milioni di euro. È solo nel caso degli scenari 4 e 5 che i valori simulati ritornano ad essere prossimi a quelli previsti dal FSN. Ciò è stato reso possibile grazie all’introduzione di una forma di co-payment³ che dovrebbe garantire allo Stato un introito di circa 7 milioni di euro, da distribuirsi sulle varie voci della spesa sanitaria (farmaceutica, ospedaliera, diagnostica, ecc.)⁴.

2.4 L’evoluzione della spesa sanitaria a livello regionale

Un’ulteriore analisi effettuata è stata quella di simulare la spesa sanitaria a livello di singola regione. Questo tipo di valutazione è al momento in una fase sperimentale, in quanto non disponiamo di un vero e proprio modello regionale, ma piuttosto utilizziamo l’informazione a livello nazionale e la ripartiamo tra le regioni secondo una media delle quote di mercato registrate negli ultimi anni.

In altri termini, la stima della spesa sanitaria per la regione Piemonte o per la regione

³ Tecnicamente il co-payment è stato applicato come riduzione del prezzo pagato dallo stato sull’acquisto di beni e servizi. In altri termini, è stato calcolato un valore di sconto (riduzione) dell’indice dei prezzi che a portato ad annullare la differenza tra dati FSN e dati simulati di spesa nello scenario 3.

⁴ Per soli fini comparativi, occorre ricordare che il valore complessivo del ticket sui farmaci prima che questo venisse abolito era pari a circa 1700 miliardi di lire.

Tabella 5 - Evoluzione della spesa regionale (2000-2010) secondo lo scenario 3 (Dati in miliardi di euro)

	2000	2001	2002(*)	2003(*)	2004(*)	2005(*)	2010(*)
Piemonte	4,84	5,23	5,75	6,15	6,48	6,80	8,80
Valle d’Aosta	0,13	0,15	0,16	0,17	0,18	0,19	0,24
Lombardia	9,69	10,50	11,52	12,32	13,00	13,63	17,64
Bolzano	0,47	0,51	0,56	0,60	0,63	0,67	0,86
Trento	0,50	0,55	0,60	0,64	0,68	0,71	0,92
Veneto	4,81	5,21	5,72	6,12	6,45	6,77	8,76
Friuli	1,37	1,48	1,63	1,74	1,84	1,93	2,49
Liguria	1,98	2,15	2,36	2,52	2,66	2,79	3,61
Emilia Romagna	4,55	4,92	5,41	5,78	6,10	6,39	8,27
Toscana	4,03	4,37	4,79	5,13	5,41	5,67	7,34
Umbria	0,95	1,03	1,13	1,20	1,27	1,33	1,72
Marche	1,61	1,74	1,91	2,05	2,16	2,26	2,93
Lazio	5,57	6,03	6,61	7,07	7,46	7,82	10,13
Abruzzo	1,40	1,51	1,66	1,78	1,87	1,96	2,54
Molise	0,37	0,40	0,44	0,47	0,49	0,51	0,67
Campania	5,92	6,40	7,03	7,52	7,93	8,31	10,76
Puglia	4,18	4,52	4,96	5,31	5,60	5,87	7,60
Basilicata	0,64	0,70	0,76	0,82	0,86	0,90	1,17
Calabria	2,15	2,32	2,55	2,73	2,88	3,02	3,90
Sicilia	5,30	5,74	6,30	6,74	7,11	7,46	9,65
Sardegna	1,71	1,85	2,03	2,17	2,29	2,40	3,10

(*) Valori simulati

Marche è stata ottenuta moltiplicando i valori stimati a livello nazionale per gli anni 2001-2005 per la media delle quote di spesa fatte registrare da tali regioni negli ultimi quattro anni. Il valore che si ottiene è quindi un valore molto indicativo, e diviene affidabile solo sotto l’ipotesi di costanza delle quote di spesa.

Peraltro quest’ultima ipotesi risulta coerente con quanto sembra di fatto avvenire in fase di negoziazione fra le Regioni per il riparto del FSN, che storicamente ha teso a lasciare inalterate le quote relative di finanziamento e, di conseguenza, le capacità di spesa regionali.

A riprova di ciò, confrontando i dati storici per il 2000 ed il 2001 con quelli ottenuti dalla simulazione, l’ipotesi della costanza delle quote nel tempo non sembra essere così lontana dalla realtà (vedi Tabella 5 e 6), avvalorando quindi la tesi per cui le simulazioni a livello regionale possano essere considerate con un livello di affidabilità prossimo a quello della stima a livello nazionale.

Sempre nelle tabelle 5 e 6 sono riportati i risultati delle simulazioni regionali per gli anni 2002-2010. In particolare, nella Tabella 5 vengono riportati i dati di spesa sanitaria pubblica a livello regionale secondo le ipotesi formulate nello scenario 3, mentre nella Tabella 6 si riporta l’evoluzione della spesa secondo le ipotesi formulate nello scenario 4. I livelli di confidenza di

Tabella 6 - Evoluzione della spesa regionale (2000-2010) secondo lo scenario 4 (Dati in miliardi di euro)

	2000	2001	2002(*)	2003(*)	2004(*)	2005(*)	2010(*)
Piemonte	4,84	5,23	5,73	5,79	5,94	6,13	7,59
Valle d'Aosta	0,13	0,15	0,16	0,16	0,17	0,17	0,21
Lombardia	9,69	10,50	11,49	11,61	11,91	12,29	15,22
Bolzano	0,47	0,51	0,56	0,57	0,58	0,60	0,74
Trento	0,50	0,55	0,60	0,60	0,62	0,64	0,79
Veneto	4,81	5,21	5,71	5,76	5,91	6,10	7,56
Friuli	1,37	1,48	1,62	1,64	1,68	1,74	2,15
Liguria	1,98	2,15	2,35	2,38	2,44	2,52	3,12
Emilia Romagna	4,55	4,92	5,39	5,45	5,59	5,77	7,14
Toscana	4,03	4,37	4,78	4,83	4,95	5,11	6,33
Umbria	0,95	1,03	1,12	1,13	1,16	1,20	1,49
Marche	1,61	1,74	1,91	1,93	1,98	2,04	2,53
Lazio	5,57	6,03	6,60	6,66	6,83	7,06	8,74
Abruzzo	1,40	1,51	1,66	1,67	1,72	1,77	2,19
Molise	0,37	0,40	0,43	0,44	0,45	0,46	0,57
Campania	5,92	6,40	7,01	7,08	7,26	7,50	9,29
Puglia	4,18	4,52	4,95	5,00	5,13	5,29	6,55
Basilicata	0,64	0,70	0,76	0,77	0,79	0,81	1,01
Calabria	2,15	2,32	2,54	2,57	2,63	2,72	3,37
Sicilia	5,30	5,74	6,29	6,35	6,51	6,72	8,33
Sardegna	1,71	1,85	2,02	2,04	2,10	2,16	2,68

(*) Valori simulati

tali stime sono gli stessi della simulazione nazionale e sono contenuti in una fascia che oscilla tra il $\pm 1.7\%$ nel 2002 ed il ± 2.0 al 2010.

Assumendo che per gli anni 2003 e 2004 la ripartizione del FSN a livello regionale avvenga secondo le stesse regole utilizzate per gli anni 2001 e 2002, è possibile ottenere una stima dell'eventuale livello di compartecipazione alla spesa sanitaria che dovrebbe essere richiesta dalle regioni per evitare di generare deficit. Tale valore è dato dalla differenza tra i dati di spesa simulati ottenuti con lo scenario 3 e 4. Tali valori (totale e pro-capite) sono riportati per gli anni 2003, 2004 e 2010, nella Tabella 7. Ovviamente, mentre per gli anni 2003 e 2004 i valori risultano essere abbastanza attendibili, per il 2010 i valori sono solo indicativi, non essendo ancora stato definito il FSN.

Dai dati riportati nella Tabella 7 risulta abbastanza interessante notare come il livello di compartecipazione pro-capite alla spesa sanitaria varia da un massimo di circa 90,2 euro della Liguria ad un minimo di 75,5 euro di Puglia e Campania. In generale risulta anche che il livello di compartecipazione pro-capite sia maggiore nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Sud.

Tabella 7 - Stima del valore del co-payment a livello regionale

	Valori assoluti (Milioni di euro)			Valori pro-capite (Euro)		
	2003	2004	2010	2003	2004	2010
Piemonte	356,9	544,4	1206,4	83,3	126,9	281,3
Valle d'Aosta	9,9	15,1	33,6	82,4	125,7	278,6
Lombardia	715,7	1091,5	2419,0	78,7	120,0	266,0
Bolzano	35,0	53,3	118,2	75,4	114,9	254,7
Trento	37,2	56,8	125,9	78,3	119,4	264,6
Veneto	355,3	541,9	1201,0	78,5	119,7	265,4
Friuli	101,1	154,3	341,9	85,2	130,0	288,0
Liguria	146,5	223,4	495,2	90,2	137,6	305,0
Emilia Romagna	335,7	512,1	1134,9	84,0	128,2	284,1
Toscana	297,7	454,1	1006,4	84,1	128,2	284,2
Umbria	69,9	106,7	236,4	83,5	127,3	282,1
Marche	118,9	181,3	401,9	81,1	123,8	274,3
Lazio	410,8	626,6	1388,7	77,8	118,6	262,9
Abruzzo	103,2	157,4	348,8	80,6	122,9	272,4
Molise	27,0	41,2	91,4	82,5	125,9	278,9
Campania	436,7	666,0	1475,9	75,5	115,2	255,3
Puglia	308,2	470,1	1041,8	75,5	115,1	255,0
Basilicata	47,4	72,4	160,4	78,3	119,5	264,8
Calabria	158,4	241,5	535,3	77,4	118,0	261,5
Sicilia	391,5	597,1	1323,4	77,1	117,5	260,4
Sardegna	126,0	192,1	425,7	76,3	116,4	258,0

Altro aspetto interessante è che la compartecipazione aumenta in modo consistente nel tempo. Infatti, tra il 2002 ed il 2003 sarebbe necessario aumentare mediamente la compartecipazione di oltre il 50%, mentre fino al 2010 la stessa quota dovrebbe aumentare di ben il 338%.

Tali dinamiche devono peraltro tenere conto della diversa ricchezza regionale, ove i persistenti gap nord-sud rendono fortemente difforni le conseguenze politico-economiche delle compartecipazioni. Ricordiamo che già oggi a fronte di una quota di PIL assorbito dalla Sanità pari al 6,2% a livello nazionale, esso è pari al 5,2% nel nord-ovest, mentre è al 8,7% nel meridione, con il nord-est (5,4%) e il centro (6,0%) in posizione intermedia. A meno di forti accelerazioni nello sviluppo del Sud, è facile prevedere che gli aumenti delle quote di compartecipazione diverrebbero presto insostenibili in molte Regioni. In prospettiva, appare particolarmente critica la situazione campana, che negli ultimi anni ha visto registrarsi una crescita della spesa particolarmente sostenuta (+9,3% in media annua fra il 1995 e il 2001), in larga quota per effetto di un aumento della spesa in convenzione.

Analoghe osservazioni valgono per la Calabria; si noti inoltre che queste due Regioni sarebbero anche le più “colpite” sul versante delle entrate, per effetto dei nuovi metodi di perequazione fiscale previsti dal d.lgs. n. 56/2000, qualora dovessero andare a regime.

Nel meridione quindi rimangono forti rischi sul versante della finanziabilità del settore sanitario, in larga misura attribuibile a quote di spesa in convenzione apparentemente fuori controllo (la Sicilia è seconda solo al Lazio per il ricorso al convenzionamento/accredитamento); la sola Regione Puglia sembra avere iniziato un processo di risanamento e, insieme alla Sardegna, già oggi registra trend di crescita molto contenuti.

L'analisi congiunta dei trend di spesa, dei livelli di compartecipazione necessari per la copertura dei deficit e delle risorse regionali disponibili, sembra indicare nella area Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, con Veneto e Friuli, quella maggiormente al riparo da problemi di sostenibilità a medio termine: in tali Regioni si compongono, infatti, livelli bassi di incremento storico della spesa, compartecipazioni a livelli superiori alla media nazionale, ma anche un reddito pro-capite decisamente sopra la media.

Il livello pro-capite delle compartecipazioni al 2010 indica però l'opportunità di approfondire la questione dello sviluppo di forme di assicurazione collettiva integrative, che possano intervenire sul versante degli oneri aggiuntivi che necessariamente si riverberano sulle famiglie, evitando un ulteriore incremento della spesa out of pocket, con le connesse conseguenze in termini equitativi.

Bibliografia

Atella V., Marini G., *Is health care expenditure really a luxury good? A reassessment and new evidence based on OECD data*, inviato per pubblicazione a “Journal of Health Economics”.

Baye MR, Maness R, Wiggins SN. *Demand system and the true subindex of the cost of living pharmaceuticals*, Applied Economics 1997; 29: 1179-1189.

Hunt-McCool J, Kiker BF, Chu Ng Y. *Estimates of the demand for medical care under different functional forms*, Journal of Applied Econometrics 1994; 9: 201-218.

Wiggins SN. *Pioneering products, demand estimation, and social welfare in the pharmaceutical industry*. Working Paper 1993, Texas A&M University.

Capitolo 3

La spesa sanitaria privata e gli effetti redistributivi delle politiche sanitarie

Vincenzo Atella, Barbara Bernardi e Mariacristina Rossi

3.1 Introduzione

Uno dei principali problemi dei sistemi sanitari di tutti i Paesi industrializzati è rappresentato dalla natura strutturale della crescita della spesa sanitaria pubblica e dalla conseguente necessità di dover conciliare una domanda sanitaria crescente con le limitazioni che, recentemente, sono state imposte dalla finanza pubblica. In molti concordano nell'individuare in quattro fattori le cause principali del rapido aumento nella spesa sanitaria: i) la crescente quota di popolazione anziana con il conseguente aumento di malattie croniche; ii) il bisogno crescente di assistenza sanitaria ed il passaggio a sistemi di assistenza universalistica; iii) il progresso tecnologico associato a terapie più efficienti ed efficaci; iv) l'assenza di linee guida chiare nel trattamento dei pazienti.

Da questo punto di vista l'Italia non rappresenta un'eccezione, ed i risultati presentati nel secondo capitolo hanno fornito ulteriori evidenze in tale direzione. Nel tentativo di contrastare tale tendenza, molti Paesi hanno avviato una serie di azioni mirate al controllo del costo dell'assistenza sanitaria. Contemporaneamente, tali misure hanno avuto l'indesiderato effetto di produrre forti differenze nell'accesso dei pazienti ai servizi sanitari.

Un ruolo fondamentale in tal senso è stato giocato dai cosiddetti sistemi di compartecipa-

zione alla spesa sanitaria (*co-payment*). Infatti, l'aumento della spesa sanitaria ha fornito un forte impulso ai policy makers per operare verso la revisione dei meccanismi di allocazione, tra Stato e pazienti, dei costi per l'utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria. Questi meccanismi hanno però seriamente inciso nel determinare grandi differenze nella compartecipazione al costo dei servizi da parte dei pazienti.

Tutto ciò ha portato a riflettere maggiormente su come dare una risposta in termini terapeutici ai cittadini in un contesto di sostenibilità del sistema sanitario pubblico, evitando di dover intervenire con politiche di contenimento della spesa inefficienti ed inique.

Da questo punto di vista, gli anni 90 hanno rappresentato per il sistema sanitario italiano un periodo di grandi cambiamenti. Alcuni di tali cambiamenti sono stati sicuramente innescati dalle politiche di convergenza macroeconomica attuate dai singoli governi nell'ambito degli accordi di Maastricht, politiche che hanno imposto un forte rigore nel controllo della spesa pubblica. Purtroppo, nel settore della sanità tale rigore si è manifestato, molto spesso, attraverso interventi ad hoc, piuttosto che attraverso il disegno di una politica di risanamento di lungo periodo che potesse conciliare le esigenze del sistema sanitario con quelle dei bisogni terapeutici dei pazienti e della crescita delle imprese impegnate nel settore.

Ad esempio, tra il 1992 ed il 1996 il processo di risanamento della finanza pubblica e la ristrutturazione del Dipartimento Farmaci all'interno del Ministero della Sanità (in seguito dello scandalo sui prezzi dei farmaci) hanno, da soli, determinato una riduzione in termini reali del fatturato farmaceutico pubblico di oltre il 35%. Sebbene in misura minore, negli anni successivi la politica sanitaria italiana ha continuato ad essere condotta intensificando controlli e tagli¹.

Se attraverso l'analisi condotta nel secondo capitolo 2 è stato possibile capire quali possono essere gli effetti di tali azioni sulla spesa sanitaria pubblica, l'obiettivo principale del presente capitolo è quello di analizzare, attraverso informazioni a livello di singola famiglia, gli effetti che le politiche sanitarie avviate negli ultimi cinque anni (1997-2001) hanno avuto sia sul livello della spesa sanitaria privata che sulla distribuzione della stessa tra le varie fasce della popolazione. Inoltre, verranno analizzate le determinanti della spesa sanitaria privata al

¹ Il problema del contenimento della spesa farmaceutica è divenuto un vero e proprio problema di gestione della stessa da parte del Ministero della Salute, dal momento in cui, per legge fu introdotto il tetto massimo di spesa. Per il 1995 tale tetto fu fissato a 9.700 miliardi, e per i due anni successivi non avrebbe potuto superare del 12% la cifra di 9.000 miliardi prevista dalla L. 23 Dicembre 1994 n.724 (legge finanziaria). A partire da quella data, la spesa farmaceutica pubblica è divenuta uno dei principali problemi per le finanze dello Stato: ogni anno la spesa effettiva ha regolarmente superato il tetto prestabilito ed è stato necessario intervenire con manovre correttive. Al fine di evitare che lo Stato fosse l'unico a sopportare l'onere di tali sfondamenti, nella legge finanziaria per il 1999 (L. 448/98) fu inoltre previsto un meccanismo di ripianamento dell'eccedenza di spesa che coinvolgesse oltre allo Stato, le imprese farmaceutiche, i grossisti ed i farmacisti. L'idea di fondo di tale legge era quella di rendere partecipi al ripiano dell'eccesso di spesa tutti coloro i quali dalla creazione di tale eccesso traessero un beneficio. D'altra parte, le più recenti misure di abolizione dei tetti di spesa farmaceutici, del ticket sulle prescrizioni e della riduzione delle note prescrittive introdotte con la Legge Finanziaria per il 2001 se da un lato hanno contribuito a ridurre la conflittualità, dall'altro ripropongono il problema della crescita della spesa e del corretto sviluppo del settore.

fine di meglio capire le preferenze dei consumatori rispetto alla scelta tra pubblico e privato o all'imposizione di regimi di co-finanziamento della spesa. Ciò anche al fine di avere un quadro più chiaro per la corretta implementazione delle politiche sanitarie. Atella e Rosati (2001) hanno chiaramente messo in risalto il ruolo fondamentale che le politiche sanitarie adottate tra il 1992 ed il 1995 avevano avuto sia nell'alterare il rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica sia nel generare effetti redistributivi non trascurabili. In particolare, l'analisi degli effetti redistributivi mostrava come a partire dal 1992 si fosse determinato un aumento delle disuguaglianze tra pazienti nel consumo di beni sanitari. Inoltre, Atella, Rosati e Rossi (2001) hanno anche mostrato che un effetto non secondario generato dalle politiche di controllo della spesa è stato quello di aumentare l'incertezza circa i livelli di spesa sanitaria, derivanti dalla malattia. Di conseguenza, le famiglie si sono coperte maggiormente dal rischio di evento sanitario sfavorevole aumentando la quota di risparmio precauzionale. Da questo punto di vista, il presente capitolo cerca di estendere le analisi condotte da Atella e Rosati (2001) fino al 2001, (ultimo anno per il quale sono disponibili le informazioni a livello di singola famiglia), guardando in particolare agli effetti generati sulla spesa sanitaria privata dai provvedimenti sull'abolizione del ticket sui farmaci previsto nella Legge Finanziaria per il 2001.

Nelle pagine che seguono il lavoro è articolato nel seguente modo. Nel secondo paragrafo, viene brevemente analizzato l'andamento della spesa sanitaria pubblica e privata e se esso sia variato a seguito di modifiche nelle politiche sanitarie adottate a partire dal 1997. Nel terzo paragrafo vengono presentati i micro dati utilizzati nella successiva analisi empirica, tratti dalle indagini sui consumi delle famiglie dell'ISTAT. Nel quarto paragrafo, vengono discussi i risultati dell'analisi descrittiva condotta sui consumi sanitari di diverse tipologie di famiglie italiane tra il 1997 ed il 2001. Nel quinto paragrafo, vengono invece discussi i risultati dell'analisi econometrica che ha avuto come obiettivo principale quello di capire le determinanti della spesa sanitaria privata tra le famiglie italiane. Anticipando in parte le conclusioni, in questo paragrafo si metterà in evidenza come i cambiamenti nel rapporto tra spesa pubblica e spesa privata verificatisi in Italia non sono stati neutrali in termini di effetti redistributivi sui cittadini.

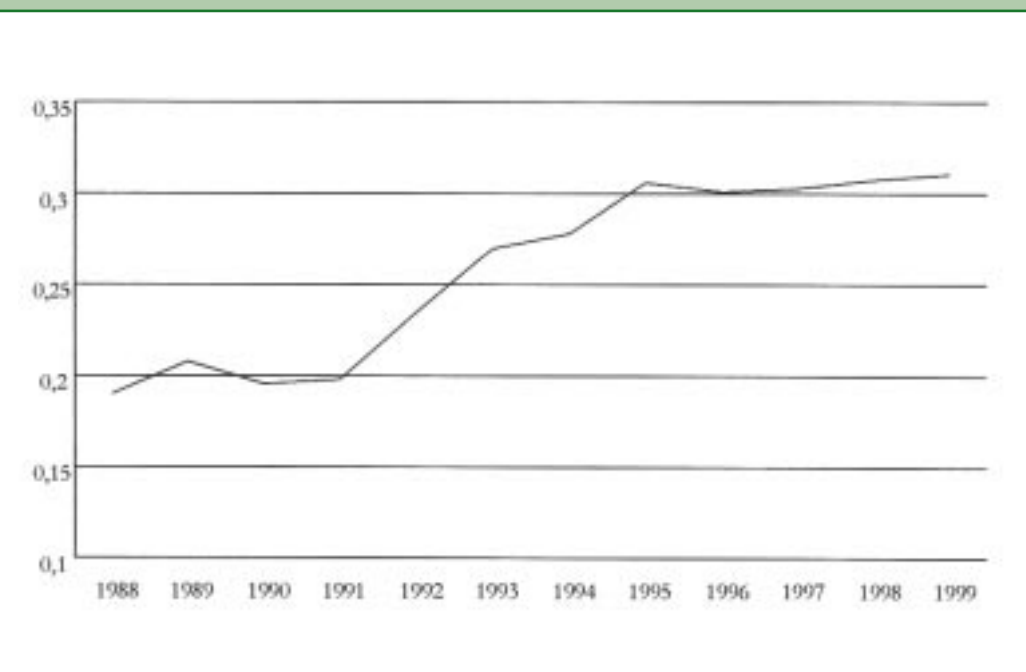
3.2 I cambiamenti nel rapporto tra spesa sanitaria pubblica e privata

Una delle principali conclusioni² contenute nel lavoro di Atella e Rosati (2001), era che le politiche di contenimento della spesa sanitaria adottate a partire dal 1992 erano state in grado di modificare in modo sostanziale il rapporto esistente tra spesa sanitaria privata e pubblica. La Figura 1 illustra l'andamento di tale rapporto aggiornato al 2001. L'altro aspetto interessante che emergeva da quell'analisi è che il periodo in esame può essere diviso in tre sotto-periodi: il primo (1988-1991) ed il terzo (1995-2001) caratterizzati da un rapporto costante ed il secondo (1992-1995) caratterizzato da un rapporto crescente fra spesa privata e spesa pubblica.

Dalla figura 1 si vede chiaramente come la riforma attuata nel 1992 abbia modificato l'allo-

² I risultati di quella analisi si basavano sull'utilizzo dei dati ISTAT sulla spesa privata coerenti con la nuova contabilità nazionale.

Figura 1 - Rapporto tra spesa sanitaria pubblica e privata



cazione tra spesa sanitaria pubblica e privata, spostando il sistema da un rapporto di equilibrio di circa 0,20 (spesa privata pari al 20 per cento della spesa pubblica) prima del 1992 verso un nuovo rapporto di equilibrio pari a circa 0,30 dopo il 1995. A partire da quella data il rapporto è rimasto pressoché costante.

Data l'ampiezza della riallocazione di risorse private che la riforma ha determinato, è importante sapere in che modo tale riallocazione abbia inciso sui consumi delle famiglie italiane. Secondo i nuovi dati della contabilità nazionale, il tasso di crescita della quota di consumo personale indirizzata all'assistenza medica è aumentato dall'1,7% al 3,1% tra il 1982 ed il 1999, con un impatto sui bilanci delle famiglie tutt'altro che trascurabile. Gli stessi dati di contabilità nazionale mostrano anche come la spesa sanitaria rappresenti una quota crescente della spesa totale delle famiglie italiane.

L'incremento maggiore nei consumi sanitari si è registrato nel periodo tra il 1991 ed il 1995 (+8,9%), ed in particolare nel 1992 e nel 1993 quando il tasso di crescita è stato superiore al 10%.

Purtroppo, le informazioni di contabilità nazionale non permettono di ottenere informazioni sul modo in cui tali incrementi di spesa si sono distribuiti tra le varie tipologie familiari, in particolare tra quelle particolarmente vulnerabili o non in grado di ottenere un'assicurazione sanitaria integrativa. Per ovviare a tale limite, utilizzando le informazioni tratte dalle indagini sui consumi delle famiglie dell'ISTAT, nei prossimi paragrafi valuteremo gli effetti distributivi sui diversi gruppi di popolazione generati dalle politiche di contenimento della spesa sanitaria.

3.3 I dati e le variabili esplicative

L'analisi empirica che verrà condotta nei prossimi paragrafi si baserà su dati di spesa privata per servizi sanitari da parte delle famiglie italiane tratti dall'indagine ISTAT sui consumi delle famiglie, con riferimento all'intervallo di tempo 1997-2001. L'indagine campionaria contiene informazioni dettagliate sulla struttura ed il livello dei consumi secondo le principali caratteristiche sociali, economiche e territoriali delle famiglie residenti in Italia. Essa consente di osservare l'evoluzione sia in senso quantitativo sia qualitativo della spesa per tipologia familiare, in riferimento ai differenti ambiti territoriali e sociali. Oggetto della rilevazione sono le spese sostenute dalle famiglie residenti per acquistare beni e servizi, ricomprendendo in questa vasta categoria sia i consumi privati sia l'auto-consumo di prodotti agricoli, redditi imputati e salari corrisposti in beni o servizi piuttosto che in veste monetaria. Per ciò che concerne i beni durevoli, le spese sono registrate al momento della spesa sostenuta. L'unità centrale dell'indagine è la famiglia, definita come un insieme di persone che condividono l'abitazione e mettono in comune le loro entrate finanziarie³.

Le voci contenute nell'indagine relative alla spesa sanitaria sono diverse. Oltre alle spese per medicinali e visite mediche, vi sono informazioni relative alle spese sostenute per analisi cliniche, esami radiologici, ricoveri in cliniche e case di riposo, dentista, servizi sanitari ausiliari, pronto soccorso, cure termali e spese sostenute per attrezzature sanitarie. Di particolare interesse risultano le categorie di spesa relative all'assistenza a disabili e anziani non autosufficienti.

Tali voci di spesa sono state raggruppate in categorie più specifiche: farmaci, medici, medicine, analisi cliniche, attrezzature sanitarie, ricoveri ospedalieri, assistenza a disabili e anziani e, infine, la categoria che comprende il totale delle spese sostenute nel settore sanitario. La spesa in termini costanti è stata ottenuta utilizzando i deflatori dei prezzi dei vari beni e servizi disponibili nel settore sanitario da parte dell'ISTAT.

Le variabili di interesse, la loro descrizione e le statistiche descrittive ad esse associate sono illustrate nella Tabella 1. Al fine di convenire una serie di utili informazioni, i microdati sono stati riaggregati in base a una serie di caratteristiche socio-demografiche.

3.4 La composizione della spesa sanitaria per tipologia di famiglia

3.4.1 Spesa per servizi sanitari

Nella Tabella 2 vengono riportati i livelli di spesa privata per servizi sanitari familiari e pro capite per diverse condizioni socio-demografiche. Inoltre, vengono riportati i tassi di crescita annuali, per consentire una migliore comprensione dei cambiamenti avvenuti nella spesa familiare e per capire come le disposizioni legislative introdotte nel periodo considerato

³ Il disegno di campionamento è a due stadi - il primo composto dai comuni, il secondo dalle famiglie - di cui il primo stratificato. Il territorio italiano è stato suddiviso in 228 strati in base alla tipologia del comune, alla sua dimensione demografica ed alla regione di appartenenza. In sintesi, l'indagine coinvolge complessivamente 470 comuni. Le unità di secondo stadio sono le famiglie: il disegno di campionamento prevede che ne siano intervistate circa 27.000, estratte in modo casuale dalle anagrafi di ogni comune campione.

Tabella 1 - Descrizione dei dati e delle variabili utilizzate

Variabile	Media	Dev.St.	Min	Max	Descrizione Variabile
Salute	190.103,5	497.474,0	0,00	1,46E+07	Spesa mensile per salute
Medici	21.339,2	78.867,0	0,00	2.000.000	Spesa mensile per visita medica
Medicine	69.548,6	109.173,0	0,00	750228	Spesa mensile per medicinali (costo totale o ticket)
Attrezz	21.378,2	151.980,4	0,00	1,02E+07	Spesa mensile per attrezzature sanitarie
Analisi	13.100,8	52.370,1	0,00	1200000	Spesa mensile per analisi cliniche, esami radiologici, ecc
Ospedali	5.505,5	178.447,0	0,00	1,46E+07	Spesa mensile per ricoveri in cliniche o ospedali, e P.S.
Assistenza	5.238,1	87.559,1	0,00	6871800	Spesa mensile per ricov. in case di riposo, ecc., e assis. disabili
Dunov	0,22	0,42	0,00	1,00	=1 se Famiglie Nord-Ovest, 0 altrimenti
Dunest	0,19	0,39	0,00	1,00	=1 se Famiglie Nord-Est, 0 altrimenti
Decentro	0,18	0,38	0,00	1,00	=1 se Famiglie Centro, 0 altrimenti
Dusud	0,24	0,43	0,00	1,00	=1 se Famiglie Sud, 0 altrimenti
Lfsize	0,90	0,53	0,00	2,48	Log numerosità della famiglia
dsin_o65	0,10	0,30	0,00	1,00	=1 se Single >65 anni, 0 altrimenti
dsin_u65	0,09	0,29	0,00	1,00	=1 se Single <65 anni, 0 altrimenti
ducop065	0,09	0,29	0,00	1,00	=1 se Coppie di età <65 anni, 0 altrimenti
ducop65o	0,07	0,25	0,00	1,00	=1 se Coppie di età >65 anni, 0 altrimenti
df1g1865	0,18	0,38	0,00	1,00	=1 se Famiglie a una generazione (18-65] anni, 0 altrimenti
df1g65ov	0,01	0,07	0,00	1,00	=1 se Famiglie a una generazione (65 e oltre) anni, 0 altrimenti
df2g0_65	0,33	0,47	0,00	1,00	=1 se Famiglie a 2 generazioni [0-18] (18-65], 0 altrimenti
df2g18ov	0,12	0,32	0,00	1,00	=1 se Famiglie a 2 generazioni (18-65] e oltre 65, 0 altrimenti
age_hh	54,78	15,49	16,00	101,00	Età del capofamiglia
age_hh2	3.241,16	1.756,06	256,00	10.201,00	Età del capofamiglia al quadrato
sex_hh	0,22	0,42	0,00	1,00	=1 se capofamiglia donna, 0 altrimenti
bambini	0,35	0,68	0,00	5,00	Numero di bambini (<12 anni) nella famiglia
nanziani	0,40	0,66	0,00	4,00	Numero di anziani nella famiglia
du_ymens2	0,33	0,47	0,00	1,00	=1 se reddito tra 1.500.001 e 2.500.000, 0 altrimenti
du_ymens3	0,29	0,45	0,00	1,00	=1 se reddito tra 2.500.001 e 4.000.000, 0 altrimenti
du_ymens4	0,09	0,29	0,00	1,00	=1 se reddito tra 4.000.001 e 5.000.000, 0 altrimenti
du_ymens5	0,08	0,28	0,00	1,00	=1 se reddito tra 5.000.001 in su, 0 altrimenti
nb_sexhh	0,02	0,19	0,00	4,00	= numero di bambini * sex_hh
du_1998	0,19	0,39	0,00	1,00	=1 se anno=1998, 0 altrimenti
du_1999	0,19	0,39	0,00	1,00	=1 se anno=1999, 0 altrimenti
du_2000	0,21	0,41	0,00	1,00	=1 se anno=2000, 0 altrimenti
du_2001	0,21	0,41	0,00	1,00	=1 se anno=2001, 0 altrimenti
occu_hh	0,54	0,50	0,00	1,00	=1 se capofam. occupato, 0 altrimenti
pens_hh	0,36	0,48	0,00	1,00	=1 se capofam. pensionato, 0 altrimenti
inva_hh	0,01	0,08	0,00	1,00	=1 se capofam. invalido, 0 altrimenti
casa_hh	0,05	0,22	0,00	1,00	=1 se capofam. casalingo/a, 0 altrimenti
altrocp_hh	0,01	0,11	0,00	1,00	=1 se capofam. in altra cond. profess., 0 altrimenti
impie_hh	0,15	0,36	0,00	1,00	=1 se capofam. impiegato, 0 altrimenti
dirig_hh	0,05	0,22	0,00	1,00	=1 se capofam. dirigente, 0 altrimenti
opera_hh	0,15	0,36	0,00	1,00	=1 se capofam. operaio, 0 altrimenti
inpro_hh	0,14	0,34	0,00	1,00	=1 se capofam. lavoratore in proprio, 0 altrimenti
altropp_hh	0,04	0,20	0,00	1,00	=1 se capofam. in altra posizione professionale, 0 altrimenti
laurea_hh	0,08	0,28	0,00	1,00	=1 se capofam. con PhD, laurea e laurea breve, 0 altrimenti
dipl_hh	0,27	0,44	0,00	1,00	=1 se capofam. con diploma, 0 altrimenti
media_hh	0,29	0,45	0,00	1,00	=1 se capofam. con licenza media, 0 altrimenti
elem_hh	0,30	0,46	0,00	1,00	=1 se capofam. con licenza elementare, 0 altrimenti

Tabella 2 - Spesa privata per sevizi sanitari da parte delle famiglie
(Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	203,2	199,8	213,5	178,6	215,8	6,22	-1,70	6,88	-16,35	20,86
Singoli > 65 anni	169,1	185,1	215,7	195,6	224,7	32,87	9,46	16,50	-9,31	14,90
Coppie 0-65 anni	266,7	243,5	252,9	248,7	265,8	-0,36	-8,71	3,86	-1,66	6,86
Coppie > 65 anni	240,1	246,0	260,7	246,1	314,5	30,98	2,44	6,00	-5,60	27,78
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	292,8	296,3	307,7	278,1	287,8	-1,70	1,18	3,85	-9,61	3,50
Fam. a 1 generazione (> 65 anni)	267,7	285,9	515,6	267,9	344,0	28,46	6,80	80,30	-48,04	28,41
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	235,8	258,3	263,7	248,4	264,3	12,08	9,51	2,10	-5,81	6,43
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	249,5	260,1	265,8	287,3	312,6	25,27	4,22	2,22	8,09	8,78
Famiglie a 3 generazioni	293,9	247,1	312,6	251,8	336,1	14,37	-15,91	26,50	-19,46	33,49
Famiglie Nord-Ovest	285,4	280,1	307,8	281,7	301,0	5,47	-1,85	9,88	-8,48	6,85
Famiglie Nord-Est	289,1	294,7	302,2	317,9	343,5	18,80	1,95	2,53	5,21	8,03
Famiglie Centro	223,4	255,3	259,9	236,0	261,7	17,16	14,32	1,78	-9,21	10,90
Famiglie Sud	195,6	198,4	205,6	183,0	204,8	4,69	1,41	3,64	-11,00	11,91
Famiglie Isole	176,8	207,8	210,3	188,0	186,9	5,70	17,53	1,17	-10,57	-0,60
Famiglie con 1 componente	182,1	190,9	214,8	189,4	221,3	21,53	4,81	12,53	-11,84	16,88
Famiglie con 2 componenti	243,9	235,0	255,9	255,3	286,0	17,26	-3,65	8,92	-0,26	12,02
Famiglie con 3 componenti	260,4	273,0	269,6	268,0	276,7	6,28	4,84	-1,25	-0,60	3,27
Famiglie con 4 componenti	263,3	277,7	295,6	269,3	287,9	9,36	5,48	6,44	-8,89	6,91
Famiglie con 5 componenti	251,2	289,2	279,8	244,8	291,3	15,95	15,13	-3,28	-12,49	18,99
Famiglie con 6+ componenti	249,1	266,5	326,2	219,3	290,5	16,59	6,98	22,39	-32,77	32,43
Fam. nel primo quintile di reddito	170,0	188,4	184,6	172,3	185,5	9,14	10,83	-2,00	-6,70	7,69
Fam. nel secondo quintile di reddito	249,6	248,9	269,2	246,9	254,4	1,91	-0,30	8,15	-8,28	3,04
Fam. nel terzo quintile di reddito	291,8	297,4	304,2	290,2	302,6	3,70	1,93	2,28	-4,62	4,29
Fam. nel quarto quintile di reddito	302,3	337,0	346,7	318,3	345,6	14,32	11,49	2,88	-8,20	8,57
Fam. nel quinto quintile di reddito	395,2	373,4	388,8	399,5	430,4	8,89	-5,53	4,14	2,74	7,73
Famiglie con capofamiglia occupato	249,8	268,0	266,9	250,6	269,0	7,70	7,30	-0,42	-6,10	7,34
Fam. con capofamiglia disoccupato	188,0	195,0	173,2	168,7	170,2	-9,46	3,73	-11,19	-2,57	0,87
Fam. con capofamiglia pensionato	245,2	245,9	272,4	256,1	285,9	16,61	0,31	10,77	-5,99	11,63
Fam. con capofamiglia invalido	382,0	287,7	274,3	250,6	309,9	-18,86	-24,67	-4,67	-8,63	23,67
Fam. con capofam. con red. Lav.	242,2	249,7	260,3	245,9	270,9	11,83	3,07	4,29	-5,53	10,13
Fam. con capofam. con pensione	238,3	245,0	260,1	242,6	267,6	12,30	2,81	6,17	-6,75	10,33
Famiglie con capofam. con sussidi	241,8	251,1	263,4	246,6	271,6	12,32	3,86	4,88	-6,38	10,14
Consumo pro capite	102,1	104,8	113,9	108,4	121,2	18,75	2,64	8,76	-4,86	11,80

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

abbiano influito sul bilancio familiare. L'analisi della spesa pro capite, infine, costituisce una prima fonte informativa sui cambiamenti di benessere originati dalle innovazioni legislative. Gli effetti redistributivi tra le diverse tipologie di famiglie considerate in questa analisi sono stati notevoli. La spesa privata pro-capite per servizi sanitari in termini costanti è passata da una media di circa 102.000 lire mensili nel 1997 a una media di oltre 120.000 lire nel 2001. Gli anziani sono quelli che ne hanno maggiormente risentito. Nel caso degli anziani single la spesa media pro-capite mensile è aumentata da 169.100 lire nel 1997 a oltre 224.000 lire nel 2001; nel caso di coppie anziane si è passati da 240.120 lire a 314.500 lire. Le famiglie con reddito più basso e quelle con reddito più elevato sono quelle che proporzionalmente hanno visto aumentare maggiormente la loro spesa media mensile. In particolare, per le famiglie con un reddito totale che ricade nel primo e nel quinto quintile della distribuzione l'aumento è stato pari al 9%, mentre per quelle con redditi nella quarta fascia di reddito l'aumento è stato pari al 14%. Per le altre famiglie gli aumenti sono stati più contenuti. La spesa per servizi sanitari ha subito aumenti maggiori nel caso di famiglie a un solo componente (21,5%). Piuttosto elevati risultano gli aumenti della spesa per le famiglie con due componenti e con cinque o più componenti, mentre più ridotti risultano per le famiglie composte da 2 a 4 elementi, per le quali gli aumenti sono inferiori al 10%. Dal punto di vista geografico, il Nord-Est e il Centro sono le aree che registrano gli aumenti maggiori (intorno al 17-18%) mentre nelle altre zone gli aumenti si sono attestati a un livello di circa il 5%. L'aggregazione per numero di generazioni all'interno delle famiglie mostra che le famiglie a una generazione (18-65 anni) riportano un decremento (-1,7%) della spesa nel periodo considerato; la famiglia a due generazioni (0-65 anni), storicamente considerato il più vulnerabile nel sistema di protezione sociale italiano (in esso sono incluse le coppie giovani con figli), insieme alle famiglie a tre generazioni, costituiscono i gruppi che registrano i tassi di incremento medi (12% e 14% rispettivamente) della spesa per servizi sanitari. Infine, la disaggregazione in base al tipo di occupazione del capofamiglia, permette di fare considerazioni in merito al grado di protezione dei gruppi più svantaggiati, i quali sono risultati più tutelati, anche se in maniera limitata. Infatti, gli incrementi maggiori sono quelli registrati dalle famiglie con capofamiglia pensionato (16,6%) e con capofamiglia occupato (7,7%); le famiglie con a capo un disoccupato o una persona invalida hanno visto diminuire la spesa per servizi sanitari. Nei successivi paragrafi si procederà ad un'analisi più attenta degli andamenti delle singole voci di spesa.

3.4.2 Spesa per medici

La Tabella 3 presenta la spesa privata familiare per medici rilevata nel periodo di interesse. La spesa privata pro-capite per medici in termini costanti è passata da una media di circa 54.000 lire mensili nel 1997 a una media di oltre 70.000 lire nel 2001. I single e gli anziani sono quelli che hanno visto i maggiori incrementi cumulati tra il 1997 e il 2001. Nel caso degli anziani single la spesa media pro-capite mensile è aumentata da 108.000 lire nel 1997 a oltre 154.000 lire nel 2001; nel caso di coppie anziane si è passati da 130.000 lire a 200.000 lire. I single al di sotto dei 65 anni hanno visto passare la spesa da 120.000 a 173.000. Le famiglie con reddito più basso sono quelle che proporzionalmente hanno visto

Tabella 3 - Spesa privata per servizi medici da parte delle famiglie
(Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	120,7	117,9	141,3	144,7	173,9	44,11	-2,34	19,87	2,45	20,16
Singoli > 65 anni	108,7	108,6	139,3	148,8	154,3	41,95	-0,09	28,19	6,84	3,73
Coppie 0-65 anni	162,8	139,3	136,9	152,4	169,0	3,82	-14,43	-1,72	11,32	10,89
Coppie > 65 anni	130,8	149,6	179,2	169,5	200,3	53,13	14,42	19,78	-5,42	18,14
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	139,6	154,7	158,5	162,5	163,3	16,93	10,81	2,47	2,48	0,49
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	169,0	164,8	173,9	159,7	204,0	20,73	-2,50	5,51	-8,13	27,74
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	126,0	129,8	140,7	145,0	145,5	15,50	3,03	8,38	3,09	0,34
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	142,8	139,8	158,1	167,7	171,3	19,95	-2,08	13,06	6,06	2,14
Famiglie a 3 generazioni	125,3	146,4	123,0	153,8	174,5	39,30	16,81	-15,96	25,01	13,52
Famiglie Nord-Ovest	139,6	142,2	155,7	157,7	168,5	20,69	1,85	9,52	1,29	6,83
Famiglie Nord-Est	127,2	129,4	139,3	152,1	155,1	21,89	1,70	7,65	9,20	1,96
Famiglie Centro	131,6	152,6	151,6	153,6	167,8	27,47	15,93	-0,63	1,32	9,20
Famiglie Sud	141,4	130,9	147,4	150,0	155,9	10,32	-7,37	12,56	1,81	3,93
Famiglie Isole	111,9	122,6	149,5	154,4	159,1	42,20	9,59	21,99	3,24	3,03
Famiglie con 1 componente	113,0	112,0	140,2	147,4	161,7	43,12	-0,86	25,15	5,17	9,68
Famiglie con 2 componenti	141,8	142,2	156,9	157,7	173,6	22,40	0,29	10,33	0,47	10,10
Famiglie con 3 componenti	132,9	141,6	145,2	160,3	154,5	16,29	6,53	2,54	10,43	-3,60
Famiglie con 4 componenti	134,5	139,6	149,3	156,2	157,3	16,97	3,85	6,91	4,62	0,69
Famiglie con 5 componenti	127,7	132,4	129,8	131,1	157,8	23,52	3,67	-2,00	1,01	20,36
Famiglie con 6+ componenti	150,7	121,6	163,2	138,7	157,6	4,63	-19,31	34,25	-15,02	13,66
Famiglie nel primo quintile di reddito	122,9	116,0	135,6	133,3	158,5	28,98	-5,59	16,94	-1,71	18,86
Famiglie nel secondo quintile di reddito	124,6	143,5	141,9	149,5	160,3	28,63	15,11	-1,06	5,31	7,25
Famiglie nel terzo quintile di reddito	147,8	138,0	153,9	154,1	162,0	9,61	-6,61	11,49	0,15	5,12
Famiglie nel quarto quintile di reddito	149,8	150,4	151,9	166,1	168,0	12,18	0,44	0,99	9,30	1,18
Famiglie nel quinto quintile di reddito	188,1	170,2	199,6	195,0	180,8	-3,89	-9,51	17,26	-2,29	-7,31
Famiglie con capofamiglia occupato	136,0	140,0	146,5	151,5	156,8	15,31	2,96	4,62	3,46	3,47
Fam. con capofamiglia disoccupato	143,7	119,2	141,1	156,4	125,2	-12,90	-17,05	18,43	10,79	-19,96
Fam. con capofamiglia pensionato	127,6	132,5	152,2	158,8	168,6	32,11	3,79	14,87	4,37	6,17
Famiglie con capofamiglia invalido	147,1	179,6	176,7	153,8	155,8	5,91	22,14	-1,65	-12,95	1,28
Famiglie con capofam. con red. Lav.	133,6	135,9	147,8	154,8	160,6	20,24	1,77	8,74	4,74	3,74
Fam. con capofam. con pensione	132,5	135,2	148,6	155,7	162,8	22,88	2,04	9,89	4,80	4,56
Famiglie con capofam. con sussidi	132,6	136,2	148,3	153,9	161,8	22,07	2,74	8,91	3,76	5,15
Consumo pro capite	54,6	56,1	62,9	67,4	71,0	29,99	2,77	12,17	7,07	5,31

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

aumentare maggiormente la loro spesa media mensile. In particolare, per le famiglie con un reddito totale che ricade nel primo e nel secondo quintile della distribuzione, l’aumento è stato pari al 28%, mentre per quelle con redditi nel quinto quintile la spesa ha registrato una diminuzione del 4% circa.

La spesa per medici ha subito aumenti maggiori nel caso di famiglie a un solo componente (43%). Piuttosto elevati risultano gli aumenti della spesa per le famiglie con due e con cinque componenti (22 e 23%), mentre particolarmente ridotto risulta per le famiglie composte da sei o più elementi, per le quali gli aumenti sono pari al 4,6%.

Dal punto di vista geografico, le Isole sono le aree in cui la spesa medica è aumentata di più rispetto alle altre zone, con un aumento cumulato del 42%, seguite dalle zone del Centro (27%). A parte le zone del Sud (con un incremento del 10%), nel resto dell'Italia gli aumenti sono stati intorno al 21%.

L’aggregazione per numero di generazioni all’interno delle famiglie mostra che gli aumenti non sono stati particolarmente dissimili per i vari gruppi. A parte il caso della famiglia a tre generazioni, che riporta un aumento pari al 40% circa, le altre tipologie mostrano incrementi che variano dal 15,5% della famiglia a due generazioni (0-65), che registra il tasso di incremento minore della spesa medica, al 20,7% della famiglia a una generazione over 65 anni. Infine, la disaggregazione in base al tipo di occupazione del capofamiglia, mostra che gli incrementi maggiori sono quelli registrati dalle famiglie con capofamiglia pensionato (32%) e con capofamiglia occupato (15,3%); le famiglie con a capo un disoccupato hanno avuto un incremento contenuto della spesa (5,9%), mentre quelle con a capo una persona invalida hanno visto diminuire la spesa per servizi sanitari del 32%.

3.4.3 Spesa per medicinali

La Tabella 4 presenta la spesa farmaceutica privata familiare nel periodo di interesse. La spesa privata pro-capite per medicinali in termini costanti è passata da una media di circa 45.000 lire mensili nel 1997, a circa 51.800 nel 1999, per poi decrescere negli anni successivi, raggiungendo un valore di circa 49.500 lire nel 2001. Gli incrementi registrati nei cinque anni non sono particolarmente elevati, a parte quelli di alcune tipologie familiari. Ciò in quanto, a partire dal 2000, si è verificata una diminuzione diffusa della spesa privata familiare per medicinali in seguito alle misure di politica sanitaria introdotte. Tali diminuzioni sono particolarmente elevate nel 2000 rispetto all’anno precedente.

Sul periodo complessivo, i single e gli anziani sono quelli che hanno visto i maggiori incrementi cumulati tra il 1997 e il 2001. Nel caso degli anziani single la spesa media pro-capite mensile è aumentata da 88.000 lire nel 1997 ad oltre 97.000 lire nel 2001. Per la stessa tipologia familiare l’aumento tra il 1999 e il 1997 è stato del 25%. Nel caso di coppie anziane si è passati da 118.000 lire a 115.000 lire nel 2001. Le famiglie con reddito più basso sono quelle che proporzionalmente hanno visto aumentare maggiormente la loro spesa media mensile nei primi tre anni. Tra il 1999 e il 1997, per le famiglie con un reddito totale che ricade nel primo e nel secondo quintile della distribuzione, l’aumento è stato pari al 10% circa, mentre per quelle con redditi nel terzo e quinto quintile la spesa ha registrato un incremento intorno al 7-8%. Più elevato l’aumento della spesa per medicinali per le famiglie nel quarto quintile (11%). Di converso, nei due anni successivi (2000 e 2001), le famiglie con redditi più bassi

Tabella 4 - Spesa privata per medicinali da parte delle famiglie
(Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	83,1	91,4	95,0	91,6	90,1	8,45	10,00	3,91	-3,52	-1,66
Singoli > 65 anni	88,1	101,8	110,4	96,6	97,2	10,38	15,53	8,45	-12,49	0,67
Coppie 0-65 anni	105,7	107,0	117,5	111,6	112,4	6,37	1,25	9,86	-5,07	0,74
Coppie > 65 anni	118,7	127,9	125,2	120,8	115,8	-2,42	7,77	-2,17	-3,47	-4,12
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	108,3	115,8	118,4	116,7	110,6	2,11	6,98	2,23	-1,42	-5,29
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	125,3	159,0	136,5	152,0	129,7	3,57	26,93	-14,16	11,37	-14,64
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	100,9	106,4	110,6	108,2	105,5	4,59	5,48	3,93	-2,12	-2,52
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	117,8	123,8	123,8	122,6	122,3	3,83	5,08	0,01	-0,93	-0,27
Famiglie a 3 generazioni	129,7	117,4	118,7	111,1	129,2	-0,42	-9,52	1,17	-6,47	16,29
Famiglie Nord-Ovest	115,7	120,1	122,8	122,1	116,0	0,21	3,75	2,24	-0,49	-5,07
Famiglie Nord-Est	115,5	118,3	121,8	123,7	120,4	4,22	2,38	2,93	1,59	-2,65
Famiglie Centro	98,3	114,6	121,0	110,6	107,8	9,66	16,65	5,56	-8,57	-2,59
Famiglie Sud	90,0	94,9	96,4	94,3	92,7	2,98	5,49	1,53	-2,13	-1,76
Famiglie Isole	97,2	104,6	113,0	97,9	100,8	3,80	7,66	8,02	-13,36	3,02
Famiglie con 1 componente	86,2	97,8	104,4	94,8	94,6	9,71	13,44	6,70	-9,13	-0,25
Famiglie con 2 componenti	109,4	115,1	119,4	116,7	111,9	2,30	5,24	3,74	-2,26	-4,13
Famiglie con 3 componenti	110,0	116,5	116,2	117,7	111,6	1,46	5,99	-0,33	1,31	-5,21
Famiglie con 4 componenti	105,4	110,7	116,4	110,5	111,6	5,85	5,03	5,11	-5,07	1,01
Famiglie con 5 componenti	106,5	109,6	112,1	112,1	112,5	5,68	2,93	2,26	0,00	0,40
Famiglie con 6+ componenti	111,2	126,2	119,5	109,8	119,9	7,81	13,48	-5,25	-8,15	9,17
Famiglie nel primo quintile di reddito	93,9	99,1	103,4	96,5	92,3	-1,69	5,59	4,29	-6,65	-4,36
Fam. nel secondo quintile di reddito	104,6	114,2	115,4	111,0	110,3	5,44	9,22	1,07	-3,81	-0,69
Famiglie nel terzo quintile di reddito	111,2	113,4	120,9	116,5	113,0	1,54	1,93	6,58	-3,61	-3,03
Fam. nel quarto quintile di reddito	113,3	120,0	126,1	124,4	118,4	4,47	5,94	5,03	-1,29	-4,88
Fam. nel quinto quintile di reddito	125,0	124,4	133,8	154,8	126,9	1,56	-0,46	7,58	15,69	-18,02
Famiglie con capofamiglia occupato	100,1	107,0	110,7	108,0	105,9	5,85	6,93	3,48	-2,50	-1,88
Fam. con capofamiglia disoccupato	97,9	94,5	97,1	96,9	88,2	-9,99	-3,51	2,75	-0,26	-8,97
Fam. con capofamiglia pensionato	112,0	119,1	121,3	116,5	112,9	0,80	6,34	1,87	-4,00	-3,07
Famiglie con capofamiglia invalido	116,7	132,3	125,8	122,0	111,6	-4,34	13,38	-4,93	-2,99	-8,52
Famiglie con capofam. con red. Lav.	103,7	111,2	114,0	110,3	108,0	4,16	7,22	2,47	-3,20	-2,06
Fam. con capofam. con pensione	103,1	109,2	113,9	109,5	107,3	4,11	5,94	4,24	-3,79	-2,01
Famiglie con capofam. con sussidi	104,3	111,2	114,8	110,5	108,5	4,05	6,59	3,21	-3,71	-1,78
Consumo pro capite	45,5	49,1	51,9	50,4	49,5	8,86	7,99	5,64	-2,85	-1,77

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

hanno riportato le diminuzioni maggiori della spesa per medicinali.

Se si considerano i cinque anni, la spesa per medicinali ha subito aumenti maggiori all’aumentare del numero dei componenti. In particolare, le famiglie più numerose hanno incrementato la spesa, mentre per le altre è diminuita. Se si considerano i due sottoperiodi 1997-1999 e 2000-2001, si può vedere come nel primo sottoperiodo gli aumenti più vistosi si sono avuti a carico delle famiglie meno numerose, mentre nel secondo periodo tali famiglie hanno diminuito maggiormente la spesa per medicinali. Sembra dunque che le nuove politiche introdotte riflettano l’esistenza di uno schema di esenzioni che aiuta le famiglie più numerose e a basso reddito, suggerendo l’esistenza di forti economie di scala nel consumo di farmaci.

Dal punto di vista geografico, la spesa per farmaci ha subito gli aumenti maggiori al Centro (9,6%), al Nord-Est (4,2%) e nelle Isole (3,8%). Al Nord-Ovest, gli aumenti riportati nel primo sottoperiodo sono stati controbilanciati dalle diminuzioni verificatesi nel secondo sottoperiodo. Le diminuzioni più importanti che si sono realizzate tra il 2001 e il 1999 si sono avute al Centro e nelle Isole (circa il 10%).

L’aggregazione per numero di generazioni all’interno delle famiglie mostra un andamento della spesa per medicinali piuttosto altalenante per le famiglie a due generazioni (0-18 e over 65). Le famiglie a tre generazioni tra il 1997 e il 2001 hanno mantenuto pressoché invariata la spesa. Per le altre tipologie familiari, le variazioni non sono state particolarmente vistose, e presentano un certo grado di omogeneità.

In base al tipo di occupazione del capofamiglia, la disaggregazione mostra che gli incrementi maggiori sono quelli registrati dalle famiglie con capofamiglia occupato (5,8%); le famiglie con a capo un pensionato hanno una spesa in leggera diminuzione, e tali decrementi sono più elevati negli ultimi due anni. La spesa per medicinali diminuisce anche per le famiglie con a capo una persona disoccupata (-9,9%) o invalida (-4,3%) tra il 1997 e il 2001. Tali decrementi sono ancora più sostenuti negli ultimi due anni.

3.4.4 Spesa per attrezzature sanitarie

La Tabella 5 presenta la spesa sostenuta per attrezzature sanitarie privata da parte delle famiglie tra il 1997 e il 2001. Tale categoria comprende le spese sostenute per occhiali da vista, protesi, apparecchi acustici, sedie e carrozzine per invalidi, apparecchi ortopedici, noleggio di attrezzature sanitarie e infine termometri, siringhe, ecc.

La spesa privata pro-capite per attrezzature sanitarie in termini costanti è passata da una media di circa 52.000 lire mensili nel 1997, a circa 72.000 nel 2001. Gli incrementi registrati nei cinque anni sono particolarmente elevati.

Sul periodo considerato, i single al di sotto dei 65 anni e le coppie di anziani hanno riportato i maggiori aumenti, pari rispettivamente al 61% e 75%. Nel caso dei single al di sotto dei 65 anni la spesa è passata da 114.500 lire a 200.600 lire nel 2001, mentre per le coppie di anziani da 97.800 lire a 157.700. Le famiglie con reddito più basso sono quelle che proporzionalmente hanno visto aumentare in misura minore la loro spesa media mensile. Queste famiglie hanno avuto un aumento cumulato intorno al 2%, mentre le famiglie con i redditi più elevati hanno riportato un aumento pari al 53%.

La disaggregazione familiare in base al numero di componenti evidenzia aumenti particolar-

Tabella 5 - Spesa privata per attrezzature sanitarie da parte delle famiglie
(Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	97,9	129,7	131,9	116,5	157,7	61,13	32,54	1,68	-11,67	35,36
Singoli > 65 anni	110,2	126,1	130,7	161,0	133,2	20,93	14,50	3,65	23,17	-17,27
Coppie 0-65 anni	146,3	149,4	140,8	171,6	189,5	29,49	2,14	-5,81	21,95	10,37
Coppie > 65 anni	114,6	114,1	165,5	112,9	200,6	75,10	-0,45	45,06	-31,74	77,64
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	149,4	148,9	166,2	136,9	161,5	8,13	-0,35	11,66	-17,62	17,97
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	149,9	227,3	212,4	77,5	117,3	-21,72	51,65	-6,56	-63,50	51,36
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	119,8	131,2	128,3	106,0	121,8	1,66	9,53	-2,27	-17,35	14,90
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	130,6	115,9	162,3	161,6	194,6	48,94	-11,30	40,04	-0,39	20,37
Famiglie a 3 generazioni	172,1	113,9	109,9	104,9	251,5	46,17	-33,82	-3,46	-4,63	139,88
Famiglie Nord-Ovest	149,9	167,9	194,6	165,7	181,0	20,80	12,02	15,90	-14,85	9,27
Famiglie Nord-Est	164,2	168,6	174,9	168,7	207,0	26,05	2,69	3,69	-3,50	22,68
Famiglie Centro	115,8	115,4	133,2	125,0	164,2	41,84	-0,34	15,46	-6,20	31,41
Famiglie Sud	92,3	107,0	104,5	95,4	117,1	26,85	15,91	-2,35	-8,75	22,81
Famiglie Isole	125,8	96,6	90,4	82,8	83,1	-33,97	-23,23	-6,38	-8,45	0,35
Famiglie con 1 componente	106,1	127,4	131,2	148,2	140,6	32,41	20,06	2,91	12,99	-5,16
Famiglie con 2 componenti	137,4	120,4	147,2	143,7	189,3	37,78	-12,35	22,21	-2,37	31,76
Famiglie con 3 componenti	120,1	134,5	136,1	122,9	155,6	29,54	11,99	1,15	-9,66	26,58
Famiglie con 4 componenti	142,1	138,9	165,7	127,4	134,1	-5,58	-2,20	19,27	-23,12	5,30
Famiglie con 5 componenti	119,3	146,6	119,2	110,7	164,4	37,79	22,81	-18,64	-7,19	48,58
Famiglie con 6+ componenti	120,3	141,8	122,8	89,7	200,0	66,28	17,90	-13,42	-26,99	123,12
Famiglie nel primo quintile di reddito	94,9	108,6	97,1	92,5	97,2	2,39	14,39	-10,55	-4,76	5,08
Fam. nel secondo quintile di reddito	154,4	115,3	153,4	134,6	167,5	8,46	-25,36	33,04	-12,20	24,39
Famiglie nel terzo quintile di reddito	124,3	146,9	149,1	147,4	173,5	39,53	18,16	1,49	-1,12	17,67
Fam. nel quarto quintile di reddito	147,3	187,4	157,2	140,0	208,9	41,76	27,19	-16,12	-10,93	49,18
Fam. nel quinto quintile di reddito	140,2	196,8	213,4	171,0	214,7	53,20	40,38	8,48	-19,90	25,59
Famiglie con capofamiglia occupato	129,6	139,5	135,6	120,0	145,9	12,62	7,62	-2,78	-11,52	21,66
Fam. con capofamiglia disoccupato	101,3	77,2	91,3	66,8	107,6	6,21	-23,80	18,20	-26,77	61,03
Fam.e con capofamiglia pensionato	132,0	133,8	163,9	154,6	184,7	39,97	1,36	22,52	-5,66	19,48
Famiglie con capofamiglia invalido	109,9	122,6	106,3	40,5	103,1	-6,21	11,54	-13,29	-61,91	154,56
Famiglie con capofam. con red. Lav.	128,5	131,2	142,4	130,1	159,5	24,21	2,15	8,56	-8,70	22,68
Fam. con capofam. con pensione	125,7	128,7	139,9	126,9	157,0	24,93	2,38	8,69	-9,25	23,72
Famiglie con capofam. con sussidi	127,7	131,9	143,9	131,7	156,7	22,68	3,29	9,04	-8,44	18,96
Consumo pro capite	52,6	55,2	61,8	61,9	72,0	36,78	4,82	12,12	0,16	16,20

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

mente elevati per le famiglie con sei o più componenti (66%), mentre nel caso delle famiglie con quattro componenti la spesa per attrezzature sanitarie è risultata in diminuzione nell'intero periodo considerato. Le altre tipologie familiari hanno visto aumenti piuttosto simili, che variano dal 29,5% al 37,7%.

Dal punto di vista geografico, la spesa per attrezzature sanitarie ha subito gli aumenti maggiori al Centro (41,8%). Al Nord-Est e al Sud l'incremento è stato di circa il 26%, al Nord-Ovest del 20,8%, mentre nelle Isole tale spesa è risultata in forte diminuzione (-33,9%).

L'aggregazione per numero di generazioni all'interno delle famiglie mostra un andamento della spesa per attrezzature sanitarie piuttosto eterogeneo. Le famiglie a una generazione (18-65) hanno avuto un incremento del 8%, mentre le famiglie a una generazione over 65 hanno diminuito del 21% la spesa. Nel caso delle due generazioni, nel periodo considerato la spesa è aumentata considerevolmente per le famiglie con degli anziani al loro interno. Analogamente per le famiglie a tre generazioni.

In base al tipo di occupazione del capofamiglia, la disaggregazione mostra che gli incrementi maggiori sono quelli registrati dalle famiglie con capofamiglia pensionato (39,9%) e occupato (12,6%). Le famiglie con a capo un disoccupato hanno avuto una spesa in aumento del 6% mentre quelle con a capo una persona invalida hanno riportato una spesa in diminuzione del 6%.

3.4.5 Spesa per analisi cliniche ed esami radiologici

La Tabella 6 presenta la spesa privata per analisi cliniche ed esami radiologici sostenuta dalle famiglie tra il 1997 e il 2001. Tale spesa pro-capite in termini costanti è passata da una media di circa 33.000 lire mensili nel 1997, a circa 43.000 lire nel 2001.

I single, e gli anziani sono quelli che hanno visto i maggiori incrementi cumulati tra il 1997 e il 2001. Nel caso degli anziani single la spesa media pro-capite mensile è aumentata da 45.700 lire nel 1997 ad oltre 82.000 lire nel 2001. Nel caso di coppie anziane si è passati da 53.800 lire a 115.300 lire nel 2001, con un aumento del 114%. Le famiglie con reddito più basso sono quelle che proporzionalmente hanno visto aumentare maggiormente la loro spesa media mensile nel periodo considerato. Le famiglie con reddito nel primo quintile hanno registrato un aumento pari al 82,5%, mentre per le famiglie nel quinto quintile tale aumento è stato limitato al 2%. L'osservazione dei dati suggerisce uno schema che penalizza le famiglie a più basso reddito.

Se si considerano i cinque anni, la spesa per analisi cliniche ha subito aumenti maggiori per le famiglie meno numerose. Le famiglie con un solo componente hanno avuto un aumento del 46,5%, mentre quelle con sei o più componenti del 9,4%.

Dal punto di vista geografico, la spesa per analisi cliniche ha subito gli aumenti maggiori nelle Isole (47,9%), al Nord-Est (33,4%) e Nord-Ovest (31,9%). Più contenuti gli aumenti riportati al Centro (15,6%).

L'aggregazione per numero di generazioni all'interno delle famiglie evidenzia come gli aumenti più elevati sono stati quelli riportati dalle famiglie con anziani.

La disaggregazione in base al tipo di occupazione del capofamiglia, evidenzia gli incrementi maggiori a carico delle famiglie con capofamiglia invalido (57,4%) e pensionato (47,8%).

Le famiglie con a capo un disoccupato hanno riportato un aumento della spesa per analisi

Tabella 6 - Spesa privata per analisi cliniche ed esami radiologici da parte delle famiglie
(Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	84,7	86,0	100,6	103,7	98,6	16,38	1,52	16,99	3,08	-4,94
Singoli > 65 anni	45,7	46,1	76,7	80,2	82,1	79,61	0,92	66,27	4,57	2,36
Coppie 0-65 anni	108,8	90,5	109,0	105,1	112,0	2,93	-16,83	20,42	-3,53	6,54
Coppie > 65 anni	53,8	52,5	82,1	100,2	115,4	114,37	-2,48	56,45	22,06	15,11
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	90,0	98,8	109,9	111,7	113,3	25,80	9,76	11,23	1,65	1,38
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	66,2	27,2	72,2	79,4	85,3	28,86	-58,85	164,89	10,02	7,47
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	89,3	91,9	100,3	105,7	104,5	17,05	2,94	9,13	5,33	-1,07
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	79,9	65,4	96,4	107,8	100,4	25,64	-18,07	47,26	11,88	-6,92
Famiglie a 3 generazioni	84,5	69,2	87,4	94,1	126,4	49,54	-18,10	26,24	7,70	34,30
Famiglie Nord-Ovest	82,6	88,9	99,7	107,5	109,0	31,92	7,57	12,14	7,83	1,42
Famiglie Nord-Est	83,2	78,4	93,5	99,2	111,1	33,46	-5,78	19,24	6,11	11,95
Famiglie Centro	90,0	88,4	105,1	116,1	104,1	15,67	-1,82	18,92	10,48	-10,33
Famiglie Sud	82,9	74,1	100,9	92,8	101,4	22,39	-10,63	36,25	-8,07	9,34
Famiglie Isole	70,9	81,3	109,1	113,7	105,0	47,99	14,58	34,21	4,23	-7,68
Famiglie con 1 componente	60,8	61,9	88,2	90,2	89,1	46,57	1,77	42,63	2,21	-1,21
Famiglie con 2 componenti	78,8	74,9	95,3	102,7	109,6	39,06	-5,05	27,37	7,70	6,76
Famiglie con 3 componenti	89,7	83,0	105,7	107,6	110,6	23,24	-7,48	27,35	1,78	2,77
Famiglie con 4 componenti	90,7	98,3	104,7	110,6	102,9	13,40	8,32	6,56	5,64	-7,00
Famiglie con 5 componenti	86,8	89,0	97,0	109,7	114,1	31,41	2,53	9,03	13,01	4,02
Famiglie con 6+ componenti	98,3	76,4	106,6	88,5	107,6	9,47	-22,31	39,58	-17,00	21,62
Famiglie nel primo quintile di reddito	58,3	64,1	78,0	87,4	106,4	82,50	9,99	21,58	12,09	21,75
Fam. nel secondo quintile di reddito	83,7	80,9	102,5	102,4	99,8	19,27	-3,28	26,61	-0,12	-2,49
Famiglie nel terzo quintile di reddito	99,7	88,8	104,9	106,2	108,9	9,18	-10,90	18,07	1,29	2,46
Fam. nel quarto quintile di reddito	109,1	97,9	104,9	115,7	112,3	2,91	-10,30	7,13	10,34	-2,95
Fam. nel quinto quintile di reddito	116,7	146,2	128,1	144,0	119,2	2,14	25,27	-12,33	12,40	-17,25
Famiglie con capofamiglia occupato	94,3	95,5	104,6	108,6	107,4	13,87	1,22	9,59	3,83	-1,14
Fam. con capofamiglia disoccupato	72,2	89,3	90,1	101,1	94,5	30,97	23,81	0,85	12,26	-6,56
Fam. con capofamiglia pensionato	72,7	67,8	96,0	100,6	107,5	47,80	-6,80	41,64	4,74	6,90
Famiglie con capofamiglia invalido	62,6	78,7	101,3	59,8	98,6	57,43	25,66	28,77	-41,01	64,93
Famiglie con capofam. con red. Lav.	83,4	82,3	99,1	104,5	105,1	26,13	-1,28	20,48	5,37	0,63
Fam. con capofam. con pensione	82,8	82,3	99,3	104,2	106,7	28,84	-0,71	20,73	4,95	2,41
Famiglie con capofam. con sussidi	83,3	81,6	100,2	104,2	105,5	26,69	-1,97	22,74	3,97	1,27
Consumo pro capite	33,2	33,0	40,6	43,1	43,3	30,35	-0,67	22,97	6,13	0,56

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

cliniche pari al 30,9%, mentre nel caso di un capofamiglia occupato tale aumento è più contenuto (13,8%). Ancora una volta, si evidenzia uno schema di esenzioni che colpisce le famiglie più svantaggiate.

3.4.6 Spesa per ricoveri ospedalieri, ricoveri in cliniche e pronto soccorso

La Tabella 7 presenta la spesa privata per ricoveri ospedalieri (e in cliniche) e pronto soccorso sostenuta dalle famiglie tra il 1997 e il 2001. La spesa privata pro-capite in termini costanti è passata da una media di circa 159.000 lire mensili nel 1997, a circa 303.000 nel 2001, con un aumento cumulato pari al 90%.

I single, e le coppie al di sotto di 65 anni sono quelli che hanno visto i maggiori incrementi cumulati tra il 1997 e il 2001.

In base al reddito, le famiglie nel quinto quintile di reddito hanno visto aumentare maggiormente la spesa, così come quelle nel primo quintile. Tuttavia, non si può dire molto sull'equità di tale spesa, in quanto tali incrementi possono essere giustificati dal ricorso a cliniche private, che può essere particolarmente vero nel caso delle famiglie più ricche.

Se si considerano i cinque anni, la spesa per ricoveri ha subito aumenti maggiori per le famiglie meno numerose. In particolare, le famiglie con sei o più componenti hanno visto in diminuzione del 66% la spesa sostenuta. Molto elevati sono invece gli aumenti della spesa sostenuti dalle famiglie composti da uno o due componenti.

Le famiglie hanno incrementato considerevolmente la spesa per ricoveri ospedalieri nelle zone del Nord-Ovest e delle Isole (anche se in maniera più contenuta). Al Nord-Est e al Centro tale spesa ha registrato una forte diminuzione (tra il 45% e il 35% rispettivamente).

La disaggregazione in base al tipo di occupazione del capofamiglia, evidenzia gli incrementi maggiori a carico delle famiglie con capofamiglia invalido e pensionato. Le famiglie con capofamiglia occupato hanno riportato un aumento della spesa per ricoveri ospedalieri pari al 38%, mentre nel caso di un capofamiglia disoccupato tale spesa è risultata in forte diminuzione.

3.4.7 Spesa per assistenza a disabili e anziani non autosufficienti e per ricoveri in case di riposo

La Tabella 8 presenta la spesa privata per assistenza a disabili e anziani non autosufficienti e per ricoveri in case di riposo sostenuta dalle famiglie tra il 1997 e il 2001.

Le coppie al di sopra dei 65 anni hanno incrementato del 28% la spesa per assistenza, mentre le coppie giovani hanno più che raddoppiato la spesa tra il 1997 e il 2001.

Se si considera la distribuzione del reddito, tale spesa è risultata in aumento per le famiglie nel terzo quintile di reddito, mentre è diminuita per le famiglie più ricche.

Se si considerano le famiglie in base al numero di componenti, si osserva che tale spesa è aumentata progressivamente all'aumentare della numerosità della famiglia. Tuttavia, per le famiglie con cinque o più componenti, la spesa è risultata in diminuzione, quasi a segnalare che il compito di assistenza venga svolto dai componenti stessi la famiglia.

Dal punto di vista geografico, gli aumenti maggiori si sono registrati al Nord, mentre al Sud e nelle Isole è risultata in diminuzione. Da tale quadro emerge come le famiglie più numerose situate al Sud e nelle Isole probabilmente assolvano il compito di assistere anziani e per-

Tabella 7 - Spesa privata per ricoveri ospedalieri (e in cliniche) e pronto soccorso da parte delle famiglie (Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	448,0	332,8	173,1	210,7	1467,3	227,49	-25,73	-47,98	21,75	596,26
Singoli > 65 anni	220,6	151,7	1060,6	259,0	571,8	159,27	-31,20	598,97	-75,58	120,81
Coppie 0-65 anni	207,5	466,1	242,7	570,6	601,6	189,88	124,59	-47,94	135,11	5,44
Coppie > 65 anni	423,6	330,4	1831,2	606,6	1049,2	147,68	-22,01	454,27	-66,87	72,95
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	603,1	665,7	857,8	507,2	1012,8	67,94	10,38	28,87	-40,88	99,71
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	182,1	375,1	12173,7	223,5	0,0	-100,00	105,99	3145,87	-98,16	-100,00
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	364,4	382,7	504,8	272,3	169,2	-53,58	5,03	31,90	-46,06	-37,87
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	534,1	517,9	832,8	284,6	1102,8	106,49	-3,03	60,82	-65,82	287,46
Famiglie a 3 generazioni	54,1	72,3	647,5	56,0	226,3	318,58	33,75	795,65	-91,36	304,26
Famiglie Nord-Ovest	358,2	380,9	1516,6	504,5	1267,7	253,95	6,34	298,16	-66,74	151,30
Famiglie Nord-Est	441,6	292,6	431,5	120,1	238,5	-45,98	-33,74	47,49	-72,17	98,61
Famiglie Centro	274,3	437,7	1209,5	463,7	178,2	-35,03	59,59	176,31	-61,66	-61,57
Famiglie Sud	557,1	538,5	653,4	399,7	783,6	40,65	-3,34	21,33	-38,83	96,06
Famiglie Isole	309,6	928,3	450,7	593,9	617,5	99,45	199,84	-51,44	31,75	3,98
Famiglie con 1 componente	299,7	237,5	727,8	231,4	795,7	165,52	-20,75	206,45	-68,20	243,85
Famiglie con 2 componenti	352,0	419,3	1073,7	561,2	1038,2	194,97	19,13	156,07	-47,73	84,99
Famiglie con 3 componenti	823,6	571,9	1278,8	270,0	632,4	-23,21	-30,56	123,60	-78,89	134,26
Famiglie con 4 componenti	288,5	382,7	440,0	371,9	281,8	-2,32	32,63	14,98	-15,49	-24,21
Famiglie con 5 componenti	117,7	558,6	354,7	312,5	171,7	45,92	374,78	-36,50	-11,90	-45,07
Famiglie con 6+ componenti	89,9	82,7	118,6	76,4	30,4	-66,21	-7,98	43,34	-35,59	-60,22
Famiglie nel primo quintile di reddito	239,2	178,7	567,9	303,6	403,1	68,56	-25,27	217,74	-46,54	32,80
Fam. nel secondo quintile di reddito	313,5	293,2	772,1	242,5	386,9	23,44	-6,48	163,38	-68,60	59,59
Famiglie nel terzo quintile di reddito	294,9	764,2	1224,5	155,6	421,1	42,80	159,11	60,25	-87,29	170,63
Fam. nel quarto quintile di reddito	690,5	422,6	1078,5	273,5	732,0	6,01	-38,81	155,24	-74,64	167,64
Fam. nel quinto quintile di reddito	628,0	903,1	127,6	924,0	1219,5	94,20	43,82	-85,87	624,30	31,97
Famiglie con capofamiglia occupato	388,8	510,9	546,5	364,4	539,6	38,77	31,39	6,97	-33,32	48,08
Fam. con capofamiglia disoccupato	269,5	63,1	641,1	321,9	31,6	-88,29	-76,58	915,54	-49,80	-90,19
Fam. con capofamiglia pensionato	496,1	421,6	1049,6	343,4	796,4	60,55	-15,01	148,95	-67,28	131,89
Famiglie con capofamiglia invalido	51,0	5,4	0,0	13,4	402,1	688,30	-89,48	-	-	2898,44
Famiglie con capofam. con red. Lav.	416,9	450,6	764,2	360,1	619,3	48,54	8,09	69,57	-52,87	71,96
Fam. con capofam. con pensione	394,0	364,6	765,6	321,8	559,0	41,88	-7,46	110,00	-57,97	73,70
Famiglie con capofam. con sussidi	395,4	451,2	734,0	354,0	615,0	55,56	14,12	62,66	-51,77	73,75
Consumo pro capite	159,6	157,4	353,2	136,8	303,4	90,09	-1,37	124,34	-61,25	121,73

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

Tabella 8 - Spesa privata per assistenza a disabili e anziani non autosufficienti e ricoveri in case di riposo da parte delle famiglie (Media annua in migliaia di lire - valori costanti - 1995)

Tipologia familiare	1997	1998	1999	2000	2001	Δ% 01-97	Δ% 98-97	Δ% 99-98	Δ% 00-99	Δ% 01-00
Singoli < 65 anni	842,7	1026,4	678,1	1175,7	405,6	-51,87	21,79	-33,93	73,37	-65,50
Singoli > 65 anni	404,9	466,2	437,8	501,2	569,8	40,73	15,13	-6,09	14,49	13,69
Coppie 0-65 anni	245,2	369,1	895,1	938,8	589,8	140,52	50,52	142,51	4,87	-37,18
Coppie > 65 anni	591,8	511,0	1034,7	411,9	758,0	28,09	-13,66	102,50	-60,19	84,04
Fam. a 1 generazione (18-65 anni)	650,7	880,1	816,1	549,0	511,6	-21,39	35,24	-7,27	-32,73	-6,81
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	539,2	536,9	619,9	610,0	851,6	57,93	-0,43	15,46	-1,59	39,60
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	610,5	456,1	1145,0	557,7	656,8	7,58	-25,29	151,04	-51,30	17,77
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	594,6	692,6	642,5	766,2	866,3	45,70	16,48	-7,22	19,26	13,05
Famiglie a 3 generazioni	0,0	44,7	0,0	0,0	0,0	-45,36	45,90	20,63	-29,94	-55,69
Famiglie Nord-Ovest	417,0	608,5	734,0	514,3	227,9	65,28	45,01	10,73	-20,72	29,85
Famiglie Nord-Est	493,6	715,7	792,5	628,3	815,8	22,23	16,21	13,77	5,86	-12,67
Famiglie Centro	571,0	663,6	755,0	799,2	697,9	7,09	-23,83	44,18	-27,20	33,97
Famiglie Sud	693,4	528,1	761,5	554,3	742,6	-12,47	-24,23	5,53	16,83	-6,30
Famiglie Isole	520,5	394,4	416,2	486,3	455,6	-41,95	-39,10	-10,45	-21,67	35,87
Famiglie con 1 componente	701,0	426,9	382,3	299,5	406,9	12,71	8,71	-10,08	16,12	-0,70
Famiglie con 2 componenti	484,5	526,7	473,6	550,0	546,1	34,94	21,56	13,44	-23,58	28,05
Famiglie con 3 componenti	593,4	721,3	818,3	625,3	800,7	49,53	24,56	46,16	-18,79	1,14
Famiglie con 4 componenti	453,9	565,4	826,4	671,1	678,8	67,93	30,89	-0,17	-32,86	91,43
Famiglie con 5 componenti	541,9	709,2	708,0	475,4	910,0	-48,30	-56,19	348,02	-59,93	-34,26
Famiglie con 6+ componenti	868,1	380,3	1703,8	682,6	448,8	-24,53	-62,80	60,06	114,74	-40,98
Famiglie nel primo quintile di reddito	481,0	179,0	286,4	615,1	363,0	-17,98	-25,86	-1,34	3,63	8,20
Fam. nel secondo quintile di reddito	472,7	350,5	345,8	358,3	387,7	25,52	0,23	32,83	-3,70	-2,11
Famiglie nel terzo quintile di reddito	541,7	542,9	721,1	694,5	679,9	60,79	35,31	8,77	-8,79	19,78
Fam. nel quarto quintile di reddito	522,9	707,5	769,5	701,9	840,7	-34,80	-13,34	37,46	-32,81	-18,55
Fam. nel quinto quintile di reddito	942,2	816,5	1122,3	754,1	614,3	-17,17	-76,92	238,90	7,19	-1,22
Fam. con capofamiglia occupato	1.306,6	301,6	1.022,1	1.095,7	1.082,2	4,10	2,23	21,56	-26,39	13,79
Fam. con capofamiglia disoccupato	653,0	667,5	811,5	597,4	679,7	249,48	24,98	-	-	288,69
Fam. con capofamiglia pensionato	179,0	223,7	0,0	160,9	625,5	30,37	15,56	9,65	-9,71	13,95
Famiglie con capofamiglia invalido	511,9	591,5	648,6	585,6	667,3	45,46	-10,76	91,51	-22,00	9,12
Famiglie con capofam. con red. Lav.	537,0	479,2	917,6	715,8	781,0	20,75	8,52	15,63	-13,89	11,74
Fam. con capofam. con pensione	552,5	599,6	693,4	597,0	667,2	32,19	4,80	25,25	-13,03	15,79
Famiglie con capofam. con sussidi	514,5	539,2	675,3	587,3	680,0	19,79	3,50	15,88	-11,57	12,95
Consumo pro capite	558,0	577,6	669,3	591,8	668,5	122,74	16,87	55,84	17,42	4,15

sone invalide all'interno della famiglia stessa.

La disaggregazione in base al tipo di occupazione del capofamiglia, evidenzia gli incrementi maggiori a carico delle famiglie con capofamiglia disoccupato.

3.5 Le determinanti della spesa privata: un’analisi econometrica

L’analisi econometrica condotta ha permesso di stimare il ruolo che una serie di variabili di natura economica e socio-demografica hanno avuto nel determinare sia la spesa sanitaria privata totale sostenuta dalle famiglie, sia una serie di sub-categorie di spesa sanitaria, quali: spesa per medici, medicine, ospedali, attrezzature sanitarie, analisi e assistenza (ricoveri in case di riposo, assistenza a disabili). Il modello adottato per la stima è quello Tobit, in quanto la variabile in esame viene osservata dal ricercatore limitatamente ai valori osservati maggiori di zero – variabile censurata. Empiricamente il modello da sottoporre a stima è un modello con variabili latenti. Con riferimento alla domanda del generico bene “sanità” **s**, il consumatore rivela al ricercatore la domanda del bene in oggetto solo se questa è positiva. Se immaginiamo la scelta di consumo derivante da un processo di ottimizzazione della funzione di utilità caratterizzante l’agente economico i-esimo, la domanda del bene sanità se nulla, può sottendere valori del bene ad essa associata nulli o negativi. La ragione per cui introduciamo la stima Tobit nella nostra analisi risiede nella considerazione della domanda di un bene come domanda latente o inespressa per i valori nulli.

Per descrivere il modello di analisi econometrica Tobit si consideri la variabile dipendente continua, a valori positivi o nulli **y** come funzione di un insieme di variabili esplicative **x**, siano esse continue o categoriali. La regressione Tobit viene definita in modo seguente:

$$y^* = x'\beta + \mathcal{E}$$
$$y = y^* \qquad \qquad \qquad \text{se } y^* > 0$$
$$y = 0 \qquad \qquad \qquad \text{se } y^* \leq 0$$

(1)

dove β viene definito come il vettori dei parametri associati ai regressori e $\mathcal{E}$ è un disturbo casuale, con distribuzione normale $N(0, \sigma^2)$. La variabile dipendente osservata **y** riflette la vera domanda y^* , o domanda latente, solo per i valori positivi della stessa.

L’evidenza empirica consente di mettere in luce l’impatto sulle spese sanitarie derivante da una variazione delle variabili esplicative di tali spese, ossia l’effetto marginale di ciascun regressore, o variabile esplicativa, sulla variabile dipendente in esame.

L’impatto di ogni variabile viene considerato nell’analisi che segue secondo tre filoni di indagine. Il primo considera l’effetto marginale dei regressori sull’ammontare di spesa medica non censurata, il secondo sull’ammontare di spesa condizionato ad un valore maggiore di zero, il terzo sulla probabilità di presentare un livello di spesa positivo. L’insieme dei regressori usati come variabili esplicative delle spese sanitarie è elencato nella tabella 1. L’insieme delle categorie di spesa analizzate come variabili dipendenti e la loro definizione sono riportate nelle prime sette righe della Tabella 1.

Le Tabelle 9-11 mostrano i risultati delle stime ottenute utilizzando la stima di tipo Tobit per la spesa totale e per la spesa in medici e in medicine. Ciascuna tabella contiene quattro colonne. La prima indica il coefficiente della regressione, ossia il parametro β dell’equazione

Tabella 9 - Risultati analisi Tobit- Spesa per beni e servizi sanitari

Variabili esplicative	(1) Latent Variable	(2) Unconditional	(3) Conditional	(4) Probability Uncensored
Indice prezzi beni e servizi sanitari	-0.0333***	-0.0262***	-0.0189***	-0.0012***
Famiglie Nord-Ovest	1.2171***	0.9702***	0.7063***	0.0431***
Famiglie Nord-Est	0.9737***	0.775***	0.5638***	0.0347***
Famiglie Centro	0.481***	0.3804***	0.2759***	0.0174***
Famiglie Sud	-0.0739	-0.058	-0.0419	-0.0027
Numero componenti	1.3489***	1.0592***	0.7661***	0.0495***
Singoli < 65 anni	-0.3556	-0.2774	-0.2001	-0.0132
Singoli > 65 anni	-2.4481***	-1.8262***	-1.3026***	-0.0982***
Coppie 0-65 anni	0.0849	0.0668	0.0483	0.0031
Coppie > 65 anni	0.7597***	0.6055***	0.4406***	0.027***
Famiglie a 1 generazione (18-65 anni)	-0.6014***	-0.4679***	-0.3373***	-0.0225***
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	0.0786	0.0619	0.0448	0.0029
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	-0.3271	-0.2562	-0.1851	-0.0121
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	-0.1714	-0.1342	-0.097	-0.0063
Età capofamiglia	0.042***	0.033***	0.0239***	0.0015***
Età capofamiglia al quadrato	0.0001	0.0001	0.0000	0.0000
Numero bambini	0.3462***	0.2718***	0.1966***	0.0127***
Numero anziani	-0.105	-0.0824	-0.0596	-0.0039
Famiglie nel secondo quintile di reddito	0.3891***	0.3065***	0.2219***	0.0142***
Famiglie nel terzo quintile di reddito	0.8576***	0.6789***	0.4927***	0.0309***
Famiglie nel quarto quintile di reddito	1.1217***	0.8988***	0.6558***	0.0393***
Famiglie nel quinto quintile di reddito	1.3043***	1.0491***	0.7668***	0.0452***
Num. Bambini x capof donna	-0.6929***	-0.544***	-0.3935***	-0.0254***
Dummy 1998	0.0962	0.0756	0.0547	0.0035
Dummy 1999	0.1182	0.093	0.0673	0.0043
Dummy 2000	0.0659	0.0518	0.0375	0.0024
Dummy 2001	-0.798***	-0.6197***	-0.4465***	-0.0299***
Capofamiglia pensionato	1.0331***	0.8164***	0.5921***	0.0374***
Capofamiglia invalido	2.2855***	1.8819***	1.3931***	0.0742***
Capofamiglia casalingo/a	0.5685***	0.4516***	0.3281***	0.0203***
Capofamiglia con altra occupazione	0.9892***	0.7936***	0.5793***	0.0345***
Capofamiglia con altra occupazione	0.2248	0.1765	0.1276	0.0083
Capofamiglia impiegato	-0.0081	-0.0063	-0.0046	-0.0003
Capofamiglia dirigente	-0.1544	-0.1209	-0.0873	-0.0057
Capofamiglia lav. Autonomo	-0.302***	-0.2359***	-0.1703***	-0.0112***
Capofamiglia laureato	-0.3452***	-0.2692***	-0.1942***	-0.0128***
Capofamiglia diplomato	0.4208***	0.3319***	0.2405***	0.0153***
Capofamiglia con licenza media	0.0783	0.0616	0.0445	0.0029
Capofamiglia con licenza elementare	-0.0306	-0.024	-0.0173	-0.0011
Sesso capofamiglia	0.9034***	0.7175***	0.5214***	0.0323***
Costante	11.5453***	9.0655***	6.5567***	0.4237***
Osservazioni	111.742	111.742	111.742	111.742

* significativo al 10%; ** significativo al 5%; *** significativo all'1%

Tabella 10 - Risultati analisi Tobit – Spesa per Medici

Variabili esplicative	(1) Latent Variable	(2) Unconditional	(3) Conditional	(4) Probability Uncensored
Indice prezzi servizi medici	-0.0641***	-0.0088***	-0.0121***	-0.0007***
Famiglie Nord-Ovest	3.5725***	0.5354***	0.6958***	0.0436***
Famiglie Nord-Est	4.5729***	0.7104***	0.9027***	0.0571***
Famiglie Centro	2.3096***	0.3389***	0.4464***	0.0278***
Famiglie Sud	0.3173	0.044	0.0601	0.0037
Numero componenti	2.1089***	0.2906***	0.3983***	0.0244***
Singoli < 65 anni	-2.2884***	-0.2921***	-0.4204***	-0.0251***
Singoli > 65 anni	-6.4215***	-0.7119***	-1.1221***	-0.0634***
Coppie 0-65 anni	-0.141	-0.0193	-0.0266	-0.0016
Coppie > 65 anni	-0.1802	-0.0247	-0.0339	-0.0021
Famiglie a 1 generazione (18-65 anni)	-1.4787	-0.1958	-0.2753	-0.0166
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	-1.1803	-0.1548	-0.219	-0.0132
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	-1.4177	-0.1915	-0.2658	-0.0161
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	-1.4171***	-0.1866***	-0.2633***	-0.0159***
Età capofamiglia	-0.1633***	-0.0225***	-0.0308***	-0.0019***
Età capofamiglia al quadrato	0.0015***	0.0002***	0.0003***	0***
Numero bambini	0.5355***	0.0738***	0.1011***	0.0062***
Numero anziani	-0.0144	-0.002	-0.0027	-0.0002
Famiglie nel secondo quintile di reddito	1.449***	0.204***	0.2758***	0.017***
Famiglie nel terzo quintile di reddito	2.8605***	0.415***	0.5504***	0.0342***
Famiglie nel quarto quintile di reddito	3.8863***	0.611***	0.7708***	0.0489***
Famiglie nel quinto quintile di reddito	4.31***	0.6901***	0.8608***	0.0549***
Num. Bambini x capof donna	-0.6658***	-0.0917***	-0.1257***	-0.0077***
Dummy 1998	0.9676***	0.1367***	0.1844***	0.0114***
Dummy 1999	-0.3069	-0.042	-0.0578	-0.0035
Dummy 2000	-0.6088**	-0.0827**	-0.1144**	-0.007**
Dummy 2001	-0.6292*	-0.0854*	-0.1182*	-0.0072*
Capofamiglia pensionato	1.3188**	0.1845**	0.2505**	0.0154**
Capofamiglia invalido	2.8631**	0.4438**	0.5649**	0.0357**
Capofamiglia casalingo/a	0.3629	0.0507	0.0689	0.0042
Capofamiglia con altra occupazione	1.7747*	0.2628*	0.3442*	0.0215*
Capofamiglia con altra occupazione	-0.141	-0.0194	-0.0266	-0.0016
Capofamiglia impiegato	-0.0671	-0.0092	-0.0127	-0.0008
Capofamiglia dirigente	-0.883*	-0.1177*	-0.1648*	-0.01*
Capofamiglia lav. Autonomo	-0.6434**	-0.0869**	-0.1206**	-0.0073**
Capofamiglia laureato	1.5061***	0.2187***	0.29***	0.018***
Capofamiglia diplomato	2.3502***	0.3393***	0.4515***	0.028***
Capofamiglia con licenza media	0.8206*	0.1147*	0.1558*	0.0096*
Capofamiglia con licenza elementare	0.5699	0.0793	0.108	0.0066
Sesso capofamiglia	1.8407***	0.2648***	0.3532***	0.0219***
Costante	-2.7383	-0.3773	-0.5171	-0.0316
Osservazioni	111742	111742	111742	111742

* significativo al 10%; ** significativo al 5%; *** significativo all'1%

Tabella 11 - Risultati analisi Tobit – Spesa per Medicine

Variabili esplicative	(1) Latent Variable	(2) Unconditional	(3) Conditional	(4) Probability Uncensored
Indice prezzi medicine	-0.0362***	-0.0232***	-0.0163***	-0.0014***
Famiglie Nord-Ovest	0.8959	0.5824	0.4084	0.0355
Famiglie Nord-Est	0.0274	0.0175	0.0123	0.0011
Famiglie Centro	0.1276	0.0819	0.0574	0.0051
Famiglie Sud	0.0014	0.0009	0.0006	0.0001
Numero componenti	1.0278***	0.658***	0.4614***	0.0411***
Singoli < 65 anni	-0.6731*	-0.4237*	-0.2972*	-0.0272*
Singoli > 65 anni	-2.5008***	-1.4964***	-1.0547***	-0.1031***
Coppie 0-65 anni	-0.2393	-0.1523	-0.1068	-0.0096
Coppie > 65 anni	0.5605	0.3642	0.2554	0.0222
Famiglie a 1 generazione (18-65 anni)	-0.6207*	-0.3924*	-0.2752*	-0.025*
Famiglie a 1 generazione (> 65 anni)	-0.3843	-0.2431	-0.1705	-0.0155
Famiglie a 2 generazioni (0-65 anni)	-0.6067*	-0.3859*	-0.2706*	-0.0244*
Famiglie a 2 generazioni (>18 anni)	-0.2163	-0.1378	-0.0966	-0.0087
Età capofamiglia	0.0868***	0.0556***	0.039***	0.0035***
Età capofamiglia al quadrato	-0.0002	-0.0001	-0.0001	0.0000
Numero bambini	0.6033***	0.3862***	0.2708***	0.0241***
Numero anziani	0.1877	0.1202	0.0843	0.0075
Famiglie nel secondo quintile di reddito	0.2537***	0.1629***	0.1142***	0.0101***
Famiglie nel terzo quintile di reddito	0.38***	0.2445***	0.1714***	0.0152***
Famiglie nel quarto quintile di reddito	0.5209***	0.3379***	0.2369***	0.0207***
Famiglie nel quinto quintile di reddito	0.5458***	0.3544***	0.2484***	0.0216***
Num. Bambini x capof donna	-0.5411***	-0.3464***	-0.2429***	-0.0216***
Dummy 1998	0.1262	0.081	0.0568	0.005
Dummy 1999	0.2395**	0.154**	0.108**	0.0096**
Dummy 2000	0.3131***	0.2016***	0.1413***	0.0125***
Dummy 2001	-1.003***	-0.6304***	-0.4424***	-0.0405***
Capofamiglia pensionato	0.9082***	0.5859***	0.4108***	0.0361***
Capofamiglia invalido	1.9227***	1.302***	0.9147***	0.0737***
Capofamiglia casalingo/a	0.446*	0.2891*	0.2027*	0.0177*
Capofamiglia con altra occupazione	0.5844*	0.3808*	0.267*	0.0231*
Capofamiglia con altra occupazione	0.0687	0.044	0.0309	0.0028
Capofamiglia impiegato	-0.0992	-0.0634	-0.0444	-0.004
Capofamiglia dirigente	-0.0119	-0.0076	-0.0053	-0.0005
Capofamiglia lav. Autonomo	-0.2508**	-0.1597**	-0.112**	-0.0101**
Capofamiglia laureato	-0.6379***	-0.4015***	-0.2817***	-0.0258***
Capofamiglia diplomato	0.4181***	0.2693***	0.1888***	0.0167***
Capofamiglia con licenza media	0.2324	0.1492	0.1046	0.0093
Capofamiglia con licenza elementare	0.0805	0.0516	0.0362	0.0032
Sesso capofamiglia	0.8284***	0.538***	0.3772***	0.0328***
Costante	8.819***	5.6462***	3.9589***	0.3528***
Osservazioni	111.742	111.742	111.742	111.742

* significativo al 10%; ** significativo al 5%; *** significativo all'1%

(1). La seconda evidenza l'effetto marginale di ciascun regressore sul valore atteso (non condizionato) della variabile in oggetto. L'effetto marginale relativo alla colonna 2 è dunque dato dalla seguente espressione:

$$\frac{\partial E(y^*)}{\partial x} \tag{2}$$

dove x è il generico regressore usato nella spiegazione delle variabile di spesa in oggetto e ∂ indica la derivata parziale. L'effetto marginale relativo alla colonna 3 descrive la variazione subita dalla variabile in oggetto, presi in considerazione solo i valori positivi della stessa, da una variazione nel regressore x. Questo effetto marginale isola la parte positiva della domanda ed è perciò quello che considereremo successivamente nell’analisi dei risultati delle tabelle. Esso è esplicitato nel modo seguente:

$$\frac{\partial E(y^* | y^*>0)}{\partial x} \tag{3}$$

Infine, la quarta colonna di ogni tabella contiene l'effetto marginale del regressore x sulla probabilità di esibire una domanda del bene non nulla. L'effetto marginale sulla probabilità può essere perciò rappresentato in tal modo:

$$\frac{\partial P(y^* > 0)}{\partial x} \tag{4}$$

dove P è la probabilità che y* assuma valori positivi.

3.5.1 I risultati econometrici: la spesa per servizi sanitari nel complesso

Al fine di non appesantire la lettura del capitolo, i commenti all’analisi dei risultati econometrici sarà focalizzata sulla spesa sanitaria nel suo complesso, mentre solo pochi accenni verranno fatti relativamente alle spese per medici e medicine nel prossimo paragrafo. Come già accennato in precedenza, la categoria “spesa sanitaria” comprende tutte le spese di tipo sanitario sostenute a livello familiare nell’arco di un anno.

Procedendo nell’analisi dei risultati è possibile subito evidenziare la relazione negativa che è presente tra prezzo e domanda di beni e servizi sanitari, in accordo con la teoria economica: un più alto prezzo dei medicinali e servizi medici in generale deprime i consumi degli stessi.

La residenza in una particolare zona geografica in Italia, ha, di per sé, un’influenza nel determinare l’ammontare speso in servizi e beni sanitari. Rispetto alla *baseline* geografica del nostro modello – Sicilia e Sardegna – ogni famiglia residente nelle rimanenti quattro macro regioni evidenzia un maggiore accesso ed una maggiore quantità di spese mediche. Tale legame viene ancor più evidenziato quanto più ci avviciniamo alle regioni settentrionali. Tra queste ultime, il Nord-Ovest rispetto al Nord-Est mostra una maggior incidenza di spese mediche e la maggior quantità. Ciò può essere ascrivibile alla maggior disponibilità di centri

e servizi “privati” presenti al Centro e, in misura ancor maggiore, al Nord rispetto alle regioni meridionali. L'accesso al mercato sanitario e la quantità di beni e servizi domandati dalle famiglie meridionali non differiscono in modo significativo dalle famiglie residenti nelle isole.

L'età del capofamiglia influenza significativamente e positivamente le spese mediche familiari sostenute. Tuttavia il legame tra spese mediche ed età sembra riflettere un andamento lineare piuttosto che parabolico, non risultando significativamente diverso da zero il termine al quadrato dell'età.

Procedendo alla disamina degli effetti delle variabili demografiche sulle spese sanitarie, osserviamo che sia la dimensione familiare sia la composizione giocano un ruolo cruciale nel determinare la quantità di servizi sanitarie acquisiti.

Famiglie con un numero più elevato di figli di età minore a 12 anni presentano un maggior accesso al mercato dei servizi sanitari e spese mediche più incisive nel bilancio familiare. Viceversa, il numero dei componenti più anziani non ha un'influenza significativa sulle spese mediche.

Le famiglie composte da un single di età inferiore a 65 anni e le famiglie composte da tre o più persone di età compresa tra i 18 e 65 anni presentano un livello di spese ed una probabilità di accedere al mercato dei beni e servizi medici minori rispetto a quelle famiglie i cui membri appartengono a tre diverse generazioni (0-18, 18-65 e over 65). Tale evidenza potrebbe scaturire da una maggiore solidarietà inter-generazionale che le famiglie a tre generazioni riflettono rispetto ai single o famiglie della stessa generazione.

Le famiglie con capofamiglia donna presentano una maggior spesa, tuttavia, a parità di numero di figli, le famiglie con capofamiglia donna esibiscono una minor incidenza del numero dei figli sulla spesa sanitaria, come si osserva dal segno negativo della variabile ottenuta come interazione tra il sesso del capofamiglia e il numero dei bambini.

Le spese sanitarie ed il reddito familiare sono positivamente correlate. Più alta è la classe di reddito cui la famiglia appartiene, più sostenuta è la spesa sanitaria.

Durante l'arco temporale di riferimento non ci sono effetti macro che facciano discostare le spese mediche da quelle osservate nel 1997. Fa eccezione l'anno 2001 durante il quale si osserva una riduzione della spesa medica familiare rispetto al 1997.

L'appartenenza a diverse tipologie occupazionali non provoca un differente impatto sulla domanda di beni sanitari, ad eccezione dei lavoratori autonomi che evidenziano una spesa minore rispetto ai disoccupati.

3.5.2 Le componenti della domanda per beni e servizi sanitari

Per quanto riguarda la spesa per medicine, l'età del capofamiglia rivela una correlazione positiva e lineare con la domanda di medicine.

Le spese sostenute per visite mediche mostrano invece una correlazione non lineare con l'età. Dapprima esse evidenziano un andamento decrescente e poi crescente al crescere dell'età, raggiungendo il minimo per l'età di 52 anni. Ciò potrebbe sottendere una minore predisposizione alle visite mediche durante il periodo lavorativo, rispetto all'acquisizione di medicine, in quanto più costose in termini di tempo richiesto per il soddisfacimento della domanda. L'età non ha invece influenza alcuna nella spiegazione della

domanda per attrezzature sanitarie che sono, piuttosto, sensibili al tipo di professione del capo famiglia. L'appartenenza ad una macro regione non ha capacità esplicativa sulle spese in medicinali – con eccezione per il Nord Ovest - ma sulle spese per visite mediche. Se rispetto alle isole la probabilità di incorrere in spese per visite mediche è maggiore al centro e ancor più al nord, la domanda condizionata del bene risulta più bassa al centro e al non rispetto a quella domandata dalle famiglie residenti nelle isole. In altri termini, una volta deciso di spendere in visite mediche, l'ammontare speso è inferiore per le famiglie del Centro e Nord Italia, rivelando potenzialmente una maggior possibilità di usufruire in servizi pubblici alternativi altrettanto soddisfacenti rispetto alle famiglie residenti al Sud.

3.5.3 Simulazione della spesa medica per differenti tipologie familiari

In questo paragrafo riportiamo i valori attesi delle spese mediche familiari per diverse tipologie familiari. Il vantaggio dell'analisi econometrica consente di quantificare il valore della variabile dipendente in oggetto (spese mediche) contemplando tutte le diverse tipologie familiari, anche se non “realmente” esistenti e quindi non comprese dall'analisi descrittiva. La tipologia familiare di base presa in considerazione è la famiglia che presenta il livello modale delle variabili esplicative della spesa sanitaria. La famiglia presa come “riferimento” o a “base” delle simulazioni ha un capofamiglia uomo, di 54 anni, senza figli. Risiede al Sud ed è formata da 3 componenti appartenenti a due generazioni diverse: l'una di età compresa tra 0 e 18 anni e l'altra tra i 18 e 65 anni. Percepisce un reddito annuo compreso nel secondo intervallo di reddito (circa 750-1.250 euro). Il capofamiglia possiede il titolo di studio della licenza elementare.

Le simulazioni consentono di “generare” una famiglia ipotetica con le caratteristiche desiderate. I risultati sono esposti nella Tabella 12. La famiglia due differisce dalla famiglia modale per la presenza di un ulteriore bambino.

La famiglia di riferimento evidenzia una spesa media di circa 21.000 lire nel 1997. A parità di numero di componenti familiari, la presenza di un bambino nel tessuto familiare (e, quindi, la sostituzione di un adulto con un bambino) causa una variazione in aumento della spesa del 23% ed un aumento della probabilità di accedere almeno una volta al mercato dei beni sanitari di quasi un punto percentuale.

Se la donna diventa il capofamiglia, ciò sembrerebbe aumentare del 76% le spese sanitarie. Ciò potrebbe sottendere una maggiore sensibilità ai problemi di salute verificatisi all'interno della famiglia e perciò una maggiore predisposizione a spendere parte del budget familiare in spese mediche.

Le famiglie residenti nel Nord Ovest mostrano una propensione all'accesso al mercato sanitario di circa 4 punti percentuali maggiori e l'incremento delle spese mediche è più che doppio rispetto alla famiglia di riferimento.

La diversità tra la residenza geografica nel comportamento all'acquisto dei beni sanitari mette in luce, per quanto riguarda le spese sostenute per visite mediche, non tanto una diversa spesa sostenuta, quanto un accesso molto più frequente al mercato in oggetto. Il 93% delle famiglie residenti nel Nord Ovest (nel sud il 70%) ha almeno un componente sottoposto a visita medica nell'arco di un anno.

Tabella 12 - Simulazioni delle probabilità di spesa sanitaria per differenti tipologie familiari e per tipologia di spesa

Tipologia di famiglia	Spesa media prevista (lire)	Differenza in percentuale rispetto alla famiglia di base	Probabilità di esibire una spesa per salute positiva
Spesa per salute			
1. Fam. di base	21.387		0.83
2. Fam. di base, 1 bambino	26.504	23.9	0.84
3. Fam. di base, 1 anziano	20.058	-6.2	0.82
4. Fam. di base con capofam. donna	37.786	76.7	0.85
5. Fam. di base, residente al nord-ovest	48.688	127.6	0.87
Spesa per medicinali			
1. Fam. di base	13.159		0.70
2. Fam. di base, 1 bambino	17.770	35.0	0.72
3. Fam. di base, 1 anziano	14.432	9.7	0.70
4. Fam. di base con capofam. donna	19.933	51.5	0.73
5. Fam. di base, residente al nord-ovest	20.623	56.7	0.73
Spesa per medici			
1. Fam. di base	18.285		0.15
2. Fam. di base, 1 bambino	20.293	10.98	0.15
3. Fam. di base, 1 anziano	18.234	-0.28	0.15
4. Fam. di base con capofam. donna	26.352	44.12	0.17
5. Fam. di base, residente al nord-ovest	35.406	93.63	0.19

3.6 Considerazioni finali

Il risultato principale che emerge dall’analisi condotta in questo capitolo è che gli interventi di politica sanitaria adottati tra il 1997 ed il 2001 hanno avuto ripercussioni significative sulla spesa privata dei cittadini. Ciò è stato particolarmente vero per la spesa farmaceutica, che nel 2001 si è ridotta a causa dell’eliminazione del ticket sui farmaci. Questi risultati sono in linea con quanto evidenziato da Atella e Rosati (2002) per gli anni 1985-1996. Esistono notevoli differenze nell’accesso alla spesa sanitaria privata da parte delle famiglie italiane. L’analisi econometrica ha inoltre messo in evidenza il ruolo fondamentale del reddito e della localizzazione geografica nel determinare i livelli di spesa. In particolare, si nota come una famiglia residente nel Nord-ovest consumi il 127% in più di una famiglia di eguale composizione, ma residente nel Sud. Al contrario, le caratteristiche sociodemografiche poco influenzano la probabilità di accedere alla spesa sanitaria. La tendenza degli individui con redditi relativamente più elevati ad accedere maggiormente al settore privato, pur potendo utilizzare quello pubblico, mette in luce un altro elemento importante. Se l’aumento della spesa sanitaria pubblica comporterà sensibili aumenti di con-

Gli effetti distributivi delle politiche sanitarie:

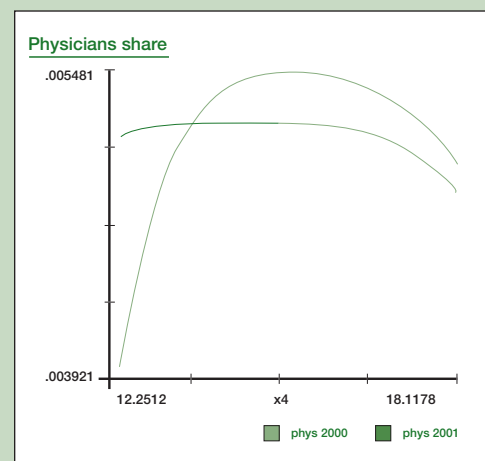
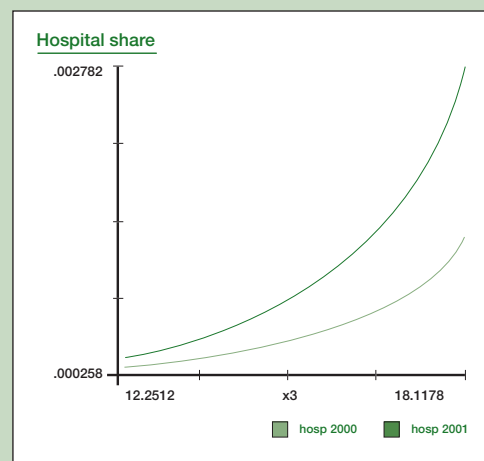
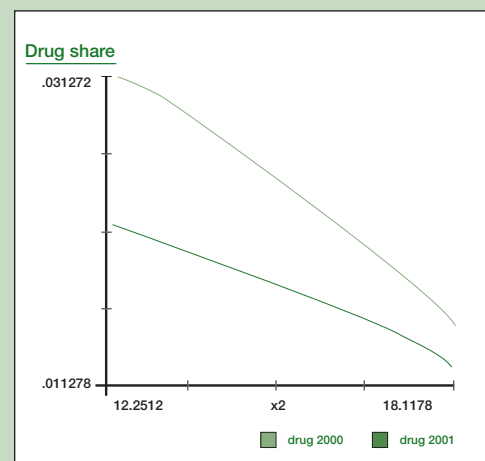
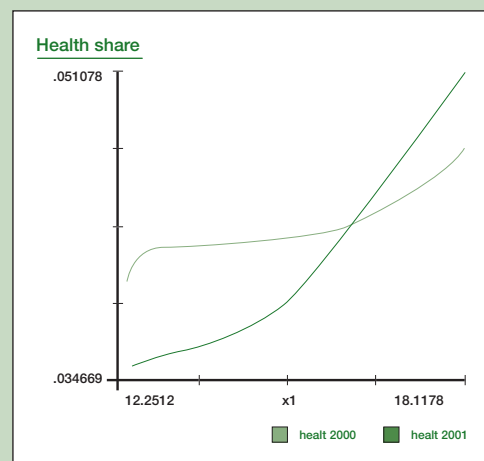
Il caso dell’abolizione del ticket sui farmaci sulla spesa sanitaria delle famiglie

Il forte controllo sulla spesa sanitaria attuato in Italia negli anni 90 ha permesso di ottenere notevoli risultati in termini di contenimento della crescita, in particolare di quella farmaceutica. Come già ampiamente ricordato nell’introduzione del capitolo, purtroppo, nel settore della sanità tale rigore si è manifestato, molto spesso, attraverso interventi ad hoc, piuttosto che attraverso il disegno di una politica di risanamento di lungo periodo che potesse conciliare le esigenze del sistema sanitario con quelle dei bisogni terapeutici dei pazienti. Atella e Rosati (2001) hanno chiaramente messo in risalto il ruolo fondamentale che le politiche sanitarie hanno sia nell’alterare il rapporto tra spesa sanitaria privata e pubblica sia nel generare effetti redistributivi non trascurabili, e come le politiche di contenimento della spesa avviate a partire dal 1992 abbiano determinato un aumento delle disuguaglianze tra pazienti nel consumo di beni sanitari. Con la Legge Finanziaria varata a Dicembre del 2000 sono state previste una serie di misure di politica sanitaria. Una in particolare ha riguardato l’abolizione da parte del governo del ticket sui farmaci, rendendo quindi molto più agevole l’acquisto dei medicinali da parte delle famiglie più disagiate. Tale misura è stata in più occasioni messa sotto accusa, in quanto capace di portare fuori controllo la spesa farmaceutica pubblica. Infatti, secondo molti esperti, il ticket svolge principalmente un ruolo di calmiera dei consumi, e solo in secondo luogo un ruolo di compartecipazione alla spesa. I dati di spesa relativi al 2001 hanno chiaramente confermato quelle che erano le preoccupazioni sulla crescita della spesa. D’altra parte, nessuno ha fino ad oggi provato a stimare gli effetti redistributivi di tale manovra. L’obiettivo di questo approfondimento è quello di fornire una stima dell’effetto redistributivo generato dall’abolizione del ticket. La figura qui di seguito riportata mostra quattro grafici relativi all’andamento della quota di spesa per il totale dei beni sanitari (health) e per alcune sottocategorie quali i prodotti farmaceutici (drugs), i ricoveri ospedalieri (hosp) e le visite mediche (phys).

L’effetto distributivo delle politiche sanitarie attuate nel 2002

Tali curve altro non sono che delle curve di Engel. Sull’asse delle ascisse viene riportato il logaritmo della spesa totale (tutti i beni e servizi acquistati da una famiglia in un mese), mentre su quello delle ordinate vengono riportate, una per ogni grafico, le singole quote di spesa sanitaria. Per ogni grafico sono mostrate due curve, una riferita all’anno 2000 e l’altra all’anno 2001, anno in cui il ticket sui farmaci è stato abolito. Tali curve sono state ottenute utilizzando un metodo di stima non parametrico. La lettura di tali curve ci fa capire la distribuzione delle quote di spesa sanitaria sul totale della spesa di ogni singola famiglia, per ogni livello di spesa complessiva. Ad esempio, nel caso del grafico in alto a sinistra quello che osserviamo è che, all’interno delle famiglie italiane, la quota di spesa totale destinata all’acquisto di beni e servizi per la salute aumenta all’aumentare del livello di spesa totale. La pendenza positiva di tale curva costituisce un risultato coerente con quelle che sono le evidenze empiriche a livello internazionale sul fenomeno: la spesa privata per la salute è un bene che aumenta con il livello del reddito e, pertanto, esso è da considerarsi un bene di lusso. Nel caso del grafico relativo alle spese ospedaliere l’evidenza è ancora più forte. Infatti, in questo caso risulta evidente come le famiglie più ricche registrino una quota notevolmente più elevata della spesa per ricoveri in ospedali o cliniche rispetto a quelle meno abbienti. Inoltre, tale risultato è coerente con i risultati ottenuti da Atella et al. (2001) relativi alle scelte tra sanità pubblica e privata da parte dei pazienti: un livello di reddito più elevato aumenta di molto la probabilità che i pazienti si spo-

segue



stino verso la sanità privata. Il risultato di gran lunga più interessante che è possibile trarre da tali grafici è l'effetto che l'abolizione del ticket sui farmaci ha avuto sulla spesa sanitaria privata. Relativamente al grafico della spesa totale vediamo come la curva di Engel relativa al 2001 è più ripida di quella del 2000. Ciò porta a concludere che nel 2001, a causa dell'eliminazione del ticket, le famiglie più povere hanno avuto una quota minore di spesa privata in salute. Se guardiamo alla spesa per farmaci come ad una tassa sui consumi che grava sulle famiglie, l'abolizione del ticket sembrerebbe aver aumentato il livello di progressività del sistema in quanto famiglie più ricche spendono di più per sanità privata. L'effetto è ancor più evidente se si considerano le sole spese per farmaci. Il caso dei farmaci risulta essere abbastanza anomalo nel panorama dei beni per la salute. Infatti, secondo quanto riportato nel grafico in alto a destra, la quota di spesa privata per farmaci è inversamente legata al livello della spesa totale delle famiglie. Ciò significa che, percentualmente, le famiglie povere spendono più di quelle ricche per acquistare farmaci. Tale risultato è spiegabile sulla base di tutti gli interventi di contenimento della spesa per farmaci succedutisi a partire dal 1992. Infatti, lo stesso grafico tracciato utilizzando i dati di spesa tra il 1985 ed il 1991 mostra un andamento lievemente crescente (vedi Atella, Bernardi e Rossi, 2003). Con l'eliminazione del ticket la pendenza della curva si è ridotta e ciò ha comportato una riduzione maggiore delle quote di spesa per farmaci per le famiglie meno abbienti.

tribuzioni non legati alle prestazioni ottenute, una parte della popolazione potrebbe spingere verso riforme sanitarie che prevedano la possibilità di opting-out. Di conseguenza, si potrebbe assistere alla formazione di un sistema sanitario pubblico che fornirebbe prestazioni ai meno abbienti e ad un rafforzamento del settore privato destinato a fornire servizi di qualità più elevata.

Bibliografia

Atella V. *Drug cost containment policies in Italy: are they really effective in the long-run? The case of minimum reference price*. Health Policy, 2000; 50: 197-218.

Atella V., Brindisi F., Deb P., Rosati F.C. *The determinants of access to physician services: a latent class seemingly unrelated probit approach*, di prossima pubblicazione in Health Economics, 2003.

Atella V., Rosati F. C., *Spesa, equità e politiche sanitarie in Italia negli anni '90: quali insegnamenti per il futuro*, "Politica Sanitaria", 2002, Anno 3, n. 1, p.3-17.

Atella V., Rosati F.C., Rossi M.C.: *Precautionary Saving and Health Risk. Evidence from the Italian households using a time series of cross sections*, CEIS Working Paper n. 158, 2001.

ISTAT, *Indagine sui consumi delle famiglie*, vari anni, Roma.

A faded, light green background image showing a crowd of people, possibly at a public event or protest, with some individuals holding up their hands or signs.

Parte II

le politiche sanitarie in italia

Capitolo 4

Federalismo fiscale in sanità ed impatti redistributivi

Andrea Rafaniello e Federico Spandonaro

4.1 Premessa

Il settore sanitario occupa, nel nuovo assetto istituzionale dello Stato incentrato sui principi federali, una posizione di assoluta preminenza. In questo nuovo contesto emergeranno nel tempo, con maggior nettezza, le effettive differenze tra i servizi sanitari delle diverse regioni, imponendo così tanto un continuo monitoraggio delle disuguaglianze tuttora esistenti, quanto una loro più attenta valutazione. Il concetto di disuguaglianza rinvia immediatamente al principio di equità. In particolare, con riferimento ai sistemi sanitari, l'analisi equitativa va distinta da un lato per gli effetti prodotti sul fronte dell'erogazione, e dall'altro per quelli prodotti nel campo del finanziamento. Il presente contributo si sofferma in particolare sulla stima di questi ultimi, ciò allo scopo di analizzare l'impatto che l'introduzione dell'IRAP da un lato (D.Lgs. n.446/1997), ed il nuovo sistema di finanziamento federale delle regioni dall'altro (D.Lgs. n.56/2000), hanno prodotto sia sul fronte dell'equità verticale sia sul fronte dell'equità orizzontale. Esso presenta un'analisi di sintesi dell'intero territorio nazionale, questo per definire quale sia il livello redistributivo complessivo del sistema all'avvio del processo federale in Italia e poterlo quindi monitorare e valutare nel tempo. Si segue l'approccio già utilizzato in precedenza da Van Doorslear ed altri (1999a, 1999b) in studi analoghi di natura comparativa svolti su scala internazionale.

4.2 Il sistema di finanziamento del servizio sanitario: dal fondo sanitario nazionale al federalismo fiscale in sanità

Alla base dell'intervento pubblico in Sanità, e del relativo sistema impositivo volto a finanziarlo, vi è il riconoscimento del bene salute come bene meritorio. L'area pubblica ne rappresenta tuttavia solo una parte. La Tabella 1 mostra chiaramente come oltre un quinto del finanziamento dei consumi sanitari non derivi da trasferimenti erariali, ma anzi come nel periodo intercorso tra il 1995 ed il 2000 la quota di spesa privata, (spesa *out of pocket* più costo delle polizze sanitarie) sia passata dal 23,46% al 27,40% dell'intero monte risorse. Inoltre ciò che emerge ancor più nitidamente è il totale cambiamento del peso delle fonti di finanziamento pubbliche.

L'introduzione dell'IRAP da un lato (D.Lgs. n.446/1997), ed il nuovo sistema di finanziamento delle regioni dall'altro (D.Lgs. n.56/2000), hanno, infatti, profondamente mutato il contesto istituzionale all'interno del quale è inserito il settore sanitario.

Nel 1995 la componente di finanziamento pubblica era riconducibile in parte a meccanismi di tipo contributivo e in parte alla fiscalità generale. Per quanto riguarda quest'ultima si è scelto (convenzionalmente) di ripartirla proporzionalmente al gettito IRPEF ed IVA registrato nello stesso anno. Il prelievo contributivo si configurava invece come tributo sul reddito e presentava un meccanismo di tipo regressivo. La base imponibile era composta dal reddito complessivo ai fini IRPEF con un'aliquota pari al 6,6% fino a 40 milioni annui, al 4,6% oltre i 40 milioni e fino ai 150, a zero oltre i 150 milioni¹.

Con l'introduzione dell'IRAP, il legislatore ha soppresso i contributi per il servizio sanitario nazionale, introducendo un'imposta sul valore della produzione netta derivante dall'esercizio abituale di un'attività diretta alla produzione o allo scambio di beni o servizi. Con tale imposta il costo del fattore lavoro, rientrando nel calcolo del valore della produzione netta, è sottoposto ad un'aliquota del 4,25%. Relativamente ad essa è stato previsto un vincolo di destinazione per il finanziamento della spesa sanitaria pari al 90% del gettito IRAP.

Il processo riformatore è continuato con l'introduzione del federalismo fiscale e la contestuale abolizione del fondo sanitario nazionale, che è stato sostituito dalla compartecipazione regionale al 25,7% del gettito IVA, e dall'aumento dell'addizionale regionale IRPEF dallo 0,9% al 1,4%. Il nuovo assetto istituzionale è quindi accompagnato da un meccanismo perequativo, di natura solidaristica, che agisce in favore delle regioni che risulterebbero finanziariamente non autosufficienti in base alla propria capacità fiscale. Da ultimo, con l'accordo dell'8 agosto 2001 il governo ha aumentato la quota di compartecipazione regionale al gettito IVA con l'obiettivo di innalzare la spesa sanitaria pubblica a livello del 6% del PIL.

Nel complesso le riforme varate comportano da un lato una riduzione della quota di finanziamento pubblico pari al 5,12% rispetto al 1995 e dall'altro, con riferimento alla composizione della stessa, un significativo incremento della quota IVA.

¹ Erano esclusi dalla base imponibile i redditi da pensione fino a 18 milioni complessivi.

Tabella 1 - Fonti di finanziamento dei consumi sanitari

1995	Cont. Soc 43,92%	IRPEF 20,49%	IVA 12,12%	Pol. Ass. 1,71%	Sp. out of pock. 21,75%
2000	IRAP 25,40%	IRPEF 29,05%	IVA 18,16%	Pol. Ass. 1,42%	Sp. out of pock. 25,98%
2000 d.Lgs. 56/2000	IRAP 25,40%	IRPEF 13,41%	IVA 33,80%	Pol. Ass. 1,42%	Sp. out of pock. 25,98%

Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia e Istat

4.3 Metodologia, dati ed assunti

Visti i profondi cambiamenti normativi inerenti al sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale, è lecito chiedersi quali siano stati gli effetti redistributivi da loro prodotti. Tale analisi implica lo studio della rispondenza tra la spesa sanitaria totale sostenuta dalle singole unità campionarie e la loro capacità contributiva. Questo semplice criterio interpretativo rinvia a due principi ben noti, ovvero al principio di equità orizzontale e a quello di equità verticale. Tanto l'equità orizzontale quanto l'equità verticale, congiuntamente al complessivo effetto redistributivo, possono essere studiati attraverso un'opportuna rielaborazione della variazione del coefficiente di Gini, data una distribuzione del reddito "x", indotta da un sistema di finanziamento "T".

In generale l'effetto redistributivo sarà pari a:

$$RE = G_x - G_{x-T} \tag{1}$$

Come mostrano Aronson ed altri (1994) esso può essere scomposto nel seguente modo:

$$RE = [tK_T/(1-t)] - \sum \alpha_x G_{F(x)} - (G_{x-T} - C_{x-T}) = V - H - R \tag{2}$$

dove "t" rappresenta l'aliquota media di finanziamento del sistema, "K_T" identifica l'indice di progressività di Kakwani², "α_x" è il prodotto tra la quota di popolazione delle unità campionarie aventi un reddito strettamente pari ad "x" e la quota di reddito al netto del finanziamento delle stesse unità campionarie; "G_{F(x)}" è invece il coefficiente di Gini calcolato sui redditi al netto del finanziamento sempre sulle medesime unità campionarie aventi un reddito strettamente pari ad "x"; "C_{x-T}" è infine l'indice di concentrazione dei redditi al netto del finanziamento ed è calcolato sull'intero universo campionario. In questa scomposizione il primo termine, indicato con "V", identifica gli effetti redistributivi connessi con la progressività del sistema, l'indice di Kakwani assumerà infatti un

² K_T = C_T - G_S; dove "C_T" è l'indice di concentrazione del sistema di finanziamento "T".

valore positivo se il sistema di finanziamento è progressivo, negativo viceversa; il secondo termine “ $\sum \alpha_x G_{F(x)}$ ”, definito come “H”, rappresenta invece l’iniquità orizzontale in senso stretto. Da ultimo “ $G_{x-T} - C_{x-T}$ ”, indicato con “R”, identifica il *reranking*, ovvero il mutato ordinamento delle unità campionare a seguito del passaggio dal reddito lordo al reddito netto. Esso non rappresenta tipicamente l’iniquità orizzontale, tuttavia esso dipende strettamente dalla presenza di dette forme d’iniquità³. Tanto “H” quanto “R” saranno sempre maggiori o uguali a zero.

In generale avremo quindi che la presenza di forme d’iniquità orizzontale tenderà a ridurre gli effetti equitativi prodotti da un sistema di finanziamento con caratteristiche di progressività, o, viceversa, ad accrescere l’iniquità di un sistema in sé già regressivo.

Per quanto attiene alle stime presentate nel paragrafo successivo si evidenzia come esse siano ottenute attraverso una serie di elaborazioni effettuate sui dati rilevati periodicamente nell’Indagine sui Bilanci delle Famiglie dalla Banca D’Italia. In particolare, essendo l’obiettivo dell’analisi quello di esaminare l’impatto che l’introduzione dell’IRAP da una parte (D.Lgs. n.446/1997), ed il nuovo sistema di finanziamento delle regioni dall’altro (D.Lgs. n.56/2000), hanno prodotto, si è dovuto applicare virtualmente la nuova normativa sul finanziamento delle regioni, in vigore dal gennaio del 2001, ai dati del 2000 (dette stime sono presentate come 2000 D.Lgs.56/00), essendo questi gli ultimi dati disponibili.

L’unità campionaria di riferimento è stata il nucleo familiare. Con riferimento a quest’ultimo la Banca D’Italia ha rilevato, tra i vari dati, i consumi durevoli e non durevoli, la stipulazione nonché l’importo di eventuali polizze sanitarie integrative, il reddito disponibile al netto d’imposte dei singoli componenti il nucleo familiare. A partire da questi ultimi si è stimato, per aggregazione, il reddito lordo delle famiglie e quindi la quota d’imposte dirette volta a finanziare il servizio sanitario.

Anche i contributi sociali e la quota dell’IRAP sono stati stimati a partire dai redditi netti dei singoli componenti il nucleo familiare, ciò ipotizzando che su questi ultimi gravasse l’effettivo onere economico. Per quanto riguarda invece la quota d’imposte indirette, essa è stata stimata in base ai consumi familiari; si noti tuttavia come, caratterizzandosi i consumi durevoli per la loro natura di spesa pluriennale, è sembrato opportuno riallocare la totalità dei consumi durevoli fra tutti i nuclei familiari in funzione dei loro redditi netti. Da ultimo i consumi *out of pocket*. Questi sono stati stimati incrociando i dati sui Consumi delle Famiglie di fonte ISTAT con quelli rilevati dalla Banca D’Italia, così come in precedenza rielaborati.

Si è posto quindi il problema di come rendere “idealmente” comparabili i redditi delle famiglie con diversa numerosità, o più in generale con diversa composizione, e le relative quote di finanziamento del servizio sanitario. Si è voluto, infatti, ipotizzare che all’interno delle singole famiglie si generino economie di scale, in altre parole che il reddito necessario al conseguimento di un determinato “livello di benessere” vari, al variare della

³ Da un punto di vista esclusivamente analitico si evidenzia come solo in presenza di un’aliquota media di finanziamento “t” maggiore di uno, ipotesi peraltro non significativa sotto il profilo economico, valori positivi di “H” non implicano valori positivi di “R”.

dimensione familiare, in misura meno che proporzionale rispetto al numero dei componenti. Per far questo si è fatto ricorso ad una misura equivalente “E” tanto del reddito “X” quanto del finanziamento “T”:

$$E_x = X / N^\alpha ; E_T = T / N^\alpha \tag{3}$$

dove “N” è il numero dei componenti la famiglia e “ α ” è un parametro compreso tra zero e uno. Assumere un valore di alfa estremo, $\alpha=1$ oppure $\alpha=0$, equivale ad assegnare a ciascuno individuo della famiglia un reddito equivalente pari rispettivamente al reddito pro-capite (assenza di economie di scala) o al reddito familiare (indipendenza dal numero dei componenti). Nella pratica la scelta si orienta su un valore di alfa intermedio: le stime qui presentate ipotizzano un $\alpha=0,5$.

4.4 Risultati

Le stime riportate nella tabella seguente evidenziano chiaramente quali siano gli effetti

Tabella 2 - Confronti								
1995	CONT. SOC	IRPEF	IVA	TOT. PUB.	POL.ASS.	OUT OF POCK.	TOT. PRIV.	TOT. FIN.
T=	0,05120	0,02457	0,01487	0,09063	0,00208	0,02664	0,02872	0,11936
K=	0,08617	0,12908	-0,15478	0,05828	0,06542	-0,13140	-0,11714	0,01606
V=	0,00465	0,00325	-0,00234	0,00581	0,00014	-0,00360	-0,00346	0,00218
(H+R)=	0,00019	0,00001	0,00001	0,00025	0,00003	0,00001	0,00004	0,00033
Re=	0,00445	0,00325	-0,00235	0,00556	0,00011	-0,00361	-0,00351	0,00185
2000	IRAP	IRPEF	IVA	TOT. PUB.	POL.ASS.	OUT OF POCK.	TOT. PRIV.	TOT. FIN.
T=	0,03210	0,03905	0,02735	0,09851	0,00187	0,03568	0,03756	0,13606
K=	0,09733	0,10355	-0,15646	0,02932	0,15637	-0,13194	-0,11755	-0,01122
V=	0,00323	0,00421	-0,00440	0,00320	0,00029	-0,00488	-0,00459	-0,00177
(H+R)=	0,00020	0,00001	0,00008	0,00034	0,00002	0,00002	0,00005	0,00042
Re=	0,00303	0,00420	-0,00441	0,00296	0,00027	-0,00490	-0,00464	-0,00219
2000*	IRAP	IRPEF	IVA	TOT. PUB.	POL.ASS.	OUT OF POCK.	TOT. PRIV.	TOT. FIN.
T=	0,03210	0,01809	0,04644	0,09663	0,00187	0,03568	0,03756	0,13419
K=	0,09733	0,02647	-0,15646	-0,03791	0,15637	-0,13194	-0,11755	-0,06020
V=	0,00323	0,00049	-0,00762	-0,00405	0,00029	-0,00488	-0,00459	-0,00933
(H+R)=	0,00020	0,00000	0,00013	0,00039	0,00002	0,00002	0,00005	0,00047
Re=	0,00303	0,00049	-0,00775	-0,00444	0,00027	-0,00490	-0,00464	-0,00980
*Ci si riferisce ai dettami del D. Lgs. 56/2000.								
Fonte: nostra elaborazione su dati Banca d'Italia e Istat								

redistributivi connessi al mutato meccanismo di finanziamento del servizio sanitario e quindi, per comparazione, quale sia l'impatto connesso all'introduzione del D.Lgs. n.446/1997 da un lato e del D.Lgs. n.56/2000 dall'altro.

Dalla tabella 2 è possibile osservare come, nel 1995 e considerato nella sua interezza, il sistema di finanziamento presenti un livello di redistribuzione positivo (RE=0,00185): in altre parole il sistema redistribuisce risorse a favore delle classi con minor reddito. Tuttavia, questo risultato dipende solo in minima parte della progressività del sistema (K=0,01606), derivando piuttosto dall'aliquota media di finanziamento (t=0,11936)⁴, si nota inoltre come la presenza di forme d'iniquità orizzontale riduca del 17,8% la capacità redistributivi dell'intero sistema di finanziamento (H+R=0,00033).

Se questo è vero studiando il sistema nella sua globalità, le singole fonti di finanziamento presentano in ogni caso rilevanti differenze.

La spesa *out of pocket* risulta, ad esempio, significativamente regressiva (K=-0,13140 e RE=-0,00361). Del tutto trascurabili sono invece gli effetti derivanti dalla stipula di polizze sanitarie; infatti, la quota di risorse a queste destinata è estremamente bassa (t = 0,00208). Nel complesso la totalità della spesa privata risulta regressiva (K=-0,11714 e RE=-0,00351). Per quanto concerne, viceversa, le fonti di finanziamento pubbliche si osserva come la quota IVA risulta fortemente regressiva (K=-0,15478 e RE=-0,00235), mentre risultano progressive tanto la quota IRPEF (K=0,12908 e RE=0,00325) quanto i finanziamenti derivanti dai contributi sociali (K=0,08617 e RE=0,00445). Si noti, tuttavia, come il maggior effetto redistributivo connesso a questi ultimi, rispetto alla quota IRPEF, derivi dalla maggior aliquota media che caratterizza questa fonte di finanziamento (t_{Cont.Soc}=0,05120 e t_{IRPEF}=0,02457).

Questo dato risulta comunque particolarmente significativo. I contributi sociali si presentano, infatti, con una struttura apparentemente regressiva, struttura che risulta invece progressiva tanto alla luce della distribuzione dei redditi osservata nel 1995 quanto in base alle soglie di esenzione previste dal legislatore. Sempre gli stessi contributi sociali generano, tra le diverse fonti di finanziamento, la quota d'iniquità orizzontale più elevata (H+R=0,00019).

Nel complesso il finanziamento della quota di spesa sanitaria pubblica risulta progressivo (K=0,05828 e RE=0,005561).

L'introduzione dell'IRAP da un lato (D.Lgs. 446/97), ed il nuovo meccanismo di finanziamento delle regioni dall'altro (D.Lgs. 56/00), hanno mutato il segno del complessivo effetto redistributivo posto in essere dal sistema di finanziamento trasformandolo da positivo a negativo.

Soffermandosi in prima istanza sulla sola quota di spesa sanitaria pubblica è possibile osservare come, nell'intervallo tra il 1995 ed il 2000 ed a seguito dell'introduzione dell'IRAP, il livello di progressività del sistema si sia ridotto di quasi il 50% (K=0,02932). Nel dettaglio si nota come l'introduzione dell'IRAP ha sì ridotto l'effetto redistributivo con-

⁴ Si noti come l'aliquota media qui presentata è calcolata in funzione di misure equivalenti tanto del finanziamento quanto del reddito, ciò per rendere "idealmente" comparabili i nuclei familiari differenti, si veda in proposito la (3).

nesso con questa fonte di finanziamento (RE=0,00303 anziché RE=0,00445), ma non a causa di un minor livello di progressività (K=0,09733 contro K=0,08617), bensì a causa di una minore aliquota media (t=0,03210 invece di t=0,05120). Inoltre la crescente aliquota media che ha caratterizzato l'IVA (t=0,02735 contro t=0,01487), con un livello di regressività più o meno costante negli anni (K=-0,15646), ha ulteriormente ridotto gli effetti redistributivi connessi alla quota di spesa sanitaria pubblica. Dal canto suo l'IRPEF, con una crescente aliquota media di finanziamento (t=0,03905 contro t=0,02457) non è stata in grado di compensare, anche a seguito di una riduzione dell'indice di progressività (K=0,10355 anziché K=0,12908), i minori effetti redistributivi manifestatisi, nel complesso il livello di redistribuzione della quota di spesa sanitaria pubblica si è ridotto di oltre il 45% (RE=0,00296 contro RE=0,00556).

Il successivo passaggio normativo (D.Lgs. 56/00), con l'introduzione del nuovo meccanismo di finanziamento delle regioni, ha portato da un lato ad un'ulteriore crescita della quota di finanziamento IVA (t=0,04644 invece di t=0,02735), dall'altro ad una riduzione dell'aliquota media che caratterizza l'IRPEF (t=0,01809 conto t=0,03905) nonché ad una drastica diminuzione del suo livello di progressività (K=0,02647 anziché K=0,10355).

Nel complesso i due provvedimenti hanno trasformato il sistema di finanziamento, anche con riferimento alla sola componente di spesa pubblica, in regressivo (K=-0,03791 e RE=-0,00444). Se accanto a questo si considerano gli effetti connessi alla quota di spesa sanitaria privata, ed in particolare la crescente quota di spesa *out of pocket* registrata tra il 1995 ed il 2000 (l'aliquota media di finanziamento è passata da t=0,02664 a t=0,03568 con un livello di regressività pressappoco costante con K=-0,13194), il sistema di finanziamento del servizio sanitario assume nel suo complesso un carattere di forte regressività, redistribuendo risorse a favore delle classi con maggior reddito (K=-0,06020 e RE=-0,00980).

Da ultimo si noti come anche le forme d'iniquità orizzontale risultino cresciute complessivamente di oltre il 40% rispetto al 1995 (H+R=0,00047) e come esse dipendano, in larga parte, dalle componenti di finanziamento IRAP e IVA (rispettivamente H+R=0,00020 e H+R=0,00013), accrescendo così di un ulteriore 5% l'iniquità complessiva del sistema.

4.5 Considerazioni finali

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di stimare gli effetti redistributivi indotti dal sistema di finanziamento del servizio sanitario a seguito dell'introduzione dell'IRAP da un lato, e del federalismo fiscale dall'altro. I risultati ottenuti evidenziano come si sia passati da una situazione, seppur moderata, di progressività (K=0,01606), ad una situazione di regressività (K=-0,06020). Si noti tuttavia come l'indice di progressività di Kakwani permetta di definire solo il segno della redistribuzione, non essendo invece sufficiente a calcolarne la dimensione. Per stimare quest'ultima è necessario conoscere l'aliquota media di finanziamento. In particolare i risultati ottenuti mostrano come il valore della redistribuzione, da positivo (RE=0,00185), sia divenuto negativo (RE=-0,00980), ovvero come il sistema sia passato ad una redistribuzione di risorse a favore delle classi con maggior reddito. Ancor più significativa risulta tuttavia l'analisi della sola componente di finanziamento pubblica. Essa, infatti, a differenza della quota di finanziamento privata, non presenta una diretta corrispondenza tra spesa sostenuta ed erogazione del servizio con relativo bene-

ficio. Questa analisi permette in particolare di identificare nella quota di finanziamento pubblico, e nel relativo passaggio da una situazione di progressività ($K=0,05828$) a una di regressività ($K=-0,03791$), la vera artefice del complessivo mutamento degli effetti redistributivi. Alla luce di queste ultime considerazioni, ed avendo come obiettivo l'incremento del livello di redistribuzione del sistema, potrebbe risultare opportuno, da un lato rivedere il nuovo meccanismo di finanziamento delle regioni, ed in particolare la disciplina relativa all'addizionale regionale IRPEF. In tal senso sembra particolarmente interessante la scelta compiuta da parte della Regione Marche di introdurre una struttura con aliquote comprese tra lo 0,9% ed il 4%, e quindi in teoria fortemente progressiva. Essa dovrebbe incrementare tanto il livello di progressività della fonte di finanziamento IRPEF quanto la sua aliquota media, con un conseguente affetto positivo in termini di complessiva redistribuzione. Dall'altro, parimenti opportuno, potrebbe essere un incremento della componente di spesa sanitaria pubblica, visto il crescente ricorso alla spesa *out of pocket* registrato in questi anni relativamente alle altre fonti di finanziamento dei consumi sanitari. Questa seconda riflessione ci permette inoltre di osservare come la reintroduzione dei tickets, certamente necessari soprattutto con riferimento al settore farmaceutico, dovrebbe essere inserita in contesto più ampio di rivisitazione dell'intero sistema di finanziamento dei complessivi consumi sanitari, ciò sempre a patto che non si voglia ulteriormente innalzare il livello di regressività del sistema con i relativi effetti negativi in termini di redistribuzione. In conclusione, data la delicatezza del tema, si ritiene utile ed opportuno un'ulteriore riflessione sull'intero sistema di finanziamento del servizio sanitario.

Bibliografia

- Aronson, J.R. ed altri (1994), *Redistributive effect and unequal income tax treatment*, The Economic Journal n. 104, pag. 262-270.
- Ciccarone, G. e De Vincenti, C. (a cura di) (2001), *Sulla strada del federalismo – Rischi ed opportunità per il sistema di welfare* -, Ediesse, Roma.
- D'Alessio, G. e Signorini, L.F. (2000), *Disuguaglianza dei redditi individuali e ruolo della famiglia in Italia*, Temi di Discussione della Banca d'Italia, n. 390.
- Dirindin, N. (1996), *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna.
- Kakwani, N.C. (1977a), *Measurement of tax progressivity: an international comparison*, The Economic Journal n.87, pag.71-80.
- Kakwani, N.C. (1977b), *Applications of Lorenz curves in economic analysis*, Econometrica Vol.45, n.3, pag. 719-727.
- Messina, G. (2001), *Decentramento fiscale e perequazione regionale. Efficienza e redistribuzione nel nuovo sistema di finanziamento delle regioni a statuto ordinario*, Temi di Discussione della Banca d'Italia, n. 416.
- Spandonaro, F. e Donia Sofio A. (2001), *La sanità in Italia in una prospettiva federale*, CEIS Newsletter, Anno 7, n.1-2.
- Van Doorslaer, E. ed altri (1999a), *Equity in the finance of health care: some further international comparison*, Journal of Health Economics n.18, pag. 263-290.
- Van Doorslaer, E. ed altri (1999b), *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*, Journal of Health Economics n.18, pag. 291-313.
- Van Doorslaer, E. e Wagstaff, A. (2000), *Equity in health care financing and delivery*, In: AJ Culyer and JP Newhouse (Eds.) Handbook of Health Economics, North Holland, pag. 1803-62.

Capitolo 5

Le politiche per l'assistenza ospedaliera

Laura Piasini, Matteo Ruggeri e Federico Spandonaro

5.1 Premessa

Le prime disposizioni in ordine alla adozione del Piano sanitario nazionale, in cui doveva essere delineato l'assetto dell'offerta ospedaliera del SSN, sono state dettate ormai 25 anni fa dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833; ciò nonostante, da allora nessun documento di piano ha superato il complesso iter previsto per la sua approvazione. Le uniche norme di pianificazione sanitaria effettivamente emanate, contenute nella legge 23 ottobre 1985, n. 595 e nella più recente legge 30 dicembre 1991, n. 412, hanno riguardato quasi esclusivamente l'organizzazione della rete ospedaliera: le previsioni delle norme citate, seppure ancora oggi attuali, non sono state del tutto attuate, in particolare per quanto riguarda la parte di carattere precettivo relativa alla riconversione delle strutture per acuti sottodimensionate o sottoutilizzate, da adibire a funzioni riabilitative o di lungodegenza. Dobbiamo anche sottolineare che a partire dalle disposizioni emanate con la legge 23 ottobre 1992, n. 421 ed i provvedimenti delegati, si è andati verso una profonda revisione delle modalità di programmazione sanitaria; in particolare:

- si è acuito il riferimento dell'attività programmatoria agli obiettivi di tutela della salute, individuati a livello internazionale
- si è avuta una esplicazione dei vincoli, costituiti sia dagli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale, sia dalla entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale;

- infine, si è andati verso una definizione precisa delle competenze centrali e regionali in materia di programmazione sanitaria, mediante l'attribuzione alla programmazione di livello centrale della specificazione degli obiettivi e dei livelli uniformi di assistenza e l'attribuzione alle Regioni di tutte le competenze in materia organizzativa e gestionale.

Figlio di questo nuovo "corso" è il nuovo Piano Sanitario Nazionale con validità fino al 2004, al quale si farà riferimento nel seguito per analizzare le politiche in ambito ospedaliero.

Fra i progetti obiettivo previsti dal Piano, ne sono stati individuati in particolare cinque, che possono essere considerati il "traino" per le politiche oggetto della nostra analisi; possiamo subito anticipare che il denominatore comune di tali progetti sembra essere costituito dall'ulteriore taglio dei posti letto per acuzie.

5.2 I progetti obiettivo del piano sanitario nazionale

Nel Piano Sanitario Nazionale 2002-2004, recentemente redatto, si trovano riferimenti alle politiche ospedaliere in cinque dei nove progetti obiettivo. In particolare essi sono:

- attuazione dell'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza;
- creazione una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili;
- garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche;
- ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i centri di eccellenza e gli altri ospedali;
- potenziare i servizi di urgenza ed emergenza.

5.2.1 Attuare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza

Il compito fondamentale dei livelli essenziali di assistenza è di garantire, anche in campo sanitario, il rispetto di un livello uniforme di diritti civili e sociali garantiti su tutto il territorio nazionale.

Essi includono con il concetto di garanzia dell'assistenza erogata quello di appropriatezza. Infatti, le prestazioni per essere considerate essenziali devono essere appropriate e questa appropriatezza deve essere periodicamente verificata dalle Regioni.

Nell'ambito dell'accordo è stata data particolare importanza alla questione della corretta gestione delle liste di attesa. A seguito dell'Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 alle Regioni sono stati conferiti strumenti addizionali di flessibilità con i quali affrontare e risolvere il problema delle liste di attesa.

In campo ospedaliero il progetto ha immediate ricadute: sia sul versante dell'appropriatezza (basti pensare all'allegato 2C sui ricoveri a rischio di inappropriatezza del d.p.c.m. del 29.11.2001), sia su quello dell'accesso alle prestazioni.

5.2.2 Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili.

Il secondo progetto prevede la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Questo obiettivo rappresenta una novità rispetto ai precedenti piani, in quanto la cronicità e la vecchiaia non sono state finora affrontate nel nostro Paese con la dovuta attenzione e con i dovuti strumenti. D'altra parte è opinione consolidata che questo obiettivo vada ormai assumendo un'importanza prioritaria.

In campo ospedaliero gli impatti sono notevoli. In primo luogo perché un'esigenza sempre più sentita è quella per cui l'anziano e il disabile possano essere assistiti al loro domicilio, evitando il ricovero improprio in strutture ospedaliere o in residenze sanitarie assistenziali. È espressa inoltre la necessità di sviluppare la cosiddetta ospedalità a domicilio ovvero trasferire a domicilio del paziente alcuni servizi oggi erogati solo dall'Ospedale, quali cure palliative, terapie infusionali, dialisi, etc. Viene presentato nel Piano un modello di cura ed assistenza a domicilio che integra l'assistenza specialistica di tipo ospedaliero e quella territoriale, con i servizi sociali.

5.2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

Questo progetto obiettivo recepisce la contestazione al SSN di mancanze importanti dovute alla scarsa qualità del servizio. In relazione a ciò è da ricordare l'introduzione della certificazione ISO 9000 anche in sanità; certificazione, accreditamento (sia istituzionale, sia di eccellenza) e valutazione della qualità, sono ancora sfide aperte per l'ospedalità italiana.

5.2.4 Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i centri di eccellenza e gli altri ospedali

Questo progetto sembra essere la logica conseguenza di quello riguardante le prestazioni socio-sanitarie per i malati cronici, gli anziani ed i disabili. Alla luce dei cambiamenti demografici e delle esigenze espresse dagli anziani e dai disabili, infatti, un progetto di domiciliazione di parte delle prestazioni implica, necessariamente, anche un ridisegno della rete ospedaliera.

Inoltre c'è da considerare che le cure, che divengono sempre più complesse, sia da un lato tecnologico che dal lato della specializzazione, necessitano di essere praticate sempre più in centri *ad hoc*. Questo significa che l'importanza dei piccoli presidi di provincia diverrà sempre più limitata. A fronte di questo, tuttavia, appare sempre più vitale la creazione di una rete integrata fra presidi di comunità e grandi centri specializzati, in modo da poter ottimizzare i tempi e la qualità delle prestazioni, e garantire continuità assistenziale.

5.2.5 Potenziare i servizi di urgenza ed emergenza

Coerentemente con la possibilità di limitare i compiti dei piccoli presidi per quel che riguarda le prestazioni specialistiche e di particolare complessità, viene proposto un potenziamento dei servizi di urgenza ed emergenza, in particolare nelle strutture di pronto soccorso. In tal senso sono previsti dei potenziamenti per quel che riguarda le linee di comunicazione per l'attivazione dei pronti interventi.

5.2.6 Conseguenze dei progetti obiettivo

Dalla breve analisi dei progetti obiettivo condotta, ci sembra che emerga con chiarezza come le politiche ospedaliere si concentrino sul lato dell'offerta, dividendo equamente lo sforzo teso ai recuperi di efficienza fra una ristrutturazione delle rete e un maggiore attenzione all'appropriatezza delle prestazioni erogate.

La ristrutturazione della rete si concentra, in effetti, sulla riduzione di posti letto per acuti in

favore della riabilitazione e lungodegenza, ma anche dell’assistenza domiciliare; l’appropriatezza si dovrebbe invece prioritariamente realizzare con un maggiore uso del *Day Hospital* e *Day Surgery*, oltre che di una generale tendenza alla deospedalizzazione.

5.3 Le politiche ospedaliere regionali

Lo studio dei piani sanitari regionali conferma come le politiche ospedaliere regionali siano volte da un lato alla riprogettazione della rete ospedaliera, dall’altro al taglio dei posti letto (Tabella 1).

Queste due politiche presentano elementi di coerenza reciproca, laddove le Regioni siano orientate a perseguire entrambe.

Dette politiche, inoltre, sembrano, almeno in prima approssimazione, in linea con i progetti obiettivo del Piano Sanitario Nazionale.

Innanzitutto il taglio dei posti letto sembra essere diretta conseguenza tanto della necessità di portare, in tutte le Regioni, la quota di posti letto sotto il tetto dei 4 per mille abitanti, quanto alla decisione di ridisegnare, integrandola, la rete ospedaliera, al fine di avere dei

Tabella 1 - Posti letto, personale, tagli previsti e retribuzioni medie.					
Regione	Posti letto	Personale	Retr.ne media	Fonte PSR	Tagli previsti
Valle d’Aosta	492	1.172	2,346	2002-2004	NO
Piemonte	22.856	51.734	2,246	2002-2004	1.200
Prov. Trento	2.982	6.450	2,284	2002-2004	NO
Prov. Bolzano	2.450	6.772	2,710	2003-2005	200
Lombardia	50.032	95.675	2,072	2002-2004	5.400
Friuli Ven. Giulia	6.715	16.414	2,027	2000-2002	NO
Veneto	24.081	54.188	2,183	1996-1998	Non definiti
Liguria	8.742	20.334	2,016	2002-2004	Non definiti
Emilia Romagna	22.303	50.406	2,273	2000-2002	Non definiti
Toscana	17.932	45.616	2,229	2000-2002	10.600
Marche	7.706	16.450	2,244	2000-2002	1.400
Umbria	3.977	10.236	2,277	2003-2005	Non definiti
Lazio	32.598	47.082	2,209	2003-2005	3.000
Abruzzo	6.136	14.490	2,195	1999-2001	Non definiti
Molise	1.598	3.733	2,228	2003-2005	All. al 4 %0
Campania	22.079	52.442	2,351	2002-2004	Non definiti
Basilicata	2.629	5.774	2,163	2003-2005	Non previsti
Calabria	9.915	22.478	2,182	2002-2004	Non previsti
Puglia	20.016	37.407	2,115	2002-2004	Non definiti
Sicilia	21.200	46.949	2,187	2002-2004	4.000
Sardegna	9.370	20.542	2,128	1999-2001	Non definiti
Italia	295.809	626.344	2,210	2002-2004	

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Statistico, Prometeo e PSRR.

risparmi di risorse, soprattutto per quanto riguarda il personale. È necessario sottolineare che l’obiettivo di creare una rete integrata di servizi per gli anziani, i disabili e gli invalidi e, contemporaneamente, una concentrazione su pochi centri altamente specializzati dell’offerta per le acuzie implica la creazione di pochi centri di dimensioni ampie quando autorevoli studi, partendo dalle teorie dell’economia dell’organizzazione e della burocrazia, tendono a sostenere l’esistenza di un *trade off* fra dimensione ospedaliera ed efficienza.

5.4 Valutazioni di policy: perseguibilità ed adeguatezza del tetto al 4 per mille

Un aspetto prioritario per le politiche regionali è, come detto, il rispetto del tetto di posti letto, posto a 4 per mille abitanti per le acuzie.

La questione che sorge immediata è se tali politiche siano perseguibili, e se siano inoltre adeguate. L’adeguatezza è riferita al raggiungimento dell’obiettivo principale, che pare in definitiva essere la riduzione della spesa sanitaria.

In primo luogo si è voluto analizzare in che modo l’andamento demografico previsto fino al 2014, incida sulla numerosità dei posti letto in eccedenza¹.

L’aumento della popolazione in valore assoluto, ipotizzando fissi al 2000 i tassi di ospedalizzazione e le degenze medie per classe di età, implicitamente comporterebbe un riassorbimento dell’1,35% dei posti letto rispetto ad un ipotetico tetto al 4 per mille. In termini pratici questo vorrebbe dire che la riduzione necessaria a livello nazionale di posti letto si attesterebbe intorno al 10–12%. L’impatto demografico è però così certamente sottostimato, non si considera infatti l’effetto dell’invecchiamento; tenendo ulteriormente conto della variazione della composizione per età, il riassorbimento dei posti letto è stimabile intorno al 14%, e praticamente non ci sarebbe necessità di eliminare a medio termine posti letto per acuti. Evidentemente la proiezione sconta le inefficienze dell’attuale regime di ricovero, che penalizza opportunità alternative, quali l’assistenza domiciliare per gli anziani. Anche prescindendo dalle possibili inefficienze–inappropriatezze di “regime”, dobbiamo osservare che a livello regionale i trend sono però fortemente diversificati. Ad esempio, in Liguria, dove l’incremento della popolazione previsto è minore rispetto alle altre Regioni rimarrebbe la necessità di un riassorbimento di posti letto valutabile intorno al 4%, mentre nella provincia autonoma di Trento, per la quale è previsto un forte incremento demografico, si potrebbe determinare una lieve carenza di posti letto.

Limitare il ragionamento agli aspetti demografici è però, come detto, fuorviante: l’aspetto dell’appropriatezza dei ricoveri deve infatti essere tenuto nel massimo conto, sia sul versante del ricorso all’ospedalizzazione, che su quello della durata della degenza. Può, a tal fine, essere interessante analizzare il caso dell’Umbria, che ad oggi registra un rapporto particolarmente virtuoso fra ricorso alla ospedalizzazione in acuzie e popolazione residente: tale Regione dovrà comunque ridurre a medio termine i propri posti letto (-3% ca.). Applicando il tasso di ospedalizzazione e la degenza media umbra alla totalità delle Regioni, l’ecceden-

¹ L’analisi è certamente limitata dal non tenere conto delle modifiche derivanti dall’evoluzione tecnologica: in carenza di previsioni attendibili sul suo sviluppo non si è ritenuto effettuare ipotesi arbitrarie.

za di letti è valutabile in oltre il 10% con gli attuali tassi di occupazione, è quasi del 25% con un tasso di utilizzo portato all'80%.

Osserviamo che le Regioni hanno già dichiarato il loro piano di riduzione dei posti letto in acuzie; ipotizzando che i tagli fossero realizzati nei termini previsti, la quota nazionale di posti letto ogni mille abitanti passerebbe comunque dal 5,11 del 2000 al 4,69 del 2005.

Se si considerano i tagli ai posti letto previsti da ciascun piano sanitario regionale fino al 2005, combinati con la proiezione della popolazione ISTAT al 2005 si osserva, in definitiva, che tali tagli hanno un effetto incisivo, ma comunque non sufficiente al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Per quanto concerne i risparmi ottenibili, limitandoci per ora ai costi del personale, e adottando alcune ipotesi di lavoro relative alle retribuzioni medie e alle piante organiche, possiamo evincere i tagli dovrebbero riguardare il 21% circa del personale, pari a quasi 130.000 unità fra medici, infermieri e personale amministrativo e ausiliario.

Bisogna ulteriormente considerare che in base ad un tasso di utilizzazione compreso fra il 75% e l'80%, il tetto al 4 per mille comporta un'attesa di effettivo utilizzo compresa fra i 3 e 3,2 posti per mille abitanti. La questione che sorge, nella valutazione sui risparmi attesi, è se gli organici siano attualmente commisurati all'effettivo utilizzo dei letti o meno. Nella prima ipotesi il risparmio andrebbe valutato sul *gap* fra i 3,88 posti letto attualmente utilizzati e la soglia di 3-3,2, riducendo di molto l'impatto della manovra ².

Nel valutare l'adeguatezza della manovra sui posti letto (ovvero sulla sua capacità di incidere sulla quota di risorse finanziarie assorbite dall'assistenza alla acuzie), può essere inoltre utile proiettare gli effetti demografici sul costo dell'assistenza ospedaliera valutata in base agli attuali livelli tariffari (Figura 1).

Premettiamo che lo scenario costruito sconta alcune ipotesi di lavoro piuttosto restrittive: in particolare una invarianza del quadro epidemiologico (per età), delle tecnologie e della funzione di produzione, nonché (ma questa ipotesi può essere facilmente superata) del tasso di ospedalizzazione.

Sulla base dalla casistica delle dimissioni per acuti del 2000, stimiamo che il costo della assistenza tenda ad aumentare in modo inerziale di oltre il 13% in 15 anni.

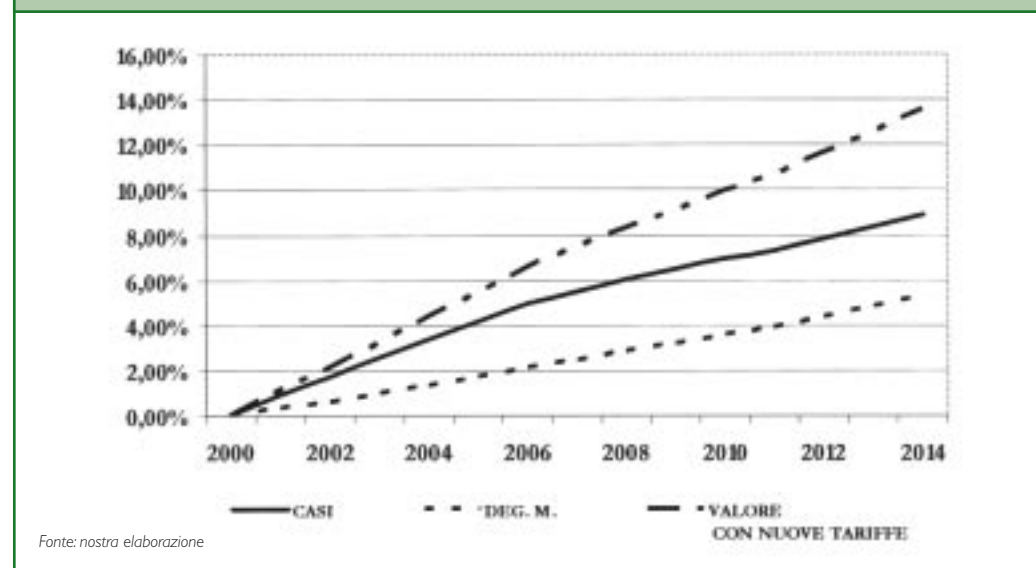
Sembra più interessante notare la composizione di questo aumento: l'effetto demografico in valore assoluto (aumento della popolazione) è responsabile di una quota minima pari al 1,35%; un'ulteriore quota, di poco inferiore al punto percentuale, è attribuibile all'aumento della degenza media; la maggior parte dell'incremento (circa due terzi) è quindi da legarsi alla modifica del case mix, dovuto all'invecchiamento della popolazione in carenza di drastiche modifiche nelle modalità di cura degli anziani.

5.5 Considerazioni finali

Nel medio termine l'effetto demografico avrà effetti fortemente diversificati nelle Regioni.

² Può valere la pena di sottolineare che cosa ben diversa è l'impatto sociale dei "tagli al personale", sia perché certamente non saranno equidistribuiti sulle qualifiche, sia perché concentrati in aree dove l'impiego pubblico in sanità è una quota rilevante della domanda di lavoro.

Figura 1 - Composizione incrementi spesa ospedaliera



Questa sola osservazione giustifica qualche perplessità sulla definizione di un tetto di riferimento nazionale per i posti letto. L'approccio adottato sembra anche in contrasto con la accettazione del principio federalista, che vorrebbe valorizzare le differenze e le peculiarità regionali, spostando a livello decentrato le responsabilità di governo del sistema.

Il rischio che si adombra è che si paghino i costi del federalismo (principalmente in termini di equità orizzontale) senza acquisirne i vantaggi (in termini di efficienza allocativa), limitando la responsabilità di governo regionale ai soli aspetti finanziari.

Tale conclusione si rafforza se si considera la fattibilità delle politiche volte al raggiungimento della quota del 4 per mille: i tagli in termini di personale implicati appaiono difficilmente realizzabili, data la loro consistenza, a causa delle prevedibili ripercussioni sociali ed economiche che avrebbero sui sistemi economici regionali.

In termini finanziari i risparmi attesi rischiano inoltre di essere puramente virtuali: i costi del personale non sono infatti direttamente imputabili ai posti letto, e ciò implica che non necessariamente ad un taglio di posti letto corrisponda una proporzionale riduzione dei costi.

Passando alla valutazione dell'efficacia delle politiche, si deve considerare che negli scenari prodotti si genera un aumento "naturale" del costo per i ricoveri nettamente superiore ai risparmi ottenibili con la sola rideterminazione dei posti letto. L'incremento dei costi, che quasi certamente supererà il 13%, non potrà essere riassorbito (a meno di prospettive di forte incremento reale delle risorse disponibili) se non combinando deospedalizzazione (in particolare degli anziani) e maggiore efficienza nell'uso dei posti letto, ben oltre i tagli ad oggi previsti. Le politiche ospedaliere dovranno quindi spostare la propria attenzione verso le problematiche organizzative, chiamate ad assecondare una profonda modificazione strutturale della risposta assistenziale.

Capitolo 6

Le politiche farmaceutiche

Laura Fioravanti e Federico Spandonaro

6.1 Premessa

L'assistenza farmaceutica costituisce un capitolo rilevante della spesa sanitaria pubblica italiana, come mostrano i dati di spesa nazionali e regionali.

Negli ultimi anni la spesa farmaceutica ha registrato un incremento rilevante: nel 2001, in particolare, la spesa farmaceutica nazionale, pari a 11.597 milioni di Euro, ha subito un incremento del 32,49% rispetto all'anno precedente, il maggiore mai registrato dall'istituzione del SSN, in larga misura per effetto dell'abolizione del ticket dal 1° gennaio 2001¹.

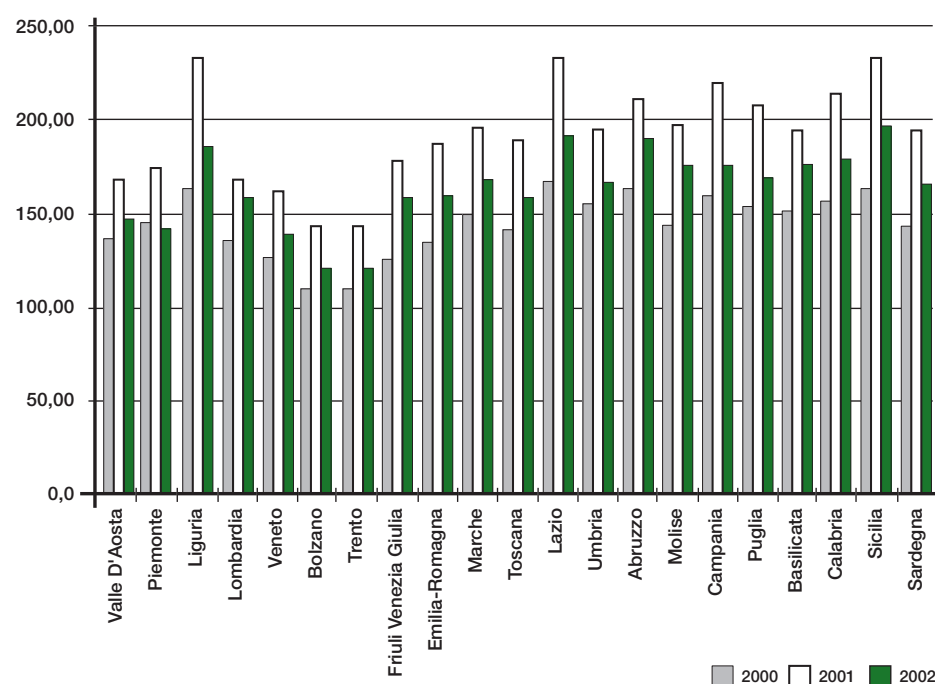
Altrettanto degna di nota sembra essere la tendenza ad una sempre più marcata variabilità regionale: si passa, rispettivamente nel 2000 e nel 2001, dai 173,25 e 235,39 Euro pro-capite in Liguria ai 111,06 e 149,39 Euro in Friuli Venezia Giulia (Figura 1).

Per il 2002, seppur con dati riferiti al periodo gennaio-novembre, si evidenzia una spesa farmaceutica pro-capite ancora attestata sui livelli dell'anno precedente (nel 2002 si passa dai 215,46 Euro del Lazio a 171, 61 Euro del Friuli Venezia Giulia), anche se si evidenziano riduzioni dei livelli di spesa nelle Regioni che hanno reintrodotta i ticket.

Le variazioni più significative rispetto al 2001 si riferiscono al Piemonte e alla Liguria, che hanno introdotto ticket pari a 2,00 Euro per confezione nella primavera 2002.

¹ *Farmindustria, Fatti e Cifre 2002.*

Figura 1 - Spesa Farmaceutica € pro-capite



Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma

Sul versante delle politiche farmaceutiche pubbliche il 2002 è caratterizzato da un susseguirsi di interventi normativi, come anche a un moltiplicarsi degli approcci². Non di meno la preoccupazione principale, se non unica, appare rimanere il contenimento della spesa.

Le esigenze di contenimento sembrano giustificate se si considera che la spesa farmaceutica pubblica è aumentata, nel biennio 2000-2001, rispetto alle altre voci di spesa sanitaria e rispetto alle altre variabili macroeconomiche: dal 13,97% al 17,37% in rapporto alla spesa complessiva per prestazioni e servizi sanitari; dal 13,07% al 16,29% in rapporto alla spesa complessiva per Sanità (prestazioni sanitarie, servizi amministrativi, oneri finanziari); dal 2,98% al 3,78% in rapporto alla spesa per Sicurezza Sociale; dallo 0,75% allo 0,95% in rapporto al Prodotto Interno Lordo³.

Contemporaneamente, a fronte del consistente aumento annuo, la spesa farmaceutica pubblica e privata è comunque inferiore ai livelli europei sia in termini assoluti sia in valore pro-capite. In Italia nel 2001 la spesa farmaceutica totale pro-capite è risultata inferiore a quella del Regno Unito (337,38 Euro), della Francia (451,17 Euro) e della Germania (378,46 Euro)⁴.

² Fonte ISTAT, per dati relativi al biennio 2000-2001.

³ Fonte: Dati OMS 2002.

⁴ Farminindustria, Fatti e Cifre 2002.

La spesa farmaceutica italiana rimane quindi, anche nel 2001, e nonostante gli effetti dell'abolizione del ticket, la più bassa in assoluto tra quelle dei quattro principali Paesi dell'Unione Europea.

È comunque importante, ai fini dell'analisi, inquadrare le variabili che determinano incrementi di spesa farmaceutica:

- aumenti dei prezzi;
- aumenti delle quantità consumate;
- effetto mix (ossia lo spostamento delle prescrizioni verso confezioni mediamente più costose);
- modificazioni nel regime delle compartecipazioni.

Le modifiche nelle quantità e l'effetto mix possono, in particolare, essere attribuiti a modifiche dei comportamenti dei prescrittori-consumatori e a modifiche del prontuario.

Per quanto concerne il 2002 l'aumento di spesa, secondo la Commissione per la Spesa Farmaceutica, è imputabile a:

- effetto mix: allargamento della copertura farmaceutica, con conseguente aumento del numero di farmaci ammessi alla rimborsabilità;
- abolizione dei ticket dal 1 gennaio 2001, che ha provocato da un lato una maggiore spesa per il Servizio Sanitario e dall'altro il passaggio verso prodotti farmaceutici a carico del SSN.

In particolare, 15,1 punti percentuali di aumento della spesa farmaceutica pubblica è stato stimato che costituiscano puro trasferimento di oneri finanziari o prescrizioni dal privato al pubblico.

Analogamente 6 degli 8,7 punti percentuali di aumento dei consumi del mercato dei farmaci rimborsabili rimangono attribuibili all'abolizione del ticket, per cui l'effetto, diretto o indiretto, di tale abolizione sulla spesa farmaceutica pubblica corrisponde almeno a 21,1 punti percentuali su 32,6 (e cioè a circa 2/3 dell'intero aumento)⁵.

6.2 Le politiche a livello centrale

A partire dal 2001, gli interventi adottati a livello centrale in tema di assistenza farmaceutica sono stati numerosi.

In ordine cronologico citiamo la Legge n. 405 del 16 novembre 2001 recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria. La Legge 405/2001 introduceva novità sostanziali in materia di ticket e di spesa farmaceutica, tra le quali ha un ruolo importante la possibilità di introduzione dei ticket sui farmaci e di tasse regionali per la farmaceutica, volte al ripiano dei debiti contratti per sostenere l'incremento della spesa sanitaria.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza, lo Stato ha previsto la possibilità di assicurare l'erogazione diretta, da parte delle aziende sanitarie, dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

Inoltre, la prescrizione è stata limitata al numero massimo di 3 pezzi per ricetta e alla durata massima di 60 giorni di terapia; fanno eccezione i medicinali destinati al trattamento di alcune patologie gravi⁶.

⁵ Cfr. D.Lgs. del 29 aprile 1998 e l'Art. 9 della Legge 16 novembre 2001, n. 405.

⁶ Cfr. Art. 3, comma 2, Legge 112/2002.

Successivamente, con il Decreto CIPE del 4 dicembre 2001, si è provveduto alla riclassificazione dei medicinali aventi un ruolo non essenziale per i quali è possibile individuare una partecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

A decorrere dal 1 dicembre 2001, è stato applicato il sistema del prezzo di rimborso di riferimento basato sul generico avente il prezzo più basso; inoltre, al fine di assicurare il rispetto dei livelli di spesa programmata nei documenti contabili di finanza pubblica e nell'accordo Stato-Regioni del 8 agosto 2001, che ha fissato il tetto di spesa farmaceutica al 13,00% della spesa totale, il Ministero della Salute provvede ad aggiornare annualmente l'elenco dei farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La Legge 112/2002 ha introdotto disposizioni finanziarie e fiscali, valide fino al 31 dicembre dello stesso anno, in materia di razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, in base alle quali il prezzo di vendita al pubblico dei medicinali è ridotto del 5% al netto dell'IVA, salvo eccezioni⁷.

Sempre nel 2002, i problemi di contenimento della spesa farmaceutica sono stati affrontati dalla Legge 178/2002. Ai fini della verifica degli effettivi andamenti della Spesa Sanitaria, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nel trasmettere al Ministero della Salute i dati relativi ai costi aziendali, devono evidenziare separatamente le poste relative alle valutazioni di fine esercizio.

In tema di prezzo di rimborso dei farmaci di uguale composizione, la Legge 178/2002 va a sostituire parzialmente la disposizione contenuta nella Legge 405/2001: "i medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal SSN fino alla concorrenza del prezzo più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale" e non più del corrispondente farmaco generico.

Il 27 settembre 2002, il Ministero della Salute ha provveduto a presentare l'elenco dei medicinali rimborsabili dal SSN e ad abrogare il provvedimento della Commissione Unica del Farmaco del 4 dicembre 2001, recante l'individuazione dei farmaci aventi un ruolo non essenziale.

Attraverso la ristrutturazione del prontuario farmaceutico, il Ministero della Salute vuole:

- assicurare alla popolazione la copertura completa di tutte le patologie clinicamente ed epidemiologicamente rilevanti;
- garantire ai medici di Medicina Generale un'adeguata possibilità di scelta tra diversi principi attivi aventi le stesse indicazioni terapeutiche;
- individuare un valore di rimborso di riferimento che favorisca un riallineamento dei prezzi, eliminando le punte più elevate.

Il 2003 è iniziato con consistenti novità attuate a livello centrale. La Legge Finanziaria 2003-2004:

- prevede la rideterminazione dei prezzi dei medicinali, precedentemente stabiliti dalla Deliberazione CIPE del 1 febbraio 2001 e la riduzione del prezzo delle specialità medi-

cinali⁸ nella misura massima del 20%;

- spende il processo di riallineamento al prezzo medio europeo, iniziato nel 1998⁹, fino al luglio 2003, con possibilità di proroga nel caso in cui l'incidenza della spesa farmaceutica risulti eccedere il tetto programmato previsto.

Il 16 gennaio 2003 è poi entrato in vigore in tutte le Regioni italiane il Prontuario Farmaceutico, che ha ridotto a due le fasce di farmaci: Fascia A (farmaci completamente gratuiti) e Fascia C (farmaci totalmente a pagamento). Sparisce, dunque, la Fascia B che conteneva farmaci parzialmente rimborsabili (compartecipazione alla spesa del 50% da parte dei cittadini).

Le disposizioni legislative che si sono susseguite negli ultimi anni sembra vogliano avviare un sistema di relazioni trasparente ed efficace tra livello centrale e decisori locali, al fine di contenere la spesa farmaceutica pubblica; in particolare, le modifiche apportate alla Legge 405/2001 ed il nuovo Prontuario Farmaceutico vorrebbero garantire livelli di assistenza più uniformi in tutto il Paese, perché ciò che è ricompreso all'interno della classe A dovrà essere garantito a carico del SSN in tutto il Paese.

Inoltre, ridefinendo l'elenco dei farmaci rimborsati dal SSN e stabilendo la rimborsabilità al prezzo più basso per tutti quelli non più coperti da brevetto si intende contribuire al rispetto del tetto di spesa del 13,00%.

Il nuovo Prontuario Farmaceutico sembra, quindi, introdurre un elemento di "positività": la maggiore uniformità su tutto il territorio nazionale dell'offerta di farmaci gratuiti dal parte del SSN.

Infatti, mentre l'Art. 6 della Legge 405/2001 attribuiva alle Regioni il potere di disporre, con proprio provvedimento, in merito alla rimborsabilità dei farmaci, tenuto conto dell'andamento della spesa di settore, il nuovo Prontuario Farmaceutico vuole uniformare le regole di rimborsabilità su tutto il territorio nazionale, eliminando il rischio di veder proliferare prontuari regionali.

Nel contempo, però, la costruzione di un nuovo Prontuario Farmaceutico basato sul criterio costo-efficacia potrebbe generare distorsioni.

6.3 Politiche regionali

Con la Legge Costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3, si attribuisce alle Regioni potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Si può osservare che a partire dal 2001, l'attività legislativa in ambito farmaceutico sembra essere molto attiva a livello nazionale ma ancora più dinamica a livello regionale, data la forte variabilità che caratterizza il mercato farmaceutico e le difficoltà di contenimento della spesa.

Le Regioni, infatti, godono di una vera e propria autonomia decisionale in ambito farma-

⁷ Cfr. Art. 3, comma 2, Legge 112/2002.

⁸ Specialità medicinali, di cui al decreto del Ministero della Salute 27 settembre 2002 (Art. 52, comma 8, Legge 27 dicembre 2002, n. 289)

⁹ Deliberazione CIPE del 26 febbraio 1998, numero 10.

ceutico, con il solo vincolo del tetto complessivo di spesa farmaceutica fissato al 13,00% della spesa sanitaria complessiva¹⁰.

Nell'ambito della ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), le Regioni possono intervenire, mediante provvedimento amministrativo regionale e tenuto conto dell'andamento della propria spesa farmaceutica rispetto al tetto programmato, sulla lista di farmaci definiti "non essenziali" dalla CUF (Commissione Unica del Farmaco)¹¹, attraverso l'imposizione di compartecipazioni da parte dell'assistito (ticket sulla ricetta), sino al *delisting*¹², cioè non garantendo a carico del SSN una parte di farmaci stessi¹³.

È altresì attribuita la responsabilità regionale di fare fronte a eventuali sfondamenti di spesa¹⁴ con modalità stabilite da norme regionali. Le Regioni sono intervenute con provvedimenti amministrativi in merito a:

- variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale IRPEF e/o introducendo altre misure fiscali¹⁵;
- distribuzione diretta di farmaci, da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- numero massimo di confezioni prescrivibili per singola ricetta¹⁶;
- introduzione di schemi di compartecipazione per tutti i farmaci non inclusi nella lista dei "non essenziali";
- *delisting*;
- centralizzazione di acquisti a livello regionale o a livello consortile tra ASL.

Al processo di costruzione dell'autonomia regionale si affianca, inoltre, una crescente differenziazione regionale in termini di politiche sanitarie e di strumenti di realizzazione, soprattutto legata a diverse visioni politiche, che rischia di accentuare notevolmente disuguaglianze di accesso alle prestazioni e conseguentemente i livelli di spesa.

Analizzando le disposizioni regionali in tema di assistenza farmaceutica, ad esempio, emerge che le scelte regionali hanno in parte rispecchiato le diverse appartenenze politiche: i ticket sono stati introdotti già nei primi mesi del 2002 in alcune Regioni governate dal centro-destra,

mentre le Regioni governate dal centro-sinistra si sono mostrate avverse¹⁷.

Mentre le Regioni in bianco non applicano forme di ticket¹⁸, è possibile distinguere Regioni che applicano un ticket fisso per pezzo o per ricetta, da quelle che applicano forme di ticket più complesse, differenziate per fasce di reddito o per pluriprescrizioni (Vedi Tabella.1 e Figura 2). A livello regionale, quindi, l'andamento della spesa farmaceutica è stato condizionato dalle misure di contenimento adottate a livello locale.

Numerosi sono gli approcci adottati dalle Regioni nell'ultimo anno, al fine di rispettare il patto di stabilità siglato l'8 agosto 2001 tra Stato e Regioni.

Seppur gli obiettivi di politica farmaceutica regionale appaiano simili, contenimento della spesa farmaceutica, monitoraggio dei consumi farmaceutici e riorganizzazione delle funzioni farmaceutiche territoriali, ciascuna Regione ha adottato interventi particolari; possiamo ad esempio confrontare le diverse scelte di Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Toscana e Umbria¹⁹:

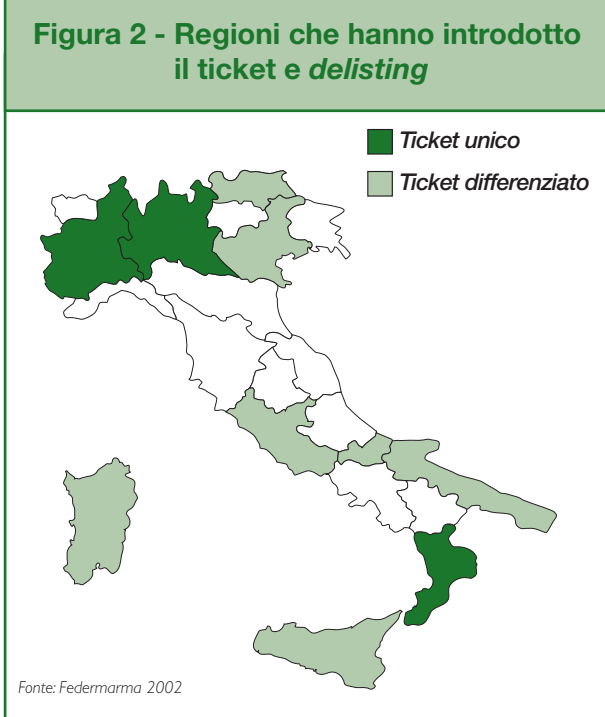
La Regione Campania ha individuato indirizzi e modalità con i quali l'assistenza farmaceutica deve essere erogata:

- assegnando alle farmacie delle Aziende ospedaliere, delle strutture equiparate e dei presidi ospedalieri pubblici, funzioni integrative con riferimento all'attività di informazione, documentazione sui farmaci e di dispensazione riferita a particolari categorie di farmaci;
- promuovendo politiche di budget per la spesa farmaceutica convenzionata.
- l'Emilia Romagna persegue i propri obiettivi di politica farmaceutica mediante:
- qualificazione e razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci, tenendo conto delle risorse economiche disponibili;
- formazione ed aggiornamento permanente degli operatori sanitari coinvolti nella prescrizione e/o nell'utilizzo dei materiali sanitari, per sviluppare abilità-capacità professionali e attitudini;

¹⁷ Cfr. Traversa G., Magrini N., Brunetti M. (2002).

¹⁸ La Regione Abruzzo ha introdotto ticket su farmaci nell'estate 2002.

¹⁹ Sono state scelte le Regioni che già dispongono di un Piano Sanitario Regionale.



¹⁰ Legge 405/2001

¹¹ Si tratta di 158 medicinali, per i quali si suggeriva alle Regioni l'imposizione di ticket (del 20 e del 50%).

¹² Con il *delisting* si permette la differenziazione regionale del prontuario per varie categorie di farmaci.

¹³ Quest'ultimo provvedimento è stato recentemente revocato con la Legge 178/2002, Art. 9, comma 2: " il Ministro della Salute, su proposta della Commissione Unica del Farmaco (CUF) deve provvedere annualmente, e per l'anno corrente entro il 30 settembre 2002, a redigere l'elenco dei farmaci rimborsabili dal SSN ". Ai fini del contenimento della spesa, pertanto, le Regioni hanno oggi il potere di operare solo sui ticket e sulle modalità di distribuzione.

¹⁴ Ai fini dell'accertamento e copertura dei disavanzi, " le Regioni devono, entro il 30 giugno dell'anno successivo, comunicare al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze e alla Presidenza del Consiglio dei Ministri le risultanze degli accertamenti dei conti consuntivi di spesa sanitaria " Art. 4 Legge 405/2001,

¹⁵ " La maggiorazione dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche superiore all'aliquota dello 0,5 è determinata con legge regionale "Art. 9 Legge 405/2001.

¹⁶ " ...max 3 pezzi per ricetta o max 6 pezzi per ricetta limitatamente ai medicinali a base di antibiotici in confezione monodose, ai medicinali a base di interferone a favore dei soggetti affetti da epatite cronica ed ai medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi... " Art. 9 Legge 405/2001.

Tabella 1 - Interventi normativi regionali in tema di assistenza farmaceutica
(agosto2002-gennaio 2003)

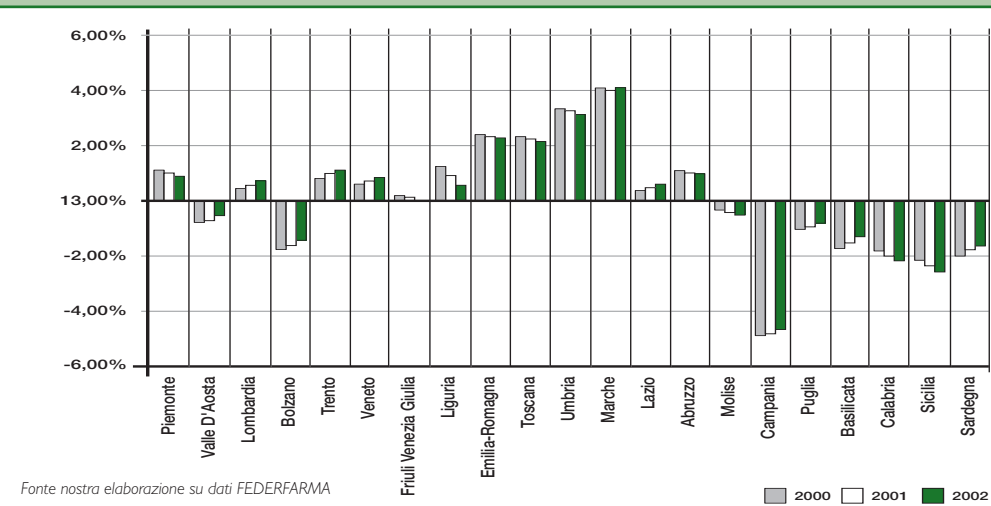
Regione	Ticket sui farmaci	Delisting	Pezzi per ricetta	Generici	Distribuzione diretta	Erogazione diretta 1° ciclo di ter.
Valle d'Aosta	No	Revocato	Limitazione	Si	Si	Si (non ancora attuato)
Piemonte	Si (2€ per conf. max 4€)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg.)	Si	Si (sperimentale)	Si
Liguria	Si (2€ conf. max 4€ per ric.)	Revocato	3	Si	Si (Adi)	Si
Lombardia	Si (2€ pz. max 4€ ric.)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (Como, Brescia, Pavia hp>nota 37)	Si (max 60 gg.)
Veneto	Si (2€ ric.)	Revocato	3	Si	Si (Adi)	Si
p.a.Bolzano	Si (2€ monopz. 4€ per 2 o più conf.)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si	No
p.a. Trento	Al vaglio	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (Adi)	Si
Friuli V.G.	No	No	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	No	No
Emilia Romagna	No	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (Adi)	Si
Marche	No	No	1 (pluriprescr. solo per cronici max 60 gg.)	Si	Si (Adi) (hp > nota 37)	Si
Toscana	No	No	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (> nota 37)	Si (attivo solo presso il 70% aziende)
Lazio	Si (1€ conf. per i farm. con prezzo > 5€)	Revocato	max 1 pz.-ricetta (eccezioni max 6 o 3 pz. per ricetta)	Si	Si (Adi)	Si
Umbria	No	No	1 (max 2 spec. med. per ricetta)	Si	Si (Adi)	Si
Abruzzo	Si (cl. A: 2/3/4€ conf. per redd. fascia 1/2/3)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (Adi)	Si (primi 3-4 gg)
Molise	Si (1€ conf. escl. farm. con pr. < 5€ max 3€ ric.)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (Adi)	Si
Campania	No	Revocato	2	Si	Si (Adi)	Si
Puglia	Si (1€ ric + 1,5€ conf. max 4,5€ ric. farm. pluripr. 1€ conf. max 4€ ric.)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Si (Adi) (> nota 37)	Si (max 30 gg dalla dimissione)
Basilicata	No	No	max 1 pz./ricetta	Si	Si (Adi)	Si
Calabria	Si (1€ pz.)	Revocato	2 (3 per alcune patologie)	Si	Si (Adi)	Si (fino a max 30gg dalla dimissione)
Sicilia	Si (cl.A: 1,55€ ric.1 pz., 3,10€ ric. pluripr. 0,52€ conf per cron., invalid. e mal .rare)	Revocato	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	In preparazione	Si (max 10 gg.) 2 (cronici 3
Sardegna	Si (1,50€/conf., max 3€ per ricetta. Per i farm. pluriprescr. 0,50€/conf, max 3€ per ric.)	No	2 (cronici 3 max 60 gg)	Si	Al vaglio	Si (all'atto delle dimiss.)

Fonte: nostra elaborazione su dati ISTAT - Bilanci delle famiglie

- definizione dei fabbisogni e allocazione delle risorse.
 - la Regione Toscana, ponendosi come obiettivo prioritario la salvaguardia della salute del cittadino ed il rigore nel contenimento della spesa entro il limite del 13,00% della spesa sanitaria regionale, ricorre ad alcuni strumenti, quali:
 - erogazione diretta di farmaci agli assistiti in dimissione dai presidi e servizi delle aziende sanitarie a completamento del ciclo terapeutico avviato;
 - monitoraggio del flusso informativo della farmaceutica;
- Interventi sull'uso dei generici, anche attraverso direttive agli specialisti dipendenti e accordi con i medici convenzionati. Per quanto riguarda la farmaceutica ospedaliera, si intende perseguire l'obiettivo di contenimento della spesa con i seguenti strumenti:
- predisposizione di procedure centralizzate di acquisto;
 - razionalizzazione dei punti di distribuzione dei farmaci e degli ausili medici;
 - standardizzazione dei farmaci e degli ausili medici nei servizi delle aziende sanitarie.

Nel triennio 2002-2004, la Regione Umbria intende potenziare le iniziative in materia di farmacovigilanza, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia, mentre la Regione Abruzzo, al fine di rientrare nel tetto di spesa assegnato, ha assegnato alle Asl un budget prefissato per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate, calcolato in base al numero dei cittadini residenti nel territorio di competenza. Le ASL, sulla base del budget loro assegnato, provvedono a loro volta, ad individuare l'obiettivo di spesa dei singoli medici convenzionati mediante lo strumento della distribuzione diretta di medicinali. Dall'analisi delle disposizioni regionali in tema di assistenza farmaceutica, si può osservare che negli ultimi sei mesi l'attività normativa è stata incessante seppur i dati di spesa non siano notevolmente cambiati. Gli interventi più rilevanti, oltre alla revoca del delisting a livello centrale, hanno interessato le prescrizioni per ricetta ed il ticket sui farmaci, come risulta nella Tabella 1.

Figura 3 - Variabilità dei tetti di spesa (vincolo del 13%)



Fonte nostra elaborazione su dati FEDERFARMA

Figura 4 - Spesa farmaceutica regionale 2002 a carico del SSN

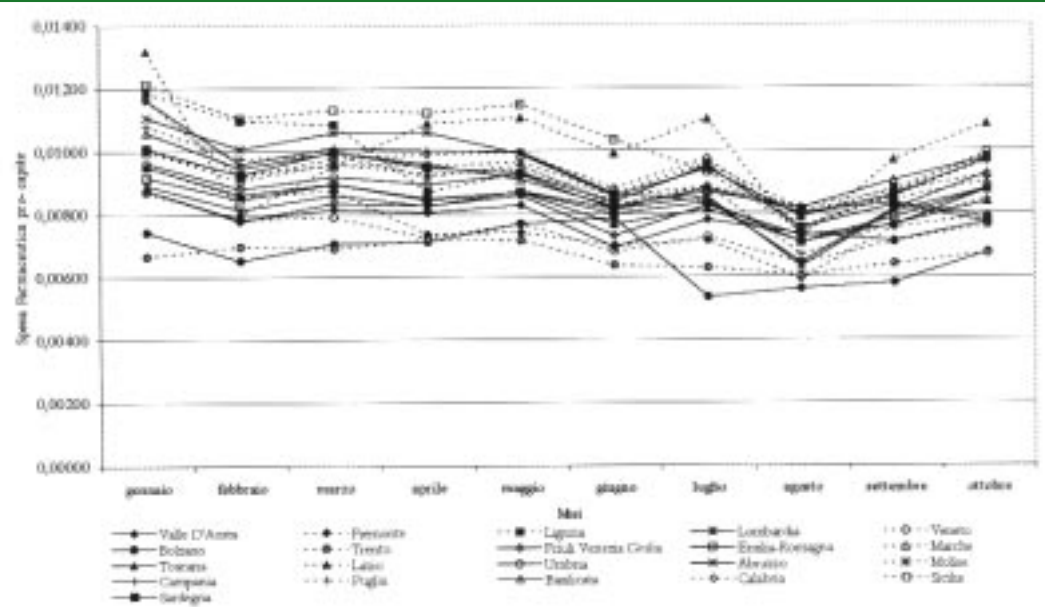
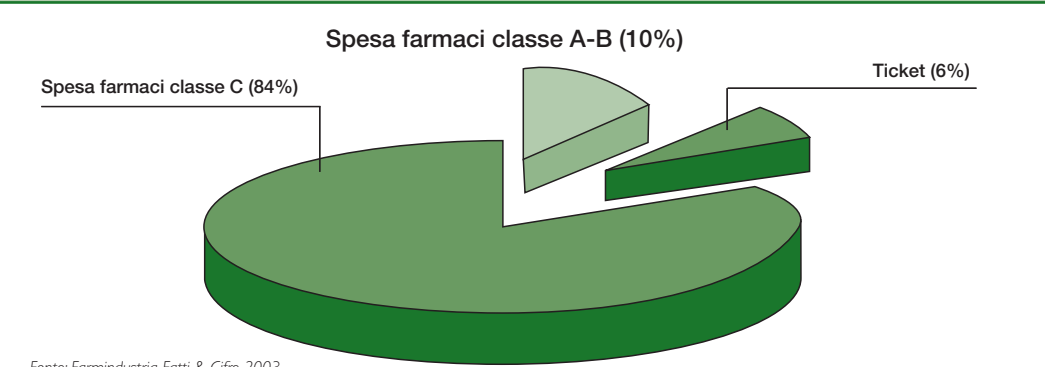


Figura 5 - Composizione della spesa farmaceutica privata



6.4 Valutazioni e indicazioni di policy

Tale situazione non riguarda soltanto le Regioni centro meridionali che hanno sempre mostrato difficoltà a contenere la spesa farmaceutica, ma anche quelle del centro nord. Dalle rilevazioni mensili di spesa farmaceutica sembra che gli interventi attuati a livello regionale nel periodo gennaio-ottobre 2002 (ticket, tagli dei prezzi, distribuzione diretta e *delisting*) non siano risultati sufficienti per rispettare il tetto del 13,0% fissato dalla legge, con conseguente necessità di un'ulteriore compartecipazione alla spesa da parte dei cit-

Tabella 2 - Opinioni sull'impatto della riforma federalista sull'assistenza farmaceutica, per ripartizione geografica (valori %).

L'assistenza farmaceutica	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
È migliorata	8,2	13,3	18,2	17,3	14,3
È peggiorata	32,3	32,2	18,2	23,3	26,4
È uguale	59,5	54,5	63,6	59,4	59,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagine FBM-Censis 2002

tadini (Figura 3). Si può, infatti, osservare che l'andamento mensile della spesa farmaceutica regionale, pur mantenendosi tendenzialmente costate nel corso dei 10 mesi osservati, presenta delle brusche riduzioni nel momento in cui le Regioni prevedono l'introduzione di ticket. In particolare, significativi risultati, in termini di riduzione di spesa, sono stati conseguiti da Lazio, la p.a. di Bolzano e la Sicilia nei periodi immediatamente successivi all'introduzione dei ticket (Figura 4). Con l'emanazione del nuovo Prontuario Farmaceutico, le scelte adottate dal Ministero della Salute sembrano, in prima battuta, riportare una quota di spesa privata nell'alveo della spesa pubblica, modificando conseguentemente la composizione di spesa farmaceutica privata. La questione che rimane sospesa è se il rispetto del tetto finanziario dovrà comportare un generalizzato reinserimento dei ticket, con l'effetto ultimo di aumentare la spesa privata. Per le Regioni appare, quindi, più che mai aperta la ricerca di un modello gestionale e finanziario di offerta sanitaria capace di contemperare vincoli di bilancio e soddisfazione dell'utenza (Tabella 2).

Con particolare riferimento al settore farmaceutico, sembra sempre più urgente la costruzione di un quadro di armonia e coerenza normativa e regolatoria, che garantisca agli utenti livelli adeguati di tutela in tutte le Regioni ed annulli quelle oscillazioni periodiche (soprattutto in materia di ticket) che, oltre a generare insoddisfazione nella popolazione²⁰, hanno anche effetti redistributivi degni di nota. Le attuali politiche a livello centrale, ed in particolare la rideterminazione del prontuario, sebbene abbiano l'indubbio pregio di smorzare alcune iniquità e contribuire alla "portabilità" dei diritti, non di meno rischiano di eccedere nel "centralismo", annullando le peculiarità regionali che un sano federalismo dovrebbe garantire.

La scelta di adottare un tetto "unico" del 13,00% non sembra, per esempio, coerente con la struttura demografica della popolazione italiana ed il maggiore peso della popolazione anziana. Nostre stime indicano che preso a riferimento il tetto del 13,00% a livello nazionale, nel 2003 i tetti regionali dovrebbero oscillare fra il 12,33% della Campania e il 13,54% delle Marche²¹.

²⁰ I cittadini italiani, infatti, valutano negativamente la qualità dell'offerta sanitaria ed in particolare l'assistenza farmaceutica. Cfr. Indagine FBM-Censis, 2002.

²¹ Si consideri che peraltro le attuali stime di consumo per età premiano molto le età finali; una minore dinamica del consumo sul ciclo di vita ridurrebbe la variabilità dei tetti regionali in modo significativo.

Tabella 3 - Spesa Farmaceutica pro-capite a carico del S.S.N. (Anno 2001)

Regione	Spesa Lorda		Ticket		Spesa Netta	
	Effettiva	Pesata	Effettiva	Pesata	Effettiva	Pesata
Valle d'Aosta	180,24	176,07	0,15	0,15	174,59	170,56
Piemonte	195,13	183,10	0,20	0,19	186,93	175,41
Liguria	246,85	214,28	0,22	0,19	235,39	204,34
Lombardia	187,68	187,26	0,26	0,26	179,07	178,67
Veneto	180,55	180,52	0,20	0,20	173,02	172,99
Bolzano	153,69	165,35	0,16	0,17	147,39	158,57
Trento	155,45	156,07	0,18	0,18	149,39	149,99
Friuli Ven. Giulia	184,91	171,19	0,21	0,19	177,35	164,19
Emilia Romagna	169,71	176,31	0,20	0,21	162,89	169,23
Marche	207,98	194,48	0,29	0,27	199,56	186,61
Toscana	198,45	181,98	0,21	0,19	190,35	174,55
Lazio	246,81	249,94	0,28	0,29	235,24	238,22
Umbria	203,42	186,40	0,20	0,19	196,22	179,80
Abruzzo	228,07	221,66	0,24	0,23	218,88	212,73
Molise	207,46	199,72	0,26	0,25	199,59	192,15
Campania	227,55	256,67	0,33	0,38	216,89	244,65
Puglia	217,89	235,03	0,26	0,28	207,22	223,52
Basilicata	205,43	210,15	0,21	0,21	197,62	202,16
Calabria	224,07	236,73	0,19	0,20	215,47	227,64
Sicilia	244,35	258,99	0,18	0,19	232,81	246,76
Sardegna	207,24	219,83	0,16	0,17	198,12	210,16
ITALIA	210,02	210,02	0,24	0,24	200,73	200,73

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma e ISTAT.

Se guardiamo ai dati effettivi di spesa, i gap rispetto al tetto previsto risultano più accentuati nelle Regioni meridionali: significativi, in particolare, sono i risultati di Lazio, Campania e Sicilia che presentano scostamenti tra tetto effettivo di spesa 2001 e tetto previsto rispettivamente pari al 6,00%, 6,05% e 6,37%.

Considerando poi che il vincolo del 13,00% sembra coerente con l’assetto normativo (LEA e assenza di ticket) degli anni 2001-02, in presenza, però, di un governo efficiente della domanda (controllo delle prescrizioni)²², la questione che rimane sospesa è se per il 2003 l’effetto del rinnovo del Prontuario sarà tale da neutralizzare le tendenze naturali di incremento della spesa

²² Nel 2001/02 è evidente la situazione virtuosa del Friuli Venezia Giulia, sia in termini di politiche sanitarie che in termini di spesa farmaceutica; infatti, è l'unica Regione, ad eccezione delle p.a. di Trento e Bolzano che hanno caratteristiche anomale, che pur in assenza di ticket è stata in grado di rispettare il tetto del 13,00% (12,98% nel 2001 12,6% nel periodo gennaio-novembre 2002) e attestarsi al livello più basso in termini di spesa farmaceutica pro-capite pesata (172,34 €).

Tabella 4 -Tetti effettivi di spesa farmaceutica

Regione	Accordo Stato-Regioni (tetto 13%)	Spesa 2001	Spesa (gen-nov 2002)
Piemonte	13,00%	14,03%	12,27%
Valle d'Aosta	13,00%	13,41 %	12,65%
Lombardia	13,00%	14,31 %	14,08%
Bolzano	13,00%	12,37%	11,92%
Trento	13,00%	12,02%	11,38%
Veneto	13,00%	13,86%	12,69%
Friuli Ven. Giulia	13,00%	12,98%	12,60%
Liguria	13,00%	16,22%	14,02%
Emilia Romagna	13,00%	13,77%	13,34%
Toscana	13,00%	14,16%	13,14%
Umbria	13,00%	14,72%	13,76%
Marche	13,00%	15,43%	14,96%
Lazio	13,00%	19,10%	17,56%
Abruzzo	13,00%	17,08%	16,01%
Molise	13,00%	15,08%	14,73%
Campania	13,00%	18,37%	16,47%
Puglia	13,00%	17,54%	15,92%
Basilicata	13,00%	15,73%	15,54%
Calabria	13,00%	17,61%	16,25%
Sicilia	13,00%	19,09%	17,72%
Sardegna	13,00%	16,35%	15,34%

Fonte: nostra elaborazione su dati Federfarma e ISTAT.

(effetto *case-mix*) rendendo ancora perseguibile un obiettivo di tetto al 13,00%. Tale dinamica sembra confermata anche dai dati 2002: nel periodo gennaio-novembre la spesa netta del SSN è aumentata, anche se solo dell'1,2% rispetto allo stesso periodo del 2001, e ciò ha impedito anche per quest’anno di rispettare i tetti previsti, malgrado le scelte regionali di reintroduzione dei ticket o di ricorso alla distribuzione diretta di farmaci. In prospettiva, quindi, si potrà determinare un contenzioso Stato-Regioni qualora queste ultime fossero costrette a reintrodurre o inasprire i ticket: sarà infatti necessario valutare, caso per caso se ciò possa attribuirsi all’insufficienza della manovra implicita nella ridefinizioni del Prontuario, o alla struttura demografica della popolazione, ovvero ad inefficienze nelle politiche regionali.

Bibliografia

ASSR (2002) *La spesa farmaceutica convenzionata SSN: andamento della spesa a livello regionale e aziendale. Anno 2001.*
Farminindustria, Fatti e Cifre 2002.
Farminindustria (2002) *Scenari per il settore farmaceutico*, numero 4–5, giugno 2002.
Forum per la ricerca Biomedica. Censis, *Regioni e Spesa farmaceutica: vizi e virtù.* Roma, 24 settembre 2002

Giustizi S.E. (2002) *Farmaci e Spesa Pubblica: breve cronistoria*. Società Italiana Medicina Generale.

Hutting C. (2000) *A cluster analysis on income elasticity variations and US pharmaceutical expenditures*, Applied Economics, 32, pp. 1241-1247.

Ministero della Salute, *Rapporto nazionale, gennaio-settembre 2002, L'uso dei farmaci in Italia*. Roma, dicembre 2002.

Piano Sanitario Regione Campania

Piano Sanitario Regione Emilia Romagna

Piano Sanitario Regione Lombardia

Piano Sanitario Regione Toscana

Piano Sanitario Regione Umbria

Relazione Generale sulla situazione economica del Paese. Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica.

Saez M.C. Campos R. (1989) *Patterns of drug consumption and reported morbidity in Salamanca (Spain)*, Epidemiol Sante Publique, 37 (4): 353-361.

Scroccaro G. (2002) *Legge 405: misure di contenimento della spesa o federalismo impazzito?* Bollettino SIFO 48, 1.

Traversa G., Magrini N., Brunetti M. (2002) *Consumo e spesa pubblica nel settore farmaceutico*, in “I Servizi Sanitari in Italia” di Fiorentini G.

Fonti Normative

Legge 16 novembre 2001, n. 405. *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*.

Legge 15 giugno 2002, n. 112. *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 15 aprile 2002, n. 63, recante disposizioni finanziarie e fiscali urgenti in materia di riscossione, razionalizzazione del sistema di formazione del costo dei prodotti farmaceutici, adempimenti e adeguamenti comunitari, cartolarizzazione, valorizzazione del patrimonio e finanziamento delle infrastrutture*”.

Legge 8 agosto 2002, n. 178. *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 8 luglio 2002, n. 138, recante interventi urgenti in materia tributaria, privatizzazione, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell'economia anche nelle aree svantaggiate*.

Siti Internet

www.nee.it/pugliasanita/00001Psr2002/psr2002-2004.htm Regione Puglia, Piano Sanitario Regionale 2002-2004.

www.sanita.regione.lombardia.it Regione Lombardia, Piano Sanitario Regionale 2002-2004.

www.regione.abruzzo.it (2002) Informazioni sulle “Misure urgenti di razionalizzazione della spesa farmaceutica”. Indicazioni applicative disposte dalla Regione Abruzzo.

www.regione.veneto.it (2002) La razionalizzazione della spesa farmaceutica.

www.sanita.it/osmed Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (2000) 1° Rapporto nazionale.

L'uso dei farmaci in Italia

Capitolo 7

Le politiche socio-sanitarie per gli anziani

Amalia Donia Sofio e Federico Spandonaro

7.1 Premessa

L'invecchiamento della popolazione è oggetto di attenzione già da tempo: già il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994-1996 recepiva dal Progetto Obiettivo Anziani le indicazioni sulla necessità di porre al centro dell'attenzione delle politiche del SSN la questione dell'invecchiamento; dobbiamo, ad esempio, ricordare anche il Progetto Strategico Invecchiamento del CNR (1998). Da ultimo, il PSN 2003-2005 indica fra le priorità la “promozione della rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, anziani e disabili”, aprendo ufficialmente un “ponte” fra assistenza sanitaria e assistenza per la non autosufficienza.

Le motivazioni che sottostanno a tale attenzione sono sostanzialmente riconducibili a due fattori: la consapevolezza della rapidità dei mutamenti demografici nel nostro Paese, (che non hanno riscontro negli altri Paesi sviluppati) e la presunzione di forti modifiche nei bisogni medi della popolazioni provocati dall'invecchiamento.

Si stima¹ che la quota di anziani over 65 oggi pari al 17% della popolazione si raddoppierà nel 2050 raggiungendo quota 34%. Per gli over 75 si passerebbe dal 7,4% al 21%. Sulla base di definizioni ampie della disabilità, nello stesso periodo, la percentuale di dis-

¹ ISTAT (2000).

abili sulla popolazione over 65 passerebbe dal 19,6% al 27,5%, con un incremento in numero assoluto di oltre il 250%.

Precisando il concetto, le modifiche dei bisogni comportano preoccupazioni in quanto si assume che esse comporteranno significative modificazioni dei consumi, con un conseguente aggravamento dell'onere a carico del bilancio pubblico. Accettando quest'ottica, molte analisi si concentrano sulla valutazione dell'onere aggiuntivo netto che si determinerà per la spesa pubblica per effetto della mutazione demografica.

In particolare, l'attenzione sembra concentrarsi sui rischi di non autosufficienza, sia perché i bisogni sanitari sono già oggetto di copertura pubblica², sia perché si sconta l'ipotesi che l'età anziane sono caratterizzate da cronicità e polipatologie che spesso implicano una perdita di autonomia. Nella direzione della tutela della non autosufficienza si muovono molti degli studi recenti, fra cui il recente documento dell'ASSR³.

Sebbene il quadro informativo risulti tutt'altro che esaustivo, in tale studio si stima che - nell'ipotesi centrale - l'onere per la copertura dei bisogni derivanti dalla non auto-sufficienza sia pari a € 11 mld.; il costo aggiuntivo netto sarebbe poi stimabile in € 7,1 mld.⁴. Questo approccio porta il dibattito politico ad esaurirsi nella definizione delle forme di finanziamento, determinando nei fatti un'empasse operativa, riconducibile alla contemporanea impossibilità di porre nuovi oneri significativi a carico del bilancio pubblico e alla volontà di non inasprire la tassazione. Il risultato finale è quindi quello di una deriva decisionale sulla "questione anziani". In carenza di scelte, per quest'ultimi si delinea in primo luogo la necessità di dover continuare a sostenere in proprio (out of pocket) gli oneri della eventuale non autosufficienza; inoltre non decolla lo sviluppo di una nuova offerta residenziale per le situazioni post-acuzie tipiche dell'età anziana.

Ci sembra di poter quindi affermare che il dibattito rischia di implodere, a causa di alcune miopie; come correttamente indicato nel citato documento della ASSR, le variabili in gioco sono infatti molte e di difficile previsione: non è un caso che vengano ivi proposte 8 simulazioni, con esiti profondamente difforni⁵.

Molte delle opzioni indicate nel documento della ASSR, a cui rimandiamo, e altre che se ne possono aggiungere, hanno rilevanti conseguenze in termini di policy che proveremo nel seguito ad analizzare.

7.2 La stima dei bisogni

La questione anziani è certamente complessa, e caratterizzata da una forte multidimensionalità: certamente vi concorrono aspetti demografici, sanitari, sociali, economici e giuridici.

² In realtà risulta a carico del SSN anche la cosiddetta integrazione socio-sanitaria, sebbene in tal caso sia prevista una compartecipazione del singolo alla spesa compresa fra il 50 e il 60%.

³ Vedi. Monitor n. 4 (2003).

⁴ Il CNR (1998) ha stimato in € 3,9 mld. la spesa pubblica sostenuta dal settore pubblico e in ulteriori € 2,4 mld. quella privata, per un ammontare complessivo stimabile nel 0,6% del PIL.

⁵ L'onere stimato varia da un minimo di € 6,1 mld nella simulazione 2A a € 13,7 mld. in quella 1B.

L'unica questione che ci sembra sufficientemente approfondita è proprio quella della struttura demografica negli anni a venire: come è noto la popolazione anziana dei prossimi 60-70 anni è già nata e, a meno di inaspettate e repentine modificazioni nella mortalità specifica, ciò permette con una certa precisione di valutare il numero di anziani nel futuro. Per l'Italia si prevede una crescita dell'indice di dipendenza che non trova riscontri significativi negli altri Paesi sviluppati.

Le valutazioni richiedono però il passaggio dagli "esposti al rischio" alla "frequenza degli eventi"; la seconda questione che si pone è quindi quella della determinazione dei bisogni (assistenziali) di tale popolazione; su questo tema l'analisi diviene immediatamente molto più complessa.

Infatti, proiettare nel futuro gli attuali bisogni (in realtà consumi) specifici per età, adeguandoli in base all'evoluzione della piramide demografica, appare metodo largamente inadeguato.

Possiamo evidenziare due distinte problematiche: quella dell'evoluzione dello stato di salute, e quella delle opportunità terapeutiche.

Sul primo versante, è aprioristicamente sostenibile sia la tesi di un aggravamento dello stato medio di salute della popolazione proporzionale all'incremento dell'età media, sia quello di un aggravamento meno che proporzionale (più vecchi ma in migliore stato di salute degli attuali), sia addirittura quello di un miglioramento relativo⁶.

Le stime quantitative sembrano propendere per un quadro non pessimistico, e in alcuni casi per una prospettiva ottimistica⁷, pur non potendosi ad oggi dire che si è formata una evidenza consolidata.

Le evidenze disponibili appaiono comunque sufficienti per suggerire una lettura critica di quegli esercizi di previsione che sono largamente (se non esclusivamente) fondati sulle modifiche demografiche.

Sembra, in tale contesto, istruttivo ricordare come le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato⁸ sui costi del SSN sembrano ipotizzare per il futuro un forte aumento dei costi (+29% al 2045), in larga misura derivante dalle ipotesi di invecchiamento adottate. Nello stesso tempo appare più contenuto il trend della spesa per *Long Term Care* (LTC) che si ferma al 25%, introducendo ad un'ulteriore questione che ci sembra degna di maggiore attenzione: la proiezione degli attuali livelli di appropriatezza assistenziale del sistema. Riteniamo, infatti, che la causa principale dei bassi livelli di spesa futura stimati sia l'attuale scarsità di offerta di posti letto in lungo-degenza, e non la mancanza di futuri bisogni in tale settore.

La questione si ripropone anche nelle valutazioni della ASSR, ove si sconta a breve termine un onere minimo per anziani "residenzializzati", giustificato proprio dalla carenza di strutture adeguate.

Non è quindi sufficiente stimare il numero di anziani per stato di salute, ma anche espli-

⁶ Si veda Piperno (2002) per un'interessante rassegna degli studi sul tema dei costi degli anziani.

⁷ Si veda ancora Piperno (2002),

⁸ Vd. RGS (2002).

Tabella 1 - Dimessi over 64 (ospedali per acuti pubblici e accreditati) e costo presunto

Dimessi Donne	36,6 %
Dimessi Uomini	37,1 %
Dimessi	36,8 %
Finanziamento teorico Donne	45,0 %
Finanziamento teorico Uomini	43,7 %
Finanziamento teorico	44,4 %

Fonte: nostra elaborazioni su SDO 1999–2000

citare le proprie ipotesi sulle opportunità e scelte terapeutiche che si offriranno nel futuro all’anziano.

In letteratura è noto come si propenda per un costo crescente dell’impiego delle tecnologie, ma dobbiamo anche aggiungere che negli ultimi anni si sta spostando al centro del dibattito sulle riforme dei servizi sanitari, la questione dell’appropriatezza delle scelte terapeutiche concretamente adottate.

Per quanto concerne l’Italia, da elaborazioni condotte dal CEIS Sanità sui dati delle dimissioni ospedaliere (Tabella 1), emerge una sostanziale invarianza negli anni della quota di ricoveri per anziani (36,8%) e del loro costo relativo (44,4%); ciò avviene malgrado i ripetuti richiami alla de-ospedalizzazione delle autorità e delle associazioni scientifiche geriatriche, suggerendo che si è certamente in presenza di una carenza di offerta di *nursing homes*⁹, ma probabilmente anche di un’inappropriata gestione clinica del paziente anziano.

L’onere per la gestione di un paziente anziano è sia normativamente che positivamente correlata alle scelte terapeutiche adottate: una delle più rilevanti conseguenze ci pare essere quella legata alla stima dei risparmi conseguibili con una più appropriata gestione dell’anziano, che andrebbero correttamente posti sul lato dei “finanziamenti impliciti”, di cui potrebbe godere un più adeguato schema di tutela che faccia fronte all’invecchiamento.

7.3 La scelta dello schema di tutela

Una visione olistica dell’anziano comporterebbe la definizione di una politica integrata che accomuni i vari bisogni tipici dell’età: quelli legati ai rischi di povertà, e quelli legati alla salute e alla non autosufficienza.

Un limite forte a questo processo ci sembra rinvenibile nella storica separazione che nel sistema italiano di *Welfare* caratterizza le politiche sanitarie e assistenziali, generando un’area “grigia”, dell’integrazione socio-sanitaria, che stenta a trovare una sua chiara esplicitazione. La dicotomia Sanità-Assistenza trova la sua misura normativa nei due pilastri rappresentati dalle leggi sul SSN, (dalla legge 833/1978 alle varie leggi di riforma degli anni ‘90) e dalla legge 328/2000 sull’assistenza sociale.

⁹ Ancora siamo lontani dalle previsioni di attivazione di 140.000 posti in residenze sanitarie per anziani (RSA) contenute nell’art. 20 della L. 67/1988 sull’edilizia ospedaliera.

Il mantenimento di tale dicotomia comporta, a nostro parere, importanti conseguenze, limitando il ventaglio degli strumenti di *policy* concretamente utilizzabili.

Notiamo, in primo luogo, come la concentrazione dei rischi di povertà nella popolazione anziana di per se stessa giustifichi l’esistenza di schemi di protezione sociale per la perdita di reddito; gli schemi attuali sembrano peraltro, in molti casi, insufficienti a prevenire le forme di povertà derivanti dalla perdita di autosufficienza¹⁰; infatti, quest’ultimo evento spesso comporta oneri rilevanti che non hanno ad oggi copertura assicurativa (se non individuale). Non a caso nei mercati più evoluti (ad es. UK), si sono sviluppate forme di assicurazione *Long Term Care* nella forma di *enhanced annuity*, che offrono una rendita pensionistica eventualmente maggiorata in caso di non autosufficienza. Possiamo quindi astrattamente immaginare, che una soluzione alle problematiche di tutela della non autosufficienza possa essere trovata a valere sulla copertura dei rischi economici che essa comporta. L’opzione appare degna di attenzione, in considerazione della minore “specificità” delle competenze professionali coinvolte nell’assistenza e delle minori asimmetrie informative che caratterizzano tali mercati rispetto a quelli sanitari, per i quali - non a caso -si predilige comunemente una assicurazione che fornisca prestazioni in natura. L’alternativa è quella di adottare proprio un approccio simile a quello dell’assicurazione sanitaria, basato quindi sulla garanzia di prestazioni in natura, o miste, sulla scorta ad esempio della *Pflegeversicherung* tedesca. Sulla bilancia dei pro e contro, l’argomento che più frequentemente viene portato a supporto di questa scelta, riposa sulle possibili integrazioni dei servizi sanitari con quelli di assistenza ai non autosufficienti, con vantaggi di efficienza.

Esistono alcune osservazioni degne di nota che possiamo sintetizzare come segue:

- sul versante dell’opzione previdenziale, la scelta dello schema a contribuzione definita per la previdenza integrativa mal si sposa con la necessità di garantire la copertura dei rischi di non autosufficienza, che richiedono prestazioni definite;
- sul versante della opzione “sanitaria”, non è stato – per quanto di nostra conoscenza – approfondito di quanto l’integrazione sia foriera di scelte efficienti. L’esperienza tedesca è un confronto poco utile, in quanto prevede una totale separazione fra terzi paganti ed erogatori, e sembra quindi ragionevole immaginare che le mutue possano gestire efficientemente due fondi (peraltro separati per legge) che hanno caratteristiche tecniche assimilabili; l’esperienza italiana è di contro caratterizzata dalla commistione di ruoli in capo alle ASL, e da un’assenza di un mercato assicurativo sviluppato sul ramo malattia;
- inoltre, qualora si voglia immaginare di utilizzare le ASL quali enti assicuratori, magari con fondi aggiuntivi a destinazione vincolata, rimane da capire come sia possibile evitare distrazioni dei fondi verso funzioni sanitarie o socio-sanitarie che dovrebbero essere a carico dei Servizi Sanitari Regionali, in particolar modo in assenza di un contratto esplicito.

¹⁰ I rischi strettamente sanitari sono invece garantiti dalla copertura universale del SSN; sebbene, come detto, siano previste forme di compartecipazione forte per le prestazioni definibili ad integrazione socio-sanitaria, il regime delle esenzioni dovrebbe mitigare gli oneri per le fasce meno abbienti: si pone per altro la questione delle adeguatezza del livello di reddito previsto per il diritto all’esenzione.

Ci sembra in definitiva che alcune questioni debbano essere trasparentemente esplicitate: in primo luogo quale importanza si vuole dare alla componente “libertà di scelta” nello sviluppo di schemi di copertura per la non autosufficienza; poi se si vuole cogliere l’occasione o meno per una separazione di funzioni in capo alle ASL, che avrebbe a nostro parere benefici effetti di efficienza sul mercato; infine, qualora si propenda per fondi regionali gestiti dalle ASL (o dalla Regione), come si può tenere effettivamente separate le gestioni.

Altre questioni quali l’universalità dello schema e la sua obbligatorietà ci sembrano invece sostanzialmente acquisite: la prima per ragioni equitative, la seconda per ragioni di efficienza del mercato, collegata ai rischi di selezioni avversa che si avrebbero in caso di iscrizione lasciata alla libera volontà individuale.

7.4 Le opzioni gestionali

Esaurite alcune fondamentali questioni, rimangono una serie di ulteriori scelte, affrontabili costruttivamente con una seria analisi dei loro vantaggi-svantaggi relativi. Proviamo ad enumerarne alcune senza pretesa di esaustività:

- il regime di gestione finanziaria dei fondi;
- il contenuto del “contratto”, ovvero dei LEAS;
- la natura ad uno o più pilastri dello schema di protezione;
- l’accreditamento degli erogatori.

Per quanto concerne la scelta fra regime di gestione finanziaria a ripartizione o capitalizzazione, la problematica è per un verso riconducibile a valutazioni di efficienza, per un altro alla concreta implementabilità dello schema di protezione. Sul versante dell’efficienza, la teoria delle scelte di portafoglio suggerisce come atteggiamento razionale quello di diversificare il rischio; si tratterebbe in pratica di utilizzare un mix di entrambe le opzioni, essendo come noto i rendimenti dei due regimi l’uno legato all’andamento dell’economia reale, l’altro a quello dei mercati finanziari. In un sistema di welfare italiano fortemente sbilanciato sul sistema a ripartizione, sembra quindi sostenibile la tesi che vorrebbe sfruttare l’opportunità di un nuovo schema di protezione per aumentare la quota a capitalizzazione. La conclusione è rafforzata dalla minore esposizione di questo sistema ai rischi demografici legati all’invecchiamento, nonché alla maggiore facilità di gestione dei trasferimenti nei casi di mobilità fra fondi. Infine, si deve aggiungere che essendo i rischi di non autosufficienza fortemente collegati all’età avanzata, lo schema si delinea in modo naturale prevedendo un periodo iniziale piuttosto lungo di accumulazione, con susseguente retrocessione delle prestazioni nella fase finale della vita. Contro questa ipotesi gioca però un ruolo fondamentale la necessità di garantire una copertura anche a coloro che sono già anziani e non hanno sinora accumulato riserve, cosa possibile solo con il sistema a ripartizione o con una accumulazione iniziale di fondi resa possibile, ad esempio, mediante vendite straordinarie di beni immobili.

La questione del contenuto delle tutele appare anch’esso delicato. Stabilite le opportunità terapeutiche e le modalità assistenziali più appropriate, è ulteriormente necessario decidere quali siano le priorità e l’area di meritorietà riconosciuta a carico del servizio pubblico. La scelta di identificare anche in campo sociale dei livelli essenziali di assi-

stenza (LEAS) segue l’approccio già adottato nel SSN con risultati opinabili: la dinamica dell’innovazione nel settore e le crescenti aspettative della popolazione, rendono infatti di fatto sfuggente il concetto di essenzialità.

L’empasse sulla esplicitazione delle prestazioni garantite che si è creata in Sanità, rende irrisolto il problema della esigibilità dei diritti, che finiscono per trovare come sede di riconoscimento soltanto quella del contenzioso.

Inoltre, l’esperienza tedesca dimostra che il ventaglio degli ausili utili e necessari per far fronte alla non autosufficienza è molto ampio: prestazioni in natura, in denaro, supporti alle famiglie, magari sotto forma di contributi previdenziali figurativi per i familiari che assistono non autosufficienti. Il ventaglio e la natura delle opzioni ci sembra che in qualche modo si scontri con una soluzione sotto forma di definizione di livelli meramente “essenziali” che, di fatto, elenca aree di tutela e non diritti quali-quantitativi a prestazioni specifiche.

Sulla terza scelta, quella della suddivisione fra più pilastri della tutela, aleggia il mancato sviluppo dei fondi sanitari integrativi ex D.lgs. n. 229/1999. L’Europa si è infatti ormai pronunciata sull’importanza di un secondo pilastro, complementare degli schemi di base, anche in campo socio-sanitario. Per passare all’operatività risulta però complessa la questione della definizione-separazione dei diversi livelli. Appare evidente che per la natura finanziaria che caratterizza le prestazioni previdenziali, in quel caso risulta immediato “sezionare” i livelli di copertura (base, complementare, individuale) per quote relative (ad esempio) del salario medio. Nel caso di prestazioni in natura la suddivisione delle stesse in livelli appare difficile se non impossibile: sarebbe opinabile garantire alcune ore di assistenza a valere sulla tutela di base e le successive su quella complementare. Di fatto, gli schemi complementari garantiscono solitamente prestazioni di maggior comfort o copertura delle compartecipazioni alla spesa imposte dai regimi di base: la prima funzione si scontra in Italia con una visione egalitarista in campo sanitario che si tende a trasferire anche in quello sociale, mentre sull’efficienza di un sistema di compartecipazioni trasferite poi sui fondi complementari è lecito dubitare.

A queste difficoltà si aggiunge la mancanza dello strumento giuridico; questo potrebbe essere rappresentato dai fondi sanitari integrativi, eventualmente con un mandato allargato, ma essi sono, di fatto, bloccati dall’assenza di norme regolamentari e da scelte opinabili sulla loro natura e i vincoli cui devono sottostare¹¹.

L’assenza nel dibattito di opzioni relative all’utilizzo di forme complementari-integrative di copertura dei bisogni dei non autosufficienti rimane comunque una forte debolezza delle proposte in discussione, perché impedisce lo sfruttamento di un’importante opportunità, rappresentata dal potenziale riorientamento dell’attuale spesa sostenuta out of pocket dalle famiglie per l’assistenza sociale, verso forme di assicurazioni che garantiscano livelli di mutualità e quindi maggiore solidarietà.

Pertanto, questo sembra essere l’unico approccio che possa garantire a breve una reale sostenibilità (dal punto di vista del bilancio pubblico) di ulteriori schemi di tutela.

¹¹ Vd. Spandonaro (2001).

L'ultimo punto critico che proponiamo è quello dell'accreditamento degli erogatori. Ancor meno di quanto avviene in campo sanitario, è sviluppata nel nostro Paese una cultura degli standard qualitativi, professionali, assistenziali in campo sociale. Il frequente richiamo al forte coinvolgimento del terzo settore in campo sociale, insieme agli evidenti vantaggi che porta, evidenzia il rischio di una proliferazione di offerta non sufficientemente professionale. La cultura dell'accreditamento di eccellenza ha però trovato sinora un freno al suo sviluppo, a causa della commistione fra soggetti valutanti e soggetti valutati (gli erogatori). Il problema è presente anche nel campo dell'assistenza e potrebbe ampliarsi in caso di fondi regionali affidati alle ASL per la gestione. Si aggiunga poi che l'esperienza del SSN prima e dei SSR dopo, insegna che anche sul versante dell'accreditamento istituzionale sono possibili modelli diversi, con conseguenze negative per la gestione di eventuali fondi che si trovassero ad avere iscritti residenti in diverse Regioni, specialmente in quelle dove l'uso restrittivo dell'accreditamento crea barriere all'entrata di nuovi erogatori.

7.5 Considerazioni finali

L'analisi degli studi e delle proposte attualmente dibattute per dare risposta ai bisogni degli anziani e fronteggiare il repentino invecchiamento, sembrano ignorare alcuni elementi di complessità rilevanti.

In particolare, il dibattito stenta ad uscire da una logica istituzionale e dalla riproposizione di scelte organizzative e istituzionali che hanno già dimostrato la loro precarietà in campo sanitario. Sembra inoltre scarsamente trasparente relativamente ad alcune scelte di fondo che qualificheranno la natura della nuova tutela.

Per offrire una risposta ai problemi dell'invecchiamento è quindi, innanzi tutto, opportuno esplicitare alcune scelte di fondo:

- sull'appropriatezza degli interventi e delle modalità cliniche e organizzative adottate per i pazienti anziani e ambiti di tutela pubblica;
- sui livelli di libertà di scelta che si vogliono garantire ai cittadini;
- sui livelli di solidarietà perseguiti.

In successione logica questo rende successivamente affrontabile la questione della quantificazione dei fabbisogni, sviluppando la ricerca sul versante della previsione dei trend relativi allo stato di salute per età. La mera proiezione demografica dell'invecchiamento della popolazione rischia, infatti, di rappresentare il fenomeno con un eccesso di allarmismo.

La soddisfazione dei bisogni richiede certamente il reperimento di fondi significativi: nella valutazione dell'impegno pubblico ci sembra fondamentale che si tenga conto del fatto che essi dovrebbero-potrebbero, in primo luogo, provenire da un riorientamento dell'attuale spesa out of pocket: questa strada ci pare però percorribile solo salvaguardando il criterio della libera scelta del fondo assicurativo e dell'erogatore. In altri termini è a nostro parere auspicabile lo sviluppo di un secondo pilastro di tutela per i rischi sanitarie e della non autosufficienza. Inoltre si dovrà approfondire la valutazione dei risparmi conseguibili con una maggiore appropriatezza delle risposte assistenziali agli anziani, a meno che non si sia già implicitamente deciso che tali risparmi andranno a rimpinguare le scarse dota-

zioni dei fondi regionali per la Sanità, configurando un finanziamento aggiuntivo implicito del comparto sanitario.

Infine, qualora, come sembra probabile, si andrà verso forme di tutela accomunate a quelle sanitarie, ci sembra opportuno abbattere la rigida separazione fra prestazioni sanitarie e sociali, che perpetua la confusione e alimenta lo sviluppo di aree "grigie" di copertura (integrazione socio-sanitaria) in cui il cittadino stenta a identificare il proprio referente, violando il principio della continuità assistenziale, che è fondamentale per un servizio socio-sanitario di qualità, orientato al cliente.

Bibliografia

- ASSR, *Studio preliminare sul problema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, Roma, 2002.
- ASSR, *Assistenza agli anziani non autosufficienti: prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili*, Monitor, n.4, 2003
- BOOTH P.M., *Long Term Care for the Elderly: a Review of Policy Options*, Actuarial Research, Paper n.86, Dep.Act. Science and Statistics, City Univ. ,London, 1996.
- CAMERA DEI DEPUTATI, *Indagine sulla riforma dell'assistenza sociale*, Atti Parlamentari, XIII Legislatura, 1998.
- CNEL- Gruppo di lavoro Mercato Sociale, *Studio sull'articolazione istituzionale e organizzativa dell'assistenza in alcuni paesi OCSE*, 1998.
- COCCIA G. e GRASSI D., *Povertà assoluta e anziani in Italia*, Rivista italiana di economia, demografia e statistica, vol. LIII, n.1, 1999.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO,2001, *Quale rapporto tra invecchiamento e spesa per la salute*, Il Sole 24-ore Sanità, 16-22 aprile 2002
- MASTROBUONO Z., *Il finanziamento dei sistemi di Long Term Care*, mimeo.
- PIPERNO A., *Avremo le risorse per curarci? Come si presentano le sfide prossime venture al Welfare Sanitario: dati e riflessioni sul rapporto tra sviluppo sociodemografico, spesa e policy*, Progetto Strategico del CNR " Problemi prioritari e politiche di razionalizzazione del sistema sanitario nazionale", Unità di ricerca, Università di Napoli, Federico II, 2002.
- ROTHGANG M., *L'assicurazione sociale obbligatoria per l'assistenza di lungo termine in Germania*, Assistenza Sociale n.4, 2001.
- SPANDONARO F., *Differenziazione nell'offerta di copertura sanitaria per razionamento: il contributo della sanità integrativa*, Politiche Sanitarie, vol.2 n.3, 2001

Normativa di riferimento

- DPEF 2003-2006
- PSN 2002-2004
- PSN 2003-2005
- D.P.C.M. 14. 2. 2001 : Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio.sanitarie.
- L. 328/2000, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Capitolo 8

La valutazione delle performance nel Servizio Sanitario

Annarita Barrella e Federico Spandonaro

8.1 Premessa

L'obiettivo principale di un sistema sanitario è, secondo l'OMS, il mantenimento dello stato di salute dell'intera popolazione al livello più elevato possibile durante l'intero ciclo della vita. Un sistema che non fa nulla per proteggere e migliorare la salute dei suoi individui, non avrebbe ragione di esistere.

Per verificare il raggiungimento di questo obiettivo prioritario da parte dei sistemi sanitari, non si può, quindi, prescindere dalla misurazione dei risultati ottenuti, che in tale ambito vengono chiamati *Outcome*, indicando il miglioramento dello stato di salute degli individui indipendentemente dall'*output*, ossia dal prodotto che si ottiene dallo svolgimento delle attività (es. il numero di analisi, il numero di visite, di ricoveri, etc.). Mentre gli *output* non pongono enormi problemi di misurazione, la valutazione degli *outcome* si presenta molto complessa perché richiede la misurazione di variazioni dello stato di salute, e spesso diventa necessario ricorrere a *proxies* (definite "indicatori dello stato di salute")¹. In modo complementare l'individuazione

¹ Muzzi A., *La valutazione delle performance dei sistemi sanitari. Una libera traduzione del Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) anno 2000 "Migliorare la performance dei sistemi sanitari integrata per la realtà italiana, Rivista Scientifica Igiene e Sanità Pubblica vol. LVII, n. 1-2, Gennaio/Aprile 2001.*

dei risultati raggiunti, permette di valutare il *burden disease*², ovvero la potenziale domanda assistenziale.

Le politiche sanitarie in Italia, fino ad oggi, si sono concentrate prevalentemente sull'aspetto dell'offerta mentre hanno trascurato il lato della domanda, limitando al più l'intervento alla comunicazione-informazione al cittadino³. La programmazione sanitaria si è, quindi, occupata di analizzare i bisogni, e di individuare l'offerta necessaria per soddisfare tali bisogni, ma raramente si è preoccupata di valutare l'esito delle prestazioni erogate. L'introduzione dei LEA ha portato alla definizione di un sistema di indicatori e monitoraggio, ma anche in questo caso limitati prevalentemente ai costi. Non è, quindi, possibile rinvenire un momento di sintesi tra la domanda e l'offerta dei servizi, che permetta di valutare attraverso un sistema di indicatori i diversi aspetti della produzione sanitaria quali l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza, la qualità, l'esito.

8.2 L'impatto degli *outcome* sulla valutazione economica

L'esigenza di effettuare una valutazione delle performance dei sistemi sanitari, nasce dalla constatazione che le risorse da destinare alla sanità (così come quelle destinabili ad altri settori), sono scarse ed è quindi necessario effettuare delle scelte riguardanti la loro distribuzione. Tali decisioni non possono basarsi esclusivamente sull'istinto o sull'esperienza passata, ma richiedono un'analisi basata sui costi e sulle conseguenze dei diversi trattamenti realizzabili, al fine di individuare quello più efficace.

La valutazione congiunta di costi e risultati dei diversi programmi-trattamenti sanitari non presenta grossi problemi finché si cerca di valutare i costi e i benefici dell'assistenza sanitaria, ma si scontra con la difficile misurazione dell'esito o delle preferenze quando si effettua un'analisi costi-efficacia (CEA) o un'analisi costi-utilità⁴.

Mentre l'analisi costi-benefici tenta di riportare tutti i costi ed i benefici di un programma sanitario in un'unica unità di misura, l'analisi costi-efficacia traslascia questo problema e si concentra sulla valutazione di metodi-trattamenti-prestazioni alternativi, che permettono di raggiungere lo stesso obiettivo. I diversi trattamenti possono essere confrontati attraverso la valutazione di prodotti-*outcome* simili. Tale approccio si presenta utile per effettuare una scelta allocativa delle risorse, solamente quando risultati simili possono essere ottenuti sostenendo costi diversi, oppure l'impiego di mezzi più costosi determina un risultato peggiore.

Il problema principale di questi strumenti è quello di sviluppare delle scale di determinazione dei risultati sanitari. Gli esiti possono sicuramente essere inquadrati in un ordine gerarchico, ma tale ordine può variare da soggetto a soggetto. L'amministratore del servizio sanitario o l'operatore sanitario potrebbero ritenere che la morte si trova al primo posto, mentre la soddisfazione

² Il *burden disease* è un nuovo approccio basato sulla misurazione dello stato di salute, che considera sia l'impatto della mortalità prematura che della disabilità sulla popolazione e permette di individuare il gap tra l'attuale stato di salute della popolazione e uno stato di salute ideale (o di riferimento). In *The Global Burden of Disease and Injury: Executive Summary*, <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/summary.html>.

³ Si veda il capitolo *Health information e e-health: sviluppi e prospettive*.

⁴ L'analisi costi-utilità spesso non viene distinta dall'analisi costi-efficacia in quanto presenta molti aspetti simili, anche se si differenzia per la misurazione dei risultati, che coglie sia l'incremento quantitativo della vita che quello qualitativo.

ne del paziente potrebbe essere l'ultimo dei loro obiettivi, al contrario l'utente finale potrebbe attribuire maggiore importanza al proprio grado di soddisfazione o al dover attendere molto per ottenere una prestazione.

Un secondo problema dell'analisi costi-efficacia è da riscontrare nell'opportunità di scegliere una misura di efficacia che sia direttamente correlata all'*outcome* finale, che abbiamo individuato nel miglioramento dello stato di salute, ad esempio gli anni di vita guadagnati. In alcuni casi la CEA può essere sviluppata considerando un *output* intermedio (ad es. il numero di casi individuati, il numero di pazienti curati in modo appropriato), purché sia possibile stabilire un legame tra questi e l'*outcome* finale correlato allo stato di salute. Non si deve, inoltre, dimenticare la difficoltà di ottenere i dati afferenti l'efficacia reale e quindi i risultati di una terapia nella pratica corrente e non l'efficacia teorica. L'efficacia reale è quindi diventata oggetto di una branca particolare chiamata *Outcome Research*, che si occupa di studiare gli esiti oggettivi e soggettivi "reali" degli interventi sanitari, in quanto attraverso la misurazione sistematica degli esiti è possibile individuare la terapia ottimale e si determina l'opportunità di migliorare continuamente l'erogazione dell'assistenza.

Le principali fonti dei dati di efficacia provengono però dalla letteratura medica e non sempre sono utilizzabili a causa della loro scarsa qualità o rilevanza, che determina per gli economisti la necessità di procedere ad aggiustamenti⁵.

In letteratura, quando si parla di *outcome* di salute si fa riferimento sostanzialmente agli eventi oggetto di studio da parte dell'epidemiologia, quali la mortalità e la morbidità. Questi dati, che vengono raccolti routinariamente e che sono costantemente oggetto di attenzione da parte dei manager sanitari, non sempre si presentano adeguati ai fini di una valutazione economica, in quanto la salute di una persona non dipende necessariamente dalle prestazioni sanitarie offerte, ma risulta strettamente legata all'ambiente sociale ed economico in cui vive e che ne influenza lo stile di vita. Inoltre, l'impiego dei tassi di mortalità per valutare l'efficacia dell'assistenza sanitaria non è spesso rilevante, in quanto si dovrebbe considerare se la prestazione utilizzata è effettivamente necessaria per modificare l'esito della storia naturale della malattia. Infine, si deve considerare che la determinazione della mortalità per causa fa sorgere ulteriori problemi, in quanto dipenderà dal soggetto che ha identificato la causa di morte e dai metodi impiegati per l'identificazione. Da pochi anni si è quindi assistito alla comparsa di nuove categorie di *outcome*, rivolti ad essere impiegati in modo più utile nell'analisi economica. Tali misure, chiamate *surrogate-outcome*, si basano sulla somministrazione dei questionari ai pazienti per misurare il livello di soddisfazione del servizio ricevuto. Anche se la soddisfazione non può essere vista come un esito degli interventi in termini di salute, costituisce sicuramente una preziosa indicazione per gli operatori del settore per ottenere risultati più efficaci. In quest'ambito si sono inoltre sviluppati altri indicatori di *outcome* più strettamente inerenti la salute ed incentrati sul paziente, in quanto dedicano particolare attenzione agli effetti di un trattamento che i pazienti giudicano più importanti, quali lo status funzionale, la qualità della vita⁶.

⁵ Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000, cap. 5.

⁶ Niero M., *Outcome di salute, qualità delle prestazioni e centralità del paziente*, da internet www.emmeerre.it/news_letters/art05.htm.

Nel corso degli anni è quindi cresciuto l'interesse per la valutazione delle conseguenze degli interventi sanitari anche in termini di impatto sulla qualità della vita. Uno tra gli indicatori di performance più utilizzato nelle valutazioni economiche è il QALY (*Qualità-Adjusted Life-Years*), in quanto il miglioramento della qualità della vita riferito alla salute costituisce uno dei principali benefici economici di un trattamento sanitario, e non può quindi essere escluso dalla valutazione economica. L'aspetto principale di questa misura di *outcome* di salute deriva dal considerare sia i vantaggi derivanti dalla riduzione di morbidità (guadagno in qualità), che la riduzione della mortalità (guadagno in quantità), ed è di particolare interesse quando si debbono valutare malattie che incidono notevolmente per gli effetti cronico-degenerativi o invalidanti.

L'*outcome* può quindi essere misurato attraverso un insieme di indicatori che hanno come obiettivo fondamentale quello di analizzare un'unica "dimensione", il miglioramento dello stato di salute dell'individuo, ma ciascun indicatore mostra un aspetto specifico del fenomeno che si vuole misurare.

8.3 La normativa italiana e il monitoraggio dei LEA

L'importanza attribuita alla misurazione delle performance del Servizio Sanitario Nazionale, in Italia è legata all'attuale attenzione verso la qualità delle prestazioni offerte ai pazienti e in particolar modo all'appropriatezza ed efficacia dell'assistenza sanitaria. Tali aspetti hanno assunto un'importanza crescente a partire dal D.lgs. 502/1992, che attribuiva alle Regioni il compito di valutare la qualità dell'assistenza erogata dalle strutture del SSN e da quelle private.

La valutazione della qualità dei servizi sanitari fa riferimento a tre aspetti: la struttura dei soggetti che erogano il servizio, il processo produttivo di erogazione del servizio e il risultato sulla salute dell'utente derivante dall'utilizzo dei servizi. Mentre per l'analisi della struttura e del processo vengono impiegati strumenti di natura aziendalistica (quali accreditamento istituzionale, accreditamento d'eccellenza, certificazione ISO 9000), per i risultati sono stati proposti numerosi insiemi di indicatori, ma raramente si è cercato di integrare i vari indicatori utilizzati, al fine di ottenere una visione complessiva della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari⁷.

Nel 1995 il Ministero della Sanità ha evidenziato la necessità di adottare un insieme di indicatori che permettessero una verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie, integrando gli approcci quantitativi (in grado di stimare la dimensione dei fenomeni) con approcci di tipo qualitativo in grado di realizzare una migliore comprensione dei dati e di suggerire interventi di ottimizzazione⁸. Gli indicatori di efficienza e di qualità individuati dal decreto sono organizzati per livelli di assistenza e consentono di osservare per ciascuno dei livelli: la domanda e l'accessibilità, le risorse, l'attività e i risultati. Gli indicatori di performance riguardano la struttura, il processo o il risultato. Gli indicatori di struttura si specificano in indicatori organizzativi e amministrativi. Gli indicatori di risultato focalizzano l'attenzione sull'*output* dei servizi, (ad es. nell'assistenza sanitaria di base, un indicatore di risulta-

⁷ Rossi C., Vittadini G., *Nuove prospettive per la valutazione della qualità in sanità*, da internet http://www.cdo.it/pages/documenti/Vitta%20online/NP_ottdic01.pdf.

⁸ Decreto del Ministro della Sanità del 24 luglio 1995, "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del servizio sanitario nazionale", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10 novembre 1999.

to è costituito dal numero di ricoveri di residenti prescritti dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta su popolazione residente per 1.000 residenti)⁹. Successivamente il D.lgs. 229/1999 ha individuato nella valutazione dell'attività e dei risultati raggiunti, lo strumento per realizzare l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private che ne fanno richiesta, che doveva integrare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi già richiesti. Anche il Decreto del Ministero della Salute del 12 dicembre 2001 "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" che stabilisce un insieme minimo di indicatori finalizzati a monitorare il rispetto da parte di ciascuna regione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) focalizza la sua attenzione prevalentemente sui costi¹⁰. La crescente richiesta di assistenza di elevato livello qualitativo ha, quindi, attribuito una notevole importanza a tutti quegli strumenti rivolti a valutare i risultati ottenuti attraverso l'erogazione delle attività assistenziali. Il nostro sistema normativo, però, a differenza di quelli di altri Paesi¹¹ non si è ancora preoccupato di sviluppare tali strumenti, né tanto meno di indagare la differenza derivante dall'impiego di indicatori *outcome* o di *output*, nella misurazione delle performance del servizio sanitario, ma ha limitato la misurazione delle performance all'analisi dei costi. Se si potesse disporre di un sistema di indicatori rivolti a misurare i risultati-effetti dei servizi erogati dal sistema sanitario, sarebbe più facile determinare dei livelli di assistenza adeguati e non basati solamente su criteri di spesa. Tali indicatori sarebbero inoltre di supporto al management sanitario per introdurre nuovi metodi di gestione basati sulle prove di efficacia. Se si considera, poi, che l'erogazione dei LEA rappresenta un diritto, quanto meno all'assistenza sanitaria, non si può pensare di garantire esclusivamente l'accesso alle prestazioni, ma si deve attribuire rilevanza e monitorare anche l'esito delle prestazioni che vengono erogate nel rispetto dei LEA.

8.4 Le difficoltà di misurazione degli outcome

L'assenza di indicatori che permettano la misurazione dell'esito delle prestazioni sanitarie è sicuramente legata alla difficile misurazione degli *outcome*. A causa di questa difficoltà la valutazione dell'assistenza sanitaria si concentra prevalentemente sul processo, e quindi sull'insieme di attività che compongono un programma sanitario, perché di più semplice misurazione, mentre sarebbe più rilevante valutarne il risultato, che rappresenta uno dei più importanti indi-

⁹ Si cita anche il successivo D.M. della Sanità 15 ottobre 1996 "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" (g.u. 18 gennaio 1997, n. 14) che ha introdotto indicatori che permettono di valutare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

¹⁰ Integrato con una serie di variabili riguardanti lo stato di salute e il contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento.

¹¹ Le ricerche compiute nei Servizi Sanitari Scozzese e Britannico, hanno fatto emergere come la gestione delle performance dovrebbe incentrarsi sugli outcome piuttosto che sui processi. In tali ricerche è emerso però che nonostante gli indicatori di outcome possano offrire una visione strategica più generale, gli indicatori dei processi risultino alla fine più tempestivi, rilevanti ed informativi e quindi probabilmente più adeguati per gli scopi manageriali, in quanto offrono uno stimolo alla discussione e all'azione. Si veda sul tema Mannion R., Goddard M., *The impact of performance measurement in the NHS*, Report prepared for the department of health, Centre for Health Economics, June 2000.

catori dell'efficacia e della qualità dell'assistenza sanitaria. La valutazione dei risultati si presenta, invece molto complessa perché richiede una verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati, che spesso in sanità non si presentano chiari, in quanto da un lato differiscono in funzione dei diversi *stakeholder* interessati alla misurazione (*stakeholder* diversi hanno obiettivi diversi e gli indicatori devono riflettere il cambiamento delle loro esigenze), dall'altro fanno riferimento al miglioramento della salute degli individui, che è difficilmente misurabile in termini quantitativi. Non vi è, infatti, accordo sulla definizione dei livelli di salute, su quali siano i cambiamenti desiderati e sui criteri per valutarli. In alcuni casi viene considerato quale esito principale la morte, la sopravvivenza, la guarigione, ma spesso è necessario anche valutare il grado di disabilità derivante dall'evento morboso e quindi misurare la qualità della vita in termini di autosufficienza, di soddisfazione e di realizzazione personale. Nel primo caso l'efficacia di una prestazione può essere espressa ad esempio in termini di riduzione della mortalità o della morbosità; nel secondo caso si è determinata l'esigenza di sviluppare scale di valutazione della disabilità¹². Un'ulteriore difficoltà è rappresentata dal fatto che vi sia un gap temporale tra il momento in cui viene avviata una certa prestazione sanitaria e il momento adatto per la misurazione dei risultati, per cui spesso variabili esterne al trattamento vero e proprio possono influenzarne l'esito¹³ (Tabella 1).

8.5 Considerazioni finali

Attualmente, il monitoraggio delle performance del Servizio Sanitario Nazionale è, quindi, limitato all'analisi e al controllo dei costi e alla dimensione dell'offerta. L'introduzione dei LEA determina, a nostro avviso, la necessità di garantire non solo l'uniformità dell'offerta di servizi assistenziali tra le diverse regioni, ma soprattutto che le prestazioni erogate nel rispetto dei LEA siano effettivamente garanti di un diritto all'assistenza che tende sempre di più a focalizzarsi sull'esito delle cure prestate e non solo sull'accessibilità ai servizi. Le misure maggiormente impiegate quali indicatori delle condizioni di salute sono quelle sulla mortalità, che viene indagata attraverso la scomposizione tra le varie cause per un lungo arco temporale, attraverso il quale poter studiare la variazione del fenomeno in esame. L'analisi dei dati di mortalità permette di osservare alcuni passaggi della transizione epidemiologica in Italia: in particolare si registra un aumento delle malattie degenerative e dei tumori, la nascita di nuove malattie e cause, diffuse soprattutto tra i giovani (AIDS, overdose), la riduzione di incidenza di altre malattie (tubercolosi, complicazioni della gravidanza e del puerperio). Più difficile è indagare i fattori che possono aver influenzato questi fenomeni, alcuni ricollegabili agli stili di vita degli individui, altri derivanti dai progressi diagnostici e terapeutici compiuti, ed altri ancora dai cambiamenti economici, sociali e ambientali. I tassi di mortalità evidenziano inoltre una diminuzione per tutti i grup-

¹² Secondo San Azaro il risultato può essere in cinque punti: morte, malattia, disabilità, malessere, insoddisfazione. Essendo queste delle misure negative di esito l'assistenza sanitaria non può focalizzarsi solo sull'eliminazione della mortalità o l'eliminazione della malattia, ma deve considerare anche gli altri aspetti e quindi ad es. fornire assistenza e altre strutture ai disabili oppure considerare la soddisfazione del paziente. Holland W.W., La valutazione dell'assistenza sanitaria, La Nuova Italia Scientifica 1985, p. 55.

¹³ Holland W.W., La valutazione dell'assistenza sanitaria, La Nuova Italia Scientifica 1985, pp. 30-90.

Tabella 1 - Vantaggi e svantaggi degli indicatori di processo e di outcome

Indicatori di processo	
Vantaggi	Svantaggi
Facile misurabilità (attraverso campioni non eccessivamente numerosi) ed interpretabilità Capacità di suggerire le azioni da intraprendere per incrementare la qualità dell'assistenza sanitaria Capacità di cogliere aspetti dell'assistenza che sono spesso valutati separatamente dai pazienti rispetto gli <i>outcome</i> di salute (es. accessibilità, esperienza dei pazienti)	Scarsa significatività per i pazienti in assenza di un legame con gli <i>outcome</i> Eccessiva specificità ad una certa malattia o ad uno tipo di assistenza Utilità limitata nel caso di cambiamenti tecnologici o dei modelli di cura e rischio di irrigidimento innovativo e dello sviluppo di nuovi modelli di assistenza Facile manipolazione e uso inappropriato
Indicatori di outcome	
Vantaggi	Svantaggi
Maggiore significatività, migliore rappresentatività degli obiettivi del NHS e maggiore attenzione al paziente	Possibile influenza da parte di fattori non controllabili dalle organizzazioni sanitarie
Incentivo alla sperimentazione di nuovi modelli di offerta dei servizi e all'adozione di strategie a lungo termine	Richiesta di campioni più grandi per indagare differenze significative e di un lungo periodo di osservazione
Limitata possibilità di manipolazione	Difficile interpretazione se il processo che genera l' <i>outcome</i> è distante dal momento in cui si ottiene il risultato

Fonte: rielaborazione su Mannion R., Goddard M., The impact of performance measurement in the NHS, Report prepared for the department of health, Centre for Health Economics, June 2000.

pi di età e per i due sessi. Le informazioni desumibili da questi dati possono essere utili per gli operatori sanitari, ai fini della programmazione sanitaria per la prevenzione e il controllo delle diverse patologie¹⁴. Essendo difficile individuare uno stato di salute ideale (o di riferimento) in funzione del quale misurare il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, si può ipotizzare che lo stato di salute ideale sia quello rappresentato dalla regione con il tasso di mortalità standardizzato più basso (Tabelle 2 e 3). In questo caso l'obiettivo che si potrà porre la programmazione sanitaria in termini di miglio-

¹⁴ Istat, Mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia.

Tabella 2 - Tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause e per classi di età – Uomini. (per 10.000)

Classi (1971-1973) (1996-1998)	0-54 anni		55-74 anni		OLTRE 75 anni		Tutte	
	71-73	96-98	71-73	96-98	71-73	96-98	71-73	96-98
Piemonte	28,85	13,47	291,40	179,11	1357,00	1000,00	89,50	54,74
Valle D'Aosta	39,75	17,48	327,80	210,54	1447,00	1070,43	105,30	63,63
Lombardia	29,33	13,05	339,90	189,09	1454,00	1017,75	98,15	56,03
Trentino A. Adige	30,35	12,99	299,90	174,39	1358,00	959,25	91,88	52,90
Veneto	29,24	12,52	307,10	181,31	1400,00	964,59	92,73	53,50
Friuli Ven. Giulia	31,75	13,36	317,00	192,83	1408,00	1001,14	96,30	56,45
Liguria	22,62	13,74	283,40	176,40	1275,00	967,33	81,50	53,96
Emilia Romagna	24,62	13,26	266,50	164,27	1333,00	917,01	82,20	50,97
Toscana	22,95	11,20	248,10	161,36	1283,00	947,91	77,40	49,45
Umbria	22,60	11,45	252,40	155,76	1289,00	954,88	77,70	49,07
Marche	21,56	11,52	249,10	150,71	1329,00	929,19	77,24	47,97
Lazio	23,54	12,85	265,60	170,59	1284,00	991,14	80,17	52,92
Abruzzo	22,85	11,34	233,70	159,74	1242,00	919,27	74,59	48,79
Molise	23,39	12,99	229,30	163,14	1283,00	888,87	75,30	50,03
Campania	31,09	13,71	278,60	207,95	1304,00	1052,54	88,67	59,74
Puglia	25,65	12,17	235,50	160,65	1278,00	986,01	77,91	50,95
Basilicata	25,38	12,61	208,30	164,55	1245,00	926,39	73,50	50,64
Calabria	25,73	12,70	208,30	162,77	1178,00	927,34	72,46	50,50
Sicilia	27,42	12,58	227,30	170,63	1242,00	1016,65	77,64	53,21
Sardegna	28,39	15,00	222,90	174,95	1094,00	934,40	74,94	54,18
ITALIA	27,29	12,88	274,50	175,73	1315,00	977,92	85,13	53,36

Fonte: ISTAT e ISS

ramento dello stato di salute, sarà quello di ridurre il gap tra i differenti tassi di mortalità delle regioni e il tasso di mortalità minimo (*burden disease*), realizzando così una riduzione delle disuguaglianze regionali. Ad esempio, per i maschi di tutte le età, il livello ideale di mortalità sarà rappresentato dal tasso di mortalità più basso, quello del Lazio pari a 47,97 (per 10.000) e la regione con il tasso di mortalità più alto, la Valle D'Aosta, dovrà ridurre del 25% la sua mortalità. Analogamente per le donne di tutte le età, la regione Campania dovrà ridurre del 24% la mortalità per poter avvicinarsi al livello ipotizzato ottimale delle Marche. Ipotizzando una relativa omogeneità delle condizioni di salute della popolazione sul territorio nazionale¹⁵, tale processo potrà poi essere analizzato in un'ottica dinamica osservando per ciascuna regione l'avvicinamento al livello

¹⁵ Avendo, in particolare, eliminato l'effetto dalla diversa distribuzione per età della popolazione attraverso la standardizzazione. E tralasciando per ora i diversi fattori che possono influenzare lo stato di salute quali: condizioni socio-economiche, ambientali e stili di vita.

Tabella 3 - Tassi standardizzati di mortalità per tutte le cause e per classi di età - Donne. (per 10.000)

Classi (1971-1973) (1996-1998)	0-54 anni		55-74 anni		OLTRE 75 anni		Tutte	
	71-73	96-98	71-73	96-98	71-73	96-98	71-73	96-98
Piemonte	17,64	7,34	151,70	81,72	1086,00	676,30	56,40	30,39
Valle D'Aosta	19,04	10,25	160,00	87,50	1155,00	644,62	60,00	32,98
Lombardia	15,78	6,85	157,30	82,02	1132,00	653,50	56,46	29,56
Trentino A. Adige	15,87	6,18	157,00	72,79	1114,00	613,07	56,14	26,98
Veneto	14,88	6,30	141,60	75,72	1064,00	620,81	52,29	27,61
Friuli Ven. Giulia	16,04	6,97	148,00	87,67	1067,00	650,23	54,20	30,32
Liguria	14,24	7,56	137,30	81,77	1004,00	640,51	50,00	29,86
Emilia Romagna	14,78	7,31	132,80	75,54	1047,00	611,34	50,70	28,26
Toscana	13,42	6,89	124,20	73,42	1016,00	646,24	47,80	28,32
Umbria	13,31	6,82	136,30	73,10	1056,00	638,08	50,10	28,06
Marche	12,55	6,50	132,40	65,60	1085,00	625,71	49,54	26,56
Lazio	14,60	7,03	139,80	81,70	1026,00	673,26	51,05	30,06
Abruzzo	14,04	6,68	137,50	73,63	1072,00	652,84	51,21	28,30
Molise	15,39	7,91	148,50	80,54	1105,00	663,45	54,40	30,46
Campania	22,36	7,57	166,30	102,04	1110,00	753,89	62,79	34,78
Puglia	18,59	6,72	147,20	81,58	1057,00	698,41	56,04	30,28
Basilicata	18,57	6,64	148,40	80,80	1061,00	702,67	56,24	30,20
Calabria	18,17	6,89	135,10	83,54	1045,00	695,20	53,87	30,62
Sicilia	19,78	7,62	154,30	91,71	1103,00	764,15	58,89	33,68
Sardegna	17,99	7,21	131,70	74,64	996,00	682,71	52,29	29,48
ITALIA	16,89	7,07	145,60	81,78	1070,00	666,76	54,63	29,98

Fonte: ISTAT e ISS

“ideale” di salute nel corso degli anni. Un altro indicatore di *outcome* strettamente collegato alla mortalità si può rinvenire nella speranza di vita alla nascita, e quindi nella sopravvivenza media, impiegato in molti studi sulla misurazione delle performance dei servizi sanitari. Considerando che nessuna misura riesce a sintetizzare in modo oggettivo le condizioni di salute di una popolazione, l'OMS ha indicato nel DALE (*disability-adjusted life expectancy*) un indicatore che considera congiuntamente i dati della mortalità e della disabilità, evidenziando la speranza di vita in buona salute. Questo indicatore si presenta, infatti, utile per un confronto con la speranza di vita stimata partendo dalla sola mortalità, ma è anche utilmente impiegabile per valutazioni comparative tra popolazioni. L'Italia presenta ad esempio un DALE di 72,7 anni¹⁶, collocandosi al sesto posto della classifica OMS sulla performance globale dei sistemi

¹⁶ Stime anni 1997-1999. Muzzi A., *La valutazione delle performance dei sistemi sanitari. Una libera traduzione del Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) anno 2000 "Migliorare la performance dei sistemi sanitari integrata per la realtà italiana, Rivista Scientifica Igiene e Sanità Pubblica vol. LVII, n. 1-2, Gennaio/Aprile 2001.*

Tabella 4 - Speranza di vita alla nascita

Regioni	Speranza di vita alla nascita				Sp. vita libera da dis. e cron. grave
	1997	1999	stime 2000	stime 2001	1999-2000
Piemonte	78,28	78,72	79,04	79,65	67,56
Valle D'Aosta	78,28	78,72	79,04	79,65	68,87
Lombardia	78,40	78,98	79,33	79,72	67,35
Trentino A. Adige	79,39	79,70	79,89	80,36	68,35
Veneto	79,10	79,66	80,04	80,79	68,35
Friuli Ven. Giulia	78,88	79,44	79,80	80,40	67,16
Liguria	78,22	78,85	79,42	79,82	68,50
Emilia Romagna	78,36	79,03	79,33	79,68	68,81
Toscana	79,03	79,65	79,83	80,23	67,13
Umbria	79,24	79,75	79,99	80,43	67,01
Marche	79,48	79,88	80,46	80,63	66,85
Lazio	79,62	80,29	80,47	81,16	67,27
Abruzzo	78,30	78,83	79,39	79,78	67,24
Molise	79,14	79,67	79,90	80,65	66,70
Campania	79,14	79,67	79,90	80,65	66,36
Puglia	77,40	77,76	77,74	78,37	65,43
Basilicata	78,77	79,29	79,57	80,11	66,13
Calabria	78,77	79,26	79,59	79,97	65,76
Sicilia	78,70	79,29	79,46	80,03	64,77
Sardegna	77,87	78,32	78,66	79,32	65,35
ITALIA	78,68	79,03	79,41	79,65	65,37

Fonte: ISTAT e ISS

sanitari. Tale indicatore calcolato dall'Istat nel 1999-2000 evidenzia un incremento della speranza di vita libera da disabilità, con un DALE medio per entrambi i sessi di 74,4 anni. Prendendo in esame la speranza di vita alla nascita (Tabella 4) si può effettuare un'analisi analoga a quella sviluppata per la mortalità: considerando che l'obiettivo di salute sia quello di aumentare la speranza di vita alla nascita, raggiungendo almeno il livello massimo presente oggi in Italia che è quello di 80,29 anni per le Marche nel 1999 e quindi riducendo le disuguaglianze regionali, valutiamo che la Campania dovrà realizzare un incremento in anni del 3,25%, mentre nel 1997 avrebbe dovuto incrementare la speranza di vita del 2,87%, registrando quindi un allontanamento dal livello ideale di salute desiderato. Le stime per il 2000 e il 2001 evidenziano, poi, che lo scostamento dalla speranza di vita massima raggiungibile tende a crescere nel corso degli anni e non come auspicabile a ridursi. Tale tendenza determina quindi la necessità di chiedersi se le scelte di programmazione sanitaria attuate siano dirette verso un miglioramento dello stato di salute o se vi siano cause esterne non controllabili attraverso politiche sanitarie che portino ad un ampliamento delle disuguaglianze regionali

e ad un allontanamento dal livello “ottimale” di salute. Se si considera, inoltre, la speranza di vita libera da disabilità e cronicità grave si può osservare che la regione Calabria per raggiungere gli anni “ideali” di vita senza disabilità rappresentati dai 68,87 della Valle D'Aosta, dovrà “programmare” in funzione di un incremento del 6,33%. Il cambiamento del concetto di salute, non più vista come semplice assenza della malattia, ha inoltre attribuito un'importanza crescente agli indicatori che misurano la percezione da parte del soggetto della condizione di salute, strumento utile per cogliere aspetti diversi da quelli rilevabili mediante indicatori tradizionali quali la morbosità e la mortalità. La salute percepita permette quindi di conoscere l'effetto delle diverse patologie sulla qualità della vita dei soggetti. L'Istat in particolare ha analizzato questi aspetti, rilevando che la popolazione giudica abbastanza buona le proprie condizioni di salute (il 56,6% afferma, infatti, di sentirsi bene o molto bene), solamente con l'aumentare dell'età aumenta la quota di persone che dichiara di essere in cattive condizioni di salute. Gli indici ottenuti sullo stato di salute fisico e psicologico evidenziano un decremento dello stato di salute percepito all'aumentare dell'età e sono inoltre le donne a presentare una peggiore percezione del proprio stato di salute fisico. A livello territoriale è possibile inoltre osservare andamenti diversificati, si evidenziano percentuali più basse di persone che lamentano un cattivo stato di salute al nord rispetto al sud. È stata inoltre individuata una correlazione della percezione sullo stato di salute con il livello di istruzione, che peggiora nelle persone con titolo di studio meno elevato. Altri aspetti indagati sono quelli derivanti dall'impatto delle malattie, delle disabilità, dei traumatismi e degli episodi acuti di malattia su questi indici, in quanto possono comportare una riduzione della capacità di svolgere le attività quotidiane. La presenza di patologie croniche è un altro dei principali indicatori per valutare lo stato di salute di una popolazione sia per quanto riguarda il rischio di mortalità che per ciò che concerne il peggioramento della qualità della vita soprattutto in contesti, come quello italiano, in cui la struttura della popolazione è caratterizzata da una significativa quota di anziani. La conoscenza sulla diffusione di tali fenomeni ha, quindi, una grande rilevanza, non solo per valutare le condizioni di salute della popolazione, ma soprattutto per fornire un adeguato supporto informativo per la programmazione e l'attuazione delle politiche sociali¹⁷. Le misure utilizzabili per una valutazione dello stato di salute della popolazione sono quindi molteplici, ma l'Italia, a differenza di altri Paesi, evidenzia ancora una tendenza alla misurazione limitata ai risultati in termini di *output* più che di *outcome*. Se si considera che l'introduzione dei LEA vuole rafforzare il diritto soggettivo all'assistenza sanitaria, non si può prescindere dal monitoraggio anche dell'esito, oltre che della garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale. Tale tendenza, richiede quindi un intervento rivolto alla individuazione di indicatori attraverso cui poter valutare gli effetti dei diversi trattamenti sanitari sulla salute degli individui, ricordando che per poter offrire indicazioni utili dei fenomeni osservati, tale monitoraggio deve necessariamente essere di lungo periodo, e sempre più orientato alla soddisfazione del paziente e alla riduzione delle disuguaglianze regionali.

¹⁷ Istat, *Condizioni di salute della popolazione, Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anni 1999-2000.*

Bibliografia

Dolan P., (2000), *The measurement of health-related quality of life for use in resource allocation decision in health care*, in Culyer A.J., Newhouse J.P., Handbook of Health Economics, vol. 1B, North Holland, pp. 1723-1760.

Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W., (2000), *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, capp. 2, 5, 6.

Garber A.M., (2000), *Advances in cost-effectiveness analysis of health interventions*, in Culyer A.J., Newhouse J.P., Handbook of Health Economics, vol. 1B, North Holland, pp. 180-221.

Holland W.W., (1985), *La valutazione dell'assistenza sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, pp. 30-90.

Istat, (1999–2000), *Condizioni di salute della popolazione, Indagine multiscopo sulle famiglie* “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”.

Istat, *Mortalità in Italia nel periodo 1970-1992: evoluzione e geografia*.

Mannion R., Goddard M., (2000), *The impact of performance measurement in the NHS, Report prepared for the departement of health*, Centre for Health Economics.

Muzzi A., (2001), *La valutazione delle performance dei sistemi sanitari. Una libera traduzione del Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) anno 2000* “Migliorare la performance dei sistemi sanitari integrata per la realtà italiana, Rivista Scientifica Igiene e Sanità Pubblica vol. LVII, n. 1-2.

Palazzo F., (1993), *Le implicazioni allocative ed etiche nell'uso dei QALYs*, in Attanasio E., France G., *Economia Sanitaria. Linee e tendenze di ricerca in Italia*, Milano, Giuffrè Editore, pp. 225-239.

Siti internet

www.emmeerre.it/news_letters/art05.htm, Niero M., Outcome di salute, qualità delle prestazioni e centralità del paziente.

www.fondationesmithkline.it/398art6.doc, Rozzini R., Il significato della misura degli outcome: l'esempio della geriatria, Rivista Tendenze Nuove, luglio-settembre 1998.

www.fondationesmithkline.it/t499art7.doc, Trabucchi M., Attività ospedaliera e ricerca degli outcome, Rivista Tendenze Nuove, luglio-agosto 1999.

www.cdo.it/pages/documenti/Vitta%20online/NP_ottdic01.pdf, Rossi C., Vittadini G., Nuove prospettive per la valutazione della qualità in sanità.

www.hsph.harvard.edu/organizations/bdu/summary.html, The Global Burden of Disease and Injury: Executive Summary.

www.igiene.org/rivista/articoli/riassunti/riassunti%202002/editor2002-3.html Editoriale: uno scenario di sanità pubblica, Rivista Igiene e Sanità Pubblica.

www.ministerosalute.it/linksanita/qualita/qualssn/file/qualita_ssn.pdf, Ministero della Salute, Qualità e Servizio Sanitario Nazionale: riferimenti e documentazione, Gennaio 2001.

www.ministerosalute.it/programmazione/normativa/plprisultato.jsp?id=224, Decreto Ministero della Salute 12–12–2001, Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

www.renalgate.it/Gori_QUALITA.htm, Gori F., Progettare la qualità in sanità: metodologie a confronto.

www.sanita.regione.lombardia.it/qualita/presqualita.htm, Meroni P., Bosio M., La Qualità nel Sistema Sanitario Lombardo.

www.valutazioneitaliana.it/documenti/AttiTorino/Giovine-Carminati.doc, Giovine P., Carminati M., *La valutazione della qualità percepita in sanità*, III Congresso Nazionale Associazione Italiana di Valutazione, Torino 23–25 marzo 2000.

Capitolo 9

Health Information e E-Health: sviluppi e prospettive

Cristina Giordani

9.1 Premessa

La salute costituisce un tema di grande interesse per la comunicazione di massa, come si dimostra per la grande attenzione che il pubblico riserva ad ogni informazione che la riguarda.

L'informazione sanitaria ha, però, notevole importanza anche dal punto di vista economico, in considerazione della forte asimmetria informativa che caratterizza i mercati sanitari e del progressivo cambiamento del rapporto di agenzia fra medico e paziente al mutare dei livelli informativi di quest'ultimo. Nelle politiche sanitarie a livello internazionale, sembra emergere sempre più la consapevolezza dell'importanza dell'informazione sanitaria per un corretto funzionamento dei mercati e il perseguimento di quelle condizioni di appropriatezza delle risposte assistenziali che è divenuta parte centrale dei sistemi sanitari.

I responsabili della politica sanitaria hanno infatti intuito che garantire libero accesso e diffusione dell'informazione su salute e farmaci implica:

- da una parte, un miglioramento del livello qualitativo delle prestazioni del sistema sanitario, in quanto un paziente bene informato stimola il medico ad aggiornarsi professionalmente;

- dall'altra, un risparmio, a lungo termine, sui costi della spesa pubblica, grazie ad un migliore utilizzo dei farmaci e della diagnostica, ad una maggiore consapevolezza dell'importanza della prevenzione ed all'adozione di stili ed abitudini di vita più salutari.

L'informazione ha inoltre un ruolo preminente nel processo di educazione sanitaria; tale termine assume varie connotazioni: conoscenza e pratica clinica in medicina, automedicazione, farmaci, malattie di grande rilevanza sociale, ma anche promozione della salute, prevenzione o informazioni "pratiche" sui servizi forniti dai vari enti.

Il termine "informazione", in maniera più rigorosa, viene utilizzato per indicare almeno tre concetti assai diversi tra loro:

- pubblicità: quando si parla di un prodotto con l'esplicita intenzione di aumentarne le vendite;
- informazione generica: quando si danno notizie, in maniera divulgativa o anche scientifica, di sviluppi delle tecnologie, della medicina, dei decorsi tipici di una patologia (es. informazione delle enciclopedie mediche o dei programmi televisivi);
- informazione specifica (*evidence-based*): quando si forniscono indicazioni puntuali (statistiche) su quale è l'efficacia di una soluzione rispetto ad un determinato problema (es. probabilità di guarigione).

Adottando poi un'interpretazione estensiva, per "informazione sanitaria" si arriva ad intendere ogni informazione relativa a qualsiasi soluzione per un problema di salute¹.

In tale contesto, non si può sottovalutare il ruolo assunto dai mezzi di comunicazione, mass media *in primis*, in particolare per la corretta diffusione della *health information*. Il concetto viene ribadito anche nella Relazione sullo stato sanitario del Paese del 1999, realizzata dall'ex Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute): i mezzi di comunicazione "dovrebbero svolgere la funzione di fornire un'informazione puntuale e corretta, anche dal punto di vista scientifico".

Ciò premesso, in questo lavoro si discute, senza pretesa alcuna di esaustività, degli strumenti utilizzati, in modo particolare dal Sistema Sanitario Nazionale, per diffondere la *health information*, e delle iniziative più interessanti intraprese dal Governo italiano, nonché di alcuni esempi di esperienze in campo internazionale (Unione Europea e Regno Unito).

La seconda parte è invece interamente dedicata alle potenzialità ed ai pericoli derivanti dall'uso di Internet come fonte di informazione medico-sanitaria. Vengono esaminati alcuni esempi di linee guida emanate negli ultimi anni da diversi enti per la valutazione della qualità dell'*information on line*.

9.2 L'Health information in Italia

Nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999 si legge che "la prima responsabilità nel fornire una costante ed efficace comunicazione ai cittadini spetta al Servizio sanitario, in tutte le sue articolazioni. Eppure, salvo rare eccezioni, esso è ancora lontano dal considerare la comunicazione come un compito istituzionale, ugualmente importante come quelli di diagnosi, prevenzione e cura".

¹ Vision, seminario La qualità dell'informazione sanitaria on line, novembre 2002.

La Relazione del 2000 riporta invece i risultati di uno studio ministeriale attraverso la raccolta e la valutazione, qualitativa e quantitativa, degli strumenti informativi utilizzati dagli Uffici relazioni con il pubblico (URP) e dagli Uffici stampa delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli Assessorati regionali.

Per la realizzazione di questa indagine sono state contattate 373 strutture sanitarie, alle quali è stato richiesto l'invio del materiale informativo prodotto. Nell'arco di due mesi (ottobre-novembre 1999) hanno risposto 188 strutture, i cui strumenti informativi sono dunque stati oggetto dello studio. Si tratta, essenzialmente, di materiale giornalistico (riviste, opuscoli, bollettini, newsletter e periodici) rivolto in parte al pubblico e in parte agli operatori. Le Tabelle 1 e 2 seguenti illustrano la suddivisione degli strumenti prodotti dalle strutture per area geografica, nonché i principali argomenti affrontati nelle riviste per il pubblico. Considerando in particolare i periodici per il pubblico, essi vengono in maggior parte distribuiti direttamente nella struttura e nei suoi uffici, ma anche per abbonamento postale e, in misura minore, tramite ambulatori e farmacie.

Tabella 1 - Strumenti prodotti da aziende sanitarie, ospedaliere e IRCCS

Area	Risposta strutture	Carte dei servizi	Riviste per il pubblico	Riviste per operatori
Nord	83	94%	18%	26%
Centro	44	86%	27%	39%
Sud	36	94%	16%	33%
Isole	25	100%	12%	16%
Totale	188	93%	19%	29%

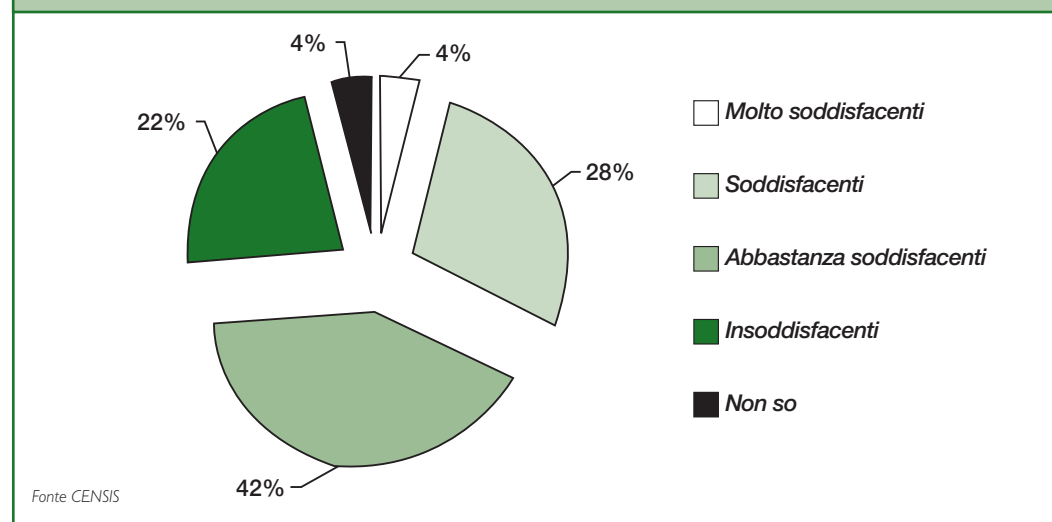
Fonte: relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, Ministero della Sanità

Tabella 2 - Principali argomenti affrontati nelle riviste destinate al pubblico

Informazioni sull'attività aziendale	100%
Comportamenti (analisi e consigli)	64%
Prevenzione	51%
Cause e cure di malattie	45%
Diritti del malato	24%
Volontariato	24%
Liste di attesa	14%
Controlli di qualità	14%
Costi/ticket	7%
Esiti delle cure	3%

Fonte: relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, Ministero della Sanità.

Figura 1 - Giudizi sulle informazioni ricevute dal SSN



Con riferimento alle risorse finanziarie destinate alla funzione, il 20% dei periodici ha un budget annuale che non supera i 2.580 euro circa, il 7% ne ha uno compreso tra 2.580 e 5.150 euro, il 20% tra 7.740 euro e 15.490 circa, il 4% tra 25.800 e 41.300 e l'11% supera i 41.300 euro².

La valutazione qualitativa di questo materiale ha evidenziato³:

- scarsa cura nel divulgare e rendere accessibile al pubblico notizie concernenti lo sviluppo delle conoscenze e della pratica clinica in medicina;
- povertà di informazione su malattie di grande rilevanza sociale e sui temi della promozione della salute;
- informazione inadeguata sui servizi forniti dagli stessi enti.

Secondo giornalisti specializzati designati ad effettuare la valutazione, dunque, l'informazione dispensata dalle strutture sanitarie oggetto dello studio è di mediocre qualità, anche dal punto di vista formale (insufficiente cura redazionale, linguaggio o troppo banale o incomprensibile ai non operatori, grafica mediocre). Appare inoltre evidente, stando a quanto riportato nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, una certa "reticenza" nelle informazioni su argomenti delicati e impegnativi (come ad esempio le liste di attesa) e, al contrario, un'eccessiva auto-promozione delle iniziative e dei servizi.

Peraltro, una percentuale piuttosto alta di persone si ritiene abbastanza soddisfatta delle informazioni ricevute dal SSN (vedi Figura 1). All'attività informativa propria dei sistemi sanitari e degli organismi politici, si aggiunge quella dei *mass media*.

L'utilizzo dei mezzi di comunicazione di massa risulta, infatti, molto utile per diffondere la conoscenza di interventi, strumenti, farmaci ed altre risorse rese disponibili dal progresso biomedico ed utilizzate per conservare un buono stato di salute, curare le malattie e

garantire il benessere psico-fisico degli individui come dell'intera collettività.

Per capire l'approccio degli Italiani con i *mass media*, possiamo rifarci ai dati del secondo Rapporto Censis-Ucsi sulla comunicazione in Italia, realizzato nel 2002. I dati mostrano come la "piramide dei media" sia cambiata nel tempo⁴: i mezzi di comunicazione informatici, in particolare, stanno assumendo un'importanza sempre maggiore.

I veri "capisaldi", comunque, restano la TV (la utilizza il 98,5% degli Italiani), il cellulare (75,3%), la radio (65,4%), i quotidiani (56,1%); abbiamo poi i settimanali (44,3%), il computer (36,4%), i mensili (24,0%) e, fanalino di coda, la TV satellitare (12,3%).

La novità più rilevante, in quella che è stata definita la "dieta mediatica" degli Italiani, risiede nella sovrapposizione dei mezzi a stampa con quelli informatici nella fascia centrale dei consumi, dovuta da un lato all'aumento dell'uso di computer e Internet, e dall'altro alla sostanziale stabilità dei consumi di mezzi a stampa.

Secondo i dati Censis, il 36,4% degli Italiani con età maggiore di 14 anni utilizza il computer, cominciando quindi ad "insidiare" il 42,5% di lettori di libri; gli utenti di Internet hanno raggiunto il 27,8% della popolazione italiana over 14 (contro il 20,1% del 2001), sorpassando così il 24,0% dei lettori di mensili⁵.

Se invece osserviamo solo il consumo "abituale", o comunque frequente, dei vari media in questa fascia, troviamo al primo posto i libri al 29,4%, praticamente raggiunti dal computer al 29,2%, mentre l'uso di Internet (18,6%) supera la lettura dei settimanali (16,6%). Da questa breve serie di dati emerge, quindi, come Internet sia in rapida ascesa tra le abitudini ed i consumi della popolazione italiana.

I due fattori principali che incidono sull'approccio abituale ai vari media risultano essere l'età e il titolo di studio: tra gli Italiani che si collegano abitualmente ad Internet, il 35,8% appartiene alla fascia di età 14-29 anni, seguito dal 26,8% di coloro che hanno tra i 30 ed i 44 anni. L'uso abituale di questo mezzo di comunicazione informatico multimediale, poi, risulta maggiore tra le persone che posseggono una laurea (44,3%) o un diploma di scuola media superiore (30,6%).

In ogni caso, l'Italia rimane "arretrata" nel campo della *health information*. Esiste una concordanza di pareri sull'importanza dell'intervento delle istituzioni (Ministero e Regioni in primo luogo) ai fini della costruzione di una "Società dell'informazione" in ambito sanitario; in particolare, appare necessario utilizzare le opportunità offerte dalle nuove tecnologie per ottenere un cambiamento radicale nel modo in cui sono organizzate le Pubbliche Amministrazioni e nella loro interazione con i cittadini, aumentandone drasticamente l'efficienza.

In tale direzione vanno alcune iniziative, quali la realizzazione del nuovo portale www.ministerosalute.it, recentemente riprogettato con l'obiettivo di rendere un servizio di semplice consultazione sia per i cittadini, che per i professionisti del settore. Si possono anche segnalare le recentissime Campagne di informazione lanciate su temi di grande rilevanza sociale, come ad esempio "Missione Salute" ("vivere meglio e crescere bene",

² Gli intervalli sono approssimativi; il restante 38% non risponde a questa domanda.

³ Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000.

⁴ Per un confronto con i dati dell'anno precedente, consultare il primo Rapporto Censis sulla comunicazione in Italia del 2001.

⁵ Sono stati considerati anche i "rapporti occasionali".

destinata ai ragazzi) o le nuove Campagne di informazione per la dissuasione dal fumo e per una corretta alimentazione, o ancora l'importante novità che riguarda la trasparenza nel settore dei trapianti (è del gennaio 2003 il lancio del nuovo Sistema Informativo sui Trapianti *on-line*, accessibile dal portale del Ministero). Tra i servizi "storici", ricordiamo il SIS (Sistema Informativo Sanitario), il Bollettino di informazione sui farmaci e l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. Anche nelle leggi finanziarie degli ultimi anni è possibile rilevare l'intenzione di investire maggiormente nel campo della tecnologia e dell'informazione, per rilanciare l'Italia verso gli alti livelli raggiunti da altri Paesi all'avanguardia nel campo della *health information*⁶.

9.3 Le esperienze internazionali: "EUPHIN" (European Union Public Health Information Network)

Il Parlamento europeo e il Consiglio hanno lanciato nel 2002 un programma a livello comunitario per la sanità pubblica, per il quinquennio 2003-2008. Gli obiettivi generali sono:

- migliorare l'informazione e la conoscenza per lo sviluppo della sanità pubblica (Strand 1⁷);
- aumentare la capacità di rispondere rapidamente e in maniera coordinata ai bisogni di salute;
- promuovere la salute e prevenire le malattie attraverso l'azione sulle determinanti di salute di tutte le politiche e le attività.

Tra i *papers* prodotti dalla Commissione, quello relativo ad EUPHIN (*European Union Public Health Information Network*) studia il modo in cui implementare le azioni future per migliorare l'informazione sanitaria (Figura 2).

Il sistema informativo sanitario per l'Unione Europea include i metodi, gli attori e i processi necessari per la realizzazione di uno scambio effettivo di informazioni e conoscenze in campo sanitario nell'ambito dell'unione. EUPHIN rappresenta, quindi, il supporto telematico al sistema informativo sanitario dell'Unione.

Più in dettaglio, l'obiettivo dello Strand 1 è raccogliere, elaborare e analizzare i dati sulla salute a livello comunitario, allo scopo di ottenere un'informazione oggettiva, attendibile e comparabile.

Ogni notizia così ottenuta dovrebbe essere in grado di permettere alla Commissione ed agli Stati membri di formulare strategie, politiche e azioni appropriate.

I principali "utenti" dell'informazione sanitaria sono stati individuati come segue⁸:

⁶ Ad esempio, l'art.89 della legge finanziaria 2003, in vigore dal 1° gennaio 2003, al comma 2 prevede che "un contributo statale pari a 75 euro è altresì riconosciuto alle persone fisiche o giuridiche che acquistano o noleggiato o detengono in comodato un apparato di utente per la trasmissione o la ricezione a larga banda dei dati via Internet...", mentre al comma 1 si prevede un analogo incentivo (pari a 150 euro) con riferimento alle TV digitali. Più in generale, nell'ambito della ricerca, all'art.56 della medesima legge si parla dell'istituzione di un "fondo finalizzato al finanziamento di progetti di ricerca, di rilevante valore scientifico, anche con riguardo alla tutela della salute e all'innovazione tecnologica, con una dotazione finanziaria di 225 milioni di euro per l'anno 2003 e di 100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004..."

⁷ Così è stato denominato questo primo importante "obiettivo generale" del programma comunitario in questione.

⁸ Newsletter EUPHIN 2002, numero 7.



- cittadini e pazienti;
 - professionisti;
 - autorità competenti, che hanno bisogno di sistemi di supporto per l'implementazione della legge comunitaria, come ad esempio le direttive su sangue e fumo.
- Questo modo di pensare il sistema informativo sanitario, dovrebbe vedere la sua realizzazione attraverso una più stretta cooperazione con gli Stati membri, tra i Dipartimenti della Commissione (in particolare DG SANCO ed EUROSTAT), con le Agenzie comunitarie ed i *partners* internazionali (WHO e OECD).

In questo contesto, si evidenzia come il continuo miglioramento della qualità dei dati, delle informazioni e delle conoscenze, sia un elemento chiave per lo sviluppo dell'intero sistema comunitario. Per poter effettuare una valutazione sulla qualità si deve in particolare tener conto di caratteristiche fondamentali quali l'accuratezza, la comparabilità, la tempestività e la copertura dei dati o delle informazioni che si stanno analizzando.

Nell'attuale EUPHIN convergono tre sottosistemi:

- *health information exchange and monitoring system* (HIEMS);
- *health surveillance system for communicable diseases* (HSSCD);
- *injury information system* (ISS).

Nell'ambito di questa importante parte del programma comunitario 2003-2008 sulla sanità pubblica, emerge l'ascesa di Internet. Il nuovo sistema informativo sanitario, infatti, si baserà su un portale di sanità pubblica che consentirà l'accesso a importanti e significative risorse di informazione sanitaria all'interno della Comunità, con l'auspicio di diventare uno strumento comune per la diffusione di dati statistici e altre tipologie di informazione a beneficio delle diverse categorie di utenti.

9.4 Le esperienze internazionali: "Information for health", del NHS del Regno Unito

Il Regno Unito è considerato "all'avanguardia" nel campo della *health information*: nel 1998 è stato lanciato un vero e proprio programma di "strategia dell'informazione"

(*Information for Health 1998-2005*), per realizzare il rinnovamento di uno dei più sviluppati sistemi informativi sanitari.

La dichiarazione di apertura del programma, presentato da Tony Blair, ne ha esplicitato le linee guida: “La sfida per il *National Health System* (NHS) consiste nello sfruttare la rivoluzione dell’informazione ed usarla a beneficio dei pazienti. La missione è quella di dare al popolo di questo Paese il miglior sistema sanitario del mondo. Una migliore assistenza ed una migliore salute per tutti dipendono dalla disponibilità di buona informazione, accessibile, dove e quando è necessaria”.

Questa strategia dell’informazione si propone di assicurare che essa venga usata per aiutare i pazienti a ricevere la miglior cura possibile, e affinché i professionisti del NHS posseggano le informazioni di cui necessitano, sia per dispensare le cure, sia per ricoprire l’importante ruolo che spetta loro nel miglioramento della salute pubblica. Per il raggiungimento di tali obiettivi, tra le altre cose si deve poter contare su un veloce e conveniente accesso per il pubblico a servizi informativi on line ed alla telemedicina, come anche su un uso effettivo delle risorse del NHS allo scopo di fornire le informazioni necessarie ai programmatori della politica sanitaria ed ai manager.

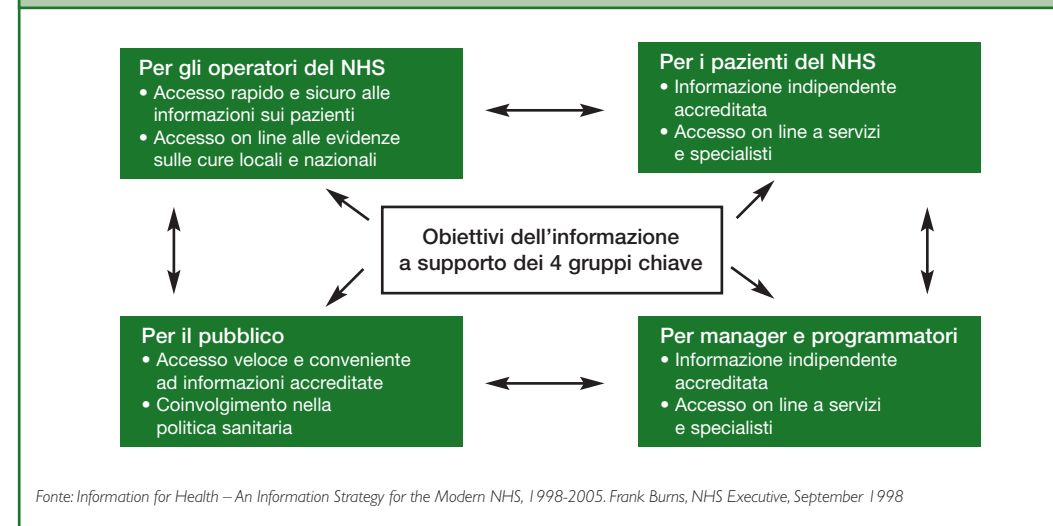
La strategia adottata si fonda sull’integrazione dei sistemi, sulla sicurezza e confidenzialità delle informazioni. Principi, questi, che fungono da supporto al concetto fondamentale su cui è implementato l’intero programma di *health information*: la già citata centralità dei bisogni dei pazienti. In particolare, gli utenti vengono distinti in quattro gruppi, in base ai bisogni informativi che portano: pazienti, operatori sanitari, manager e programmatori, pubblico.

Nella strategia promossa dal NHS e finalizzata a “mettere il paziente al centro” dei processi di erogazione e comunicazione dei servizi sanitari, rientra l’attività del Centre for *Health Information Quality* (CHIQ). Esso ha la finalità di migliorare la capacità del sistema sanitario di fornire informazione di alta qualità riguardo ai servizi offerti, alle diverse alternative di trattamento ed ai risultati. Il CHIQ, nato nel 1997, viene gestito dall’*Help for Health Trust* (HFHT)¹⁰, e lavora in partnership con il NHS e con rappresentanti di gruppi di pazienti, allo scopo di far crescere la sensibilità e la conoscenza degli elementi chiave che comportano lo sviluppo di informazione sanitaria di qualità. Il CHIQ, tra le altre cose, gestisce il sito *HiQuality*, nato per aiutare pazienti e operatori sanitari (medici, farmacisti, strutture ospedaliere, ricercatori) a reperire informazione sanitaria di qualità. All’interno di esso si possono trovare linee guida (relative ad es. ad accuratezza, chiarezza, rilevanza etc.) e alcuni metodi di analisi e costruzione di una esatta comunicazione in campo medico-sanitario.

⁹ Cfr. NHS – *Information for health, An information strategy for the modern NHS, 1998-2005*.

¹⁰ L’*Help for Health Trust* è un’organizzazione indipendente non profit a scopo caritatevole con sede a Winchester, Hampshire. Esso è all’avanguardia nell’offrire una gamma di servizi di informazione di qualità e da Tabellaase sia ad operatori sanitari che agli utenti finali. HFHT è fornitore del NHS del Regno Unito, per il quale ha progettato diversi da Tabellaase, tra cui NHS AtoZ e Help Direct, finalizzati a migliorare la qualità della comunicazione e della erogazione a distanza di servizi sanitari.

Figura 3 - Obiettivi strategici dell’informazione



9.5 E-Health

Stando alle stime della Società di ricerca *Forrester Research*, l’universo dell’informazione sanitaria in digitale vede la presenza nel mondo di oltre 15.000 siti, centinaia dei quali sono in italiano; entro il 2005 oltre 50 milioni di famiglie effettueranno almeno un acquisto *on-line*¹¹.

Per quanto concerne l’Italia, secondo quanto riportato dal Sole24ore del novembre 2000, sulla base di un’indagine condotta nel marzo dello stesso anno, sono circa 2 milioni e mezzo coloro che hanno utilizzato Internet alla ricerca di informazioni medico-sanitarie, con una media giornaliera di circa 400.000 utenti.

Qualche dettaglio in più arriva dai risultati della ricerca “Propensione e atteggiamenti di autocura degli Italiani”, condotta da *Icon Matrix* nel 2000. In quell’anno, i navigatori del web ammontavano a circa 9 milioni; di essi, il 68% dichiarava di essere interessato ad avere informazioni sulla salute, ed oltre il 20% avrebbe gradito avere maggiori indicazioni *on-line* su particolari malattie.

La diffusione di Internet, secondo un rapporto del *National Research Council* (Nrc) americano ed un sondaggio della fondazione svizzera *Health on net* (HON)¹² risalente all’an-

¹¹ Ricordiamo che secondo la legislazione italiana vigente è vietato acquistare farmaci *on line*, contrariamente rispetto a quanto avviene in altri Paesi, come gli USA, dove l’AMA (American Medical Association) ha istituito un vero e proprio sistema di accreditamento dei siti Internet che offrono medicinali in rete. La serietà dell’offerente e la qualità dei prodotti vengono assicurate dalle Associazioni di categoria, che rilasciano una sorta di “bollino di garanzia” ed effettuano controlli periodicamente.

¹² La *Health On the Net Foundation* (HON), creata nel 1995, è un’organizzazione svizzera a carattere internazionale senza fini di lucro, la cui missione è quella di guidare esperti medici e navigatori “profani” alla ricerca di informazioni mediche *on-line* utili e attendibili.

no 2000, presenta certamente delle enormi potenzialità, ma anche notevoli pericoli. A tale proposito, per quanto concerne il nostro Paese si aggiunge la carenza di un quadro normativo adeguato per regolamentare l'utilizzo delle moderne tecnologie dal punto di vista della privacy, della responsabilità medico-legale, della qualità dell'informazione.

Nel periodo febbraio-marzo 2001, la Fondazione svizzera Health on Net ha condotto un sondaggio on line, rivolto a tutti i navigatori del web, per capire l'evoluzione dell'uso di Internet su argomenti di medicina e salute; i partecipanti sono stati 3.030. Il loro profilo: uomini e donne di "mezza età" (il 56% ha un'età compresa tra i 40 ed i 60 anni), che si trovano soprattutto negli USA (54%), anche se una buona parte (26%) risiede in Europa. Prevalgono di pochissimo le donne (51%). Il 28% lavora nel settore pubblico, il 40% nel privato, il 14% per enti *non-profit*.

La maggior parte dei partecipanti al sondaggio HON è rappresentata da utenti esperti nella navigazione (solo il 6% di essi usa Internet da meno di 6 mesi); il 68% di coloro che hanno risposto accede al web giornalmente dal lavoro, mentre da casa vi si connette il 74%. Ben il 96% utilizza lo strumento "e-mail", mentre utilizza il *browser* accedendo ai siti il 93%.

Per quanto riguarda la tipologia di informazione medico-sanitaria ricercata, dalla Figura 4 emerge un grande interesse per la letteratura medica (la ricerca l'83% degli intervistati). Per quanto riguarda la tipologia dei siti navigati, il 71% dei partecipanti sceglie siti medici professionali, il 39% preferisce siti *non-profit*, mentre nelle ultime posizioni si trovano i web sites commerciali (14%) e quelli delle industrie farmaceutiche (19%).

Stando al sondaggio della HON, i maggiori difetti dell'Internet "medico", secondo gli intervistati, riguardano: la precisione delle informazioni (83%), l'affidabilità (79%), la disponibilità di notizie (76%), la facilità nel trovare ciò che si cerca (72%), la privacy (68%), la sicurezza del commercio elettronico (67%).

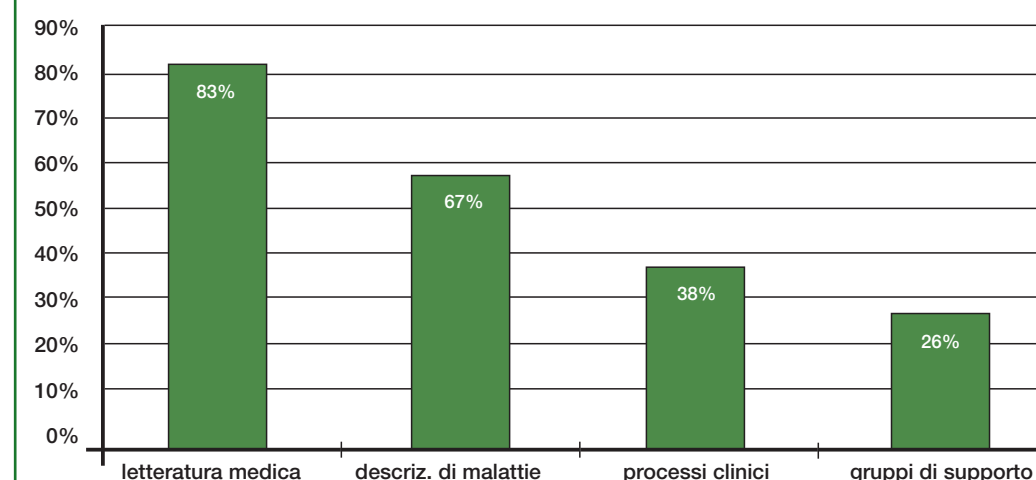
Per quanto riguarda alcuni comportamenti specifici dei pazienti sul web, la maggior parte dei quali preferisce accedere ad informazioni più approfondite e complesse, il 77% di coloro che hanno risposto al sondaggio cerca queste notizie su siti medici professionali, il 64% discute dei risultati ottenuti su Internet con il proprio medico, l'82% cerca informazioni su farmaci, ed il 14% li compra *on-line* (si ricorda che in Italia è vietato dalla legge). Il 43% usa Internet per avere la possibilità di avere una seconda opinione su qualche problema specifico, il 33% effettua occasionalmente consulti medici sul web, mentre solo il 14% utilizza le e-mail per confrontarsi con i medici.

Il sondaggio sottopone specifiche questioni ai medici: il 72% degli intervistati raccomanda la navigazione di siti web ai propri pazienti, l'86% cerca on line informazioni sui farmaci, il 9% li compra via web, il 78% afferma di avere pazienti che vogliono discutere dei risultati trovati su Internet.

Dalla *survey* della HON del 2001 si evince, infine, come il maggior "ostacolo" all'utilizzo di Internet sia la mancanza di tempo (lo dichiara il 73% degli intervistati), seguita dall'insoddisfazione circa la qualità delle informazioni trovate (29%) e dalla convinzione che gli strumenti e le applicazioni esistenti siano inadeguate (22%).

In Italia, il Cerismas (Centro ricerche e studi in management sanitario) dell'Università Cattolica di Milano ha presentato nel dicembre 2002 i risultati di una ricerca denominata

Figura 4 - Frequenza ricerche per argomento



Fonte: HON 2001

Health.net, realizzata, in collaborazione con Oracle, per verificare la capacità delle aziende sanitarie (strutture pubbliche ma anche private) di sfruttare le potenzialità di Internet, ed essere così in grado tracciare lo "stato dell'arte" esistente in Italia rispetto al resto dell'Europa. Dai primi risultati emerge che per il 50% delle aziende sanitarie nazionali Internet risulta ancora un pianeta sconosciuto, ma anche che sono soprattutto le strutture pubbliche, piuttosto che quelle private, ad utilizzare maggiormente le potenzialità del *world wide web* (esse sono titolari di un dominio web nel 78% dei casi, contro il 30% delle strutture private). Per poter effettuare un confronto tra l'Italia e gli altri Paesi, l'indagine (effettuata su 594 siti, di cui 473 italiani e 121 esteri) ha preso in esame le strutture di ricovero pubbliche e private sparse su tutto il territorio nazionale, nonché un campione di aziende situate nelle principali città di sette Paesi: USA, Regno Unito, Italia, Francia, Germania, Canada e Spagna. Dal confronto, è emerso un notevole ritardo dell'Europa rispetto ad USA e Canada, ed un sostanziale allineamento dell'Italia rispetto agli altri membri UE (il numero maggiore di aziende dotate di un sito Internet si trova nel nord della Penisola).

In generale, il risultato sostanziale della ricerca *Health.net* è che il traffico registrato complessivamente sui siti delle aziende italiane è ancora troppo limitato, e la sanità italiana sfrutta solamente il 10% delle potenzialità offerte dalla rete, ed anche il contenuto informativo presente nei diversi siti risulta estremamente variabile. Inoltre, emerge la scarsità del livello di sofisticazione tecnica e quello di personalizzazione dei contenuti.

9.6 La qualità delle informazioni su Internet: linee guida per la costruzione di siti sanitari

Come riportato in un documento dei BDS (Bibliotecari Documentaristi Sanità – SSN), la

stessa letteratura medico-scientifica ha evidenziato il problema della qualità delle informazioni mediche su Internet, basandosi su documentati casi di assoluta inattendibilità di notizie in ambito pediatrico, ginecologico e oncologico. Grande quantità di informazione disponibile, infatti, non vuol dire buona qualità.

Tenendo conto di ciò, negli ultimi anni si è registrata una vera e propria proliferazione di linee guida, create da enti diversi, che hanno il delicato compito di aiutare l'utente, dal professionista al meno esperto, a riconoscere e valutare l'affidabilità di un sito web che offre informazioni sanitarie. Si sono così moltiplicate nel tempo le esperienze ma anche i metodi; di seguito si riportano alcuni esempi di principi e linee guida destinate sia ai pazienti e al grande pubblico, per "risvegliare" il proprio senso critico nella lettura di informazioni medico-sanitarie sul web, sia a coloro che gestiscono i siti web, senza ovviamente la pretesa di realizzare una lista completa delle molteplici iniziative esistenti.

Sul tema l'Unione Europea è scesa in campo diverse volte, con specifiche azioni a favore della *e-health*. Di recente, in particolare, con una Comunicazione non vincolante (di "invito") emanata dalla Commissione il 9 dicembre 2002, in seguito alle decisioni dei Ministri della Salute europei riuniti a Bruxelles il 29 novembre 2002 per il Consiglio UE della Sanità, si chiede più qualità per le informazioni sanitarie *on-line*.

La Comunicazione europea è il risultato del lavoro di oltre 60 rappresentanti, tra Governi, imprese e organizzazioni non governative, nonché della consultazione *on-line* dei cittadini. Vengono stabiliti sei criteri che i siti medico-sanitari dovranno rispettare per poter essere ritenuti "doc". Si tratta di un set di criteri "base"¹³, (*Quality Criteria for Health Related Websites*), che potranno essere implementati nei vari Paesi membri anche con modalità differenti. Tra i principi troviamo la trasparenza, l'autorevolezza, la privacy, l'affidabilità e l'accessibilità dei dati contenuti nei siti che si occupano di sanità e salute (in Europa ce ne sono oltre 100.000, e sono tra i più visitati).

L'invito contenuto nel documento è rivolto ai Paesi membri ed alle Autorità nazionali e regionali, affinché si impegnino a far rispettare i criteri di qualità stabiliti, anche attraverso la realizzazione campagne di informazione e la promozione del loro utilizzo.

In particolare, si stimola la realizzazione di guide all'uso e di sistemi di accreditamento, chiudendo la Comunicazione con un esplicito intento: la realizzazione futura di un "bollino" di qualità europeo per i siti che si occupano di salute.

L'applicazione dei criteri di qualità sarà monitorata dalla Commissione Europea nel contesto del piano di azione "*e-Europe 2005*". Si tratta di un'iniziativa che rappresenta, come ha commentato il Commissario alla Sanità David Byrne, "un primo significativo passo per il raggiungimento di un'informazione sanitaria su Internet davvero di qualità".

Un primo esempio di adattamento dei principi base riguarda la creazione di veri e propri codici di condotta, realizzati da alcuni Enti per garantire la qualità delle proprie informazioni divulgate, come il codice etico per l'*e-health* realizzato dalla *Internet Healthcare*

¹³ Per maggiori dettagli, si rimanda al documento originale della Commissione UE per maggiori dettagli (*Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites, CE, Bruxelles 29.11.2002*).

Coalition (vedi oltre).

La *Internet Healthcare Coalition*, (IHC) è un'organizzazione internazionale *non-profit* nata nel 1997 in seguito ad un *meeting* della *Food and Drug Administration*, con lo scopo di "educare" i consumatori ed i professionisti in campo sanitario seguendo l'evoluzione dei temi e degli strumenti collegati alla qualità delle risorse e delle informazioni sanitarie su Internet, in modo da riuscire a distinguere le informazioni affidabili da quelle fraudolente. In questo campo, l'IHC è l'unica organizzazione non destinata a target specifici: tra i membri, infatti, vi sono individui, imprese, organizzazioni di ogni settore compreso nello "spazio sanitario" sul web, compresi consumatori, rappresentanti governativi, istituzioni accademiche etc. Importante risulta l'azione interattiva: sono stati istituiti veri e propri forum di discussione con gli utenti interessati, per lo scambio di opinioni e materiali.

Tra le azioni più importanti citiamo l'*e-Health Ethics Initiative*, nata con lo scopo di sviluppare e promuovere una serie di principi etici per guidare la "comunità sanitaria" di Internet. Nasce così nell'anno 2000 l'*e-Health Code of Ethics*, cui converge un insieme di principi, tra i quali l'onestà, la chiarezza, la qualità, il consenso informato, il rispetto della privacy, per aiutare gli utenti del web ad usufruire di tutte le potenzialità del nuovo strumento multimediale di informazione, rendendoli comunque consapevoli dei rischi cui è possibile incorrere quando si cercano informazioni, servizi e prodotti sanitari sui siti Internet.

Un secondo esempio riguarda il caso di codici che vengano realizzati da organizzazioni "terze", generalmente indipendenti e autorevoli, cui i siti possono uniformarsi. È il caso dell'"HON Code", messo a punto dalla già citata *Health On Net Foundation*, ente svizzero che rilascia certificazioni di qualità a chi si attiene al codice.

Tali linee guida sono le più "antiche" (risalgono al 1996) e maggiormente utilizzate, (solo in Europa vi aderiscono più di tremila siti) e si compongono di otto principi fondamentali che costituiscono il cosiddetto "codice HON".

I principi dell'HON Code indicano, ad esempio, che è buona norma che le informazioni diffuse da un documento web includano i riferimenti alla fonte originale (ad esempio i riferimenti bibliografici di un articolo scientifico oppure il link al sito del convegno ove sono state divulgate le informazioni riportate). È poi opportuno che il sito contenga indicazioni sull'autore e sulla relativa organizzazione di appartenenza, riportando inoltre un indirizzo al quale gli utenti possano chiedere maggiori dettagli o supporto. Ancora, tra le altre cose, il codice HON suggerisce di dichiarare esplicitamente sul sito eventuali sponsorizzazioni che bisogna mantenere separate dall'informazione stessa, allo scopo di poter distinguere una informazione commerciale da una scientifica. Non bisogna poi dimenticare l'importanza della privacy: il responsabile del sito deve impegnarsi sull'onore a rispettare le condizioni legali di confidenzialità delle informazioni mediche e delle informazioni personali di pazienti e visitatori, nel rispetto della legislazione vigente nel Paese dove è situato il server. La HON ricorda, inoltre, che l'informazione medica *on-line* può al massimo supportare, ma mai prendere il posto di quella "tradizionale", ossia sostituire il rapporto medico-paziente.

L'HON Code è un sistema di certificazione auto-regolamentata, cui è possibile aderire in maniera volontaria, e si basa sul concetto di *active seal*: tutti coloro che aderiscono si

impegnano ad osservare rigorosamente le regole di condotta e vengono autorizzati, dopo una verifica di validità, a pubblicare *on-line* il marchio di qualità rosso e blu HON Code. In qualsiasi momento quest'ultimo può essere tolto, nel caso in cui la comunità Internet oppure un apposito gruppo della HON, mediante controlli a campione, dimostrino che non sono stati rispettati i principi.

Proprio per la sua semplicità di utilizzo, per la sua "anzianità" (è stato probabilmente il primo a fornire in rete un tale servizio) e per l'impegno nell'affrontare i principali problemi etici legati alla qualità dell'informazione sanitaria, il Codice HON è attualmente molto diffuso, anche tra strutture "influenti" (es. Mayo Clinic, USA e CHIQ di *Health for Trust*).

Citiamo infine l'*Health Information Technology Institute* (HITI), che è un'Associazione nord-americana a scopo non lucrativo, la cui mission è quella di utilizzare le tecnologie dell'informazione per migliorare la sanità. L'HITI, in collaborazione con l'*Agency for Health Care Policy and Research* (AHCPR) e col finanziamento di *Mitretek Systems*, ha elaborato un interessante documento intitolato "Criteri di valutazione della qualità dell'informazione sanitaria su Internet" (*Criteria for assessing the quality of health information on the Internet*), pubblicato nell'ottobre 1997. Esso contiene una lista dettagliata ed elaborata di criteri importanti per determinare la qualità di un sito Internet, ed è destinato ai politici, nonché a coloro che forniscono le informazioni ed al grande pubblico che ne usufruisce. Rimandando al *paper* originale per i dettagli, elenchiamo di seguito, in sintesi, i sette principi che sono stati dichiarati necessari per la valutazione:

- credibilità (fonte, contesto, attualità dell'informazione, pertinenza-utilità, procedura editoriale);
- contenuto (esattezza, certificazione, indicazione fonte originale, declinazione di responsabilità, mancanza di omissioni);
- presentazione del sito (scopi, profilo);
- links (selezione, architettura, contenuto, facilità di ritorno e descrizioni);
- design (accessibilità, navigabilità, motori di ricerca interni);
- interattività (ritorno dell'informazione, forum di discussione, descrizione degli eventuali algoritmi);
- avvertenze (chiarimenti sulla funzione del sito).

9.7 Considerazioni finali

L'*Health Information*, e in particolare la cosiddetta *e-Health*, è un'area in rapida evoluzione, per la quale è crescente l'attenzione da parte delle istituzioni.

L'interesse è giustificato per un verso, dalla crescente consapevolezza dell'importanza di agire sul lato della domanda, per garantire il corretto funzionamento dei mercati, dall'altro dai rischi connessi ad un indiscriminato uso delle potenzialità tecnologiche per veicolare informazione non sufficientemente controllata.

In questa ottica, i mercati sanitari rappresentano un esempio paradigmatico, caratterizzati come sono da asimmetria informativa e non omogeneità dei servizi offerti.

Nel Regno Unito, non a caso, l'informazione è al centro dei progetti politici per la Sanità; anche a livello comunitario l'argomento è oggetto di attenta valutazione e investimento.

In Italia, malgrado le affermazioni di principio, l'evoluzione della materia appare non adeguatamente governata, essendo lasciata per lo più a iniziative spontanee a livello locale, e ad alcu-

ne iniziative ministeriali, con uno scarso coordinamento fra i vari dicasteri, limitatamente all'educazione a stili di vita più salutarì.

La necessità di potenziare e finanziare il settore è dimostrata dai dati sui "costi" evitabili con un'adeguata informazione. Sul versante degli stili di vita, secondo l'Istat nel 1998 ci sono stati 7.866 decessi causati da incidenti stradali, pari all'1,39% dei decessi totali per tutte le cause (escludendo i morti a meno di un anno di vita). Sempre secondo l'Istat, gli incidenti stradali da veicoli a motore costituiscono circa il 60% della mortalità giovanile per cause violente. Nel 1999 ci sono stati 918.000 incidenti domestici, che hanno coinvolto 762.000 persone (13,3 persone su 1.000 ne hanno subito almeno uno). Inoltre, è ancora scarso l'utilizzo dei mezzi multimediali, ed in particolare di Internet, come "supporto" per l'erogazione dei servizi (CUP, etc.). Il ritardo italiano in tale settore è forte e condiziona persino dibattiti centrali nel nostro sistema, come quello delle liste di attesa: la diffusa carenza di centri di prenotazioni unificati a livello metropolitano rende infatti impossibile una corretta stima dei tempi di attesa.

Sostanzialmente non sviluppata è poi la funzione di sensibilizzazione dei cittadini ad un uso più consapevole dei servizi pubblici; la responsabilità dell'appropriatezza dei servizi è lasciata (anche dalle più recenti normative in questione, quale quella sui LEA) tutta alle politiche dell'offerta. L'esperienza internazionale sembra però indicare che probabilmente ciò non è sufficiente, anche perché sta cambiando il classico paradigma del rapporto di agenzia medico-paziente, con una sempre maggiore autorevolezza del secondo nel prendere parte al processo decisionale sui propri stili di vita e sulla propria salute.

Infine, non si può tacere un ritardo a livello istituzionale sul versante dei rischi derivanti dalla cattiva informazione: l'accreditamento nel campo dell'informazione sanitaria ancora segna il passo, con il rischio di vanificare le pur presenti spinte positive per un potenziamento del settore.

Bibliografia

Leggi e documenti

ASMI (Associazione Stampa Medica Italiana) - Articoli vari, 2000

BDS (Bibliotecari Documentaristi Sanità, SSN) - Articoli vari, 2000-2002

Bibliocom - Atti dei seminari, 2000-2002

CENSIS - *Rapporto sulla situazione sociale del Paese* 2001, 2002

CENSIS-UCSI - *Rapporto sulla comunicazione in Italia*, 2002

Commissione Europea - *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions - eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites*, CE, Bruxelles, 29.11.2002

Commissione europea - *E-Health, Quality Criteria and Draft Guidelines*, 2001

Department of information science, City University of London - Documenti vari

Il Sole 24Ore - Articoli vari, 2000-2001-2002

Internet Healthcare Coalition - *E-Health Ethics Initiative* 2000

Ministero della Salute - *Relazione sullo stato sanitario del Paese* 1999, 2000

NHS - Information for health, *An information strategy for the modern NHS* 1998-2005

Parlamento Italiano - *Legge finanziaria* 2001, 2002, 2003

University of Heidelberg, Department of Clinical social medicine - *Patient use of websites*

Siti Internet

Centre for health information quality e help for health trust (www.nhsdirect.nhs.uk)

Commissione Europea (www.europa.eu.int)

Department of Health, UK (www.doh.gov.uk)

Health information technology institute (HITI) (www.hiti.org)

Health on the net foundation (HON)- (www.hon.ch)

Internet Healthcare Coalition (www.ihealthcoalition.org)

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés (www.sante.gouv.fr)

Ministero della salute (www.ministerosalute.it)

National Health System (www.nhs.uk)

Osservatorio della Comunicazione Sanitaria dell'Università di Pisa (www.ocs.unipi.it/finalita.htm)

Capitolo 10

Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario

Corrado Cuccurullo e Marco Meneguzzo

10.1 Premessa

I sistemi sanitari regionali presentano numerose differenze, anche nei risultati economici che conseguono. In molti casi i disavanzi sembrano essere crescenti ed insostenibili senza manovre di tipo strutturale. Le tensioni economico-finanziarie, peraltro, sono destinate ad aumentare nella prospettiva della *devolution*. Molte Regioni si troveranno, di conseguenza, ad assicurare i servizi sanitari con risorse finanziarie erose sia dai disavanzi strutturali che dalla riduzione delle medesime, derivante dai nuovi meccanismi finanziari.

Rispetto a questo scenario, le Regioni si stanno orientando in modo diverso, ma quasi tutte nella direzione di ridefinire la struttura del sistema. Sembra emergere il quadro che le positive performance della sanità non dipendono tanto da modificazioni nella condotta delle aziende, quanto dalla capacità di governo del settore da parte delle Regioni. In altre parole, le politiche regionali, in campo sanitario, vanno ad incidere più su aspetti “macro” - interventi sugli assetti istituzionali e sui confini pubblico-privato del complessivo sistema regionale – che su aspetti “micro”, come il governo dei fattori produttivi e la diffusione dei sistemi manageriali. Questo articolo si incentra sui riflessi del nuovo scenario economico-finanziario sulle strate-

gie regionali. In questo senso, premettiamo che, sebbene la performance delle aziende e dei sistemi abbia componenti finanziarie e non, ai fini delle nostre riflessioni, le prime assumono particolare rilevanza. Obiettivo di questa riflessione è descrivere e spiegare (I) il mutato scenario strategico del settore sanitario; (II) le principali opzioni strategiche adottate dai sistemi sanitari regionali nell'affrontare il problema dei disavanzi finanziari; (III) i processi di ricentralizzazione (*grip back*).

10.2 I sistemi sanitari nel nuovo scenario finanziario

La prima fase dell'aziendalizzazione (1995-2001) è ormai terminata. Analizzando, dal punto di vista qualitativo, i risultati e le conseguenze della "riforma bis" sembrano emergere alcuni significativi elementi:

1. il processo di aziendalizzazione si è sviluppato con differente velocità ed intensità nei diversi contesti regionali: appaiono, infatti, marcate le differenze su base geografiche tra le Regioni settentrionali e quelle del Centro-Sud. Basta riflettere sulle disparità in merito alle dotazioni infrastrutturali e alla programmazione regionale¹; e, ancora, possono menzionarsi (I) le difficoltà di molte aziende nel conoscere i costi e/o gestire le strutture di responsabilità, pur avendo introdotto il budget, (II) i ritardi nel consolidamento organizzativo causati da un'insufficiente e/o inefficace gestione del cambiamento. Il divario Nord-Sud ha comportato, nei fatti, un progressivo rafforzamento delle Regioni settentrionali che hanno dimostrato una notevole capacità strategica e operativa, specialmente se si analizzano le scelte adottate in merito (I) alle politiche di accreditamento, (II) alle agenzie operative regionali, (III) alle politiche di sperimentazione gestionale, (IV) alla cooperazione tra pubblico e privato, (V) all'integrazione dei fondi sanitari regionali con risorse aggiuntive;
2. l'autonomia regionale si è spesso tramutata in un neocentralismo regionale, che ha giocato sfavorevolmente per la crescita manageriale delle aziende sanitarie pubbliche. Di fatto, invece, che un'aziendalizzazione vera e propria, vale a dire una compiuta autonomia sul piano decisionale, organizzativo, finanziario, economico-patrimoniale delle aziende, è emersa la tendenza delle Regioni a ricoprire un ruolo più ampio di governance del sistema sanitario. La conseguenza del neocentralismo risulta, quindi, in una delimitazione dello spazio strategico – in cui si esplicita l'autonomia aziendale – delle aziende, più o meno marcata a seconda delle scelte delle singole Regioni;
3. un ulteriore elemento significativo, per considerare le distinzioni dei sistemi sanitari regionali, è espresso sicuramente dagli indicatori di performance finanziaria.

Quest'ultima considerazione assume un'importanza critica. Le tensioni economico-finanziarie dei diversi sistemi sanitari regionali sono destinate ad acuirsi con l'ipotesi di *devolution*, anche perché, con tutta probabilità, il settore sanitario costituirà il principale banco di prova di tale processo, dato che i fondi sanitari rappresentano gran parte dei bilanci sanitari. Anzi, la *devolution* nel settore sanitario è considerata, per alcuni versi, uno strumento di ulteriore responsabilizzazione delle Regioni nei confronti dei deficit finanziari: si tenga, infatti, presente che ormai la spesa sanitaria ha assunto un trend insostenibile, crescendo in misura

¹ Sulle dotazioni infrastrutturali si veda il Rapporto OASI 2001, op.cit.

superiore al PIL nel quadriennio 1998-2001².

Tali tensioni sono rilevantemente critiche ai fini delle politiche sanitarie regionali e delle scelte strategiche che possono compiere le aziende. Il meccanismo finanziario della *devolution*, infatti, pur in presenza di un fondo perequativo, comporterà una drastica riduzione delle risorse per le Regioni, tipicamente meridionali, con minore capacità reddituale e un aumento per altre Regioni. Chi ottiene meno, per mantenere la stessa capacità di spesa di cui dispone attualmente, è chiamato ad aumentare la capienza del proprio fondo sanitario regionale ricorrendo a un considerevole aumento dell'imposizione fiscale – manovra che in alcuni casi ridurrebbe le capacità di sviluppo economico regionale, oltre che essere impopolare sotto il profilo squisitamente politico – oppure all'indebitamento; in alternativa, è costretto a ridurre i costi dei servizi mediante tagli all'offerta³.

Al di là di una serie di dubbi che vengono avanzati sulla *devolution* – peraltro, più propriamente di carattere politico, come lo smantellamento del sistema di *Welfare*, la possibilità di forti diseguaglianze nella tutela della salute, la perdita di coesione – vale la pena rimarcare che il meccanismo finanziario della *devolution* acuirà il divario, anche perché molte Regioni, che presentano i maggiori deficit manageriali, riceveranno meno risorse⁴.

Di fronte a questo scenario, le Regioni, attraverso le proprie leve decisionali, tendono oggi ad affrontare le criticità diversamente da quanto avvenuto nella prima fase dell'aziendalizzazione: incidono meno sul versante della condotta delle aziende – attraverso stimoli ed incentivi all'innovazione manageriale e al corretto posizionamento strategico delle medesime – e si orientano sempre più e in forma più diretta alla rimodulazione della struttura del sistema.

La struttura del sistema è formata dal numero, dalle dimensioni degli attori pubblici e privati, dalle interazioni tra essi, dalla dotazione del fondo sanitario regionale, dalle forme di competizione e cooperazione che si instaurano tra i diversi attori.

Tali manovre sono spiegabili in base al modello, presentato in Figura 1, che assume che la struttura del sistema influenzi il modo di operare delle aziende e quest'ultima variabile determini la performance del sistema. Su tutte le variabili – struttura, condotta, performance – così come sulla domanda e sull'offerta⁵, può intervenire la Regione per regolarne il funzionamento ed ottenere una migliore performance. Lo *switch* tra interventi a livello micro – sulle singole aziende – e a livello macro – sul complessivo sistema – viene effettuato, nella maggioranza dei casi, perché si giunge a constatare l'impossibilità per le aziende di raggiungere determinate performance a causa di assetti istituzionali e meccanismi di finanziamento dei sistemi non coerenti. La performance, chiaramente, ha componenti finanziarie e non, ma, ai fini di questo capitolo, che si incentra su come il nuovo scenario economico-finanziario si riflette sulle strategie regionali, le prime assumono una maggiore rilevanza.

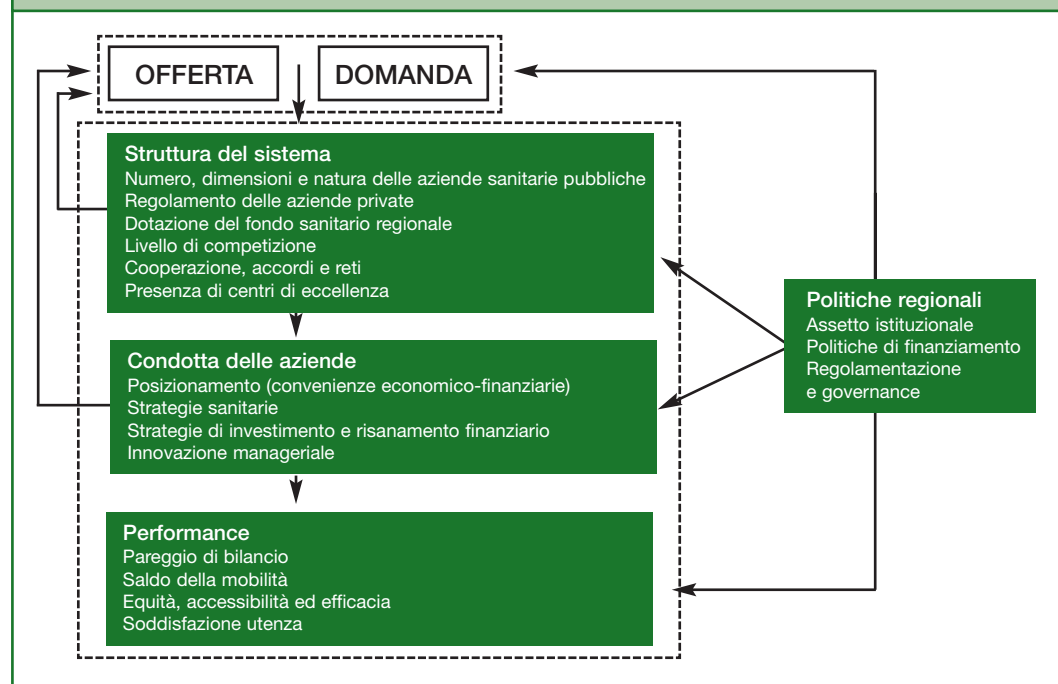
² Il Sole 24 ore, 8 giugno 2002: La sanità mina il bilancio.

³ L'ipotesi più avanzata di *devolution* riguarda addirittura la regionalizzazione dei modelli retributivi e normativi per il personale.

⁴ Il Sole 24 Ore, 17 settembre 2002: Sud, la *devolution* porta più tasse.

⁵ Le Regioni possono regolare anche la domanda e l'offerta: si pensi, per esempio, all'introduzione dei ticket, nel primo caso, e alla riduzione della spesa per beni e servizi, nel secondo.

Figura 1 - Le opzioni strategiche delle politiche regionali



10.3 I disavanzi regionali

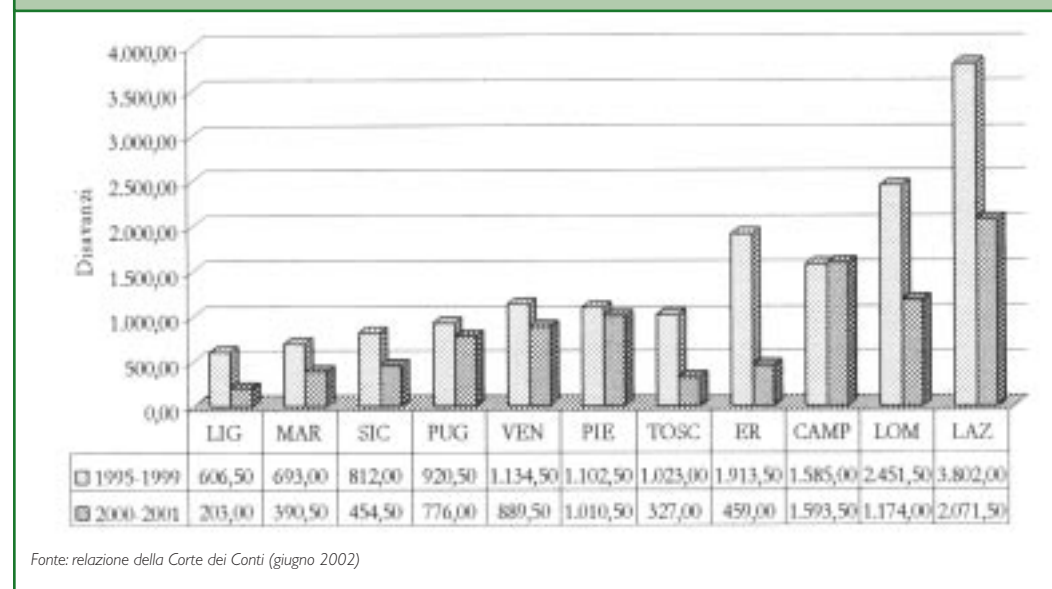
Il problema del progressivo disavanzo registrato dal sistema sanitario deve risolversi a livello regionale. Nella Figura 2, si riporta una rielaborazione dei dati sui disavanzi delle sanità regionali, indicati dalla Relazione della Corte dei Conti sulla spesa sanitaria, da cui può evincersi che:

1. le Regioni con i maggiori disavanzi consolidati sono Lazio, Campania e Lombardia;
2. le regioni del Centro-nord sono quelle con i minori disavanzi cumulati, quali le Marche, la Liguria, la Toscana e l'Emilia; anzi, per alcune di esse, si può parlare di tendenza al pareggio;
3. il Lazio, la Campania e la Lombardia presentano un trend dei disavanzi dell'ultimo biennio, in termini percentuali, superiore a quello del quinquennio 1994-1999; Toscana ed Emilia, regioni confrontabili con le precedenti quanto a dimensioni, presentano un trend inverso. Peralto c'è da notare che l'assetto organizzativo e il sistema di finanziamento di Toscana ed Emilia è molto simile a quello del sistema sanitario regionale campano e laziale, mentre totalmente diverso è quello della Lombardia, che si impernia sulla completa separazione tra funzioni di acquisto e funzioni di erogazione delle prestazioni e sulla piena equiparazione delle tariffe di rimborso per ospedali pubblici e privati⁶.

Le cause che determinano il livello di deficit sono sicuramente molteplici. Tra queste però appare, innanzitutto, significativo la dimensione del finanziamento per ogni Regione, perché, in

⁶ Sulle similitudine e le differenze tra i sistemi sanitari regionali, in termini di assetti istituzionali e meccanismi di finanziamento, si veda il Rapporto OASI 2001, op.cit.

Figura 2 - I disavanzi regionali (mil euro)



realtà, il meccanismo della ponderazione e il diverso impegno di risorse proprie da parte delle Regioni sono determinanti per alcune differenze⁷: si spiega in questo modo perché alcune Regioni del Centro Sud dispongano di livelli di finanziamento inferiori alla media nazionale. Tuttavia, questa constatazione, da sola, non serve a spiegare difformi performance economico-finanziarie tra i diversi sistemi regionali. Secondo il Censis (2001) non vi è una corrispondenza diretta tra disavanzo e finanziamento ponderato.

Perché allora questi risultati? Molto probabilmente la concorrenza tra pubblico e pubblico (ASL e Aziende Ospedaliere) e tra pubblico e privato, introdotta con il D.L.vo 502/92, così come realizzata nei sistemi sanitari regionali campano, laziale e lombardo produce effetti distorsivi. Il quasi mercato creato nei sistemi regionali si basa su una concorrenza di tipo amministrato, vale a dire che le tariffe sono uniformi, sebbene differenziate in molti casi per assetto proprietario dell'erogatore, e fissate dalle Regioni. Non si è ancora pienamente sviluppata la concorrenza negoziale, in cui le tariffe sono negoziabili al ribasso e i contratti non sono validi per tutti gli erogatori, bensì specifici.

Nel regime di concorrenza amministrata, il sistema è orientato dalle "libere" scelte dei pazienti, ma, tuttavia, tale forma di concorrenza comporta seri problemi di controllo della spesa sanitaria, perché il finanziamento a prestazione incentiva di per sé la proliferazione dei volumi di prestazioni, anche in termini opportunistici.

Il governo del sistema risulta più efficace nel caso della concorrenza regolata, in cui i cittadini sono indirizzati al "fornitore preferito"; in altre parole, il sistema è guidato dalle scelte degli acquirenti.

In alcuni casi, dove la presenza del privato assume ragguardevoli dimensioni, la migliore

⁷ Si veda il Rapporto OASI, op.cit.

forma di *governance* del sistema sanitario regionale, così come dimostrato dall'esperienza catalana, è il mercato relazionale⁸, in cui gli aspetti di competizione tra i centri erogatori sono stati sostituiti dalla cooperazione a lungo termine tra gli attori del sistema.

La Regione agisce da stringente regolatore e da finanziatore delle strutture sanitarie più che da acquirente selettivo, così nel lungo periodo gli accordi diventano sempre più simili a trasferimenti di risorse, dato che i rischi finanziari sono molto ridotti.

Sembra, dunque, emergere il quadro che probabilmente le positive performance della sanità non dipendono da modificazioni nella condotta delle aziende, ma piuttosto dalla capacità di governo del settore. Da questo punto di vista sembrano emergere tre differenti strategie di governo:

1. la riconversione e la riorganizzazione del sistema;
2. la ristrutturazione del sistema;
3. il reperimento di risorse finanziarie straordinarie.

Le Regioni non adottano univocamente una di queste strategie. Nella maggioranza dei casi preferiscono un mix. Ciò che è importante comprendere è comunque la principale opzione strategiche che esse assumono.

La prima opzione strategica è adottata da Liguria e Lombardia. Entrambe, ma con diversità intensità e velocità di processo, si orientano ad una maggiore competizione tra pubblico e privato. Attraverso l'aumento del livello competitivo, tentano di recuperare efficienza e qualità. Pertanto, come emerge dai loro Piani Sanitari Regionali, sul versante delle dimensioni del settore pubblico incidono poco, preferendo agire sulla natura giuridica, sull'assetto istituzionale e sulla riconversione della complessiva offerta, con una graduale riconversione dei posti letto degli acuti a favore della riabilitazione e della lungodegenza, soprattutto, nel caso di numerosi piccoli ospedali.

La seconda opzione strategica è quella maggiormente adottata dalle Regioni che hanno ridotto il proprio disavanzo oppure presentano una tendenza al pareggio. L'Emilia Romagna ha, già, accorpato servizi e ristrutturato la rete ospedaliera, diminuendo posti letto e chiudendo piccoli presidi. La Toscana ha ristrutturato la propria rete ospedaliera nel corso di dieci anni: dal 1992 ad oggi i presidi ospedalieri sono passati da 93 a 40 ed i posti letto si sono ridotti dai 26mila del '92 (23mila pubblici e tremila privati), ai 15.400 del 2002 (12.600 pubblici e 2.800 privati). Le Marche hanno in discussione una proposta di legge per il riordino della sanità, che prevede l'accorpamento delle tredici Ausl in un'unica azienda, mentre le aziende ospedaliere passerebbero da quattro a due, e i posti letto invece dovrebbero diminuire da 7.200 a 5.800.

Sul versante del complessivo riassetto della struttura del sistema si stanno indirizzando anche

⁸ I mercati relazionali consistono nel coordinamento di reti di attori istituzionali e non, in base a relazioni bi/multi-laterali di scambio a lungo termine, di collaborazione e dipendenza mutua. Tale forma di governance sorge in contesti in cui gli scambi sono ricorrenti e gli investimenti hanno un componente relativamente elevata di specificità, caratteristiche appunto del settore sanitario (Williamson, 1995). In questi casi, una struttura di governance ibrida, come il mercato relazionale, preserva la proprietà e l'autonomia di gestione degli attori, creando forti incentivi per forme di adattamento autonome (di tipo mercato) alle turbolenze ambientali. In altre parole, il coordinamento dell'interdipendenza mutua e la stabilizzazione delle transazioni tra le parti sono la base del funzionamento del sistema

Effetti distorsivi della concorrenza amministrata nel SSR Campano

Il caso campano è emblematico della distorsione creata dalla concorrenza amministrata in un assetto non coerente. L'assetto organizzativo prevede 13 ASL (di cui 1 sola provinciale) con 51 presidi ospedalieri interni; e a completare l'offerta, ci sono 8 Aziende Ospedaliere (4 a Napoli, le altre 1 per ogni capoluogo di provincia), 2 Policlinici, 3 IRCCS, 3 Ospedali classificati, 78 Case di Cura Private⁹. Sul piano pratico una scelta di questo tipo si traduce nel fatto che oltre il 50% dei posti letto ospedalieri appartiene a soggetti pubblici e privati finanziati con il meccanismo tariffario, cosa che crea la convenienza ad un aumento dei volumi di prestazioni e, quindi, ad un aumento della spesa. Tali scelte, peraltro, non premiano né l'appropriatezza delle cure né tantomeno l'efficacia, dato che esiste una forte mobilità negativa infraregionale ed extraregionale¹⁰. La prima è da addebitare, in gran parte, ad inefficaci scelte di azionamento delle ASL (alcune di esse hanno una mobilità negativa strutturale, a dir poco irrecuperabile), mentre la seconda è dovuta alla mancanza di centri sanitari di eccellenza.

⁹ I dati sono tratti dal Rapporto OASI 2001, op.cit.

¹⁰ Si veda il Rapporto OASI 2001, op.cit.

Regioni con elevati disavanzi, come nel caso della Puglia¹¹. Il tentativo delle manovre di ristrutturazione del sistema si basano essenzialmente su tre leve:

- riequilibrio delle dotazioni sanitarie nel loro complesso;
- riorganizzazione
 - delle attività interne dei presidi ospedalieri, superando la frammentazione degli stabilimenti e la ridondanza delle strutture esistenti;
 - contestuale disattivazione, trasformazione o riconversione di parte degli attuali stabilimenti ospedalieri in strutture residenziali o in altre tipologie di strutture assistenziali;
- accorpamento funzionale di strutture ospedaliere in un unico presidio;
- unificazione dei servizi di diagnosi e cura;
- riqualificazione dell'assistenza ospedaliera, attraverso l'attivazione di centri di eccellenza e di alta specializzazione e/o intensità tecnologica, per riassorbire la mobilità extraregionale negativa.

La terza opzione consiste nel ripianare i disavanzi della sanità mediante il ricorso agli strumenti di finanza innovativa¹², *in primis*, emissioni obbligazionarie regionali, *factoring*¹³ e carto-

¹¹ Si veda il Piano Sanitario 2002-2004 della Regione Puglia.

¹² Oltre le emissioni obbligazionarie e le cartolarizzazioni, lo strumentario della finanza innovativa comprende la finanza di progetto, le collaborazioni pubblico-privato, il leasing, il factoring, le operazioni immobiliari, i finanziamenti europei.

¹³ Il factoring è un contratto con cui un soggetto, denominato cedente, si impegna a cedere i propri crediti di natura commerciale a breve termine a un operatore specializzato, denominato cessionario o factor, il quale, a fronte di un compenso, si impegna a curare la gestione, l'incasso e lo smobilizzo anticipato su crediti.

larizzazioni¹⁴. Particolarmente attiva sul fronte dell'impiego della finanza innovativa si è dimostrata la Regione Lazio, tra i primissimi enti a fare ricorso alle emissioni obbligazionarie specificamente per il settore sanitario, e più recentemente impegnata in operazioni di gestione innovativa del patrimonio immobiliare attraverso operazioni di *asset management*¹⁵ – gestione strategica del patrimonio attraverso operazioni di valorizzazione e dismissione – sul patrimonio non strumentale e strumentale delle aziende sanitarie pubbliche. Tali operazioni prevedono l'incasso anticipato di liquidità perché combinate ad operazioni di cartolarizzazione e nel caso della vendita del patrimonio strumentale la non distrazione dell'uso del patrimonio¹⁶. Per essere efficace, il ricorso alle operazioni di finanza creativa deve assicurare una raccolta sufficiente di risorse per ripianare il disavanzo. Se quest'ultimo dovesse mostrare caratteristiche strutturali la finanza innovativa non produce effetti. Inoltre, tali operazioni devono essere valutate allargando l'ottica al lungo periodo in quanto accrescono l'indebitamento. In conclusione, alcuni sistemi sanitari regionali presentano disavanzi crescenti (Lazio, Campania, Lombardia). Ciò si verifica dove la concorrenza tra soggetti pubblici e tra questi e il privato risulta più elevata. Il disavanzo, in questo caso, è di tipo strutturale, immutabile senza una ristrutturazione del sistema.

Altri sistemi regionali sembrano arrestare la crescita dei disavanzi; in alcuni casi sono in grado di ridurlo. Tale fenomeno si registra dove le tensioni competitive sono più ridotte: vi è un numero ridotto di soggetti pubblici, specialmente dei soggetti finanziati a tariffa, e gli erogatori privati operano secondo le scelte e le priorità della programmazione regionale. Il ricorso alle operazioni di finanza creativa, soprattutto quando non in relazione ad investimenti infrastrutturali, si dimostra una manovra valida nel breve periodo: aumenta la liquidità disponibile, ma accresce l'indebitamento, senza risolvere problemi di tipo strutturale.

10.4 La ricentralizzazione regionale; lo sviluppo di logiche di *grip back* nel Servizio sanitario nazionale

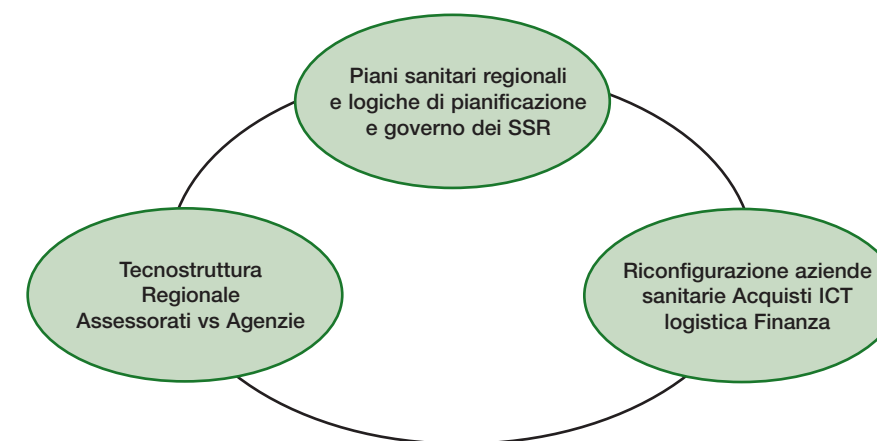
La presentazione delle diverse strategie di governo delle Regioni va inserita in un quadro generale di riferimento sulle tendenze in atto nel SSN, caratterizzato proprio a fine aprile 2003, dal riconoscimento della definitiva autonomia delle Regioni nel settore sanitario, sancito dai

¹⁴ La cartolarizzazione dei crediti (*securitization*) è un'operazione di conversione di crediti in titoli che consente di raccogliere risorse finanziarie tramite la vendita di obbligazioni a terzi investitori. L'oggetto della *securitization* può essere costituito non solo da crediti in sofferenza (come ad esempio mutui in contenzioso), ma anche da crediti in bonis (che hanno un elevato rating perché garantiti da diritti reali), contratti di leasing, e anche da canoni di locazione, in sostanza tutto ciò che produce flussi di cassa.

¹⁵ Altre operazioni di gestione innovativa del patrimonio immobiliare fanno riferimento al *property management* (gestione complessiva dei profili amministrativi, conTabellai, manutentivi e di conformità alla normativa) e al *facility management* (gestione globale dei servizi agli immobili, da quelli tradizionali - impianti, energia, vigilanza e pulizia - all'information technology, alla ristorazione e alla gestione della flotta aziendale).

¹⁶ L'operazione complessivamente si qualifica come *sale&leaseback*. In altre parole, le aziende cedono i propri beni strumentali ad una società veicolo, la quale, in seguito al pagamento del corrispettivo convenuto, si impegna a concedere in leasing il bene stesso secondo le normali regole che governano le operazioni di locazione finanziaria.

Figura 3 - Gli ambiti di applicazione delle logiche di ricentralizzazione regionale



provvedimenti normativi in attuazione del titolo V.

Il tema del federalismo sanitario sta però assumendo una valenza completamente diversa rispetto a quella assunta negli anni '90, con il passaggio dalla focalizzazione sulla sostenibilità all'emergere della ricentralizzazione regionale e del ridimensionamento della autonomia delle aziende sanitarie, introdotta dalla riforma bis del SSN dei primi anni '90.

Negli ultimi anni infatti numerosi sforzi sono stati rivolti al conseguimento di una coerenza tra autonomia istituzionale, a livello di programmazione dei sistemi sanitari regionali, ed effettiva autonomia finanziaria, come ben evidenziano le riflessioni effettuate nei paragrafi precedenti. Alla sostenibilità finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali si è accompagnata una parallela riflessione sulla sostenibilità istituzionale ed organizzativa delle Regioni: nodo della questione era valutare la effettiva capacità delle Regioni di attivare un sistema di relazioni con i diversi stakeholders, pubblici – dagli Enti locali alle Università – e privati – dalle strutture sanitarie private, *for profit* e *no profit* ai professionisti sanitari ed alle loro associazioni –, presenti sul territorio regionale.

Particolare attenzione è stata dedicata alla verifica dell'assetto organizzativo, delle modalità di funzionamento e delle competenze e conoscenze presenti negli Assessorati regionali; verifica che ha evidenziato che le differenze riscontrate nelle capacità gestionali e di offerta delle aziende sanitarie ed ospedaliere erano presenti in misura analoga, se non maggiore, negli Assessorati regionali (Meneguzzo 1997).

I prossimi anni vedranno come nodi critici, insieme ai diversi ambiti della sostenibilità prima ricordati le strategie di ricentralizzazione regionale, viste come risposta immediata e praticabile alle difficoltà incontrate proprio sul terreno della sostenibilità.

Ma cosa significa concretamente ricentralizzazione delle Regioni, in un contesto che vede già le Regioni svolgere un ruolo determinante nei rispettivi sistemi sanitari regionali?

A questa prima domanda va collegata una seconda questione di fondo relativa alla specificità della ricentralizzazione nel sistema sanitario pubblico, rispetto al sistema delle amministrazioni

Esempi di grip back in Italia

I segnali della politica di *grip back* nel contesto italiano sono rappresentati dalle recenti affermazioni fatte dal Ministero della Funzione pubblica sulla necessità di ridurre e semplificare il sistema delle Agenzie indipendenti (le *Authorities*) e il processo che vede il Ministero dell'Ambiente interessato a riportare al proprio interno l'Agenzia Nazionale per la Protezione della Ambiente (ANPA) .

Recenti esempi, proprio nel sistema sanitario sono il nuovo assetto proposto per l'Istituto Superiore di Sanità (riorganizzazione in sette Dipartimenti ed in due centri di ricerca) e per lo stesso Ministero della Salute, per cui sono previsti¹⁸ tre Dipartimenti: Qualità (a cui sono ricondotti programmazione sanitaria, LEA, etica, professioni sanitarie e risorse umane, sistema informativo), Innovazione, Prevenzione e Comunicazione¹⁹.

L'emergenza SARS ed il ruolo forte che sta assumendo lo stesso Ministero della Salute a cui sono direttamente collegate le *task forces* regionali, costituisce oggi indicatore diretto della relazione esistente tra logiche di *grip back* e risposta alle emergenze ed all'incertezza ambientale

¹⁸ Regolamento Consiglio dei Ministri marzo 2003.

¹⁹ Il Sole 24 Ore Sanità 25-31 marzo 2003: Il Ministero avrà tre ...teste

pubbliche del nostro paese e ad altri settori di intervento pubblico, dalla scuola, alla Università e formazione, alla ricerca scientifica.

Concretamente la ricentralizzazione è dinamica esclusiva del SSN oppure è pienamente in linea con le tendenze che stanno interessando dal 2001 il settore pubblico nei paesi avanzati¹⁷?

Negli ultimi due anni le amministrazioni pubbliche stanno adottando in modo sempre più estensivo, logiche di *grip back*, in un contesto a crescente incertezza istituzionale (dalla difficoltà delle organizzazioni multinazionali, alle crisi diffuse di legittimazione politico istituzionale, all'emergere del tema della sicurezza) ed economica (la presenza di fenomeni di recessione e di stasi e stabilizzazione della crescita).

Con questo termine vengono classificate le politiche che in molti paesi, Italia compresa, hanno determinato il rafforzamento della amministrazione centrale, riportando ai Ministeri attività precedentemente affidate ad agenzie operative ed *Authorities*.

Nelle politiche di *grip back* sono presenti aspetti molto diversi, dalla esigenza di ridurre la numerosità e la frammentazione di sistemi di amministrazioni pubbliche, alla necessità di rafforzare la capacità di governo diretto (funzione di *government*) rispetto a quella di interazione con i diversi attori sociali ed istituzionali (funzione di *governance* o di *stewards-hip*²⁰), alla necessità di intervenire sulle modeste performance conseguite dalle agenzie

¹⁷ The Economist (ottobre 2002): Is government disappearing? Si veda anche www.oecd.org/puma

²⁰ Sulle caratteristiche della funzione di *stewardship* nei sistemi sanitari si vedano le considerazioni delle principali agenzie internazionali (Banca Mondiale, OMS, BID, agenzie nazionali di cooperazione) che hanno dedicato nel marzo 2002 uno specifico evento sul tema (si veda www.worldbank.org).

operative rispetto alle attese iniziali dei diversi governi e di ridurre i costi di coordinamento da parte dei Ministeri e la esigenza di consolidare una amministrazione centrale forte nel mutato scenario internazionale.

Tre sono i possibili ambiti di applicazione delle logiche di ricentralizzazione regionale. In sequenza possiamo distinguere (I) le logiche ed i sistemi di pianificazione regionale, (II) le scelte di rafforzamento delle tecnostrutture regionali, dalle Direzioni-Dipartimenti-Settori a cui è affidata nei diversi contesti la programmazione e la gestione del Servizio sanitario regionale, alle Agenzie sanitarie (scelte a livello organizzativo) e (III) gli interventi di riconfigurazione della "catena del valore" delle aziende sanitarie.

10.4.1 Le logiche ed i sistemi di pianificazione regionale

Come anticipato rilevante attenzione è stata recentemente dedicata alle logiche di pianificazione regionale, mettendo in evidenza una crescente differenziazione tra le Regioni ("scelte regionali particolarmente marcate e differenziali") e la presenza di logiche orientate a valorizzare la funzione di governance delle Regioni e molto lontane quindi (apparentemente) da logiche di ricentralizzazione regionali.

Il confronto, effettuato in sede di Rapporto OASI 2002 (Longo, Fattore 2003), su Emilia Romagna, Lombardia e Toscana, su un set di variabili tra cui vanno sicuramente segnalati i valori dichiarati, le relazioni istituzionali, la visione del ruolo della Regione e delle aziende sanitarie ed i modelli di riferimento, mette in luce strategie ed orientamenti regionali molto lontani dalla ricentralizzazione.

Nella Tabella successiva (Tabella 1) vengono messe a confronto le logiche di programmazione regionale, in base ad alcune variabili, introducendo i segnali deboli (e o forti) delle logiche di ricentralizzazione regionale, che verranno collegati agli interventi sulla riconfigurazione della catena del valore

La Lombardia si caratterizza per logiche diffuse di *governance*, richiamando principi come la sussidiarietà orizzontale, la libertà di scelta degli utenti, il conseguente sviluppo di logiche di *empowerment*, la competizione paritetica pubblico-privato.

Alle affermazioni programmatiche si affiancano alcuni segnali "deboli", che sono ormai diventati segnali forti che testimoniano bene come *governance* di sistema sanitario regionali sia pienamente coerente con un "dirigismo regionale".

Tra i segnali deboli vanno sicuramente richiamati la scelta di trasformare le IPAB, aziende non lucrative che intervengono nel settore degli anziani (ricoveri e day hospitali) in aziende sociali e/o Fondazioni con un ruolo rilevante giocato dalla Regione in sede di Consiglio di Amministrazione e soprattutto la proposta, avanzata recentemente di regionalizzare gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)²¹.

Il modello proposto che rivendica il ruolo della Regione come "regolatore e finanziatore", con spazi di autonomia ampi per le aziende sanitarie ed un deciso ridimensionamento del ruolo degli Enti locali (Fattore, Longo 2003), evidenzia il rafforzamento del ruolo della Regione, come capogruppo forte, di un sistema di aziende sanitarie, verso cui sono come vedremo,

²¹ Il Sole 24 Ore Sanità, 1-7 aprile 2003: Formigoni si prende gli IRCCS.

Tabella 1 -Un confronto tra logiche di programmazione regionale

Variabili Regioni	Lombardia	Emilia Romagna	Toscana
Vision Regione	Regione come garante del nuovo Welfare regionale e come regolatrice della autonomia aziendale	Regione coordinatrice del Servizio sanitario Regionale	Regione come architetto del sistema e come responsabile delle performances finanziarie Rafforzamento governo Regione su ospedali
Vision Aziende sanitarie	Enfasi su autonomia, responsabilità e valutazione delle aziende Parità pubblico privato	Enfasi su autonomia, responsabilizzazione e sviluppo strategico organizzativo e gestionale	Possibili scenari alternativi: • Minore autonomia aziende rispetto ad Enti locali ed ospedali • Aziende come centro coordinamento rete interistituzionale
Assetto Istituzionale	Regione raccolta Fondi e finanziamenti produttori Trasformazione produttori in istituti terzo settore privati accreditati	Centralità ruolo AUSL Strumenti forti di governo Funzione committenza infra aziendale	Ospedali governati ad area vasta Società della salute (servizi sanitari, territoriali sociali e sociosanitari) Consorzi ad area vasta (centralizzazione servizi amministrativi)
Segnali Ricentralizzazione Regionale	Regionalizzazione IRCCS Regionalizzazione IPAB	Asl unica area metropolitana Bologna Tre centri servizi regionali sovra Provinciali	Area vasta come centro coordinamento funzioni amministrative e logistico alberghiere

rivolti indirizzi e linee guida che condizionano non solo la pianificazione strategica, ma la stessa gestione operativa.

In Emilia Romagna vengono confermate logiche di governo regionale, nei confronti delle aziende sanitarie, con segnali deboli di *governance*, collegati allo sviluppo di logiche di programmazione interistituzionale (Regione, ASL ed Aziende ospedaliere, Province e Comuni) e l'introduzione e il rafforzamento di logiche di rete nei servizi sanitari territoriali e nel settore ospedaliero (Fattore, Longo 2003).

Questo modello rispetto al modello di *governance* lombardo, conferma il ruolo delle autonomie locali, all'interno delle logiche di programmazione interistituzionale, e non mette in discussione gli spazi finora conquistati di autonomia aziendale (ASL ed aziende ospedaliere);

La trasformazione istituzionale degli IRCCS Lombardi

Con questa proposta la Regione Lombardia intende trasformare i cinque IRCCS operanti a livello regionale, con uno stock di 3800 posti letto, in aziende sanitarie istituendo Consigli di Amministrazione, in cui oltre alla Università (MIUR) ed al Ministero della Salute la Regione è destinata a svolgere un ruolo forte.

L'impatto della proposta regionale, tuttora in fase di stallo, è rilevante se si considera che ai CdA sono attribuite funzioni come definizione dello Statuto e del regolamento di organizzazione, formulazione dell'atto aziendale, indirizzi sulla gestione delle risorse umane e delle partecipazioni societarie.

L'impatto di regionalizzazione IRCCS e IPAB rafforzerebbe la capacità di governo e coordinamento strategico della Regione non solo all'interno del sistema sanitario pubblico ma dello stesso privato *no profit*.

una logica di *government* sembra garantire maggiori spazi di azione rispetto ad una logica di *governance*.

Il caso emiliano-romagnolo evidenzia segnali forti di un sempre maggiore intervento regionale; esempi significativi sono:

- la creazione dell'ASL unica per l'area metropolitana bolognese, che si è caratterizzato come progetto trainato dalla Regione e non dai governi locali (Conferenza sanitaria Regione area metropolitana 2002), in relazione alle indicazioni della legge 3 del 1999;
- la proposta di creare tre centri servizi a livello sovraprovinciale, nell'ambito degli acquisti e della gestione in pool dei servizi amministrativi.

Infine il modello di programmazione adottato in Regione Toscana vede combinate logiche forti di *government* regionale, di cui indicatore significativo è la previsione delle Aree vaste, aggregate intorno alle tre Aziende ospedaliere polo.

Alle aree vaste viene affidata la funzione di programmazione della rete ospedaliere; ma le aree vaste svolgono un ruolo rilevante a livello di influenza sulla gestione delle aziende, dato che viene prevista la centralizzazione delle funzioni amministrative (acquisti, gestione del personale, economico finanziario) nei Consorzi di area vasta (Regione Toscana 2002).

Il deciso orientamento alla affermazione del ruolo centrale della Regione, come referente e promotore strategico delle aree vaste si collega allo sviluppo di logiche di *governance* pubblico, simili a quelle collegate alla adozione di logiche di programmazione interistituzionale in Emilia Romagna.

Perno della *governance* pubblica sono le Società della salute, che diventano snodo interistituzionale rilevante tra le politiche di offerta di servizi sociosanitari delle Aziende USL e quelle di offerta di servizi socioassistenziali da parte dei Comuni (Fattore, Longo 2002).

10.4.2 Scelte a livello organizzativo

Un secondo importante ambito per la verifica della volontà di introdurre e sviluppare politiche di *grip back* nel settore sanitario e sociosanitario è rappresentato dalle scelte fatte a livello di assetto organizzativo.

La riflessione sui modelli organizzativi è strettamente collegata alle riflessioni più generali, proprie del filone del *new public management* e dello sviluppo di logiche manageriali nel settore

Tabella 2 - Alcuni esempi di riorganizzazione della rete di offerta pubblica a livello regionale

- Cooperazione–collaborazione tra Aziende ospedaliere città di Milano ('98 –'01) (sperimentazione nazionale);
- Reti sanitarie Piemonte (reti sanitarie oncologia, trapianti, trauma center);
- Area vasta per servizi logistici, alberghieri ed amministrativi (Regione Toscana) collegata alle Società della salute
- Fusione tra 3 ASL Provincia di Bologna e creazione Centrale interaziendale acquisti
- Attivazione reti interne poli – antenne Asl provincia Trento

Le economie di scala stimate dalla Regione Molise

La Regione Molise stima nel triennio di conseguire economie di scala pari a 32 milioni € di cui 2,7 ricollegabili alla centralizzazione dei servizi amministrativi e tecnici, 7 alla attivazione di gare regionali e acquisti on line, 9 per interventi sulla spesa farmaceutica, 9 per la riduzione dei ricoveri inappropriati e 4 infine per la messa in atto di sperimentazioni gestionali. Di estremo interesse, rispetto ad altre opzioni di ricentralizzazione, è la quantificazione effettuata dei risparmi di spesa associati alla riconfigurazione del sistema sanitario regionale

Il Sole 24 ore Sanità, 4 -10 febbraio 2003.

pubblico, in cui si intende valutare la coerenza tra scelte strategiche e scelte organizzative. A questo proposito va ricordato che la diffusione di logiche di *governance* dovrebbe idealmente tradursi in uno snellimento ed una semplificazione degli assetti organizzativi delle Regioni, attraverso l'adozione dei modelli di amministrazione virtuale, amministrazione a rete ed amministrazione "aperta" (Mintzberg 1996; Rebora 1999; Meneguzzo 2000). Elemento comune ai diversi modelli, che implicano il superamento dei modelli organizzativi burocratici regionali, è il *downsizing* delle strutture organizzative, che si traduce o in un ridimensionamento degli Assessorati o nella creazione di Agenzie pubbliche o ancora ad un ricorso estensivo a società di consulenza e centri di ricerca pubblici e privati. Nella realtà le dichiarazioni di principio della pianificazione regionale su "maggiori spazi di autonomia alle aziende sanitarie, rafforzamento del ruolo degli Enti locali e diffusione della governance" non si sono tradotti in scelte di *downsizing*; all'opposto in alcune realtà regionali si è proceduto al rafforzamento dell'assetto organizzativo interno (*upsizing*) ed in altre alla duplicazione dei centri di governo e coordinamento del sistema sanitario regionale, attraverso la attivazione a partire dal 1994, di Agenzie sanitarie regionali (Lega, Perri 2003). Si può, quindi, affermare che le Agenzie sanitarie regionali rappresentano una delle condizioni necessarie per mettere in atto politiche di ricentralizzazione dei sistemi sanitari regionali e non invece segnale di alleggerimento del ruolo di indirizzo strategico delle Regioni verso un modello di governo diffuso e basato su una molteplicità di attori e soggetti pubblici e privati. Una rassegna delle diverse esperienze in atto evidenzia dinamiche pienamente in linea con le logiche di *grip back* e ricentralizzazione, rappresentate da:

Il riassetto del SSR Calabrese

Al Dipartimento della Sanità fa riferimento la azienda sanitaria unica regionale, da cui dipendono undici zone (le precedenti ASL), suddivise in distretti responsabili della assistenza sanitaria e socio-sanitaria di base. L'offerta di servizi sanitari di secondo e terzo livello (ricoveri per acuti, *day hospital* e *day surgery*, lungodegenza e riabilitazione, specialistica e diagnostica ambulatoriale) viene affidata alle aziende ospedaliere.

Il Sole 24 Ore Sanità, 25 febbraio-3 marzo 2003: *Calabria ASL unica contro l'inefficienza.*

- consolidamento delle strutture a gestione diretta: si evidenzia infatti un deciso rafforzamento delle strutture organizzative gestite direttamente dalle Regioni (Direzioni generali, Settori, Dipartimenti) responsabili dell'intervento nel settore sanitario e socioassistenziale; la maggior parte delle Regioni ha infatti rifocalizzato il proprio assetto organizzativo su un numero ridotto di unità di primo livello;
- attribuzione di funzione di *think tank* alle Agenzie: alle dodici Agenzie sanitarie finora costituite è infatti attribuito un ruolo prevalentemente di centro studi e di supporto e consulenza o all'esecutivo della Regione (Giunta) o all'organo legislativo (Consiglio regionale) (Lega, Perri 2003)

Solo in un caso (Friuli Venezia Giulia) la Agenzia sanitaria interviene in modo diretto sul servizio sanitario regionale, centralizzando a livello regionale funzioni attribuite alle aziende sanitarie (investimenti in tecnologie biomediche).

In questa logica le Agenzie hanno più funzione di promuovere la *governance* regionale, mettendo a disposizione dei diversi *stakeholders* informazioni ed indicazioni; i processi di ricentralizzazione, che pure possono essere studiati, analizzati e progettati dalle Agenzie e gli interventi sulla catena del valore delle Aziende sanitarie sono invece tenuti saldamente in mano dalle tecnostutture regionali a diretta gestione.

I tre casi regionali di possibile istituzione di una ASL unica regionale (Marche, Abruzzo, Molise) vedono infatti confermato il ruolo forte delle tecnostutture regionali, pur in presenza della formula agenziale.

In questa prospettiva, è possibile prevedere, sul modello di quanto successo ai *think tanks*²² interni al settore pubblico, possibili scenari evolutivi per le Agenzie che vanno dal loro deciso ridimensionamento (fino allo smantellamento) al loro possibile rafforzamento (alternativa

²² A tale proposito si ricorda che una analisi comparata delle unità di ricerca e sviluppo a supporto della PA in diversi contesti (USA, Canada, Regno Unito e Francia) ha classificato i *think tanks* in due grandi tipologie. Nella realtà statunitense (Weaver 1990) vi sono tre configurazioni ben distinte che sono "l'università senza studenti", le "organizzazioni per lo svolgimento di ricerche a contratto" e gli "advocacy tanks" (quest'ultima espressione talvolta di lobbies e gruppi di pressione). Nel contesto europeo molti *think tanks* sono direttamente inseriti all'interno della Pubblica amministrazione; esempio interessante è dato dal Segretariato permanente al piano urbano promosso in Francia da una delegazione alla ricerca ed all'innovazione, attivata congiuntamente dal Ministero delle Infrastrutture, trasporti, edilizia e del mare e dal Ministero della Ricerca e della Tecnologia.

Esempi di coordinamento delle politiche di acquisto

Recenti esempi di coordinamento nelle politiche di acquisti con un ruolo forte di promozione e coordinamento strategico delle Regioni sono:

- l'avvio di acquisti in team da parte delle USL della Regione Veneto, che prevede USL Rovigo capofila per aghi e siringhe; USL Treviso e Venezia capofila per pacemakers; USL Vicenza e Treviso capofila per i farmaci ed USL di Padova capofila per il materiale di medicazione (Il Sole 24 ore sanità 25 febbraio 3 marzo 2003);
- l'accordo della Regione Lombardia tra Regione, aziende sanitarie ed IRCCS, in attuazione del protocollo di intesa tra Regione, Ministero Economia e Finanze e Consip, che prevede la realizzazione di una centrale unica di acquisto, dotata di "strumenti informativi e telematici, compreso un *market place*", con validità per il 2004 e con l'obiettivo di conseguimento di risparmi pari a 500 milioni di euro. (Il Sole 24 Ore Sanità, 8-14 aprile 2003: *Lombardia: Beni e servizi : risparmio in cordata.*)

questa poco plausibile in questa fase), attraverso la diretta gestione degli interventi di riconfigurazione del sistema sanitario regionale e di riprogettazione della catena del valore delle aziende sanitarie.

10.4.3 Interventi di riconfigurazione della catena del valore delle aziende sanitarie

Ultimo rilevante ambito di osservazione della tendenza alla ricentralizzazione è rappresentato dagli interventi regionali finalizzati al disegno del sistema sanitario regionale ed alla riconfigurazione della catena del valore delle aziende sanitarie.

Come mostra la Tabella 3 il processo di risonizzazione avviato a seguito dei D.L.vi 502 e 517 dell'inizio degli anni '90, con i correlati interventi di scorporo delle aziende ospedaliere e di fusione delle preesistenti USL, è continuato nel corso degli anni '90.

Esempi rilevanti sono rappresentati dalla sperimentazione gestionale avviata tra le sette aziende ospedaliere pubbliche della città di Milano, che non ha portato alla introduzione di nuovi assetti istituzionali (ad esempio, un'azienda multiospedaliera) (Meneguzzo, 1996) e la fusione tra le aziende sanitarie della area metropolitana di Bologna, avvenuta nel 2002, fusione che è stata accompagnata dalla creazione di un centro servizi, rappresentato dalla Centrale interaziendale per gli acquisti.

Recenti esempi, ricordati come segnali deboli e/o forti della ricentralizzazione, sono rappresentati dalle esperienze delle reti sanitarie piemontesi (Donna, 2002) che hanno rafforzato l'originale approccio alla programmazione sanitaria in Piemonte basato sui quadranti, ossia su macroaree a livello subregionale²³, e la creazione di aree vaste in Regione Toscana, in sintonia con le logiche di attivazione di centri servizio.

Recentemente sono stati elaborati in alcune regioni, di media piccola dimensione, tre progetti

²³ Il Sole 24 Ore Sanità, 25 febbraio- 3 marzo 2003: Piemonte- PSR 2003 2005 al primo sì.

Tabella 3 - I progetti di ricentralizzazione della sanità regionale nel 2003

Marche	ASL unica e 2 Aziende Ospedaliere Igiene, prevenzione e servizi tecnico-amministrativi gestiti a livello Regionale
Molise	2 ASL verso ASL unica Centralizzazione supporto tecnico- amministrativo ASL unica con 11 zone
Calabria	6 Aziende Ospedaliere fornitrici linee guida ed indirizzi regionali

L'esternalizzazione delle attività in Toscana

L'esperienza più interessante è quella dei Consorzi di area vasta della Regione Toscana, costituiti in forma societaria (soc cooperativa a respon limitata), in cui viene concretamente prevista una esternalizzazione a centri servizio a livello infraregionale; in particolare aree di intervento previste sono, nel Consorzio di area vasta dell'area fiorentina (Consorzio area vasta Centro scarl 2003):

- acquisti di gruppo per 174 milioni €;
- gestione dei magazzini e logistica;
- gestione dei sistemi informativi e delle tecnologie informatiche;
- gestione delle procedure concorsuali e della contabilità del personale;
- gestione del patrimonio (manutenzione, appalti ed alienazioni);
- gestione della formazione del personale;
- gestione del servizio affari legali.

di ridefinizione complessiva del sistema sanitario regionale, che combinano la logica dei centri servizi nell'area amministrativa, tecnologica ed alberghieri con la logica di fusione di aziende sanitarie locali.

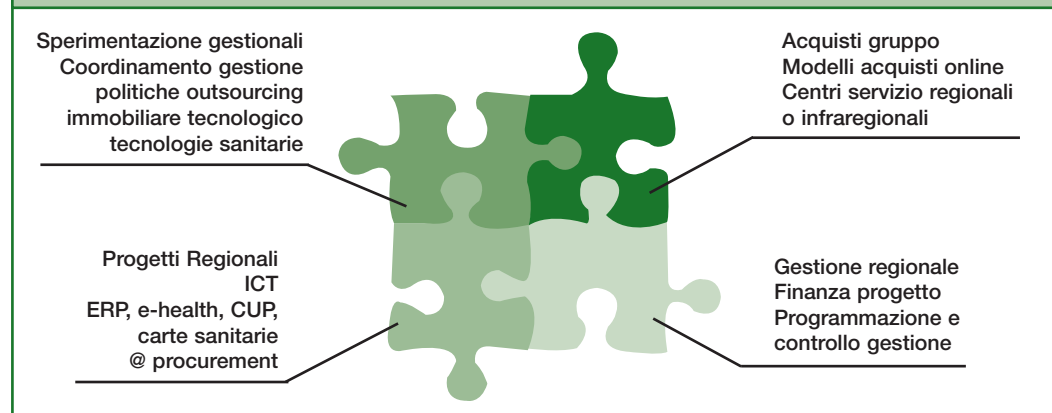
Questi progetti stanno interessando le regioni Marche, Molise e Calabria e vanno valutati con estrema attenzione in quanto possono anticipare l'evoluzione proposta per alcuni sistemi regionali, apparentemente ispirati a logiche di *governance* ma sostanzialmente caratterizzati dal rafforzamento della funzione di governo della Regione. (per un quadro di sintesi sulle caratteristiche delle diverse proposte si veda Tabella 3).

Le Marche hanno svolto un ruolo di apripista nei processi di ricentralizzazione regionale; la proposta della Regione prevede una ASL unica, suddivisa in 13 zone (trasformando così le attuali ASL9 con due Aziende ospedaliere (Fattore, Longo, 2002; Longo, Paruzzolo, 2003)

Questa operazione porterebbe alla centralizzazione dei servizi di supporto tecnico logistico ed amministrativo a livello regionale, mentre per le altre funzioni si prevedono modalità di offerta su scala regionale (igiene pubblica e veterinaria), su scala zonale-subregionale (ospedaliera) e su scala subzonale (distretti sanitari).

L'orientamento regionale è di deciso intervento sulle attività di supporto (le attività infrastrutturali nella catena del valore delle aziende) e di alleggerimento e semplificazione dei processi

Figura 4 - Gli interventi delle Regioni sulla catena del valore delle aziende sanitarie e ospedaliere



decisionali, come evidenzia la “quasi sovrapposizione” tra ASL unica e Regione (Assessorato ed Agenzia).

Il Molise ha recentemente avanzato una proposta²⁴ in stretta coerenza con le logiche di ricentralizzazione. La proposta prevede il passaggio da 4 a 2 ASL, come tappa intermedia verso la ASL unica; obiettivo del *downsizing* istituzionale è la semplificazione dei processi decisionali, il ridimensionamento dei servizi di supporto tecnico amministrativo, il conseguimento di economie di scala collegate alla centralizzazione delle funzioni di supporto ed a una maggiore appropriatezza nella offerta di prestazioni sanitarie.

La Regione Calabria ha recentemente avanzato una proposta di riassetto complessivo del Servizio Sanitario Regionale in cui sono combinati elementi del modello delle Marche (ASL unica regionale) e del modello di separazione acquirente fornitore della Lombardia.

Va segnalato che il nuovo assetto è strettamente coerente con orientamento alla centralizzazione regionale; infatti perno centrale della nuova configurazione è l'Assessorato alla salute ed alla programmazione sanitaria e la sua struttura operativa, il Dipartimento sanità.

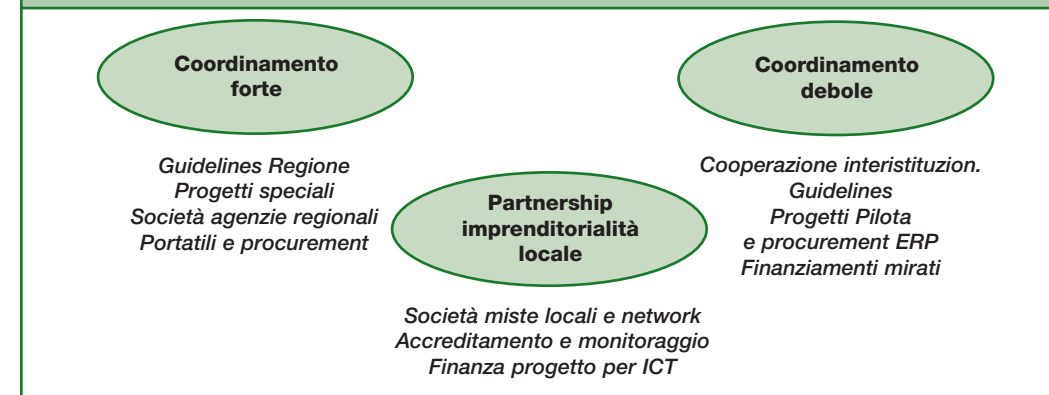
Al Dipartimento della Sanità sono attribuite funzioni rilevanti, ed in particolare la formulazione di indirizzi sull'area ospedaliera, sulla emergenza ed urgenza, sulla diagnostica ambulatoriale e sulla medicina di base.

La scelta di ASL uniche regionali, di rafforzamento delle strutture organizzative regionali, come centro di SSR (con l'eccezione della Marche che individua un doppio coordinamento, Agenzia ed Assessorato) e la ricerca di economie di scala nelle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico, costituiscono elementi trasversali delle tre esperienze esaminate e probabilmente preparano la transizione in altre Regioni verso un'ulteriore spinta alla ricentralizzazione regionale.

La riflessione sulla tendenza alla ricentralizzazione va completata con alcune sintetiche consi-

²⁴ Il Sole 24 Ore Sanità, 4-10 febbraio 2003: Molise Sfoltimento in vista per le ASL.

Figura 5 - I possibili modelli di riferimento di politiche regionali nell'ICT in sanità



derazioni sugli interventi che le Regioni stanno mettendo in atto sulla catena del valore²⁵ delle aziende sanitarie. Negli ultimi due anni, in coerenza con le logiche di ricentralizzazione, le Regioni si sono concentrate sulle fasi della catena del valore delle aziende sanitarie, che consentono di generare interrelazioni di infrastruttura. Sono state in primo luogo ricercate economie di scala nella funzione di approvvigionamento, attraverso logiche di acquisti centralizzati e progetti di creazione di portali di *e-procurement* a livello regionale, in stretto collegamento con le politiche di acquisto on line a livello nazionale²⁶. Altre politiche attivate dalle Regioni nei confronti delle aziende sanitarie hanno interessato altre funzioni di supporto quali amministrazione e contabilità, finanza, esempio di centralizzazione totale delle operazioni a livello regionale, programmazione e controllo delle attività (ad esempio i progetti regionali sul controllo di gestione di Lombardia, Calabria, Marche, Abruzzo), logistica e gestione degli spazi, trasporti interni e comunicazioni, manutenzione immobiliare, tecnologica ed impiantistica. Le Regioni stanno sempre più in questo ultimo ambito promuovendo e coordinando operazioni di *outsourcing* presso le aziende sanitarie, diventando così interlocutori diretti di possibili politiche nazionali per l'esternalizzazione delle attività e delle funzioni nel settore pubblico promosse a livello nazionale. Altro significativo ambito di sviluppo di logiche di ricentralizzazione regionale è quello della *Information Communication Technology* (ICT); tutte le Regioni hanno direttamente coordinato la formulazione di progetti a valere sul piano nazionale di *e-government* ed in alcuni casi hanno messo a disposizione risorse proprie per lo sviluppo di progetti nel campo dell'ICT e del-

²⁵ Con catena del valore (Porter, 1986) vengono prese in considerazione le diverse attività che producono valore all'interno delle imprese, dalla logistica in entrata alla logistica in uscita (sistema di gestione dei servizi, marketing e comunicazione sociale), e tutte le attività di supporto (gestione risorse umane, amministrazione e finanza, tecnologia, approvvigionamenti, ICT). Il concetto di catena del valore è stato successivamente sviluppato in termini di costellazione e reti del valore (Normann Ramirez, 1995; Parolini, 1996) e declinato per le amministrazioni pubbliche (Rebora, Meneguzzo, 1990) e le stesse organizzazioni sanitarie pubbliche in catena della qualità del servizio (Meneguzzo 2000).

²⁶ Per una ricognizione approfondita delle politiche sviluppate dalle aziende sanitarie sulla funzione approvvigionamenti si veda Buccoliero, Meneguzzo, 1999.

l'e-health da parte di ASL ed aziende ospedaliere. Sempre più le Regioni si stanno muovendo da modelli di riferimento improntati a logiche di coordinamento debole, caratterizzati dallo sviluppo di progetti pilota, da finanziamenti mirati e da linee guida non prescrittive a modelli che combinano elementi di *partnership* ed imprenditorialità locale (il cofinanziamento dei progetti presentati dalle aziende sanitarie, la realizzazione attraverso società miste) ed elementi di coordinamento forte (*guidelines* e progetti speciali direttamente gestiti a livello regionale, rafforzamento delle società operative e dei centri servizio operanti a livello regionale – ad esempio CSI Piemonte, Lombardia informatica, Friulia informatica).

Bibliografia

Anessi Pessina E., Cantù E., *L' aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2001*, Egea, Milano 2002.

Annessi Pessina E., Cantù E., *L' aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2002*, Egea, Milano 2003.

Buccoliero L. Meneguzzo M., *Allearsi per comprare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, EGEA, Milano 1999.

Censis, *Federalismo Sanitario: anno zero. Modelli istituzionali, compatibilità di bilancio, indicatori di performance*, Censis, 2001.

Conferenza Sanitaria Regione - Area metropolitana Bologna, *Sintesi dello studio di fattibilità organizzativo-gestionale sul progetto di realizzazione della azienda sanitaria unica 2002*.

Consorzio Area vasta Centro S.c.a.r.l. Firenze - *Relazione di attività febbraio 2003*.

Cuccurullo C., *Il management strategico nelle aziende sanitarie*, Mc Graw Hill Italia, Milano 2003.

Donna G., *Le reti sanitarie nella esperienza piemontese*, Comitato Giorgio Rota, Torino 2002.

Fattore G., Longo F., *Le tendenze evolutive nei sistemi regionali: analisi di alcuni Piani sanitari rappresentativi*, in Annessi Pessina E., Cantù E., *L' aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2002*, Egea, Milano 2003.

Festuccia M., *L'esternalizzazione delle attività e dei servizi nelle aziende sanitarie pubbliche; le best practice*, Dip.to Studi sull'Impresa, Università Roma Tor Vergata 2003.

Lega F., Perri E. *Assessorati regionali alla sanità ed Agenzie sanitarie regionali; un rapporto da costruire e gestire*, in Annessi Pessina E. , Cantù E., *L' aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2002*, Egea, Milano 2003.

Longo F., Paruzzolo S., *Quant'è bello il mio modello*, Il Sole 24 ore sanità 18 - 24 marzo 2003

Meneguzzo M., *Politiche e ruolo delle Regioni per un nuovo Servizio sanitario nazionale* in Ghetti V. (a cura di) *Stato Regioni e mercato per una sanità migliore*, Franco Angeli, Milano, 1997.

Meneguzzo M., *Strategia e gestione di reti di aziende sanitarie*, EGEA, Milano 1996.

Meneguzzo M. *L'innovazione organizzativa nella amministrazione centrale dello Stato: downsizing, fusioni e agenzie*, in Cafferata R., *Management e organizzazione aziendale* ARACNE, Roma 2000.

Mintzberg H., *Managing government, governing management*, Harvard Business Review, Cambridge, MA, may-june 1996.

Normann R., Ramirez R., *La costellazione del valore*, ETAS Libri, Milano 1995.

Parolini C., *Rete del valore e strategie aziendali*, EGEA, Milano 1996.

Porter M., *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di comunità, Milano 1986.

Rebora G., *Dieci anni di riforme*, Guerini associati, 1999.

Regione Lombardia, *Rapporto in ordine al reperimento di nuove risorse per il settore sanità della Regione Lombardia*, Servizio Pianificazione e sviluppo, 1999.

Regione Toscana, *Riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative delle aziende sanitarie: costituzione dei Consorzi di Area vasta*, 2002.

Parte III

Il quadro internazionale

Capitolo 11

Equità nell'accesso all'assistenza sanitaria: aggiornamenti dall'evidenza internazionale

Eddy van Doorslaer

11.1 Premessa

La maggior parte degli stati membri dell'OECD sono, da lungo tempo, giunti vicini alla copertura universale della loro popolazione per un pacchetto abbastanza comprensivo di servizi sanitari. Pur esistendo delle eccezioni, nella maggior parte dei Paesi viene assicurato l'accesso ai servizi medici di buona qualità a costi finanziari relativamente bassi e talvolta a costo zero, anche ai gruppi a basso reddito. Questo è prevalentemente il risultato di una varietà di accordi di assicurazione pubblica diretti ad assicurare un accesso equo. L'equità nell'accesso è anche vista come un elemento chiave della performance dei sistemi sanitari dall'OECD (Hurst e Jee-Hugues 2001).

La questione che sorge è in quale misura i paesi OECD hanno raggiunto l'obiettivo dell'uguale accesso o uguale utilizzo per uguale bisogno, indipendentemente da altre caratteristiche come il reddito, il luogo di residenza, l'etnia, ect.. Il lavoro comparativo cross-country nel contesto del Progetto ECuity (Van Doorslaer, Wagstaff e Rutten, 1993; Van Doorslaer et al. 1992; Van Doorslaer et al. 2000) si è focalizzato sul principio dell'equità orizzontale – cioè quella in cui i bisogni uguali devono essere trattati in modo uguale – ed ha esaminato la grandezza di ogni sistematica deviazione da questo principio per livello di reddito. Van Doorslaer et al. (2000) hanno concluso che sia negli USA che in numero-

si paesi europei si sono scoperte alcune sistematiche deviazioni dal principio di equità orizzontale, cioè che persone con bisogno uguale sono trattate in modo uguale, indipendentemente dal loro reddito. In particolare, abbiamo trovato che spesso il ricco tende ad essere un utilizzatore più intensivo dei servizi medici specialistici di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base di differenze nel bisogno di assistenza. In questo lavoro, ci focalizzeremo su alcuni dei risultati più recenti e sulle loro implicazioni per la politica sanitaria in Europa.

Il lavoro inizia col definire che cosa significa l'equità nel paragrafo 2; i paragrafi 3 e 4 contengono un sommario di ciò che conosciamo riguardo alla performance in termini di equità dei sistemi di assistenza sanitaria in 12 paesi dell'Unione Europea e in tre paesi non appartenenti alla UE. Concluderemo con una discussione nel paragrafo 5.

11.2 Iniquità nell'assistenza sanitaria in Europa: che cosa significa e come può essere misurata?

Molti paesi OECD hanno esplicitamente incluso l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria come uno dei principali obiettivi politici (Van Doorslaer et al. 1993; Hurst e Jee-Hugues 2001). Nella maggior parte dei paesi europei e in Canada, un punto di vista ugualitario di giustizia sociale sembra essere stato un'importante fonte di ispirazione per queste posizioni rispetto all'accesso all'assistenza sanitaria. Questo non è risultato vero per gli Stati Uniti, dove il punto di vista (più libertario) che l'accesso dovrebbe essere garantito per uno standard minimo di servizi sanitari sembra essere stata una delle forze trainanti per l'introduzione e l'espansione di programmi pubblici come Medicaid e Medicare. Ma anche in molti altri paesi possono essere trovate tracce di entrambi i punti di vista. In Irlanda e nei Paesi Bassi, per esempio, i sistemi sanitari si sono proposti soltanto di rendere uguale l'accesso per quelle parti della popolazione a reddito più basso. Normalmente, la versione orizzontale del principio ugualitario viene interpretata nel senso di richiedere che le persone con uguale bisogno di assistenza siano trattate in modo uguale, indipendentemente da caratteristiche come il reddito, il luogo di residenza, la razza, etc. È questo principio di equità orizzontale che ha utilizzato il nostro studio come parametro per i confronti internazionali.

Diversi metodi possono essere utilizzati per descrivere e misurare il grado in cui l'assistenza sanitaria è distribuita in un modo equo. Molti lavori precedenti hanno usato le curve e gli indici di concentrazione per descrivere e misurare l'iniquità orizzontale nell'assistenza sanitaria (cfr. Wagstaff e Van Doorslaer 2000; Van Doorslaer et al. 2000). Qui noi guarderemo soltanto alla distribuzione dei servizi medici tra i quintili di reddito dopo la standardizzazione per differenze nel bisogno. Essenzialmente, questo significa che la distribuzione attuale di assistenza è confrontata con la distribuzione aspettata sulla base delle differenze di bisogno (o morbosità) tra i quintili. Poiché una misura del bisogno di assistenza sanitaria è ottenuta con il metodo della standardizzazione indiretta, si assume implicitamente che siano appropriate le differenze nel trattamento medio tra coloro che hanno un bisogno non uguale. Questo significa che allo scopo di equiparare statisticamente i bisogni per confrontare i gruppi o gli individui, stiamo utilizzando la relazione media tra bisogno e trattamento per l'intera popolazione secondo il principio dell'equità

verticale. In altre parole: nell'assunzione che la relazione media può essere usata come norma (per ogni specifico paese), esamineremo in quale misura vi sono sistematiche deviazioni da questa norma per livello di reddito.

Le distribuzioni di assistenza standardizzate secondo il bisogno per quintili di reddito sono riassunte usando due misure dirette ma approssimate: il rapporto tra il quintile più alto e quello più basso (cioè Q5/Q1) e la differenza tra il quintile più alto e quello più basso (Q5-Q1). Ovviamente, per avere l'equità, il valore del rapporto dovrebbe essere 1 e il valore della differenza dovrebbe essere zero, o almeno non significativamente diversi da questi valori. Uno svantaggio di queste misure è il fatto che esse sono sensibili solo ai due quintili estremi e non alle esperienze dei tre quintili mediani. Una misura più sofisticata, che prende in considerazione l'esperienza di tutti i gruppi di reddito, è l'indice di concentrazione della distribuzione standardizzata. Un valore positivo (negativo) indica iniquità orizzontale che favorisce il miglioramento (peggioramento). Un valore zero indica che non vi è iniquità orizzontale, cioè che l'assistenza medica e il bisogno sono distribuiti proporzionalmente attraverso la distribuzione del reddito.

11.3 Equità nell'assistenza sanitaria in Europa: dove?

A partire dal 1994, l'European Statical Office (Eurostat) ha iniziato l'European Community Household Panel che raccoglie i dati longitudinali sulle caratteristiche socioeconomiche, lo stato di salute auto accertato e l'utilizzo annuale di assistenza sanitaria di campioni rappresentativi di popolazione di tutti gli stati membri dell'UE. Per la prima volta, è diventata disponibile una rassegna dati comparabile in modo veritiero, che consente confronti attraverso l'Europa dei livelli e modelli di utilizzazione dell'assistenza sanitaria. Noi useremo i dati 1996 per compararli con i dati simili per il Nord America, ottenuti dal National Medical Expenditure Panel 1996 degli USA e dal National Population Health Service 1996 del Canada, che sono molto confrontabili con i dati europei.

Le Tabelle 1 e 2 presentano le attuali distribuzioni in quintili standardizzati per bisogno delle visite dei medici generici e specialistici per i paesi dell'UE e del Canada. Nella procedura di standardizzazione, il bisogno è calcolato come il consumo medico previsto secondo variabili demografiche (9 dummies per età/sex), 4 variabili *dummies* per lo stato di salute auto stimato ed una o più dummies per la presenza di una condizione cronica di handicap e della misura in cui ostacola l'individuo nelle sue normali attività. Le distribuzioni standardizzate sono state ottenute aggiungendo la differenza tra le medie osservate e standardizzate, (o previste secondo il bisogno) per quintile e la media dell'intero campione del paese. Le medie previste sono state ottenute utilizzando per convenienza un modello OLS semplice (una parte). I rapporti dei quintili europei devono essere interpretati con cautela, poiché sono stati calcolati come medie ponderate con la popolazione dei quintili del paese specifico¹. Sono stati aggiunti i valori della semplice differenza (Q5-Q1) e del rapporto (Q5/Q1), tra il quintile più alto e quello più basso, per attenuare la comparazione tra paesi delle differenze nell'utilizzo tra ricchi e poveri.

¹ In altre parole, il quintile più basso europeo non contiene il 20% degli europei con i redditi più bassi ma la media ponderata per popolazione del quintile più basso di ognuno dei 12 paesi europei.

Tabella 1 - Numero di visite del medico di base standardizzato secondo il bisogno per quintili di reddito (1996)

Quintili reddito	Austria	Belgio	Germania	Danimarca	Spagna	Grecia	Italia	Irlanda	Lussemburgo	Paesi Bassi	Portogallo	UK	UE-12	Canada
Basso 20% (=Q1)	5.09	5.33	5.00	2.92	4.01	2.16	4.57	4.12	3.36	2.83	3.23	4.02	4.29	3.44
20-40%	5.49	5.68	5.23	3.07	3.90	2.22	4.72	3.83	3.61	2.94	3.43	3.92	4.39	3.33
40-60%	5.47	5.09	5.12	3.37	3.87	2.39	4.46	3.47	3.43	2.98	3.77	3.71	4.26	3.23
60-80%	5.14	4.86	5.20	3.11	3.49	2.04	4.50	3.49	3.22	3.02	3.83	3.79	4.23	3.10
Alto 20% (=Q5)	5.77	5.08	4.67	2.84	3.42	2.10	4.22	3.51	3.02	2.82	3.67	3.59	3.99	3.19
Media	5.39	5.21	5.05	3.06	3.74	2.19	4.51	3.69	3.33	2.92	3.59	3.80	4.23	3.26
Rapporto (Q1/Q5)	0.88	1.05	1.07	1.03	1.17	1.03	1.08	1.17	1.11	1.00	0.88	1.12	1.08	1.08
Differenza (Q1-Q5)	-0.68	0.25	0.33	0.07	0.59	0.05	0.35	0.61	0.33	0.01	-0.44	0.44	0.31	0.25

Fonte: Van Doorslaer et al (2002a)

Tabella 2 - Numero di visite specialistiche standardizzato per bisogno per quintili di reddito (1996)

Quintili reddito	Austria	Belgio	Germania	Danimarca	Spagna	Grecia	Italia	Irlanda	Lussemburgo	Paesi Bassi	Portogallo	UK	UE-12	Canada
Alto 20% (=Q1)	2.40	1.87	2.64	0.92	1.34	1.32	1.05	0.44	2.48	1.45	0.90	1.06	1.60	0.99
20-40%	2.75	1.78	3.21	0.84	1.49	1.47	1.20	0.46	2.32	1.81	0.98	0.91	1.81	1.13
40-60%	2.68	1.74	3.57	1.05	1.48	1.83	1.24	0.58	2.01	1.81	1.22	1.15	1.99	1.13
60-80%	2.66	1.84	3.24	1.25	1.69	1.81	1.31	0.78	2.46	2.02	1.66	1.17	1.97	1.25
Basso 20% (=Q5)	3.67	2.24	3.80	1.09	1.96	1.99	1.51	0.86	2.43	1.84	2.07	1.41	2.30	1.33
Media	2.84	1.89	3.29	1.03	1.59	1.69	1.26	0.62	2.34	1.79	1.37	1.14	1.93	1.17
Rapporto (=Q1/Q5)	0.65	0.84	0.69	0.84	0.68	0.66	0.69	0.51	1.02	0.79	0.44	0.75	0.70	0.74
Differenza (Q1-Q5)	-1.27	-0.37	-1.16	-0.17	-0.62	-0.67	-0.47	-0.42	0.06	-0.39	-1.16	-0.35	-0.69	-0.34

Fonte: Van Doorslaer et al (2002)

È chiaro che alcuni paesi, specialmente Germania e Austria, hanno un numero di visite al di sopra dei tassi medi europei di utilizzazione sia per i medici generici che per gli specialisti. Possono inoltre essere osservati alcuni andamenti generali. Paesi con tassi di utilizzazione al di sotto della media per entrambi i tipi di visite includono l'Irlanda, i Paesi Bassi, la Danimarca, il Regno Unito, il Portogallo, la Spagna e la Grecia. Il Belgio e l'Italia hanno dei tassi al di sopra della media per le visite dei medici generici, ed il Lussemburgo è il solo paese con tassi di visite superiori alla media per gli specialisti. I tassi canadesi di cura dei medici generici e soprattutto degli specialisti sono inferiori alla media europea. Queste differenze tra paesi nella media dei livelli di utilizzazione sono probabilmente strettamente correlate alla disponibilità e alla remunerazione per paese dei medici generici e specialisti.

Più interessante dal punto di vista dell'equità sono le tipologie secondo il reddito. In tutti i paesi, i gruppi a basso reddito sono degli utilizzatori più intensivi dell'assistenza fornita dai medici generici di quanto lo siano i gruppi a reddito più alto. Tuttavia, dopo la standardizzazione per bisogno, la graduazione per quintile quasi sparisce sia nei valori del rapporto che in quelli della differenza per quasi tutti i paesi. In due paesi – Austria e Portogallo – tali valori persino cambiano segno e mostrano differenze a favore dei ricchi. In tutti gli altri paesi, l'utilizzazione dei medici generici sembra distribuirsi molto come ci si aspetta sulla base della morbosità riscontrata.

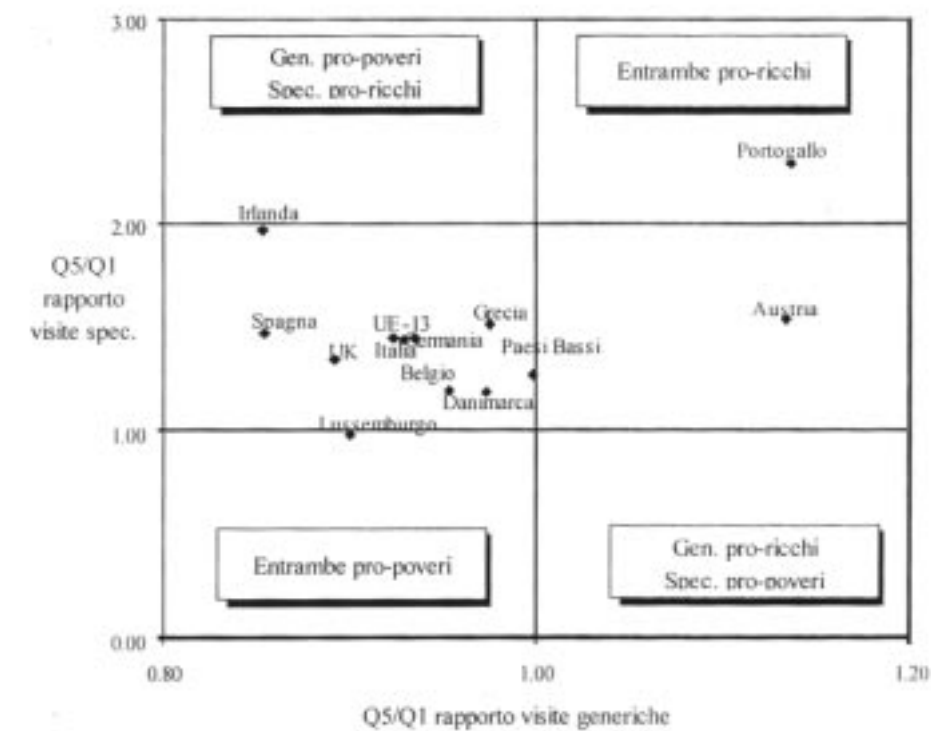
Il quadro è abbastanza diverso per le visite di un medico specialista nella tabella 2. L'utilizzo non standardizzato è distribuito in modo molto più equo tra i quintili, con soltanto un utilizzo leggermente più alto per i gruppi a reddito più alto nella maggior parte dei paesi. Tuttavia, dopo la standardizzazione, tutte le distribuzioni (ad eccezione di quella del Lussemburgo) sono chiaramente e significativamente a favore dei gruppi di reddito più alto, suggerendo che i ricchi sembrano ricevere una quota più alta di visite specialistiche di quanto ci si aspetterebbe sulla base dei loro bisogni.

La graduazione sembra particolarmente forte in Portogallo e Irlanda. Come nel caso delle visite dei medici generici, la distribuzione del Canada è abbastanza vicina alla media dei paesi europei, sebbene ad un livello alquanto più basso. Malgrado queste differenze possano sembrare piccole, la loro relativa importanza diventa più appariscente quando espressa in termini di popolazione totale: anche se il quintile più ricco in media ha solo 0,5 visite per adulto per anno in più del quintile più povero, questo richiederebbe nella maggior parte dei paesi una redistribuzione di molti milioni di visite allo scopo di raggiungere una distribuzione ugualmente standardizzata.

Nella Figura 1 abbiamo combinato i rapporti tra il quintile più alto e più basso per i servizi dei medici generici e specialisti, allo scopo di vedere se in qualche paese la distribuzione in un tipo di visite a favore dei ricchi sia o rinforzata da un'iniquità a favore dei ricchi, o compensata dalla distribuzione a favore dei poveri in un altro tipo di visite.

Possiamo notare che, nella maggior parte dei paesi, una distribuzione delle visite specialistiche a favore dei ricchi è in qualche misura compensata da una distribuzione delle visite dei medici generici a favore dei poveri. L'Italia si trova in una posizione che è molto vicina alla media europea e al Canada. Solo il Portogallo e l'Austria mostrano una distribuzione a favore dei ricchi in entrambi i tipi di visite. L'Irlanda mostra un modello di distribuzione molto divi-

Figura 1 - Iniquità nelle visite dei medici generici e specialisti



so, con i poveri che consultano soprattutto i medici generici mentre le visite (relativamente poche) degli specialisti sono chiaramente distribuite a favore dei ricchi. Infine, la Tabella 3 mostra il quadro completo delle distribuzioni nei quintili per tutte le visite mediche (cioè la somma delle visite dei medici generici e specialisti) per consentire confronti con gli USA. È opportuno notare che i tassi medi di visita dei medici negli Stati Uniti sono molto più bassi che in Europa e anche in qualche modo più bassi che in Canada. Dopo la standardizzazione per differenze nel bisogno, la graduazione nell'utilizzazione diventa positiva nella maggior parte dei paesi ma il rapporto tra quintile più basso e più alto è sostanzialmente inferiore ad uno solo in Portogallo (0,72), in USA (0,77), in Austria (0,79) ed in Grecia (0,85). Questo fatto suggerisce che solo in questi paesi, l'utilizzo standardizzato del medico da parte del quintile più povero è del 20-30% più basso di quello del quintile più ricco. In tutti i paesi europei e in Canada, la differenza è meno del 10%, suggerendo che dopo la standardizzazione non rimane molta graduazione nell'utilizzazione oppure che vi è un trattamento abbastanza uguale per bisogni uguali tra i quintili.

11.4 Iniquità nell'assistenza sanitaria in Europa: perché?

Se viene osservato un modello di utilizzazione non equo, la domanda interessante da porsi è perché esso sorge. Vi sono diversi modi in cui si può cercare di andare oltre la misurazione e verso la spiegazione delle cause dell'iniquità. Van Doorslaer et al (2002a)

Tabella 3 - Numero di visite del totale dei medici standardizzato per bisogno per quintile di reddito (1996)

Quintili reddito	Austria	Belgio	Germania	Danimarca	Spagna	Grecia	Italia	Irlanda	Lussemburgo	Paesi Bassi	Portogallo	UK	UE-12	Canada	USA
Basso 20% (=Q1)	7.48	7.20	7.64	3.83	5.34	3.48	5.62	4.56	5.84	4.28	4.13	5.08	5.90	4.43	3.59
20-40%	8.24	7.46	8.44	3.92	5.39	3.69	5.92	4.29	5.92	4.75	4.41	4.83	6.20	4.47	3.79
40-60%	8.15	6.82	8.69	4.42	5.35	4.22	5.70	4.05	5.45	4.79	4.99	4.87	6.25	4.35	3.90
60-80%	7.79	6.69	8.44	4.36	5.18	3.85	5.81	4.27	5.68	5.03	5.49	4.96	6.20	4.35	4.26
Alto 20% (=Q5)	9.43	7.32	8.48	3.93	5.38	4.10	5.73	4.37	5.45	4.66	5.74	5.00	6.29	4.52	4.67
Media	8.23	7.10	8.34	4.09	5.33	3.88	5.77	4.31	5.67	4.71	4.95	4.94	6.17	4.42	4.04
Rapporto (=Q1/Q5)	0.79	0.98	0.90	0.98	0.99	0.85	0.98	1.04	1.07	0.92	0.72	1.02	0.94	0.98	0.77
Differenza (Q1/Q5)	-1.95	-0.12	-0.84	-0.10	-0.04	-0.62	-0.11	0.18	0.39	-0.38	-1.61	0.08	-0.39	-0.10	-1.08

Fonte: Van Doorslaer et al (2002a)

hanno esplorato il ruolo di altre due possibili determinanti dell'accesso su cui i policy makers possono esercitare un qualche controllo: la copertura dell'assicurazione sanitaria privata e le differenze regionali dell'accesso. Nelle Tabelle 4 e 5 abbiamo riassunto alcune caratteristiche dei sistemi sanitari che possono aiutare a spiegare perché può sorgere una diversa utilizzazione del medico generico o del medico specialista tra ricchi e poveri. In un certo numero di paesi, vi sono differenti gruppi di assicurati con gradi di copertura o regole di rimborso spesso variabili a differenti livelli di reddito. Questo è il caso di un numero piuttosto ristretto di individui ad alto reddito con una copertura assicurativa privata in Danimarca e Germania, ma riguarda considerevoli porzioni di popolazione in Irlanda e Paesi Bassi. Alcuni paesi con regole di assicurazione pubblica, come il Portogallo, la Francia ed il Belgio, richiedono tuttora che i loro cittadini paghino dei copagamenti notevoli mentre in molti altri paesi (come la Danimarca, il Canada, la Germania, la Spagna, il Portogallo e il Regno Unito) le visite dei dottori nel settore pubblico sono gratuite nel luogo di erogazione del servizio. In alcuni paesi, in particolare in Danimarca, Canada, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna e Regno Unito, il medico di base agisce come gatekeeper in riferimento all'assistenza di secondo livello fornita dai medici specialisti, mentre in altri paesi, vi è un accesso diretto a tutti i medici. Alcuni paesi pagano i loro medici generici attraverso la quota capitaria (Danimarca, Italia, Paesi Bassi) o salario (Grecia, Portogallo, Spagna) mentre altri si servono principalmente del pagamento per servizio reso. Vi è inoltre una grande variabilità nel grado di differenze regionali nella disponibilità e fornitura dei servizi (cfr. tabella 5). In alcuni paesi geograficamente più piccoli ed omogenei

Tabella 4 - Equità-caratteristiche rilevanti del sistema di fornitura e incentivi ai fornitori

Paese	Visite dei medici generici	Medico di base gatekeeper	Visite dei medici specialisti
Austria	Assistenza ambulatoriale gratuita del luogo di erogazione, eccetto per gli agricoltori ed i lavoratori autonomi che pagano il 20%; mix di quota capitaria e pagamento per servizio reso; copagamenti per i farmaci con poche esenzioni	Si	Assistenza ambulatoriale gratuita nel luogo di erogazione, eccetto per gli agricoltori e i lavoratori autonomi che pagano il 20%
Belgio	Notevoli copagamenti (con tassi ridotti per vedove, portatori di handicap, pensionati ed orfani, al di sotto un certo reddito); pagamento per servizio reso;copagamenti anche per i farmaci; lavoratori autonomi non coperti obbligatoriamente.	No	Agli specialisti è permesso di stabilire le tariffe; pagamento per servizio reso;lavoratori autonomi non coperti obbligatoriamente; accesso diretto.
Canada	Pagamento per servizio reso. Nessun copagamento.	Si	Remunerazione per servizio reso. L'accesso diretto è scoraggiato da un rimborso più basso.
Danimarca	Le persone possono scegliere liberamente tra il gruppo I e il gruppo II. Assistenza di base gratuita nel luogo di erogazione per il gruppo I (98% della popolazione) ma questo gruppo deve accettare lo stesso medico per almeno 6 mesi, e questi funziona come gatekeeper. Il gruppo II deve pagare un copagamento per l'assistenza del medico generico, ma lo può scegliere liberamente.	Si per il gruppo I; No per gruppo II	Le persone nel gruppo II devono pagare un copagamento per l'assistenza specialistica, ma non hanno bisogno di un'autorizzazione per utilizzarlo.
Grecia	Settore privato: i medici di base (inclusi molti che lavorano nel settore pubblico) si fanno pagare sulla base del caso trattato. Pagamenti occulti ai dottori (sia privati che pubblici).	No (in pratica)	Settore pubblico: combinazione di medici salariati e medici pagati sulla base del servizio reso. Settore privato: i medici di assistenza primaria (inclusi molti dottori che lavorano nel settore pubblico) si fanno pagare sulla base del caso trattato. Pagamenti occulti ai dottori sono comuni (sia privati che pubblici).
Germania	Gratuite nel luogo di erogazione; pagamento per servizio reso.	No	Tariffe notevolmente più alte per gli assicurati privatamente; alcuni copagamenti; pagamenti per servizio reso.

segue Tabella 4

Irlanda	Il 35% degli Irlandesi con il reddito più basso ricadono nel gruppo I e ricevono assistenza primaria gratuita nel luogo di erogazione. Per questo gruppo i medici sono pagati per quota capitaria. Il gruppo II deve pagare interamente per i servizi dei medici di base.	Si per il gruppo I, ma può essere bypassato da pronto soccorso di un ospedale; No per il gruppo II	Tutto gratuito nel punto di erogazione per il gruppo I, e il gruppo II deve pagare solo per i servizi degli oculisti e otorini di routine; gli specialisti ricevono tariffe più alte per i pazienti privati.
Italia	Speciale assistenza pediatrica di base per i bambini; assistenza gratuita nel punto di erogazione; pagamenti sulla base della quota capitaria.	Si, ma debolmente applicato nella pratica	Gratuita nel punto di erogazione; copagamenti per gli esami diagnostici; le cure ambulatoriali e in day hospital sono pagate sulla base dei DRG.
Lussemburgo	Contributo non rimborsabile dei pazienti; l'assistenza primaria può essere fornita anche dagli specialisti; pagamenti per servizio reso.	No	Pagamento per servizio reso;distinzione non chiara tra assistenza primaria e secondaria.
Paesi Bassi	Gratuite per i pazienti pubblici , i pazienti privati ottengono il rimborso della parcella se è coperta; il medico di base è pagato per quota capitaria per i pazienti pubblici and per servizio reso per i pazienti privati.	Si	La maggior parte degli specialisti riceve un salario da soci, che sono pagati per servizio reso; altri specialisti sono pagati per servizio reso;gli specialisti accademici ricevono un salario and prendono una parcella solo dai pazienti privati.
Portogallo	Gli esami diagnostici nel primo livello richiedono dei copagamenti; i medici di base sono salariati;	Si, ma spesso i pazienti usano il pronto soccorso degli ospedali	I medici salariati a tempo pieno possono esercitare privatamente; i copagamenti dovrebbero variare secondo il reddito del paziente (o della sua famiglia).
Spagna	Gratuite nel luogo di erogazione; i medici di base sono in gran parte salariati; nel settore privato i pazienti pagano sulla base del servizio reso.	Si,ma spesso i dipartimenti di pronto soccorso sono usati per bypassare le liste di attesa	Gratuite nel luogo di erogazione; i pediatri forniscono assistenza primaria alla popolazione sotto i 14 anni.
Regno Unito	Gratuite nel luogo di erogazione; quota capitaria+ fundholding.	Si	Gratuite nel luogo di erogazione, eccetto per le cure oculistiche,con esenzioni per i poveri.
Stati Uniti	Il costi variano molto secondo il tipo di piano assicurativo. I copagamenti sono molto comuni. Chi non è assicurato paga l'intero costo della visita, sebbene occasionalmente sia fornita assistenza caritatevole.	Si solo per il 40% della popolazione con piani pubblici o privati di managed care.	Dipende dai piani assicurativi. Le tariffe per le visite specialistiche sono normalmente uguali a quelle dei medici generici.

Fonte: Van Doorslaer et al (2002a)

Tabella 5 - Differenze regionali e caratteristiche dell’assicurazione privata

Paese	Differenze regionali	Assicurazione privata
Austria	Alcune variazioni tra le regioni per i centri di assistenza infermieristica e gli ospedali;	L’1 % non è assicurato; il 38% ha un’assicurazione sanitaria privata integrativa che copre in gran parte le indennità per malattia, un ricovero più confortevole in ospedale e la libera scelta di un medico.
Belgio	Differenze regionali nell’utilizzo tra le Fiandre, la Vallonia e Bruxelles	Molti datori di lavoro offrono un’assicurazione supplementare per coprire i copagamenti dell’assicurazione pubblica e i pagamenti extra.
Canada	12 piani differenti, per le 10 province e i 2 territori, ma conformi al Canada Health Act federale.	Molti datori di lavoro offrono un’assicurazione sanitaria supplementare come beneficio per coprire i servizi non coperti dai piani provinciali, come le medicine prescritte, l’assistenza dentistica, etc.
Danimarca	Organizzazione regionale dell’assistenza ospedaliera; ma i medici di base sono uniformemente distribuiti attraverso il paese;	Il 30% della popolazione; ma la copertura è limitata e non molto rilevante dato che l’assistenza primaria e quella specialistica sono gratuite per il 98% della popolazione.
Grecia	Notevole variazione urbano-rurale;assistenza primaria con medici salariati in centri sanitari per aree rurali, con medici pagati per servizio reso nei dipartimenti ospedalieri per pazienti esterni nelle aree urbane;	Il 40% della spesa sanitaria è privata.
Germania	Negoziazioni sulle tariffe	<0.5% non assicurato, assicurazione differente per gli impiegati pubblici, piccola percentuale di assicurazione privata.
Irlanda	Pianificazione dei servizi sanitari fatta dagli uffici sanitari regionali.	Il 35% della popolazione ha un’assicurazione sanitaria volontaria che paga i copagamenti e l’assistenza privata disponibile anche negli ospedali pubblici.
Italia	Allocazione regionale delle risorse per i servizi sanitari; importante variazione regionale nell’offerta di assistenza primaria e nella dimensione delle liste di medici di base.	Il 20% della spesa sanitaria totale è privata; l’assicurazione privata è in gran parte una doppia copertura; l’1.6% ha una completa doppia copertura.
Lussemburgo	Dimensione molto piccola del paese.	L’80% ha una copertura addizionale;il livello di rimborso è considerato alto (OMS); spesso vi è un contributo non rimborsabile dei pazienti.
Paesi Bassi	Assistenza sanitaria allocata regionalmente in base al bisogno.	>1% è non assicurato; circa un 1/3 della popolazione è assicurato privatamente (senza una doppia copertura).

segue Tabella 5

Portogallo	1800 centri e presidi sanitari sembrano assicurare una giusta distribuzione di assistenza primaria; i grandi ospedali sono distribuiti in modo ineguale; il livello di autonomia nelle cinque regioni è alto.	I medici privati sono pagati dagli stessi pazienti; il 10% della popolazione ha qualche assicurazione privata.
Spagna	Variazioni regionali esistono, dato che alcune regioni organizzano la maggior parte dell’assistenza sanitaria, mentre altre non lo fanno. La Catalogna e i Paesi Bassi hanno fatto dei passi per aumentare la concorrenza tra i fornitori.	Assicurazione privata significa doppia copertura; la maggior parte delle persone optano per l’assicurazione privata per bypassare la lista di attesa; il settore privato è stato incoraggiato come una forma di competizione.
Regno Unito	Le risorse sono distribuite secondo una formula per assicurare l’equità; la variazione geografica nell’assistenza privata è considerevole.	Circa il 10% della popolazione ha una (doppia) copertura privata, in crescita come risultato dei pacchetti di benefici per i lavoratori.
Stati Uniti	Grandi variazioni tra gli stati in tutti i tipi di assicurazione sanitaria privata. Qualche variazione nel <i>Medicaid</i> . Minore variazione nel <i>Medicare</i> .	L’assicurazione privata fornita attraverso un piano del datore di lavoro è la forma più comune di copertura per quelli sotto i 65 anni. Per i sessantacinquenni e oltre, l’assicurazione privata supplementale per <i>Medicare</i> è estremamente comune.

Fonte: Van Doorslaer et al (2002a)

(come il Belgio, i Paesi Bassi, la Danimarca, il Lussemburgo) le differenze regionali sono chiaramente molto più piccole che nei paesi più grandi. In Van Doorslaer et al (2002a) viene esaminato l’effetto delle due determinanti (assicurazione privata e variabilità regionali) includendo queste due variabili nell’insieme degli “aggiustatori del bisogno” per vedere in quale misura in loro inserimento cambi (riduca) il grado di iniquità calcolato. Questo getta qualche luce sulle cause. Per esempio, le significative distribuzioni a favore dei poveri delle visite dei medici generici dopo la standardizzazione in base a differenze nel bisogno, che appare solo in Spagna, Irlanda, Lussemburgo e Belgio, può essere correlata a provvedimenti di partecipazione ai costi più favorevoli ad alcuni gruppi di utilizzatori a basso reddito dell’assistenza di medicina generale in questi tre paesi. Ciò non è vero in Spagna, dove le visite dei medici di base sono gratuite nel luogo di erogazione del servizio ma vi è un copagamento del 40% sul prezzo delle medicine prescritte, con l’esenzione solo per i pensionati. D’altro canto, anche i Paesi Bassi hanno l’assistenza di medicina generale gratuita per i fondi malattia e anche la Germania e l’Austria hanno alcune esenzioni dai copagamenti per gruppi a basso reddito, ma tali paesi non mostrano indici significativamente negativi. Sembra importante, quindi, in quale misura queste esenzioni dai copagamenti siano rivolte ai poveri nella società e se questi possano essere riassicurati. Poiché il survey del progetto ECHP non fornisce molti dettagli sull’obbligo di copaga-

mento per famiglia o individuo, solo la variabile che indica la presenza di un qualche tipo di assicurazione privata può essere usata come una proxy. Si è rilevato che la standardizzazione in base all'assicurazione privata tende in generale a rendere la distribuzione delle visite dei medici generici più a favore dei poveri. L'impatto non è trascurabile in Irlanda e rende la distribuzione più a favore dei poveri nei casi del Portogallo e del Canada. Questo significa che l'assicurazione privata in questi due paesi contribuisce ad un'utilizzazione dei medici generici più favorevole ai poveri, ma l'effetto non è molto grande.

L'impatto della standardizzazione per differenze regionali di utilizzazione è allo stesso modo piccolo, e, tutto sommato, questi accertamenti suggeriscono che sembra esserci poco di cui preoccuparsi per quanto riguarda l'accesso all'assistenza primaria nella maggior parte dei paesi europei ed in Canada. La distribuzione a favore dei poveri nell'utilizzo dei medici di base in circa un terzo di questi paesi sembra che abbia poco a che fare con ineguaglianze nella copertura assicurativa privata o in differenze regionali. La sola eccezione reale è l'Irlanda, dove la copertura assicurativa privata sembra essere un fattore importante che contribuisce a questa scoperta.

Di nuovo, la storia è diversa per quanto riguarda l'uso dei medici specialisti. L'inclusione dell'assicurazione privata nella standardizzazione rende la distribuzione delle visite specialistiche meno a favore dei ricchi in tutti i paesi (dove i dati siano disponibili), ma soprattutto in Irlanda. Questo indica che la mancanza di tale copertura sembra agire come una barriera all'assistenza specialistica per i gruppi a basso reddito, nonostante il loro diritto all'assistenza specialistica gratuita in Irlanda (Harmon e Nolan, 2001). Dopo il controllo sull'assicurazione privata, il rimanente grado di iniquità orizzontale è della stessa grandezza degli altri paesi. In Portogallo, d'altro canto, l'influenza della copertura assicurativa privata sembra molto più piccola dell'influenza delle differenze regionali nell'utilizzo. Ciò accade principalmente perché l'assicurazione privata è molto meno diffusa in Portogallo. Anche dopo la standardizzazione in base agli effetti regionali ed assicurativi, la distribuzione degli specialisti portoghesi rimane molto a favore dei ricchi.

Le differenze regionali sembrano toccare il grado di iniquità in tutti i paesi del Sud d'Europa (Portogallo, Spagna, Grecia e Italia) e – in misura minore – il Regno Unito e il Canada. Questo mette in luce il fatto che in questi paesi le iniquità legate al reddito nell'uso degli specialisti sono – almeno in parte – associate con differenze regionali nell'accesso a tale tipo di assistenza. Non sorprendentemente, l'aggiustamento per la copertura assicurativa privata riduce anche il grado di iniquità nel Regno Unito (dove l'accesso più veloce o più conveniente all'assistenza specialistica è precisamente ciò che compra tale copertura) e in misura minore anche in Spagna, Belgio, Danimarca, Austria, Canada e Italia. È importante notare che in nessuno di questi paesi studiati, l'aggiustamento per l'assicurazione e le differenze regionali rimuove completamente l'iniquità a favore dei ricchi. Questo suggerisce che sebbene queste due variabili giochino un importante ruolo, non possono spiegare l'intera iniquità osservata nell'uso dei medici specialisti.

Infine, arriviamo ai risultati per le visite di tutti i medici, definiti come somma delle visite dei medici generici e di quelli specialisti. In tal modo è possibile un confronto con i dati USA che non permettono di distinguere tra i due tipi di visite. È bene notare che questa distinzione non è sempre chiara anche in alcuni paesi europei. Apparentemente, anche in

Lussemburgo sia i medici generici che gli specialisti forniscono servizi di assistenza primaria e si sa bene che alcuni specialisti, come i pediatri ed i ginecologi forniscono assistenza primaria in alcuni paesi con accesso diretto alle cure specialistiche come il Belgio, l'Italia e la Spagna. Come risultato, l'analisi separata non è sempre interamente possibile, d'altro canto, certamente, l'aggregazione delle visite dei medici generici e specialisti aggrava il problema delle differenze di qualità. È molto improbabile che le visite dei medici generici e degli specialisti presentino nella media lo stesso livello di qualità. Come risultato, tutti i modelli di equità percepiti in termini di quantità certamente sottostimeranno le reali iniquità di trattamento quando si mettano in conto le differenze nella qualità. In tutti i paesi, la distribuzione delle visite di tutti i medici è anche correlata abbastanza strettamente al bisogno, poiché la maggior parte dei rapporti Q5/Q1 non sono molto differenti da uno. Vi sono solo quattro eccezioni: Grecia, Austria, e specialmente USA e Portogallo mostrano un grado significativo di iniquità orizzontale che favorisce i ricchi. In questi paesi, i gruppi a reddito più basso denunciano un uso dei medici significativamente più basso di quanto ci si potrebbe aspettare sulla base dei modelli di utilizzo medio. In Grecia, ciò sembra avere molto a che fare con disparità regionali nell'utilizzo poiché l'indice diventa non significativo dopo l'aggiustamento per regione. Il fatto che l'indice di iniquità USA si riduca di circa il 50% quando si prenda in considerazione la copertura assicurativa privata deriva dal fatto che, diversamente da Europa e Canada, tale copertura è la fonte primaria di copertura per la grande maggioranza di popolazione sotto i 65 anni, ma non indica che una grande parte dell'iniquità sembra essere dovuta a divari e ineguaglianze in tale copertura. In Portogallo, d'altro canto, né l'aggiustamento per regione, né quello per l'assicurazione toccano il grado di iniquità in misura rilevante.

11.5 Conclusioni e implicazioni di policy

In questo lavoro abbiamo passato in rassegna alcune prove recenti della distribuzione dell'accesso ai medici per livello di reddito nei 12 paesi membri dell'UE, in Canada e USA nel 1996. Tra i paesi europei, ma anche per il Canada e gli Stati Uniti può essere raggiunto un grado di confrontabilità abbastanza alto. Usando le distribuzioni per quintili e semplici misurazioni abbiamo stabilito la misura in cui adulti con uguale bisogno di assistenza medica appaiono avere uguali tassi di visite mediche. Abbiamo sottolineato che l'utilità del metodo di misurazione dipende dall'accettazione come obiettivo politico del principio di equità orizzontale che “coloro che si trovano in uguale bisogno devono essere trattati in modo uguale, indipendentemente dal loro reddito”.

I risultati comparativi tra paesi suggeriscono le seguenti conclusioni. Primo, mentre i livelli medi nell'utilizzo dei medici variano molto tra i paesi, le distribuzioni tra i gruppi di reddito mostrano alcune rimarchevoli somiglianze. Secondo, sembra vi siano relativamente pochi motivi di preoccupazione riguardo l'accesso – e la distribuzione – dei servizi dei medici generici. Il più alto utilizzo di assistenza primaria tra gli individui a basso reddito che si osserva virtualmente in ogni paese, sembra andare largamente d'accordo con i più alti bisogni per tale tipo di cure da parte di questi gruppi, suggerendo che vi sia poca o nulla iniquità. Solo in pochi paesi – Spagna, Irlanda, Belgio e Lussemburgo – un trattamento preferenziale dei gruppi a reddito più basso attraverso riduzioni dei copagamenti o esenzioni

può spiegare le distribuzioni (leggermente) a favore dei poveri. Terzo, le abbastanza uguali distribuzioni standardizzate rispetto al bisogno dell'assistenza primaria sono difficilmente influenzate da disparità regionali nell'uso dei medici generici o dalla presenza di una copertura assicurativa privata. Questo non è sorprendente, dato che un bel po' di questa copertura privata è correlato all'utilizzo di medicine, o compra un accesso preferenziale all'assistenza secondaria. Quarto, i modelli distributivi sono completamente differenti per l'uso dell'assistenza medica specialistica. In tutti i paesi (eccetto il Lussemburgo), emergono distribuzioni a favore dei ricchi, indicando una iniquità che favorisce i ricchi. In due paesi, Portogallo e Irlanda, il grado di tale distribuzione pro ricchi è molto più grande che in qualunque altro paese. Quinto, per quanto riguarda l'uso dei servizi specialistici, i risultati sembrano essere in qualche misura influenzati dalla presenza di una copertura privata (addizionale) e da disparità regionali nella disponibilità di tale assistenza. Specialmente in Irlanda, ma in grado minore anche in Spagna, Austria, Canada, Portogallo e Italia, l'assicurazione privata sembra essere uno dei fattori che contribuiscono a questo risultato. In maniera simile, differenze regionali sistematiche nell'utilizzazione giocano qualche ruolo nel generare iniquità orizzontali nell'uso secondo il reddito, specialmente nei paesi dell'Europa del Sud. Tuttavia, né l'aggiustamento in base alla copertura assicurativa, né quello per regione di residenza rimuove interamente le iniquità: anche dopo tale correzione, rimane in tutti i paesi un grado significativo di iniquità orizzontale nell'utilizzo secondo il reddito. Sesto, l'aggregazione delle visite di tutti i medici permette un quadro globale che non tiene in conto differenze qualitative tra l'assistenza primaria e quella specialistica, ma permette un confronto con i dati USA. Nella maggior parte dei paesi, sia la gente ricca che quella povera riesce a vedere un medico quando sembra averne bisogno, ma vi sono differenze importanti nel tipo di medico visto. In tre paesi europei – Portogallo, Austria e Grecia – e gli USA, troviamo prove di una significativa iniquità a favore dei ricchi nelle visite del totale dei medici. In Grecia, questa è correlata largamente con le disparità regionali nelle visite mediche, mentre in USA è altamente correlata con la presenza di una copertura assicurativa privata.

Nel 1996, l'Italia mostrava un modello abbastanza tipico per l'Europa: poca o nessuna iniquità nell'accesso alla medicina di base ma una distribuzione a favore dei ricchi nell'assistenza specialistica. Le differenze regionali nella disponibilità di assistenza specialistica, hanno avuto un impatto più grande su questa distribuzione pro ricchi della disponibilità di una copertura assicurativa privata. Specialmente le differenze tra il nord ed il sud del paese, nella probabilità di contattare uno specialista, contribuiscono alla distribuzione a favore dei ricchi (Van Doorslaer et al 2002a). Studi che sono capaci di distinguere tra specialisti che praticano nel settore pubblico o in quello privato, (Atella et al 2001) hanno mostrato che anche il reddito ha una forte influenza su questa scelta. I gruppi a reddito più alto sono molto più propensi a cercare assistenza – e pagare per essa – presso specialisti privati.

La conclusione che emerge, quindi, è che la maggior parte dei paesi europei e il Canada sembrano aver assicurato un buon grado di uguaglianza nell'accesso ai medici generici per la gente con uguali bisogni ma redditi diseguali. Tuttavia, lo stesso obiettivo di equità orizzontale non sembra essere stato raggiunto rispetto all'uso dei servizi specialistici malgrado da decenni esista la copertura universale di tali servizi nella maggior parte dei paesi europei e in Canada. Sia i gruppi a reddito più alto sono dei sovra utilizzatori dei servizi degli

specialisti, sia rimangono delle barriere all'accesso per quelli a reddito più basso. Differenze nella copertura assicurativa o disparità regionali appaiono essere solo una piccola parte della spiegazione, sebbene bisogna puntualizzare che entrambe queste variabili sono state misurate molto rozzamente in questo studio. Questo risultato corrobora risultati precedenti per i sistemi sanitari europei, gli USA ed il Canada (v. Van Doorslaer et al; 2000; Blendon et al .2002). Il fatto che sia messo in luce in tipi di sistemi sanitari molto diversi (sebbene in differenti gradi), suggerisce che può avere più a che fare con sistematiche differenze nei comportamenti di utilizzo tra individui a più alto e a più basso reddito (o educazione), piuttosto che con le caratteristiche di erogazione dell'assistenza sanitaria. Una questione cruciale è, certamente, se i differenziali sistematici rimanenti nell'uso siano largamente irrilevanti dal punto di vista dell'equità perché essi riflettono semplicemente differenze nei "gusti" per i servizi specialistici e non si trasferiscono in differenze nei guadagni di salute, o se questi modelli di utilizzo riflettono importanti differenze diagnostiche e di qualità terapeutica che trasferiscono in minori miglioramenti dello stato di salute il ricevere standards più bassi di assistenza. Solo in quest'ultimo caso, segnalano una violazione del principio "uguale trattamento per uguale bisogno".

La prova di specifiche malattie per alcuni paesi suggerisce che i modelli diversi di utilizzazione sono ben lungi dall'essere insignificanti. Per esempio, uno studio canadese ha guardato le differenze nell'accesso a procedure cardiache invasive dopo un infarto miocardico acuto intorno al reddito nella provincia dell'Ontario (Adler et al; 1999). Dal momento che i tassi di angiografia coronarica e rivascolarizzazione furono trovati essere significativamente ed inversamente correlati al reddito, i tempi di attesa ed i tassi di mortalità, ad un anno, furono correlati significativamente al reddito in maniera positiva. Ogni aumento di 10.000 dollari nel reddito vicino al mediano fu associato con una riduzione del 10% nel rischio di morte entro un anno. Questo suggerisce che differenze nell'utilizzazione diagnostica e terapeutica non sono banali e appaiono trasferirsi in esiti differenti anche in base al reddito. Se tali effetti sull'accesso sono così pronunciati, in un paese con accesso universale senza costo nel luogo di utilizzo, è molto improbabile che scopriamo che le differenze nell'uso di servizi specialistici siano meno preoccupanti in paesi senza tale accesso gratuito universale. Soprattutto, in tutti i paesi ad eccezione di USA, Portogallo, Grecia ed Austria, le visite dei medici totali sembrano distribuirsi secondo il bisogno, sebbene il tipo di medico consultato vari col reddito. In Europa e Canada, gli individui a reddito più basso sono più propensi a consultare un medico generico mentre gli individui a reddito più alto preferiscono vedere uno specialista. Negli USA, le persone a più basso reddito sono più propense a consultare un medico attraverso un pronto soccorso o un ambulatorio esterno, mentre le persone a reddito più alto preferiscono consultare un medico nel suo studio. Nella misura in cui la qualità dei servizi resi da questi due tipi di dottori differisce, e le differenze non sono solo dovute a differenze nei gusti ma a barriere all'accesso in termini di costo o di informazione, questo non può essere considerato come un "trattamento uguale" e rimane qualche preoccupazione sull'equità orizzontale.

In conclusione, i risultati mostrano che anche nel gruppo di paesi più ricchi al mondo, con una copertura abbastanza universale e comprensiva della propria popolazione, rimane qualche motivo di preoccupazione riguardo al trattamento ineguale per uguale bisogno. La

diffusione dei risultati attraverso le frontiere suggerisce che possono essere correlati a radicati modelli di utilizzazione dell’assistenza sanitaria che sono, in qualche misura, indipendenti dalle caratteristiche di sistema. Ma la variazione tra i paesi suggerisce che sono raggiungibili livelli di iniquità (molto) più bassi, e che i policy makers hanno almeno due fattori sotto il loro controllo che hanno una qualche influenza sull’equità: la disponibilità di alternative private all’assistenza pubblica e la distribuzione regionale dell’assistenza. L’evidenza suggerisce che riducendo la variazione geografica e limitando le opzioni di “andare verso il privato” si contribuirà ad un più basso grado di iniquità.

Bibliografia

Adler, DA, CD Naylor, P Austin and JV Tu, *Effects of socio-economic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction*, New England Journal of Medicine, 1999, 341: 1359-67

Atella, V., F. Brindisi, P. Deb and F.C. Rosati, *Determinants of access to physician services in Italy: a latent class Probit approach*, Paper presented at the ECuity II Project Workshop, Tor Vergata University, Rome, 2002.

Blendon, R.J., C. Schoen, C. DesRoches, R. Osborn, K.L. Scoles and K. Zapert, *Inequities in health care: a five-country survey*, Health Affairs, 2002, 21 (3), 182-191

Harmon, C and B Nolan (2001). *Health insurance and health services utilization in Ireland*, Health Economics, 10, 135-145

Mclsaac, W, V Goel and D Naylor (1997). *Socio-economic status and visits to physicians by adults in Ontario, Canada*, Journal of Health Services Research and Policy, 2 (2), 94-102

Hurst, J and M Jee-Hughes, *Performance measurement and performance management in OECD health systems, Labour Market and Social Policy Series*, Occasional Paper no 47, OECD, Paris, 2001.

Van Doorslaer, E, A Wagstaff and F Rutten (Eds) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*, Oxford University Press, Oxford, 1993.

Van Doorslaer, E, A Wagstaff, and others, *Equity in the delivery of health care: some cross-country comparisons*, Journal of Health Economics, 11, 4, 1992, 389-411

Van Doorslaer, E, A Wagstaff, H van der Burg, T Christiansen, D De Graeve, I Duchesne, U-G Gerdtham, M Gerfin, J Geurts, L Gross, U Häkkinen, J John, J Klavus, RE Leu, B Nolan, O O'Donnell, C Propper, F Puffer, M Schellhorn, G Sundberg, O Winkelhake, *Equity in the delivery of health care in Europe and the US*, Journal of Health Economics 19, 5, 2000, 553-583

Van Doorslaer, E., X. Koolman, and F. Puffer, *Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?*, in Smith, P.C. (Ed.) *Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries*, 2002a, OECD: Paris. p. 225-248.

Van Doorslaer, E. X. Koolman, and A.M. Jones, *Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe: a decomposition approach*, ECuity II Project Working Paper #5, Erasmus University, Rotterdam, 2002b.

Wagstaff A and E van Doorslaer, *Measuring and testing for inequity in the delivery of health care*, Journal of Human Resources, 2000a, 35(4): 716-733

Wagstaff, A and E van Doorslaer, *Equity in health care financing and delivery*, In: AJ Culyer and JP Newhouse (Eds.) *Handbook of Health Economics*, North Holland, 2000b, 1803-62

Wagstaff, A, E van Doorslaer, and P Paci. 1991. *On the Measurement of Horizontal Inequity in the Delivery of Health Care. Journal of Health Economics* 10(2): 169-205

Capitolo 12

Il sistema sanitario inglese: problemi e prospettive

Alistair McGuire e Elias Mossialos

12.1 Premessa

Già dalla fine degli anni 90, il Governo inglese ha preso atto della circostanza in base alla quale il suo sistema sanitario nazionale stentava a mantenere gli standard richiesti a livello europeo. Determinati indicatori relativi alla salute, quali le aspettative di vita dei più anziani, i tassi di mortalità di determinate malattie, risultavano peggiori rispetto ad altri paesi. Le strutture organizzative del NHS ed i livelli relativamente bassi di spese sanitarie complessive, costituivano nel Regno Unito dei fattori da considerare attentamente. Nella relazione NHS Plan: A plan for Investment, A plan for Reform (HMSO, 2000), il governo inglese ha formulato una proposta finalizzata alla riforma organizzativa del NHS, volta ad aumentare i fondi disponibili per risolvere le problematiche esistenti. Questi progetti volti ad aumentare i fondi sono stati esaminati attraverso un internal review condotta dalla Wanless Review (2002). Successivamente, nel 2002 il governo ha annunciato un aumento di fondi per il sistema sanitario nazionale che avrà luogo nei successivi cinque anni, a partire dall’anno fiscale 2002–2003. Questa relazione si propone di delineare le riforme organizzative, le attuali proposte finanziarie ed i target da raggiungere attraverso ulteriori stanziamenti. Allo stesso tempo si mettono in luce le conseguenze criticabili del futuro finanziamento.

12.2 Le questioni organizzative

Le spese del sistema sanitario del Regno Unito sono in prevalenza a carico del settore pubblico, che incide utilizzando l'88% della spesa dell'intero sistema, mentre il restante 12% è principalmente finanziato dal settore assicurativo. Il sistema sanitario anglosassone è fortemente vincolato dal bilancio del settore pubblico. Le risorse per il finanziamento del NHS derivano principalmente dalla tassazione, sebbene una quota discreta provenga anche dall'imposizione di forme di cofinanziamento della spesa sanitaria (in particolare sulle prescrizioni mediche). La determinazione del bilancio della spesa sanitaria avviene, a livello centrale, mediante il classico processo di allocazione della spesa pubblica alle diverse funzioni. Una volta determinato il budget per il settore sanitario, questo viene a sua volta allocato individualmente alle "governmental health care purchasing authorities" sulla base di una quota capitarla corretta. Successivamente, queste health care purchasing authorities distribuiscono assistenza sanitaria dai providers (inclusi se stessi) ai pazienti.

Il Ministero della Salute ed altri organi del NHS gestiscono i fondi destinati all'assistenza. I finanziamenti complessivi sono stati, in passato, determinati da negoziazioni tra il Ministero della Salute ed il Tesoro, al fine di stabilire i livelli della spesa sanitaria pubblica annuale. Recentemente, il processo in questione è stato adattato in modo da rispecchiare il processo di devolution delle responsabilità del NHS ad altri organi in Scozia, Galles e Irlanda del Nord, e per incorporare piani di spesa a lungo termine, in un periodo di dieci anni, piuttosto che quello di tre anni a cui, normalmente, fanno riferimento i piani di spesa pubblica. I fondi disponibili sono poi allocati ai commissioning groups all'interno di ogni autorità sanitaria regionale, al fine di rispondere ai bisogni sanitari dei cittadini. Le allocazioni vengono fatte sulla base della popolazione residente corretta in base ai tassi di mortalità, con ulteriori correzioni per considerazioni relative all'equità della spesa. Le riforme organizzative hanno portato alla costituzione di primary care trusts (PCT), che sono le strutture responsabili dei servizi sanitari per la popolazione. Le PCT sono formate da professionisti che rispondono ai bisogni sanitari dei destinatari. I PCT hanno lo scopo di fornire assistenza di tipo primario e di creare rapporti di lungo periodo con i Trusts del NHS, (principalmente grandi ospedali che forniscono assistenza di tipo secondario o terziario) e le Local Health Authorities, (che possono anch'esse fornire servizi sanitari), al fine di aumentare l'offerta di servizi sanitari per la popolazione. Solo da poco si stanno realizzando su larga scala le PCT e l'allocazione dei fondi confluirà direttamente dal Ministero della Salute alle PCT. Allo stato attuale ci sono 303 PCT in Inghilterra e Galles, alle quali verrà allocato il 75% del budget NHS complessivo.

Le PCT agiscono in collaborazione con gli uffici delle locali Strategic Health Authorities (circa 30), al fine di determinare le priorità negli acquisti e le strategie. Essi devono conformarsi alle linee guida nazionali in materia. Tali direttive attualmente riguardano aree quali la riduzione delle liste d'attesa e dei tempi per altri servizi secondari; misure volte a ridurre le disuguaglianze nel fornire tali servizi; misure per la riduzione dei tassi di mortalità e di morbidità per specifiche patologie (ad esempio infarto e scompenso cardiaco); ed infine misure volte a migliorare l'assistenza per determinate malattie (ad esempio cancro). Le PCT poi singolarmente svilupperanno i propri piani individuali, tenendo conto delle

priorità su scala nazionale. Gli sviluppi a livello locale potranno variare per contenuto e per l'effettivo adempimento. Non esiste un chiaro esempio di fissazione dei livelli di priorità per un PCT che possa essere utilizzato come modello di riferimento. Ciascuna organizzazione risponderà alle proprie esigenze locali.

In linea generale, si può obiettare che la pressione sul budget complessivo per il settore sanitario si faccia sentire sui volumi delle cure che vengono prestate. Una volta che i budget ed i prezzi sono stati fissati, l'ammontare delle cure costituisce un fattore di riequilibrio. Una critica che emerge, riguardo alle recenti riforme ed alla relativa crescita dei fondi che le accompagna, è che gli obiettivi stabiliti dall'esecutivo del NHS hanno bisogno di maggiori risorse rispetto a quelle consentite dal budget, dati gli attuali prezzi. Per rispettare tali obiettivi vi dovranno essere risparmi all'interno del sistema, che secondo gli operatori non sono possibili. Un importante esempio delle difficoltà incontrate dal NHS è rappresentato dagli obiettivi fissati dal governo in merito ai tempi d'attesa, che necessita di un aumento del volume delle risorse assistenziali molto maggiore di quanto il budget permetta allo stato dei fatti.

Una delle principali riforme del sistema riguarda l'allocazione del 75% del budget del NHS alle PCT. Questi gruppi saranno responsabili della fornitura di cure primarie e dell'acquisto di assistenza secondaria (es, ospedali), e terziaria (nursing homes). L'allocazione del budget alle PCT avviene per lo più attraverso un sistema di quote capitarie. In altri termini, si effettua una stima della popolazione servita dalle PCT, e la si corregge in base ai tassi di mortalità standardizzati e agli indici di deprivazione, in modo tale che il valore totale dei fondi assegnati sia congruente con i livelli di salute e con le richieste di domanda di servizi sanitari di quella popolazione. I cambiamenti proposti per il prossimo futuro manterranno l'attuale struttura su base capitaria, anche se questa sarà ulteriormente bilanciata in base ai volumi di servizi offerti e ad un indice di qualità dei servizi, non ancora determinato.

Al di sotto del livello fornitore-acquirente del servizio, vi sono le molteplici decisioni prese dal più importante operatore singolo: il medico. I medici del NHS sono pagati con salari rapportati su base nazionale. Essi non sono rapportati alla mole di lavoro sebbene tali considerazioni non si dovrebbero tralasciare in sede di formazione dei contratti. Ciascun team di medici o singolo medico gestisce il proprio budget allocato nell'ospedale di appartenenza. Tale budget è normalmente stabilito sulla base delle precedenti esperienze, le politiche locali e le attività di lobby dei medici stessi. Non esiste quindi alcuna forma di incentivo finanziario, e risultano inadeguati quelli derivanti dallo stesso budget. A volte lo strumento degli incentivi può essere addirittura perverso. Infatti, esso può, una volta stabilito il prospetto dei pagamenti, i medici che aumentano il loro carico di lavoro non ricevono risorse extra e potrebbero essere addirittura ridotti. Per esempio, i volumi di attività chirurgica possono essere negoziati all'inizio dell'anno finanziario con le PCT ed un relativo budget può essere allocato; se il team di chirurghi raggiunge gli obiettivi prima del tempo, gli può essere chiesto non solo di rallentare l'attività, ma addirittura di rifiutare di curare i pazienti.

Nella scelta dei trattamenti gli acquirenti dei servizi ricevono informazioni da una serie di organismi centrali quali il Ministero per la Salute ed il NICE (National Institute of Clinical

Evidence). Entrambi gli organismi sono particolarmente attenti all'efficacia ed ai costi dei trattamenti. Le informazioni e le raccomandazioni emesse da tali organismi non sono però imperative, potendo i medici non seguirle dogmaticamente. È però da segnalare che i dati da loro forniti su efficacia e costi non sono pienamente soddisfacenti, sebbene in via di miglioramento. Esiste poi un organo supplementare, il CHI che controlla la qualità dell'assistenza ospedaliera.

La struttura generale disegnata dal NHS crea una tensione tra il Ministero della Salute ed il NICE nel fornire gli obiettivi strategici da seguire; inoltre, la gestione quotidiana dei flussi finanziari è controllata attraverso diversi canali: singoli medici, amministratori di ospedali e PCT. Una volta che queste responsabilità sono distribuite esiste un incentivo minimo per i singoli attori a vedere gli effetti globali delle singole decisioni di spesa. Quello che ne risulta è la perdita dell'efficienza a livello generale di sistema. Nel suo insieme, il sistema NHS sembra un sistema a basso costo (dl punto di vista del budget) e qualcuno può definirne bassa la qualità (lunghe liste d'attesa, accesso limitato per determinati trattamenti) ma efficiente dal punto di vista del rispetto del bilancio (non creano deficit). Le inefficienze si sviluppano allorquando le spese si avvicinano alle strutture che distribuiscono l'assistenza sanitaria.

Ad essere sinceri, il sistema di determinazione della spesa in Gran Bretagna è guidato dai volumi a livello ospedaliero, con i volumi che sono determinati da negoziazioni tra acquirenti e providers, ma è anche influenzato dalle tendenze passate, dal totale dei pagamenti che riflettono l'ammontare di assistenza, da fornire ai costi prestabiliti. A livello di assistenza primaria il pagamento avviene attraverso il sistema delle quote capitarie e quindi non influenzato dai volumi. Dato che il budget totale per la sanità è vincolato a livello governativo, ed i prezzi sono fissati a costi medi o dalle quote capitarie, il volume degli interventi resta comunque vincolato. Dato questo sistema di pagamento, non vi sono molti incentivi all'introduzione di innovazioni tecnologiche o allo sviluppo della ricerca, in quanto queste poi andrebbero ad incidere pesantemente sul budget.

12.3 I futuri finanziamenti

In risposta alla riforma della struttura organizzativa del NHS, la Wanless Review ha pubblicato uno studio sulle implicazioni in termini di risorse e finanziamenti, con diversi scenari di crescita, nell'arco di 20 anni. Tali scenari sono stati costruiti in base a fattori demografici reali, tassi di diffusione del progresso tecnologico in sanità, e varie ipotesi sugli impatti delle cure mediche adottate (queste ultime sono associate con un ampio spettro di "politiche di cure mediche" derivanti dal National Service Frameworks che ha preparato una serie di comportamenti tipo nelle cure mediche, per un ampio ventaglio di malattie prevalenti. La Wanless Review ha valutato l'impatto di cambiamenti nell'utilizzo dei servizi sanitari per classi di età e per altre caratteristiche del singolo paziente, (ad esempio reddito ed istruzione), nelle aspettative del pubblico e nel grado adozione di diversi trattamenti medici. Come driver della spesa totale sono stati considerati l'impatto di un migliore accesso alla sanità pubblica, delle direttive delle linee guida, della velocità del progresso tecnologico e del tasso di crescita della produttività nel settore sanità. Lo studio ha mostrato come il Regno Unito avrà bisogno di devolvere una parte maggiore del

suo PIL alla sanità nei prossimi 20 anni, con l'aumento della spesa totale, che andrà dal 7,7% del PIL attuale a valori compresi tra il 10,6% e 12,5% nell'arco dei prossimi 20 anni. In questo periodo di tempo, ciò comporterà una crescita annuale, in termini reali, della spesa del NHS tra il 4.2% ed il 5,1%.

Negli ultimi anni viene inoltre suggerito che i livelli più alti di attività nella sanità avranno effetti significativi sull'occupazione, richiedendo la necessità di cambiamenti nel mix di professionalità ed altri mezzi per migliorare la produttività. È sottolineato nel rapporto che, se non sono raggiunti tali incrementi produttivi, il solo aumento di spesa non garantirà una migliore qualità della sanità pubblica.

La Tabella 1 delinea le proiezioni di spesa secondo i principali tre scenari: progresso continuo, con un miglioramento continuo nei livelli di salute della popolazione inglese; progresso lento, dove gli esistenti livelli di disuguaglianza di trattamento ed i fattori di rischio rimangono immutati; progresso rapido, con un rapido miglioramento nel livello di salute della popolazione inglese. In ciascuno scenario la crescita nella spesa è maggiore nei primi anni per garantire il riallineamento con gli standard degli altri paesi dell'OCSE. Questa spesa è chiaramente vincolata dall'abilità del sistema di rispondere alle nuove esigenze (ad esempio, l'esistenza di vincoli di capacità per la manodopera nel breve periodo).

Il Rapporto, afferma che i maggiori livelli di spesa devono essere associati ad aumentati standard di qualità ed a meccanismi volti ad assicurare la prestazione delle cure. Sottolinea, inoltre, il ruolo dei pazienti nel definire i servizi ed assicurare che siano stabiliti standard qualitativi appropriati. La crescita della produttività e la riduzione dei costi determinati dal miglioramento della tecnologia sono state enfatizzate come momenti cru-

Tabella 1 - Scenari di crescita del Wanless Review

	Proiezioni				
	2002-3	2007-8	2012-13	2017-18	2022-23
Spesa sanitaria totale (% PIL)					
Progresso continuo	7,7	9,4	10,5	10,9	11,1
Progresso lento	7,7	9,5	11,0	11,9	12,5
Pieno rapido	7,7	9,4	10,3	10,6	10,6
Spesa sanitaria totale (miliardi sterline prezzi 2002-2003)					
Progresso continuo	68	96	121	141	161
Progresso lento	68	97	127	155	184
Pieno rapido	68	96	119	137	154
Tasso di crescita medio annuale					
Progresso continuo	6,8	7,1	4,7	3,1	2,7
Progresso lento	6,8	7,3	5,6	4,0	3,5
Pieno rapido	6,8	7,1	4,4	2,8	2,4

ciali. Per esempio, l'1% nell'aumento della produttività riduce la spesa di circa il 2% in alcuni degli scenari indicati come "progresso sostenuto".

Come risposta, il governo inglese ha annunciato aumenti sostanziali nell'ammontare della spesa del NHS. Il budget globale della spesa sanitaria del Regno Unito è sempre stato basso se paragonato ad altri paesi industrializzati. Recentemente viene speso il 7% del PIL sulla sanità, mentre per i paesi dell'OCSE si registra una media del 10%. Il bilancio del Ministero del Tesoro, che delinea le politiche fiscali ed i maggiori ambiti di spesa, indica che per il 2007-2008 l'ammontare della spesa sanitaria salirà al 9.4% del GDP e per quel periodo si pensa che la media OCSE sarà dell'8%. Ciò rappresenta un tasso di crescita del 7,4% annuo, a partire dai prossimi cinque anni, portando la spesa globale da 65 miliardi di sterline del 2001-2002 (incluse le spese sanitarie private) a 105 miliardi nel 2007. I livelli di spesa annuale fissati erano di £65,4 miliardi (2001-2002), £72,1 miliardi (2001-2003), £79.3 miliardi (2003-2004), e £87,2 miliardi (2004-2005). Questo comporta un tasso di crescita annuale medio nella spesa del NHS del 7,4%. Prendendo in considerazione questo nuovo livello di spesa totale del sistema sanitario, nel 2007 la quota della spesa sanitaria globale sul PIL si attesterà a circa il 9,5%, assumendo che la spesa privata rimanga nell'ordine dell'1,2% del PIL. Ciò comporta anche che la spesa del NHS salirà dal 6,6% all'8,2% del PIL. Per quel che riguarda l'assistenza sanitaria questo è un aumento che non ha precedenti storici. Basti ricordare che nel periodo 1971- 2000 l'aumento annuale della spesa pubblica è stato del 3,4%. L'aumento annuale nella spesa sanitaria sarà più che raddoppiato nei prossimi cinque anni.

In aggiunta a tali aumenti, il governo inglese ha stanziato altri 400 milioni di sterline per i servizi sociali nel 2003-2004, ed ha progettato di aumentare le loro risorse del 6% l'anno in termini reali fino al 2006. L'efficienza con la quale questi soldi saranno allocati e spesi dipenderà chiaramente dall'andamento della riorganizzazione del NHS e dai meccanismi incentivanti esistenti all'interno del sistema.

Accanto agli stanziamenti, il Governo inglese ha prestabilito degli obiettivi che devono essere rispettati dai prestatori delle cure sanitarie, al fine di aumentare la qualità delle prestazioni dei servizi assistenziali, e dei livelli di salute. Ricordando che l'assistenza sanitaria è gratuita, il principale meccanismo di razionamento è rappresentato dai tempi di attesa. Il governo ha criticato a lungo la loro durata ed ha annunciato che, in linea con gli aumenti di spesa, i tempi dovranno essere ridotti, dagli attuali 15 mesi a sei nel 2005 e a tre nel 2008. Questi periodi includono i trattamenti non urgenti e, pertanto, per determinate cure, quali quelle per il cancro, i tempi dovranno essere ridotti in proporzione alla gravità della malattia. I tempi di attesa per una visita specialistica oncologica non dovranno superare due mesi, così come dovranno essere ridotti a 3 mesi i tempi di attesa per le out-patient clinics entro il 2005. Nessuno dovrà attendere più di due giorni per una visita dal medico di famiglia e i tempi di attesa nel pronto soccorso non dovranno superare i 75 minuti.

Alcuni obiettivi sono stati stabiliti per superare la mancanza di personale. Saranno assunti 15.000 medici, 30.000 infermieri, e 30.000 clinical scientists. Saranno forniti 10.000 letti d'ospedale, e creati centri di chirurgia fast-track. Sarà, inoltre, costituito un fondo di 100 milioni di sterline per strutture e strumentazione per quegli ospedali e trust che hanno avuto buoni risultati nell'abbreviare i tempi di attesa.

12.4 Una valutazione sui futuri finanziamenti al NHS

Il passaggio dai livelli di spesa inglesi allo standard europeo in se stesso non ha né del buono né del cattivo - per definizione una media avrà sempre dei valori sia al di sopra che al di sotto di essa. A parte voler difendere una forma di spesa media, non è chiaro ciò che tale media richiami. Il livello di spese sanitarie appropriato per ciascun Paese è una questione normativa, che riflette il sistema sociale cui è diretto. Se, in base alle proprie politiche interne, l'Inghilterra preferisce aumentare i livelli delle spese sanitarie, non si possono muovere obiezioni. Semplicemente, cresce il costo opportunità delle risorse del sistema sanitario, sebbene a che tasso cresca resta indeterminato. Il fatto che allo stato attuale l'ammontare delle spese sanitarie sia più basso può voler dire che si sia privilegiato un altro tipo di investimento pubblico. Tenendo ferma la volontà di accrescere la spesa sanitaria, la domanda che ci si pone è se con tale aumento ci sia necessariamente un miglioramento nella qualità delle cure e quindi un miglioramento generale della salute della popolazione. A questo quesito si cercherà una risposta qui di seguito.

Una prima obiezione all'attività governativa è data dal fatto che un aumento di spesa potrebbe essere interamente assorbito dall'aumento dei salari (attualmente bassi) degli impiegati nel settore. Una critica più specifica è rappresentata dal fatto che se il governo aumenta i salari dei medici nel tentativo di ridurre il tempo che questi dedicano al lavoro nel settore privato, una parte dell'aumento della spesa non porterà all'aumento del numero degli occupati o all'aumento della produttività del settore. Se tali obiezioni troveranno o meno un riscontro dipenderà dalle azioni dell'attuale Governo, il quale dovrà assicurare che l'aumento di spesa necessariamente si trasformi in un aumento dell'attività. Mentre queste intenzioni sono state chiaramente affermate, le evidenze in favore di un tale comportamento rimangono minime. Nello scorso anno dei £5,3 miliardi aggiunti alla spesa del NHS un 40% fu devoluto all'assunzione di altro personale ed all'acquisto di materiali. Il restante 60% è stato allocato come segue: 14% in supporti infrastrutturali - training, edifici, ecc.; 38% in aumento dei salari; 8% costi per medicinali. In altre parole, più del 50% della spesa addizionale è andato a finanziare i costi unitari, in particolare costo del lavoro, piuttosto che finanziare nuove attività. Il Governo ha rilevato che tali somme sono andate a risolvere problematiche specifiche, una-tantum, come la mancanza di personale infermieristico, ma, di fatto, se i costi unitari continuano a crescere rimane una questione aperta.

Come sottolineato precedentemente, la crescita della produttività e la riduzione dei costi grazie alla migliore tecnologia, sono considerati come i principali meccanismi per la trasformazione dell'aumento della spesa in migliori livelli di salute e qualità dell'assistenza sanitaria nel Regno Unito. I precedenti avvenimenti hanno però sottolineato come gli aumenti di produttività e le riduzioni dei costi unitari della prestazione dei servizi sanitari sono difficili da ottenere. Nel periodo dal 1994-5 al 1999-2000 non vi sono stati aumenti di efficienza globali nel NHS, definiti come riduzione nei costi unitari delle prestazioni sanitarie. Dal 1999-2000 il Ministero della Salute non ha registrato nessun miglioramento nell'efficienza. Il risultato maggiore è stato ottenuto alla fine degli anni '80 primi anni '90, con la riduzione della degenza in ospedale. Da allora si è avuta poca evidenza sia riguardo a progresso tecnologico che abbia permesso la riduzione dei costi unitari delle

prestazioni sanitarie, sia a miglioramenti nella produttività globale del settore. Ci sono, dati alla mano, motivi per ritenere che cambiamenti tecnologici aumentino la spesa sanitaria pubblica. Culter e McClellan (2001) sottolineano che in ambito medico l'adozione di nuove tecnologie nel settore dello scompenso cardiaco ha aumentato i costi negli USA, mediante un maggior ricorso alle cure ed all'aumento dei prezzi. In altre parole, l'aumento di spesa nel NHS può essere assorbito in gran parte dall'acquisto e l'uso intenso di apparecchiature sofisticate. In ogni caso, l'impatto di tale spesa può essere giustificato dall'aumento della qualità delle cure stesse e della salute dei cittadini. La valutazione di tali nuove tecnologie da parte del NICE dovrebbe garantire che ciò accada.

Recentemente il Governo è stato criticato per la determinazione di alcuni obiettivi, tra cui la riduzione dei tempi di attesa a sei mesi nel 2005 e tre mesi nel 2008. Tale obiettivo è stato proclamato non raggiungibile da una relazione ministeriale riservata. Attualmente, è stato stimato che vi sono in media circa 250.000 pazienti che attendono più di sei mesi la possibilità di ricevere cure mediche. Il problema si trova soprattutto nel settore dell'ortopedia, dove per far scendere le liste d'attesa a 15 mesi debbono essere curati 10.000 casi. Mentre fondi addizionali per attrezzature sono stati resi disponibili a quei centri che abbiano contribuito a ridurre i tempi di attesa, è facilmente ipotizzabile che la mancanza di personale possa impedire la riduzione delle liste di attesa.

Tutto ciò accade in un momento in cui si sente la pressione della mancata crescita del PIL. Le previsioni della crescita del reddito nazionale sono state ridimensionate, riflettendo la fase di recessione della maggioranza dei paesi dell'OCSE. Dato l'impegno del governo a mantenere bassa la tassazione ed il livello del debito nazionale ai livelli previsti quando il Regno Unito verificava tassi di crescita del PIL molto più alti, gli attuali piani di spesa in sanità sembrano essere abbastanza fuori linea.

Concludendo, è chiaro che il Governo ha stanziato maggiori spese per il settore della Sanità al fine di migliorare la qualità dei servizi sanitari prestati e la salute della popolazione. L'aumento della spesa sanitaria porterà a questi risultati solo se sarà accompagnata da un aumento della produttività. Se ciò occorrerà o meno, è una questione aperta.

Bibliografia

Culter, D. and McClelland, M., (2001), *Is Technological Change in Medicine Worth It?* *Health Affairs*, 20(5), September–October 2001, 11-29

NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform (HMSO, 2000)

Wanless Review (Securing our Future Health: Taking a Long-term View, HM Treasury, 2002)

Capitolo 13

Riforme sanitarie in Germania nel 2002 e introduzione di un modello DRG tedesco per gli ospedali

Helmut Hildebrandt e Steffen Wahler

13.1 Premessa

Il 2002 in Germania è stato caratterizzato dalle elezioni per il parlamento ed il governo, che si sono svolte nell'ottobre dello stesso anno. Tradizionalmente, nell'anno delle elezioni il governo in carica cerca di mantenere tranquilla la discussione sulle riforme necessarie nel settore sanitario, cercando, al contrario, di sottolineare le riforme approvate (l'introduzione dei Programmi di Management delle Malattie per migliorare la qualità dell'assistenza e l'introduzione del finanziamento modificato nel settore ospedaliero), mentre l'opposizione sottolinea la necessità di ulteriori riforme. Anche per il 2002 è stato così fino al giorno delle elezioni.

Con una scarsa maggioranza la coalizione tra SPD e GRÜNEN è riuscita di nuovo a vincere le elezioni e due settimane dopo ha potuto presentare il nuovo governo ed il suo programma. Nel breve termine si è cominciato con due provvedimenti relativi alla realizzazione della parte sanitaria del nuovo programma:

- insediamento di una commissione per la sostenibilità del finanziamento dei sistemi della sicurezza sociale. Dall'opinione pubblica tedesca in generale, questa commissio-

ne che è conosciuta con il nome del suo presidente, il Prof.Dr.Dr.h.c. Bert Rürup, cioè “Commissione Rürup”, deve sviluppare proposte per un finanziamento sostenibile ed un ulteriore sviluppo della sicurezza sociale. Tutto ciò sulla base del seguente mandato: “In particolare è necessario garantire il finanziamento a lungo termine degli obiettivi della sicurezza dello stato sociale e la giustizia generazionale e rendere i sistemi solidi per il futuro. Per dare impulsi efficaci dal punto di vista occupazionale, devono essere indicate delle soluzioni su come ridurre gli oneri complementari del lavoro. Le proposte devono tenere anche conto degli aspetti relativi alla parità tra i sessi. Bisogna integrare le discussioni e le esperienze internazionali, in particolare nell’ambito dell’Unione Europea.”;

- reazione alle minacce di deficit nell’ambito dell’Assicurazione Sociale contro le Malattie (=GKV). Ancora nel novembre del 2002 il nuovo (vecchio) Ministro della Sanità, Ulla Schmidt, ha presentato i punti fondamentali di una legge a breve termine, con la quale, attraverso l’introduzione di un “azzeramento” nel caso delle casse mutue, dei medici, degli ospedali così come attraverso “riduzioni”, nel caso di produttori di protesi dentarie ed a livello di farmacie, dovevano essere evitati potenziali aumenti dei contributi nell’ambito dell’assicurazione sociale contro le malattie. Tale legge ausiliaria per motivi tecnico-giuridici (dovere di approvazione del Consiglio Federale), è stata presentata in due progetti di legge: a) “Legge di garanzia contributiva – BSSichG” e b) Dodicesima Legge di modifica SGB V, e, tranne che per le parti soggette ad approvazione da parte del Consiglio Federale, approvata ancora nel 2002.

Nella seguente elaborazione, ci concentriamo sulla discussione svoltasi nel 2002 sull’introduzione del finanziamento DRG in ambito ospedaliero, integrandola con un allegato sulla costruzione della politica sanitaria e della struttura della sanità in Germania.

13.2 Introduzione di un sistema DRG in Germania

Il 1° marzo 2002, il Consiglio Federale ha approvato la legge per l’introduzione di un sistema forfettario sulla base dei casi per gli ospedali (Legge sul Forfait sulla base dei casi – FPG). Tale legge modifica una serie di legge esistenti e costituisce, con la legge KHG (Legge sugli Ospedali) e la legge riguardante i compensi per le prestazioni ospedaliere piene e di ricovero parziale (KHEntgG), la base giuridica per gli ospedali e fornisce precise indicazioni per l’introduzione del sistema DRG. Come primo problema si è presentato quello della scelta di un sistema di remunerazione forfettario adatto che, sulla base delle indicazioni del legislatore, dovrebbe già essere impiegato a livello internazionale. In totale sono state verificate con attenzione otto varianti DRG.

Gli Australian Refined Diagnosis Related Groups sono stati scelti come base per lo sviluppo di un sistema DRG tedesco.

Questi gruppi “raffinati” (Refined) sono contraddistinti da una chiara struttura di tutti i componenti. Attualmente, il modello australiano è quello più moderno, ed offre anche i migliori presupposti per l’adattamento alle condizioni tedesche e per lo sviluppo futuro anche se ha dovuto essere adattato in molte parti, a causa della diversa struttura del sistema sanitario.

Con l’introduzione dei DRG, la riforma si pone l’obiettivo di ridurre le permanenze ai nor-

Cosa sono i DRG.

I sistemi forfettari sulla base dei casi drg (*Diagnosis Related Groups* – forfait gruppi di casi valutati sulla base della diagnosi) riassumono una serie di diagnosi diverse, e con ciò di tipi di malattie, in una serie chiara di posizioni contabili con un esborso comparabile. L’attribuzione ad una simile posizione contabile avviene in modo determinante attraverso chiavi diagnostiche, operative e procedurali di carattere medico. Inoltre, nel singolo caso, vengono utilizzati altri criteri, p.e. età, sesso, peso alla nascita, status di dimissione. Con ciò lo spettro delle prestazioni degli ospedali può essere rappresentato in un chiaro catalogo drg. I partner dell’amministrazione autonoma competenti per l’introduzione del nuovo sistema di remunerazione – cioè la società ospedaliera tedesca, le associazioni principali delle casse mutue e l’associazione dell’assicurazione privata contro le malattie – per la fase introduttiva si sono accordati inizialmente per un certo numero di posizioni contabili, che va da 600 ad 800. Attraverso la considerazione delle diagnosi principali ed accessorie, il sistema può tenere conto anche dei diversi livelli di difficoltà.

Fonte: website del brmg = Ministero Federale della salute

mali standard internazionali. Così, p.e., nel 1999 ad una permanenza di ricovero acuto di 9,9 giorni in Germania (2000: 9,6 giorni) si opponevano gli 8,5 giorni del Belgio, i 5,9 giorni dell’Austria, i 5,9 giorni negli USA oppure i 5,5 giorni in Francia. In Germania i pazienti rimangono in ospedale il doppio del tempo rispetto alla Francia. Tuttavia, un confronto tra i prezzi delle prestazioni della Germania e quelli degli USA mostra che, di regola, ad una maggiore durata dei ricoveri in Germania si contrappone una strutturazione dei prezzi più bassa.

Sulla base delle leggi di cui sopra vengono effettuati i seguenti passi:

- vengono costituiti propri DRG-G, cioè DRG sulla base di dati di spesa tedeschi per ogni intervento. A tale riguardo il modello DRG australiano viene sfruttato come modello e sistema di riferimento. Nel novembre del 2000 tra la Germania e l’Australia è stato firmato un accordo per lo sfruttamento del sistema DRG australiano. Con l’adattamento alle condizioni tedesche e l’ulteriore sviluppo, i DRG-AR diventano i German Diagnosis Related Groups (G-DRG).
- nel 2002, è stato sviluppato un sistema di calcolo, a cui gli ospedali possono partecipare volontariamente. A tale riguardo viene sviluppato un manuale di calcolo, alle cui indicazioni gli ospedali si devono attenere. Per il calcolo dei forfait per i singoli casi nei primi quattro mesi del 2002 sono stati eseguiti negli ospedali tedeschi rilevamenti sui casi di spesa e sulle prestazioni. Il rilevamento dei dati negli ospedali è avvenuto sulla base di un manuale di calcolo sviluppato dai partner dell’amministrazione autonoma. Complessivamente sono stati presi in considerazione per il primo calcolo i dati di spesa di 116 ospedali, rispettivamente circa 500.000 serie di dati. Come base ci sono il 5,8% di tutti gli ospedali, il 10,5% di tutti i letti ed il 3,1% di tutti i casi (di volta in volta con riferimento al settore degli ospedali generali, quindi esclusa la psichiatria). Gli ospedali partecipanti sono stati scelti dai partner dell’amministrazione autonoma. Anche se non si tratta di un campione rappresentativo, hanno partecipato ai calcoli ospedali di tutte le classi di grandezza, tutte le strutture competenti e di tutti i Länder.

A tale riguardo sono rappresentati, in modo leggermente superiore, gli enti ospedalieri pubblici e di libera utilità pubblica rispetto a quelli privati. Nella maggior parte dei forfait dei casi (577 su un totale di 640) sono stati utilizzati dati di oltre 20 ospedali. Cioè quasi il 90% di tutti i forfait dei casi si basano su dati provenienti da oltre 20 ospedali diversi. La maggioranza dei forfait dei casi comprende anche un grande numero di casi. Con 390 forfait DRG è possibile illustrare il 95% di tutti i casi ospedalieri. Mediamente per il calcolo di tali forfait sono stati disponibili 1.200 casi, tuttavia almeno 225. Solo nel caso di 137 forfait il numero di casi è inferiore a 100.

- Nel 2003 e nel 2004 deve essere introdotto il nuovo sistema di remunerazione in modo che gli ospedali già nel 2003, facoltativamente, e nel 2004 obbligatoriamente, eseguano i calcoli secondo i DRG, anche se solo con leggere variazioni rispetto ai bilanci validi fino ad oggi. Per gli ospedali ciò significa che hanno una sicurezza pari a circa il 5% sul loro vecchio bilancio (più o meno) con riferimento ai vecchi bilanci. (Nota: dal 1992 gli ospedali hanno ottenuto il loro finanziamento sulla base dei bilanci che – fatta eccezione per modifiche delle prestazioni – potevano crescere solo con percentuali fissate dal governo). A tale riguardo per il 2003 viene costituito un catalogo temporaneo di DRG-G sulla base dei calcoli del 2002.
- Negli anni 2005, 2006 e 2007 il budget dei singoli ospedali viene portato in tre fasi verso il futuro finanziamento pieno in base ai DRG. A tale riguardo, un valore del caso base, che viene fissato separatamente per ogni Land federale, viene moltiplicato con i singoli tipi e quantità interne dei DRG.
- Attualmente sono ancora esclusi gli ospedali e i reparti psichiatrici. Per questi ultimi restano valide le vecchie norme dell'Accordo Federale sulla Tariffa di Assistenza, cioè vi è una registrazione progressiva del bilancio. Per questo motivo le prestazioni erogate nell'ambito degli istituti psichiatrici non vengono inserite nel sistema forfettario DRG, perché esistono forti oscillazioni delle permanenze nel caso delle stesse diagnosi. Allo stesso tempo con la legge forfettaria sono state esclusi dall'introduzione dei DRG gli istituti di psicosomatica e di medicina psicoterapeutica, per prevenire il pericolo di trasferimenti non motivati dal punto di vista medico nei punti di contatto della psicosomatica e della psicoterapia, da una parte, verso la psichiatria, dall'altra.
- In modo unitario a livello federale vengono fissati supplementi e decurtazioni rispetto ai DRG per il pagamento delle spese anticipate per l'assistenza di emergenza e per la formazione infermieristica, per l'assunzione di accompagnatori, la partecipazione alla garanzia di qualità e per la garanzia di prestazioni con scarsa necessità di assistenza dal punto di vista quantitativo.
- Un altro risultato delle trattative tra Parlamento e Consiglio Federale è l'accettazione di un ulteriore supplemento di garanzia: Qui i Länder possono emanare indicazioni integrative o divergenti, mentre le parti competenti per la tariffa di assistenza verificano sul terreno i presupposti e concordano l'entità del supplemento.
- Il 10 maggio 2001 le associazioni principali delle casse mutue, l'associazione dell'assicurazione contro le malattie privata e la società ospedaliera tedesca hanno creato l'Istituto per il Sistema Remunerativo Ospedaliero (InEK gGmbH) nella forma giuridica di una Srl di pubblica utilità. L'istituto sostiene i partner contrattuali dell'amministrazione autonoma ed i

comitati da loro costituiti per quanto riguarda l'introduzione prescritta dalla legge ed il progressivo sviluppo del sistema DRG sulla base del §17 b della legge KHG (Legge Ospedaliera). Per esempio gli ambiti di lavoro dell'Istituto DRG saranno:

A. Medicina

- I Assistenza di gruppi di casi
- II Definizione dei gruppi di casi DRG
- III Assistenza dei gruppi di casi base
- IV Assistenza del sistema rispetto al grado di gravità
- V Codifica
- VI Direttive di codifica
- VII Proposte per adattamenti ICD-OPS
- VIII Collaborazione con istituzioni-comitati- organizzazioni

B. Economia

- I Calcolo
- II Ponderazioni relative
- III Supplementi e decurtazioni
- IV Norme per il calcolo

C. Assistenza

- Direttive di codifica tedesche: Nelle Direttive di codifica tedesche sono fissate le regole normative su come effettuare una corretta trasmissione di diagnosi e delle procedure mediche nei sistemi di classificazione ufficiali. Sulla base della versione 2002, la Società Ospedaliera Tedesca, le Associazioni principali delle casse mutue e l'Associazione dell'Assicurazione contro le Malattie Privata assieme con l'InEK (Istituto per il Sistema Remunerativo Ospedaliero), hanno adattato, dal punto di vista redazionale, le Direttive di codifica e le hanno approvate il 02.01.2002 nella loro versione aggiornata per il 2003.
- Tra le casse mutue e la società ospedaliera tedesca deve essere concordato un catalogo di prestazioni ospedaliere pianificabili (= elettive), in base alle quali la qualità del risultato del trattamento dipende, in particolare, dalla quantità delle prestazioni erogate. A tale riguardo devono essere concordate quantità minime. Nella misura in cui queste non siano raggiunte, un ospedale è autorizzato, a partire dal 2004, a non erogarle più (e quindi a non fatturarle più).
- A partire dal 2005 gli ospedali vengono obbligati a redigere ed a pubblicare un rapporto di qualità.
- L'introduzione del sistema forfettario dei casi crea i presupposti per superare la compilazione del bilancio degli ospedali. A partire dal 2005 la modifica dell'aliquota retributiva di base, definita per legge (=modifica delle entrate delle casse mutue) non è più valida per il singolo ospedale come limite massimo di crescita per l'aumento del budget dei singoli ospedali. Con ciò sarà possibile anche rinunciare alla compilazione del bilancio.

13.3 Discussione

Nel 2002 i comitati dell'amministrazione autonoma e gli ospedali si sono trovati sotto pressione. Contemporaneamente hanno dovuto essere sviluppati i trasferimenti del siste-

ma DRG australiano, le direttive di codifica, l'adattamento al sistema tedesco, il manuale di calcolo, l'adattamento delle strutture informatiche e la preparazione dei medici e dell'amministrazione degli ospedali. Nel fare ciò, si sono avuti molti problemi e molte discussioni. Tuttavia, complessivamente, tranne alcune eccezioni, si è riusciti sorprendentemente a rispettare abbastanza bene il programma e più di 500 ospedali si sono dichiarati disposti, entro il vecchio termine dell'ottobre 2002, ad eseguire i calcoli in modo volontario, già nel 2003, secondo il nuovo sistema. Presumibilmente tale cifra aumenterà ancora di alcune centinaia di enti, nella misura in cui il Consiglio Federale approva una modifica di legge che esclude per gli enti che prendono parte al modello opzionale, l'azzeramento deciso in generale nell'ambito dell'aumento del budget per il 2003.

13.3.1 Alcuni punti di discussione nel corso dell'anno e risposte temporanee

Per quali ospedali il conteggio secondo il sistema DRG è un vantaggio, per quali invece no? Sulla base di diversi confronti e simulazioni di calcolo, attualmente si presentano come presumibili svantaggiati con il sistema DRG:

- Le piccolissime cliniche altamente specializzate
- I piccoli ospedali delle zone rurali
- Le grandi cliniche nelle grandi città (a partire da circa 650 letti)
- Le grandi cliniche universitarie

Come prevedibili avvantaggiate vi sono le cliniche di media grandezza tra i 300 ed i 550 posti letto. Tale valutazione è valida sulla base delle cifre attuali con i DRG calcolati. A tale riguardo c'è da osservare che partecipano 150 ospedali, ma che le grandi cliniche universitarie non hanno aderito al calcolo volontario, per cui le prestazioni eseguite da queste ultime non rientrano nel calcolo dei costi delle singole procedure e così hanno influito negativamente sulla loro portata. A tale riguardo si parla di "effetto di compressione" che, rispetto ai DRG australiani, provoca il fatto che la ponderazione dei costi tedesca determinata sia mediamente 2 volte più bassa di quella australiana. Nel caso di alcuni DRG si sono evidenziate differenze ancora maggiori, attualmente anche nella direzione contraria. Nella tabella seguente sono riportati alcuni esempi.

Si parte dal presupposto che nel 2003–2004 le ponderazioni dei costi cambieranno notevolmente ancora una volta, quando in questo periodo, sulla base delle esperienze e dei dati di un maggior numero di ospedali, in particolare delle cliniche universitarie, verranno eseguiti i calcoli successivi. Quindi, tenuto conto dei vincenti e dei perdenti in base al sistema DRG questi calcoli non sono affidabili al 100%.

13.3.2 È veramente possibile rappresentare in modo corretto tutte le prestazioni secondo i DRG, oppure dal finanziamento DRG dovrebbero essere estrapolate altre prestazioni, oltre quelle psichiatriche?

A tale riguardo negli ultimi mesi molte associazioni specialistiche dei medici hanno fatto sentire la loro voce e si sono espresse in favore di esclusioni dal sistema DRG, come, tra le altre, l'Associazione Tedesca per la Medicina Palliativa. Le grandi cliniche traumatologiche, con centri specializzati per pazienti in rianimazione in coma vigile, hanno chiesto soluzioni particolari; le cliniche pediatriche hanno manifestato le loro preoccupazioni per

Tabella 1 - Esempi di differenze fra DRG tedeschi ed australiani.

	DRG	Pesi D	Pesi AUS
963Z	Diagnosi neonatale non calzante con età-peso	0,68	3,93
K61Z	Altre operazioni con: Malattie del pancreas o Epatobiliari	0,77	4,96
P60A	Neonato: deceduto oppure trasferito < 5 giorni dopo accettazione; senza operazione significativa; nato qui	0,14	0,63
G05B	Piccole operazioni all'intestino tenue e crasso; senza KK	1,88	1,58
J06A	Intervento rilevante in caso di diagnosi maligna al seno	1,93	1,54
P01Z	Neonato; Peso iniziale 1.500-1999 g; senza operazione significativa; senza problema	4,20	3,11

Fonte: Fonte: Hoffmann, Wilke: Ponderazione dei costi tedesca - KMA Dez. 2002 pag.53,54

il fatto che nel calcolo non si tiene conto del particolare esborso richiesto per le cure pediatriche, ecc.

Nella fase di sperimentazione, 2003-2004, e attraverso le verifiche e gli adattamenti apportati continuamente, sarà possibile verificare quali timori sono effettivamente fondati e dove sussista la necessità di aggiustamenti. Tuttavia, non si prevede un'esclusione generale di grandi settori.

13.3.3 Come deve essere agganciata la remunerazione delle prestazioni mediche a scelta per i pazienti assicurati privatamente al sistema DRG?

In Germania, il prezzo per un ricovero ospedaliero non è diverso per il paziente privato e quello delle casse mutue, cioè gli ospedali fatturano ai pazienti privati lo stesso importo DRG praticato alle casse mutue. Tuttavia, esiste una differenza per le prestazioni dei primari. Secondo il GOÄ (Ordinamento per le Tariffe Mediche) questi ultimi possono emettere fatture nel caso di pazienti privati. A tale riguardo si sta pensando di trasformare la base di queste fatture in un supplemento percentuale dei DRG, di volta in volta adattato alla prestazione medica calcolata rispettando il punto di vista dei costi. Tuttavia non è ancora stata presa una decisione.

13.3.4 Come possono riuscire gli ospedali a conteggiare effettivamente in modo corretto secondo i DRG. A tale riguardo quali adattamenti e modifiche diventano necessari nel rapporto tra amministrazione e classe medica?

In molti ospedali tedeschi il rapporto tra la parte amministrativa o commerciale e quella medica è abbastanza problematico. In linea di principio, con l'introduzione dei DRG i

medici non devono documentare altri dati rispetto al passato. Tuttavia, senza alcun dubbio, con l'introduzione dei DRG cambia la rilevanza della documentazione: una cattiva documentazione-codifica può avere importanti conseguenze economiche. Quindi cambia l'equilibrio di potere tra la classe medica-amministrazione ed ai fini della gestione aziendale acquista un'importanza fondamentale un buon rapporto tra i due partner. Ausili per la codifica (Software) e/o assistenze, p.e. attraverso assistenti dei medici ed assistenti alla documentazione, possono ridurre notevolmente lo sforzo per i medici ed attualmente i relativi programmi vengono acquistati da tutti gli ospedali o sono già applicati. Nel frattempo molti enti hanno inserito nel loro reparto Controlling, utilizzato soprattutto a livello commerciale, anche dei Controller della parte medica, nella maggior parte dei casi dei medici con relativa qualifica aggiuntiva.

13.3.5 Quali effetti avrà la remunerazione secondo i DRG sulle spese delle casse mutue (e quali effetti diversi ci saranno tra le diverse casse mutue?)

Attualmente per le casse mutue questo problema è uno dei più spinosi. Vi sono dei primi conteggi simulati, secondo i quali potrebbero essere svantaggiate dall'introduzione dei DRG le grandi casse malattie ausiliarie. Tuttavia anche qui saranno i veri risultati dei prossimi anni a fare chiarezza.

13.3.6 Su quale base-importo viene contrattata-stipulata l'aliquota di base?

Nel 2003 e 2004 l'aliquota di base viene contrattata singolarmente per ogni ospedale. A tale riguardo il punto di partenza è il budget dell'anno precedente, così come la relativa struttura di prestazioni valutata relativamente. Negli anni dal 2005 al 2007 le aliquote di base per ogni ospedale vengono gradualmente adattate ad una aliquota di base valida a livello nazionale. Successivamente, negli anni seguenti, dovrà esistere solo una aliquota di base a livello nazionale. Sulla base dei dati di calcolo preventivi del 2002, si prevede, mediamente, una aliquota di base pari a circa 2.850 - 2.900 Euro. Quali supplementi esistono per le regioni rurali? Per il 2003 ed il 2004 tali supplementi non sono ancora necessari, dato che ogni ospedale mantiene il proprio budget degli anni precedenti. Tali supplementi dovrebbero essere attivi a partire dal 2005. In quale forma, su quale base ed in quale entità non è ancora noto. Tale questione è strettamente legata alla determinazione delle quantità minime.

13.3.7 Esistono supplementi per l'assistenza di emergenza e quanto sono elevati?

Le maggiori associazioni non si sono ancora potute accordare per i supplementi relativi all'assistenza di emergenza; tuttavia questo non è ancora necessario nel 2003 e nel 2004 (si vedano i motivi di cui sopra (registrazione progressiva del bilancio)).

La trasparenza circa le prestazioni degli ospedali viene aumentata in modo sostanziale attraverso rapporti di qualità normativi messi a disposizione degli assicurati, ma anche dei medici, tramite Internet. Con ciò in futuro si potrà scegliere in modo razionale e si introdurrà una concorrenza di qualità nell'interesse dei pazienti

Riassumendo, possiamo dire che in Germania il tempo di conversione del finanziamento

ospedaliero è relativamente lungo in ambito internazionale e che suscita discussioni diverse e molte critiche interne ma che, almeno sulla base delle esperienze fatte fino ad oggi, l'applicazione possa avvenire senz'altro nei termini stabiliti. Addirittura in Germania vi sono voci che sostengono che senza una simile prescrizione dei tempi, coloro che si vedono come potenziali perdenti a causa della conversione, verrebbero rafforzati nella loro contrarietà alla conversione e tenterebbero addirittura di impedirla.

Dopo tutto si parte dal presupposto che nei prossimi 5-10 anni il numero degli ospedali in Germania, anche e soprattutto in connessione con l'introduzione del sistema DRG, si potrebbe ridurre anche del 30% e che il numero dei letti, a causa della riduzione delle permanenze e delle maggiori possibilità a livello ambulatoriale, potrebbe ridursi ancora di più. Esiste, cioè, un potenziale per gli sforzi contro l'introduzione del sistema DRG.

Un'altra questione è se l'introduzione dei DRG porterà anche al raggiungimento degli obiettivi prefissati, ad una maggiore trasparenza, ad un finanziamento più giusto, ad una maggiore produttività del sistema sanitario. Un importante svantaggio del sistema DRG è la sua connessione alla quantità delle prestazioni ed il conseguente stimolo all'aumento delle quantità ed al cosiddetto Upcoding che, a sua volta, richiede dispendiosi controlli da parte delle casse mutue.

Per questo motivo, non da ultimo, si pensa già parallelamente all'introduzione del sistema DRG attraverso ulteriori forme di calcolo, che in futuro possono ottenere l'inserimento nel sistema sanitario tedesco come "finanziamento post-DRG". Con l'introduzione del § 140 a-h nel codice previdenziale V (anche questo già all'inizio del 2000) a questo riguardo vi è stata una regolamentazione per legge. Sulla base di questo gli ospedali e le casse mutue si possono accordare anche su altre forme di finanziamento globali per l'assistenza totale di popolazioni di assicurati oltre il limite settoriale di erogazione della prestazione, p.e. forfait pro-capite per ogni paziente coinvolto oppure, contemporaneamente, forfait complessivi per prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

Il futuro ci dirà quali modelli si dimostreranno avere maggiore successo.

Capitolo 14

La crisi nell'assistenza sanitaria degli USA

Paul J. Feldstein

14.1 Premessa

Il sistema sanitario degli Stati Uniti continua a dover affrontare due critiche e controverse questioni: i) come controllare l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria; ii) come distribuire tali costi (in che misura specifici gruppi di popolazione dovrebbero essere sovvenzionati).

La spesa sanitaria degli Stati Uniti ha raggiunto quasi 1.400 miliardi di dollari nel 2002 e si prevede che tale cifra raddoppierà entro il 2011 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2003). L'assistenza sanitaria ha consumato il 13,4% del PIL nel 2002 e si stima che raggiungerà il 17% entro il 2011. I problemi dell'aumento dei costi e della loro distribuzione sono interrelati, in quanto un notevole aumento dei costi dell'assistenza sanitaria impone un grosso peso economico su una parte della popolazione, creando perciò una domanda di sussidi per mitigare la crescita dei costi. Allo stesso tempo, i sussidi diminuiscono gli incentivi all'efficienza sia per i pazienti che per i fornitori di assistenza, stimolando ulteriormente gli aumenti dei costi.

Sebbene questi problemi non siano unici del sistema sanitario statunitense, le proposte per risolverli lo sono, dato l'ambiente culturale e politico degli USA. Verrà discussa ognuna di queste questioni, insieme alle politiche proposte ed alle ragioni per cui le soluzioni legislative sono controverse.

14.2 Il controllo dell'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria

14.2.1 Programmi Governativi

Gli approcci usati per controllare la crescita dei costi dell'assistenza sanitaria sono stati differenti, a seconda che il conto sia pagato dallo stato o dal settore privato.

Sebbene il governo federale e quelli statali paghino circa il 46% della spesa sanitaria totale, vi sono ancora più di 40 milioni di persone non assicurate.

I due più estesi programmi pubblici sono Medicare, che paga per i servizi medici degli anziani, e Medicaid, un programma congiunto federale e statale per i poveri che fornisce anche assistenza agli anziani con basso reddito. Sebbene Medicare sia amministrato dal governo federale e Medicaid dai singoli stati, entrambi i programmi usano prezzi regolamentati e/o limiti di budget per controllare la crescita della spesa per l'assistenza sanitaria. I controlli sul prezzo e la spesa non facevano parte delle caratteristiche del disegno iniziale di alcun programma. Tuttavia, la mancata considerazione del prezzo da parte dei pazienti in ciascun programma (problema del "moral hazard") ed il metodo di pagamento dei fornitori hanno dato agli ospedali ed ai medici un incentivo finanziario a fornire servizi aggiuntivi. Come risultato, le spese hanno ecceduto le aspettative in entrambi i programmi.

L'approccio governativo per controllare l'aumento dei costi differisce a seconda dei beneficiari di ciascun programma. Le soluzioni alternative disponibili ai governi statali per risolvere i rapidi aumenti delle spese Medicaid includono l'aumento delle imposte statali, lo storno dei fondi per Medicaid verso altri programmi statali politicamente popolari, come le prigioni o l'educazione, la riduzione del numero dei beneficiari, e/o la riduzione dei pagamenti agli ospedali ed ai medici. I legislatori statali, hanno sempre trovato politicamente meno costoso ridurre il numero delle persone a basso reddito aventi diritto e ridurre i pagamenti ai fornitori. Appena i pagamenti ai fornitori sono stati ridotti, altrettanto si è ridotta la voglia dei medici di partecipare a Medicaid.

Nell'attuale situazione economica negli USA, molti beneficiari di Medicaid si trovano di fronte a crescenti privazioni appena gli stati diminuiscono le spese Medicaid per fronteggiare la diminuzione delle entrate fiscali. La relazione tra l'economia e le entrate fiscali per finanziare i programmi Medicaid, ha come effetto che minori fondi sono disponibili quando il numero di coloro che hanno bisogno di tale copertura è più alto.

L'aumento del finanziamento per Medicaid e per raggiungere la copertura universale dei non assicurati, tuttavia, ha una priorità politica più bassa per entrambi i partiti politici della legislazione sanitaria che riguarda la classe media e gli anziani. Il provvedimento legislativo per la sanità più costoso, attualmente discusso sia dai Democratici che dai Repubblicani, riguarda infatti l'espansione di Medicare.

È utile rivedere, a questo proposito, come i politici hanno risolto i precedenti problemi nell'ambito di Medicare, quando le spese eccedevano i fondi disponibili. Medicare è diviso in due parti principali. La Parte A consiste in servizi ospedalieri per gli anziani ed è finanziata da un contributo separato Medicare a carico della popolazione occupata. (La Parte B è finanziata dalle entrate fiscali generali e copre i servizi medici e quelli prestati al di fuori degli ospedali).

I contributi dei lavoratori per Medicare sono posti in un fondo fiduciario che serve a pagare le spese ospedaliere correnti degli anziani. (Medicare è un sistema del tipo pay as you go, dove i contributi correnti dei lavoratori pagano le spese ospedaliere correnti degli anziani). Nel momento in cui si prevede che le spese ospedaliere correnti eccedano i contributi correnti dei lavoratori, sarà minacciata la solvibilità del fondo fiduciario Medicare. Quando le spese per Medicare aumentarono, i diversi e successivi Presidenti e Congressi credettero che i costi politici di uno spostamento di maggiori costi sanitari a carico gli anziani sarebbe stato troppo alto. La popolazione anziana è ben organizzata, ha alti tassi di partecipazione al voto ed ha l'aiuto politico dei figli, che non vogliono sopportare il costo dell'assistenza sanitaria dei loro genitori. Poiché le spese ospedaliere Medicare sono cresciute molto più rapidamente delle imposte che servivano a pagare tali spese, i contributi dei lavoratori hanno dovuto aumentare diverse volte negli ultimi 35 anni. I legislatori sono stati più propensi ad aumentare i contributi Medicare per tutti i lavoratori e a regolamentare i prezzi e le spese che ad imporre un costo diretto agli anziani. Contrariamente al programma Medicaid, gli ospedali devono accettare i pazienti coperti da Medicare. Inoltre, per ridurre l'aumento nelle spese per i medici Medicare, i legislatori hanno imposto dei limiti sui pagamenti dei medici ed hanno aumentato il deficit federale. Il governo federale ha reso anche finanziariamente costoso per i medici interrompere la cura dei pazienti Medicare.

La classe anziana non è stata in gran parte toccata dalle soluzioni prese per risolvere i problemi finanziari di Medicare. Un esempio di come è stata risolta una crisi che ha riguardato la stabilità finanziaria del Fondo fiduciario Medicare è fornito dal Balanced Budget Act del 1997 (Feldstein, 2001). In quell'anno, per risolvere l'insolvenza del Fondo, il Congresso ridusse i pagamenti Medicare agli ospedali e trasferì le spese per l'assistenza domiciliare dalla Parte A alla Parte B dove avrebbe potuto essere finanziata con un aumento del deficit federale. Dopo aver così salvato il Fondo fiduciario Medicare per numerosi anni a venire, il Congresso ha quindi fornito agli anziani benefici sanitari aggiuntivi.

Per risolvere la crisi finanziaria del Fondo, i legislatori furono propensi ad imporre costi sugli ospedali e la popolazione lavoratrice, piuttosto che sugli anziani. Il potere politico degli anziani ha dettato la soluzione.

Il programma Medicare è considerato come relativamente inefficiente e frodi e inganni da parte sia degli ospedali che dei medici sono prevalenti. Al contrario del programma Medicaid, in cui lo stato può iscrivere i beneficiari in una HMO, i pazienti Medicare hanno la "libera scelta" del fornitore. Le persone anziane possono andare presso qualunque ospedale o medico, ricorrere autonomamente ad uno specialista ogniqualvolta lo desiderino, e possono aderire ad una HMO, solo se volontariamente decidono di farlo. Non esiste alcun limite per l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli anziani.

Per aumentare l'efficienza nell'offerta dei servizi Medicare, è stato proposto che gli anziani abbiano una scelta tra piani sanitari concorrenziali. Il governo pagherebbe l'intero costo di un tipo di piano sanitario, per esempio quello di una HMO, e se i beneficiari scegliessero un piano meno restrittivo e più costoso, dovrebbero pagare in prima persona la differenza nel premio. I proponenti di questa proposta, che è indicata come "Riforma

Medicare”, credono che la concorrenza tra i piani sanitari limiterebbe la crescita nei premi e che tale concorrenza riguarderebbe non solo i premi ma anche la qualità. Questi piani sanitari si assumerebbero il rischio di valutazione dei loro iscritti anziani, coordinerebbero l’assistenza sanitaria necessaria tra i vari fornitori e darebbero benefici addizionali, come la copertura per le prescrizioni farmaceutiche (National Bipartisan Commission, 2003).

La Riforma Medicare rappresenta un capovolgimento ideologico nel modo in cui vengono determinati i pagamenti Medicare. Il governo non dovrebbe più oltre regolamentare i prezzi e le spese per ospedali e medici. I prezzi sarebbero determinati attraverso la negoziazione tra i piani sanitari privati e i fornitori di assistenza sanitaria in concorrenza. I piani sanitari privati sarebbero responsabili del controllo dell’utilizzazione e della qualità dell’assistenza fornita. Gli iscritti Medicare non soddisfatti sarebbero liberi di spostarsi verso altri piani.

La Riforma Medicare è controversa per due ragioni. Primo, il sistema corrente Medicare, caratterizzato dalla “libera scelta del fornitore”, diventerebbe uno dei numerosi piani sanitari concorrenziali, anzi l’opzione più costosa, data la sua mancanza di incentivi sia per i pazienti che per i fornitori riguardo ai costi dei servizi. La scelta di tale opzione richiederebbe che gli anziani pagassero un premio più alto di quello che pagherebbero se scegliessero uno degli altri piani sanitari.

Gli anziani, invece, non vogliono pagare di più per la loro assistenza sanitaria, vogliono la libera scelta del fornitore, e vogliono benefici addizionali, in particolare l’assistenza farmaceutica.

Secondo, il Partito Democratico è ideologicamente contrario ad un sistema sanitario basato su forze di mercato competitive. (La differenza nell’ideologia, facendo affidamento sulla regolamentazione governativa dei mercati competitivi per frenare l’aumento dei costi Medicare, è stata anche la ragione del disaccordo in un Congresso strettamente diviso sulle politiche redistributive per assistere i non assicurati).

Dato il potere politico degli anziani e l’opposizione del partito Democratico alla Riforma Medicare, l’amministrazione Bush si trova certamente in difficoltà nel convincere i propri deputati, preoccupati di essere rieletti, a votare per un nuovo e più efficiente sistema Medicare.

Anche se fosse possibile emanare la Riforma Medicare e il programma diventasse più efficiente, il problema della rapida crescita delle spese Medicare continuerebbe a rimanere una preoccupazione per il governo federale. Negli Stati Uniti la quota di popolazione anziana è in aumento relativamente alla popolazione occupata, a partire dal 2011 il primo dei baby boomers avrà girato l’angolo dei 65 anni. Vi saranno meno occupati per beneficiario Medicare appena una quota più alta di popolazione avrà i requisiti per far parte del programma, conseguentemente la base impositiva per sostenerlo sarà più piccola. Nel 1980 c’erano 4,1 lavoratori per ogni beneficiario; entro il 2010 e il 2030 il numero di lavoratori per beneficiario scenderà a 3,6 e 2,3. Questi cambiamenti demografici, assieme all’aumento della tecnologia in medicina, causerà una rapida crescita delle spese Medicare. Il governo federale deve trovare delle soluzioni nuove, politicamente difficili, per continuare a finanziare Medicare. È certo che limitarsi a pagare di meno gli ospedali ed i medici e aumentare ulteriormente i contributi dei lavoratori non sarà sufficiente

a risolvere l’imminente crisi finanziaria. Eventualmente, la popolazione anziana dovrà sopportare una parte del peso nella forma di una riduzione dei benefici. I politici, tuttavia, cercheranno di rimandare questa decisione il più a lungo possibile.

14.2.2 Il mercato dell’assicurazione privata

Durante gli anni ‘80 si sono verificati dei profondi cambiamenti nel mercato privato dell’assicurazione sanitaria. In precedenza, gli assicuratori privati in sanità erano degli intermediari passivi, che raccoglievano i premi dai datori di lavoro, pagavano gli ospedali ed i medici, e quindi trasferivano semplicemente i prezzi più alti dei fornitori all’indietro sui datori di lavoro nella forma di un aumento dei premi. Nei primi anni ‘80, numerosi datori di lavoro, in presenza di una crescente concorrenza delle importazioni e di un aumento dei costi del lavoro, incluso l’aumento dei premi dell’assicurazione sanitaria, fecero pressione sui loro assicuratori perché controllassero in rapido aumento dei costi. Per sopravvivere in un mercato dell’assicurazione sanitaria competitivo, gli assicuratori cominciarono a cambiare il loro ruolo.

Al fine di controllare la crescita dei costi gli assicuratori si interposero nella tradizionale relazione medico-paziente. Nell’ambito della managed care, le compagnie assicurative misero in discussione il modo di prendere le decisioni da parte dei medici, ed introdussero un controllo sull’utilizzo dei servizi per determinare se alcuni ricoveri ospedalieri fossero effettivamente necessari (Glied, 2000). I pazienti furono penalizzati finanziariamente se non ottenevano la preventiva approvazione dell’assicuratore per una visita specialistica o un ricovero in ospedale. Le compagnie assicurative formarono una lista ristretta di ospedali e medici, scegliendo i fornitori sulla base dei rispettivi prezzi e della disponibilità ad accettare delle linee-guida cliniche. I pazienti assicurati non potevano più scegliere qualsivoglia medico, ma solo i medici che rientravano nella rete di fornitori della propria compagnia assicurativa. Gli assicuratori stabilirono dei formulari per i farmaci che determinavano quali medicine i medici avevano il permesso di prescrivere. I benefici assicurativi furono allargati per includere delle cure, come l’assistenza domiciliare, che costa meno dell’assistenza ospedaliera. Inoltre gli assicuratori cambiarono gli incentivi ai pazienti ed ai fornitori nel tentativo di eliminare l’assistenza non necessaria.

La managed care, che iniziò in California nei primi anni ‘80, si propagò lentamente attraverso tutto il Paese. I tassi di utilizzazione degli ospedali caddero, l’uso dei medici specialisti nei piani di managed care diminuì e lo stesso accadde ai redditi dei medici. Gli ospedali ed i medici ebbero capacità in eccesso e, sebbene fossero contrari alla managed care, dovettero entrare a farvi parte altrimenti non avrebbero avuto accesso ai pazienti.

La managed care ebbe successo nell’espandere la propria quota di mercato poiché i suoi metodi di contenimento dei costi le permisero di caricare premi più bassi di quelli degli assicuratori tradizionali. Quando veniva richiesto ai lavoratori di scegliere tra piani sanitari concorrenziali, essi erano molto sensibili rispetto al prezzo e cambiavano volentieri i loro piani sanitari, se uno era anche solo leggermente più caro rispetto ad un altro (Strombom et al. 2002). Una differenza di 5-10 dollari al mese nella spesa mensile di un lavoratore avrebbe causato lo spostamento del 25% degli iscritti ad un piano sanitario

verso un altro meno costoso. I medici furono scioccati dalla mancanza di lealtà dei pazienti. Appena i piani della managed care aumentarono la loro quota di mercato, gli assicuratori tradizionali adottarono le stesse tecniche di contenimento dei costi per sopravvivere.

La managed care è stata efficace nel ridurre l'aumento dei premi dell'assicurazione sanitaria. Durante la metà degli anni '90, i premi aumentarono molto lentamente ed in California, che ha avuto il più alto tasso di penetrazione della managed care, sono a dire il vero diminuiti per diversi anni. (vedi Figura 1). L'Ufficio del bilancio del Congresso ha stimato che, a causa della managed care, la spesa sanitaria è stata di quasi 400 miliardi di dollari più bassa per l'anno 2000 di quanto fosse stato previsto. L'introduzione della managed care ha avuto come risultato una redistribuzione di ricchezza; tassi più bassi di crescita nei premi delle assicurazioni sanitarie hanno causato una paga netta più alta per i lavoratori, mentre quelli che operano nel settore sanitario hanno sopportato diminuzioni nei loro redditi.

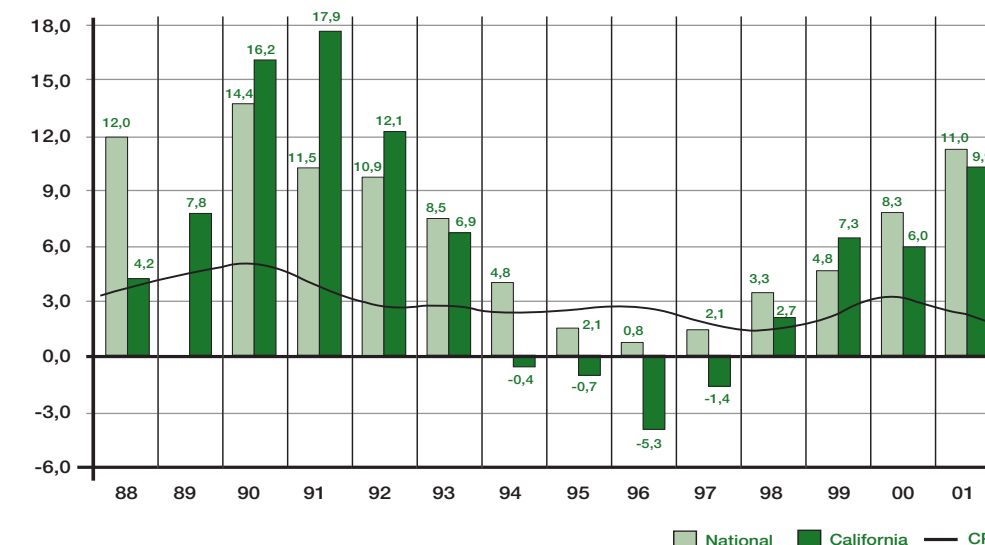
Negli ultimi anni '90 tuttavia, sono accaduti diversi eventi che hanno causato nuovamente un violento aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e dei premi assicurativi. Con l'espansione dell'economia, il fattore lavoro cominciò a scarseggiare ed i lavoratori vollero piani sanitari meno restrittivi e minori limitazioni al loro accesso ai medici specialisti. Per essere concorrenziali nel mercato dei lavoratori specializzati, le imprese accordarono loro dei piani di managed care con una rete più estesa di fornitori e minori controlli nell'uso dei servizi. Nello stesso tempo, le severe restrizioni sull'accesso all'assistenza avevano creato una violenta reazione dei consumatori contro le HMO.

Inoltre, furono intentate delle azioni legali contro le HMO per aver negato ai pazienti l'accesso a cure sperimentali costose. Allo scopo di prevenire pesanti sanzioni finanziarie, le HMO resero le cure sperimentali più facilmente disponibili per i pazienti la cui probabilità di cura era bassa. I legislatori degli stati e del Congresso, videro la reazione contro le HMO come un'opportunità di guadagnare appoggio politico, emanando delle leggi che limitavano la loro capacità di contenere i costi, come il vincolo di una durata minima di degenza per una normale prestazione.

Il successo iniziale della managed care, nell'abbassare la crescita dei costi dell'assistenza sanitaria, rappresentò un ostacolo per coloro che erano favorevoli ad un sistema sanitario con un unico pagatore (nello stile canadese) anche per gli Stati Uniti. La violenta reazione contro le HMO fornì, a quei legislatori che si opponevano a mercati dell'assistenza sanitaria concorrenziali, un'opportunità per imporre restrizioni su questi piani sanitari, aumentando così i loro premi. Il fallimento del mercato concorrenziale nel controllo dei costi avrebbe, secondo l'opinione dei fautori del singolo pagatore, eventualmente condotto ad una pubblica disaffezione nei confronti del mercato privato ed a richieste per un controllo pubblico del sistema sanitario.

Molti stati emanarono anche una legislazione che limitava gli sforzi per controllare i costi della managed care, sotto la spinta di coloro che avevano un interesse personale nell'aumentare i loro redditi professionali, vale a dire la medicina organizzata. I medici erano contrari a dover competere sul prezzo per essere inclusi in una rete HMO di fornitori. Leggi del tipo "ogni fornitore disponibile" furono emanate in molti stati che permettevano ad ogni medico (o denti-

Figura 1 - Incrementi annuali dei premi assicurativi



1 National data 1988-1998, Jon Gabel, KPMG Surveys of Employer-Sponsored Health Benefits III AA Survey of Employer-Sponsored Health Benefits; 1999-2000, Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999, 2000, 2001 [Online information], <http://www.kff.org>.
2 California data CALPERS (California Public Employees Retirement System) and Kaiser/HRET 2001 California Employer Health Benefit Survey, [Online information], <http://www.kff.org>.
3 CPI data Bureau of Labor Statistics, [2002 Online information], <http://data.bls.gov>.

sta) di avere accesso ai pazienti delle HMO. Queste leggi abbassarono l'incentivo per i medici a scontare i loro prezzi in vista di un più alto numero di pazienti delle HMO.

In maniera simile, sotto la pressione di diversi gruppi di interesse, gli stati emanarono leggi che imponevano agli assicuratori di includere un'ampia gamma di fornitori come anche un'ampia gamma di servizi, come l'agopuntura o il trapianto di capelli. Vi sono più di 1500 mandati di questo tipo nei 50 stati. L'effetto netto è stato quello di aumentare il costo dell'assicurazione sanitaria.

Il costo dell'assicurazione sanitaria incominciò ad aumentare notevolmente appena le tecniche di contenimento dei costi della managed care furono eliminate a causa della legislazione, del timore di azioni legali, e della domanda dei lavoratori per minori restrizioni al loro accesso ai medici specialisti. Hanno pure contribuito all'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria negli anni recenti il progresso nella tecnologia medica e un aumento nel potere di mercato degli ospedali. Appena è calata la loro capacità in eccesso, gli ospedali hanno aumentato i loro prezzi nei confronti degli assicuratori sanitari (Jaklevic, 2003). Molti ospedali chiusero negli anni '80 e '90 ed i rimanenti si sono fusi, diminuendo la competitività nel settore ospedaliero.

Una volta ancora l'aumento dei costi sanitari è una delle maggiori preoccupazioni del governo. Dato lo stato di indebolimento della managed care sono rimaste poche opzioni al settore privato per limitare l'aumento dei costi. Una proposta che attualmente sta

guadagnando attenzione sono i benefici sanitari “guidati dai consumatori”. I piani sanitari guidati dai consumatori danno ai lavoratori più possibilità nella scelta dei loro fornitori e dei loro livelli di benefici. La tecnica basilare di controllo del costo, tuttavia, è quella di spostare un maggior rischio finanziario sul lavoratore includendo ampie franchigie e partecipazione ai costi nell’aspettativa che pagamenti diretti più consistenti rendano i consumatori più sensibili rispetto al prezzo, quindi usino meno servizi ad un costo minore. Il datore di lavoro attualmente contribuisce con un ammontare fisso di denaro per il conto di assistenza sanitaria di un lavoratore (per es. 750 dollari) e inoltre acquista per lui una polizza di assicurazione sanitaria per eventi catastrofici. I lavoratori possono usare il denaro nel loro conto di assistenza sanitaria per pagare i servizi medici. Se non usano tutto il fondo a disposizione, questo rimane nel conto, se usano tutto il fondo ed hanno ancora bisogno di servizi medici, devono pagare un’alta franchigia (per es. 1500 dollari) prima che il piano per eventi catastrofici diventi effettivo. Quest’ultimo piano fa affidamento su una lista ristretta di fornitori che provvedono i servizi sanitari richiesti. L’aumento dei premi dell’assicurazione sanitaria e delle spese da pagare direttamente può risolversi in una domanda pubblica per l’assistenza governativa. Il problema riguardando ai sussidi governativi chiesti dalla classe media è: a quale gruppo di popolazione sarà imposto di fornire tali sussidi? Meno del 5% della popolazione è considerata in condizione agiata e l’aumento di imposte necessario per sovvenzionare la classe media sarebbe troppo grande per imporlo solo su questo gruppo. Il pubblico non è realistico nella sua domanda di assistenza sanitaria. Vuole pagare molto poco ed avere un illimitato accesso a tutti i fornitori di assistenza. Sfortunatamente, i politici sono disponibili ad usare la legislazione per rimuovere tutte le restrizioni sull’uso dei servizi, senza capire che esiste un trade-off con premi più alti.

14.3 Problemi redistributivi

Gli Stati Uniti hanno una forma limitata di assicurazione sanitaria nazionale. Sono offerti sussidi a tre estesi gruppi di popolazione. Gli anziani hanno Medicare, che sovvenziona il loro utilizzo degli ospedali, dei medici e dei servizi extra-ospedalieri; i poveri hanno Medicaid, che non copre tutti quelli considerati poveri (al di sotto del livello di povertà federale) ed inoltre hanno un accesso limitato ai fornitori a causa dei bassi pagamenti agli ospedali ed ai medici; i gruppi con medio ed alto reddito hanno un sussidio d’imposta per l’acquisto dell’assicurazione sanitaria privata. Quando il datore di lavoro acquista l’assicurazione sanitaria per i suoi lavoratori, queste somme, che sono parte del salario dei lavoratori, sono esenti dalle imposte sul reddito federali, statali e della Sicurezza Sociale. Allo stato attuale, questi sussidi superano i 140 miliardi di dollari per anno (Feldstein, 2003). I principali beneficiari sono coloro che si trovano negli scaglioni più alti d’imposta, per i quali le detrazioni d’imposta sono più alte. Quindi gli anziani e quei gruppi a medio e alto reddito hanno un sostanziale sussidio di imposta come protezione verso le spese sanitarie, ma quelli che sono poveri possono o non possono essere iscritti a Medicaid, e quelli che non sono assicurati sono esposti a rischio finanziario per le spese sanitarie. Data la lacuna nella copertura assicurativa sanitaria per i poveri e i non assicurati, ci si

potrebbe aspettare che il dibattito attuale sulla redistribuzione sia focalizzato su questi gruppi di popolazione. Sfortunatamente, non sta accadendo questo.

14.3.1 Sussidi ai poveri e ai non assicurati

Vi sono due ragioni per cui non sono forniti sussidi addizionali per assistere in modo migliore le persone non assicurate. Primo, vi sono grandi deficit federali, necessitano fondi per proseguire la guerra contro il terrorismo e l’Iraq, ed i politici sono riluttanti a chiedere alla classe media di tassarsi per provvedere un maggiore finanziamento ai poveri e ai non assicurati. Il supporto politico per programmi redistributivi caritatevoli deriva dalla classe media che vota, non dai poveri che sicuramente votano in numero minore, e a meno che la classe media sia a favore dell’espansione di questo genere di programmi, è improbabile che i politici guadagnino politicamente nell’insistere su questo problema. La seconda ragione per la quale non si è risolto l’accesso ai poveri e ai non assicurati risiede nelle differenze ideologiche. Negli ultimi anni ‘90 il surplus federale era proiettato a crescere e a continuare in tal modo per molti anni. I fondi federali erano quindi disponibili per espandere i servizi di assistenza sanitaria per i poveri e i non assicurati. I partiti Democratico e Repubblicano differivano nel modo in cui tali sussidi dovessero essere forniti. I democratici volevano che i sussidi fossero utilizzati per espandere i programmi pubblici correnti, come Medicaid, e per abbassare a 55 anni l’età richiesta per partecipare a Medicare. I repubblicani erano a favore dell’utilizzo di crediti d’imposta rimborsabili per l’acquisto di un’assicurazione sanitaria. (Per esempio, una persona a basso reddito con un debito d’imposta di 2.000 dollari avrebbe ricevuto un credito di 1.000 dollari per acquistare una polizza di assicurazione sanitaria. Se la persona non avesse avuto alcun debito d’imposta, avrebbe ricevuto un voucher di 1.000 dollari per l’acquisto dell’assicurazione.) I repubblicani volevano includere i poveri nel mercato dell’assicurazione sanitaria privata. I democratici volevano espandere Medicaid e Medicare in modo che eventualmente potesse essere incluso un maggior numero di persone, rendendo il sistema simile a quello con un singolo pagatore. Adesso che i progettati surplus federali sono spariti e che si prevedono dei deficit, è ancora meno probabile che siano forniti significanti sussidi ai poveri ed ai non assicurati.

14.3.2 Un nuovo beneficio per gli anziani: le prescrizioni farmaceutiche

Sebbene i surplus del bilancio federale siano spariti e vi sia poca probabilità che sarà iniziato un programma di aiuto consistente per i non assicurati, entrambi i partiti politici stanno proponendo un nuovo beneficio molto dispendioso per gli anziani (Congressional Budget Office, 2002). Le differenti proposte per la copertura Medicare delle prescrizioni farmaceutiche variano in termini di costo da 300 ad 800 miliardi di dollari nell’arco di 10 anni. Quando Medicare fu emanato nel 1965, i benefici sanitari previsti erano simili a quelli dei piani assicurativi sanitari, che non coprivano l’assistenza farmaceutica al di fuori dell’ospedale. Attualmente le prescrizioni farmaceutiche rappresentano un peso economico considerevole per quegli anziani senza una copertura per i farmaci. Circa due terzi degli anziani hanno tale copertura, o come un beneficio fornito dal datore di lavoro, in

quanto pensionati, o da un'assicurazione acquistata privatamente.

La popolazione anziana vuole che il governo federale sovvenzioni le proprie prescrizioni farmaceutiche.

Poiché gli anziani differiscono tra loro in termini di reddito e di copertura per i farmaci, sarebbe meno costoso fornire un sussidio per l'assistenza farmaceutica solo a coloro che hanno redditi bassi ed a coloro che devono sostenere costi eccezionali. Tuttavia, politicamente questa ipotesi è difficile da realizzare. Medicare non è mai stato un programma correlato al reddito e molto del supporto politico per Medicare proviene dagli anziani a medio e alto reddito, che si aspettano di ricevere un sussidio per i farmaci. Di fatto, le proposte per questo nuovo beneficio sono dirette più verso gli anziani a medio ed alto reddito, che a quelli a basso reddito. Per esempio, per abbassare il costo di questo nuovo beneficio per il governo, gli anziani dovrebbero incorrere in una grande franchigia prima di avere i sussidi per la spesa in farmaci. Gli anziani a basso reddito potrebbero non essere in grado di pagare questa franchigia, quindi dovrebbero far conto su Medicaid come fanno molti di loro, per pagare i loro farmaci. L'ingiusta caratteristica di questo disegno è indicativa del potere politico della popolazione anziana a medio reddito.

Un'importante differenza ideologica tra i partiti politici è se il nuovo beneficio dell'assistenza farmaceutica debba essere inclusa come parte della Riforma Medicare o se debba semplicemente essere considerata come parte dell'attuale sistema Medicare. La mera aggiunta nel nuovo beneficio al sistema esistente, come propongono i democratici, non fornisce alcun incentivo agli anziani a partecipare ai piani di managed care, che è invece la strategia dei repubblicani.

Il fatto che ci si aspetti che la crescita della popolazione anziana porrà delle enormi pressioni sul fondo fiduciario Medicare nel prossimo futuro non ha apparentemente distolto i politici di entrambi i partiti dal proporre sussidi per i farmaci così costosi per tutti gli anziani. Determinare come pagare i costi di tale programma sarà il problema dei futuri legislatori.

14.4 Conclusioni

Precedentemente, le questioni redistributive non erano controverse quando il governo garantiva benefici legislativi ai fornitori di assistenza sanitaria, in particolare alle organizzazioni dei medici. Le regolamentazioni governative sia a livello federale che statale hanno eretto delle barriere all'entrata per la professione medica, hanno ristretto i compiti che i fornitori concorrenziali potevano svolgere ed hanno escluso tali fornitori dal poter ricevere pagamenti nell'ambito di programmi assicurativi sia pubblici che privati. Le conseguenze di questa regolamentazione governativa, cioè costi più alti dell'assistenza sanitaria e diminuzione della concorrenza tra i fornitori di assistenza, non sono stati visibili al pubblico. I problemi redistributivi per cui i produttori hanno beneficiato alle spese del pubblico erano di scarso interesse per i lavoratori quando i tassi di disoccupazione erano bassi e i premi delle assicurazioni sanitarie non crescevano rapidamente.

La legislazione redistributiva più controversa si verifica quando i sussidi sono forniti a gruppi di popolazione, la maggior parte dei quali non ha redditi bassi. L'istituzione di Medicaid (assistenza sanitaria ai poveri) non generò le controversie che si ebbero con

Medicare (assistenza medica ed ospedaliera per tutti gli anziani) nel 1965. La protezione dei benefici e i requisiti per rientrare nel programma Medicare comparati a quelli Medicaid sono indicativi delle differenze nel supporto politico tra i due programmi.

Il programma di più grande redistribuzione attualmente in discussione negli Stati Uniti non è la copertura universale per i non assicurati, ma un beneficio addizionale per tutti gli anziani. Sebbene vi sia controversia sulla determinazione di quale gruppo di popolazione sopporterà il costo di sovvenzionare classi politicamente potenti, l'aspetto più controverso sono le differenze ideologiche nel come queste sovvenzioni debbano essere date. Se gli Stati Uniti debbano espandere i programmi pubblici già esistenti ed eventualmente includere la maggior parte della popolazione in un sistema controllato dal governo, o se debbano fare assegnamento sul settore privato sta alla base del dibattito circa l'espansione dei sussidi all'assistenza sanitaria.

Comprendere le fonti del supporto politico per la legislazione ed i conflitti ideologici tra i partiti politici spiega le ragioni per cui questo Paese non ha avuto e non sta certamente per avere una copertura universale per l'assistenza sanitaria. Il dibattito sul beneficio Medicare per l'assistenza farmaceutica rappresenta una dimostrazione del ruolo che l'ideologia ed il supporto politico giocano nella politica pubblica degli Stati Uniti.

Bibliografia

Feldstein Paul J., *The Politics of Health Legislation: An Economic Perspective*, 2nd ed. rivista, 2001, (Health Administration Press: Chicago, Ill.) pp. 262-263. Vedi inoltre Cap. 2, *An Economic Version of the Interest Group Theory of Government*, Cap.3, Redistributive Programs, and Cap.9, Medicare.

Feldstein Paul J., *Health Policy Issues: An Economic Perspective*, 3rd. ed, (Health Administration Press: Chicago) 2003, pp. 62-65.

Glied Sherry, *Managed Care*, in *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, a cura di A. J. Culyer and J. P. Newhouse, (North-Holland Press: New York), 2000, pp. 707-754.

Jaklevic Mary Chris, *Sticker Shock At the Hospital*, *Modern Healthcare*, 33(3) January 20, 2003. pp. 8-9.

Strombom Bruce, Thomas Buchmueller, and Paul Feldstein, *Switching costs, price sensitivity and health plan choice*, *Journal of Health Economics*, 2002, Jan, 21(1), pp. 89-116

Siti Internet

www.cms.hhs.gov-statistics-nhe

Centers for Medicare & Medicaid Services, *Office of the Actuary*, National Health Statistics Group, 2003

www.cbo.gov-showdoc.cfm?index=3538&sequence=0

Congressional Budget Office (CBO), *Medicare Modernization and Prescription Drug Act of 2002*. (Congressional Budget Office: Washington, D.C.) 2002

www.medicare.commission.gov-medicare-index.html

National Bipartisan Commission on the Future of Medicare

Indice degli autori

Vincenzo Atella	Professore Associato di Economia Politica, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Annarita Barrella	Economista sanitario, collabora con il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Barbara Bernardi	Dottorando, Facoltà di Economia, Università di Verona.
Corrado Cuccurullo	Professore a contratto di Economia e Management Sanitario, Istituto di Igiene, II Università degli Studi di Napoli. Docente presso la Scuola di Direzione Aziendale – SDA Bocconi.
Amalia Donia Sofio	Professoressa Associata di Politica Economica, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”. Direttrice del Corso di Perfezionamento in Economia e Gestione Sanitaria organizzato dal CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Paul J. Feldstein	Professor and “Robert Gumbiner Chair in Healthcare Management” at the Graduate School of Management, University California at Irvine.
Laura Fioravanti	Economista sanitario, collabora con il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Laura Francia	Economista sanitario, collabora con il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Cristina Giordani	Economista sanitario, collabora con il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Helmut Hildebrandt	CEO - Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH.
Alistair McGuire	Professore in Health Economics at LSE Health and Social Care, London School of Economics.
Marco Meneguzzo	Professore Associato di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni Pubbliche, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Francesco S. Mennini	Economista sanitario presso il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Elias Mossialos	Reader in Health Policy in the Department of Social Policy at the London School of Economics. Co-Director of LSE Health and Social Care and Brian Abel-Smith.
Laura Piasini	Economista sanitario, collabora con il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Andrea Rafaniello	Economista sanitario, collabora con il CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
MariaCristina Rossi	Ricercatore, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Matteo Ruggeri	Dottorando, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma.
Federico Spandonaro	Ricercatore confermato, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”.
Eddy van Doorslaer	Professor of Health Economics at the Department of Health Policy and Management, Erasmus Universiteit, Rotterdam
Steffen Wahler	Head of Department Contracting, Handelskrankenkasse, Bremen

