IX Rapporto Sanità

Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche

a cura di:
Federico Spandonaro

Università degli Studi
di Roma "Tor Vergata"

Edizioni Health Communication

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

Finito di stampare nel mese di settembre 2013 da
Miligraf s.r.l.
Via degli Olmetti 36 – 00060 Formello

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

IX Rapporto Sanità

La IX Edizione del Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", è il risultato di una *partnership* fra il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), il Centro per l'Economia e gli Studi Internazionali (CEIS), la Fondazione Economia "Tor Vergata" e alcune Aziende risultate sensibili a sostenere la ricerca e il dibattito sulle politiche sanitarie.

Il Rapporto raccoglie il lavoro di ricerca indipendente svolto da ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", con l'obiettivo di fornire elementi di valutazione sulle *performance* del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

La pubblicazione e diffusione del Rapporto (in italiano e inglese, anche in versione elettronica) presso operatori ed esperti sanitari, nonché l'accesso alle tavole statistiche *on line* (www.rapportosanita.it), sono resi possibili dal supporto incondizionato di:

- Biogen Idec Italia
- Boehringer Ingelheim Italia
- Eli Lilly Italia
- Fondazione MSD
- GlaxoSmithKline
- Janssen Cilag
- Johnson&Johnson Medical
- Novartis Farma
- Novo Nordisk
- Pfizer Italia
- Sanofi Pasteur MSD

Indice

Prefazione
di Renato Lauro 27

Presentazione
di Vincenzo Atella, Luigi Paganetto, Federico Spandonaro 31

Introduzione (Executive Summary)
di Federico Spandonaro 35

Capitolo 1 - Contesto demografico: come misurare l'invecchiamento della popolazione?

di Polistena B.

1.1 Invecchiamento 61
1.2 Fecondità 69
1.3 Conclusioni 72
Riferimenti bibliografici 73

Capitolo 2 - Finanziamento socio-sanitario e risultati di esercizio

di Ploner E., Giordani C.

2.1 Finanziamento della spesa sanitaria corrente e in conto capitale: confronti internazionali 77
2.2 Investimenti per la Sanità e per le misure di assistenza sociale: confronti regionali 81
2.3 Finanziamento delle misure di protezione sociale dedicate alla non-autosufficienza 85
2.4 Trend del finanziamento del SSN e legame con altre grandezze macroeconomiche: spesa sanitaria e PIL 94
2.5 Risultati di esercizio: trend e relazione con spesa sanitaria privata 100
2.6 Conclusioni 112
Riferimenti bibliografici 113

Capitolo 3 - Spesa socio-sanitaria: le reali possibilità di razionalizzazione e risparmio finanziario

di Polistena B., Spandonaro F.

3.1 Spesa socio-sanitaria: definizioni e quadro di sintesi 117
3.2 Spesa sanitaria: confronti internazionali 128
3.3 Spesa sanitaria: la situazione italiana 129
3.3.1 Quadro nazionale e analisi regionali 129
3.3.2 *Spending review*: quali effetti 137
3.4 Conclusioni 145
Riferimenti bibliografici 146

Capitolo 4 - Indicatori di performance: l'impatto equitativo della crisi e gli effetti nelle Regioni in Piano di Rientro

di d'Angela D., Spandonaro F.

4.1 Introduzione 149
4.2 Povertà, impoverimento e catastroficità 150
4.3 Impatto dell'*out of pocket* e dell'impoverimento nelle Regioni in Piano di Rientro 158
4.4 Previsione d'impoverimento delle famiglie 166
4.5 Conclusioni 167
Riferimenti bibliografici 168

Capitolo 5 - Assistenza ospedaliera: i rischi della programmazione nazionale

di Piasini L.

5.1 Contesto europeo 171
5.2 Struttura dell'offerta in Italia 174
5.3 Domanda di assistenza in Italia 180
5.4 Risorse assorbite 186
5.5 Valore della produzione nazionale 191
5.6 Mobilità regionale 193
5.7 Conclusioni 196
Riferimenti bibliografici 197

Capitolo 6 - Assistenza primaria di base: sistemi di remunerazione e incentivi per lo sviluppo

di Lista V.

6.1 Sistema del P4P e confronti internazionali 201
6.1.1 Regno Unito – Il sistema di remunerazione: *Quality and Outcomes Framework* (QOF) 202
6.1.2 Australia – Gli indicatori clinici del *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) 205
6.1.3 Considerazioni conclusive sulle esperienze internazionali 206
6.1.4 Italia – Incentivi e sistema di remunerazione 206
6.2 Prospettive del sistema di remunerazione del MMG 208
6.3 Conclusioni 214
Riferimenti bibliografici 215

Capitolo 7 - Assistenza residenziale: prime evidenze dalle basi informative

di Giordani C., Spandonaro F.

7.1 Introduzione 219
7.2 Offerta 220
7.3 Utilizzo 228
7.4 *Hospice* e Centri di terapia del dolore 232
7.5 Conclusioni 236
Riferimenti bibliografici 238

Capitolo 8 - Prestazioni specialistiche ambulatoriali e tariffe: variabilità regionale ed impatto economico del nomenclatore 2012

di Ploner E.

8.1 Nuovo nomenclatore nazionale 241
8.2 Variabilità dei nomenclatori regionali 247
8.3 Stima dell'impatto economico del nuovo nomenclatore 251
8.4 Conclusioni 258
Riferimenti bibliografici 259

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica: gli effetti delle politiche di contenimento

di Bernardini A. C.

9.1 Spesa farmaceutica: evoluzione e confronti internazionali 263
9.2 Analisi del mercato italiano: prezzi e consumi 267
9.3 Mercato dei farmaci generici 272
9.4 Conclusioni 278
Riferimenti bibliografici 278

Capitolo 10 - Non-autosufficienza: (non) definizioni e stima delle misure di protezione socio-assistenziale

di Ploner E.

10.1 Premessa 281
10.2 Non-autosufficienza: gli orientamenti in tema di valutazione 281
10.3 Il fenomeno della disabilità: una stima 288
10.4 Le prestazioni per la non-autosufficienza 292
10.5 Conclusioni 304
Riferimenti bibliografici 305

Capitolo 11 - Focus: evoluzione del settore industriale e prospettive

di d'Angela D., Galiano M.

11.1 Introduzione 309
11.2 Industria farmaceutica e dei dispositivi medici (DM) 310
11.3 Produzione e dimensione dell'industria 311
11.4 *Import*, *export* e bilancia commerciale 320
11.5 Innovazione 321
11.6 Industria italiana dei farmaci equivalenti 324
11.7 Conclusioni 325
Riferimenti bibliografici 328

Capitolo 12 - Focus: un'analisi per patologia

di Brenna E., d'Angela D., Lista V., Mancusi R. L., Polistena B., Spandonaro F.

12.1 Introduzione 331
12.2 Schizofrenia 332
12.2.1 Caratteristiche ed epidemiologia 332
12.2.2 Impatto economico e sociale 332
12.2.3 Terapie e loro efficacia 336
12.2.4 Costo-efficacia delle terapie farmacologiche 337
12.2.5 Ricorso al ricovero ospedaliero 341
12.2.6 Consumi farmaceutici 344
12.2.7 Riferimenti bibliografici (più recenti) 346
12.3 Psoriasi 348
12.3.1 Caratteristiche e terapie 348
12.3.2 Impatto epidemiologico 349
12.3.3 Impatto economico: studi *cost of illness* 351
12.3.4 Analisi costo-efficacia 352
12.3.5 Utilizzazione dei servizi e consumi farmaceutici 357
12.3.6 Riferimenti bibliografici (più recenti) 365
12.4 Nuovi anticoagulanti orali (NAO) 367
12.4.1 NAO: per l'Italia una rivoluzione in "ritardo" 367
12.4.2 Fibrillazione atriale: caratteristiche e impatto epidemiologico 368
12.4.3 Tromboembolismo venoso: caratteristiche e impatto epidemiologico 373
12.4.4 Artroprotesi: casistica e impatto epidemiologico 376
12.4.5 NAO: definizione della popolazione bersaglio e prima valutazione di impatto economico 384
12.4.6 Conclusioni 388
12.4.7 Riferimenti bibliografici (più recenti) 388

Credits 391

Indice grafici e figure

Capitolo 1 - Contesto demografico: come misurare l'invecchiamento della popolazione?

- **Tabella 1.1** Età mediana della popolazione, Italia vs. EU15. Anni 1991-2011 62
- **Tabella 1.2** Speranza di vita alla nascita in Italia. Anni 1991 e 2011 63
- **Tabella 1.3** Popolazione anziana, Italia vs. EU15. Valori %, anni 1991-2011 64
- **Tabella 1.4** Popolazione *over* 65 in Italia. Valori %, anni 1991-2061 65
- **Tabella 1.5 -** Popolazione *over* 85 in Italia. Valori %, anni 1991-2061 66
- **Figura 1.1** Quota di popolazione con età > speranza di vita nazionale - 10. Valori %, anni 1991-2061 67
- **Figura 1.2** Quota popolazione *over* età pensionabile in Italia. Valori %, anni 1991-2061 68
- **Figura 1.3** Misure di invecchiamento della popolazione italiana. Valori %, anni 1991-2061 69
- **Tabella 1.6** Tasso di fecondità totale in Italia. Anni 1991-2011 70
- **Tabella 1.7** Età media della madre al parto in Italia. Anni 1991-2011 71

Capitolo 2 - Finanziamento socio-sanitario e risultati di esercizio

- **Figura 2.1** Finanziamento spesa sanitaria corrente e per investimenti, Italia vs. EU14. Quota su spesa sanitaria totale. Valori %, anni 2001 e 2011 78
- **Figura 2.2** Spesa per investimenti fissi in Sanità, Italia vs. Paesi EU. Finanziamento pubblico-privato. Valori %, anno 2011 79
- **Figura 2.3** Finanziamento spesa per investimenti fissi in Sanità (pubblica e privata). Quota su spesa sanitaria corrente. Valori %, anno 2011 79
- **Figura 2.4** Finanziamento privato della spesa per investimenti fissi in Sanità. Quota su spesa sanitaria corrente privata. Valori %, anno 2011 80
- **Figura 2.5** Investimenti fissi destinati a Sanità e assistenza sociale. Quota su totale investimenti fissi. Valori %, anno 2010 82
- **Tabella 2.1** Investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale. Variazione media annua. Valori %, anni 2000-2010 83
- **Tabella 2.2** Investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale su PIL. Valori %, anni 2000-2010 84
- **Tabella 2.3** Investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale pro-capite e variazioni medie annue. Valori assoluti (€) e %, anni 2000-2010 85
- **Figura 2.6** Andamento del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2013 87
- **Figura 2.7** Destinazione Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS). Valori %, anni 2007-2013 87

- **Tabella 2.4** FNPS – Ripartizione regionale. Valori assoluti (€ mln.) e %, anni 2007-2013 88
- **Tabella 2.5** FNPS – Ripartizione regionale pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2007-2010-2013 89
- **Figura 2.8** Andamento del Fondo per le non-autosufficienze. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2013 90
- **Figura 2.9** Destinazione del Fondo per le non-autosufficienze. Valori %, anni 2007-2013 91
- **Tabella 2.6** Fondo per le non-autosufficienze – Ripartizione regionale e variazione media annua. Valori assoluti (euro mln.) e %, anni 2007-2013 92
- **Tabella 2.7** Fondo per le non-autosufficienze – Ripartizione regionale pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2007-2010-2013 93
- **Figura 2.10** Finanziamento nominale e reale delle politiche sociali. Variazioni annue. Valori %, anni 2007-2012 94
- **Figura 2.11** Finanziamento corrente lordo SSN e spesa pubblica totale corrente. Valori assoluti (€ mln.), anni 2001-2011 95
- **Figura 2.12** Finanziamento corrente lordo. Quota su spesa pubblica totale corrente. Valori %, anni 2001-2011 96
- **Tabella 2.8** Finanziamento, spesa e PIL. Variazioni medie annue. Valori %, anni 2001-2011 97
- **Figura 2.13** Finanziamento. Quota su PIL per ripartizione geografica. Valori %, anni 2001-2011 98
- **Tabella 2.9** Finanziamento corrente lordo pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2001-2011 99
- **Figura 2.14** Finanziamento corrente lordo nominale e reale. Variazioni. Valori %, anni 2001-2011 100
- **Figura 2.15** Contributo alla formazione del disavanzo delle Regioni con PdR. Variazioni. Valori %, anni 2007-2011 101
- **Figura 2.16** Disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2011 102
- **Figura 2.17** Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica. Valori %, anni 2007-2011 103
- **Figura 2.18** Concentrazione del disavanzo. Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2007-2011 104
- **Tabella 2.10** Contributo alla formazione del disavanzo prima delle coperture delle Regioni con PdR e di quelle senza PdR. Valori %, anni 2009-2011 105
- **Figura 2.19** Disavanzo prima delle coperture nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR. Valori assoluti (€ mln.), anni 2009-2011 105
- **Figura 2.20** Concentrazione del disavanzo prima delle coperture per ripartizione geografica. Valori %, anni 2009-2011 106
- **Figura 2.21** Concentrazione del disavanzo prima delle coperture per ripartizione geografica. Valori %, anni 2009-2011 107
- **Tabella 2.11** Riepilogo risultato di esercizio senza copertura. Valori assoluti e %, anno 2011 109

- **Tabella 2.12** Risultato di esercizio prima e dopo le coperture nelle Regioni con PdR. Valori assoluti (€ mln.), anno 2011 110
- **Tabella 2.13** Disavanzo di esercizio e spesa sanitaria privata. Variazioni annue. Valori %, anni 2007-2011 111

Capitolo 3 - Spesa socio-sanitaria: le reali possibilità di razionalizzazione e risparmio finanziario

- **Tabella 3.1** Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario. Quota sul totale della spesa. Valori %, anni 2000-2010 118
- **Tabella 3.2** Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario. Composizione. Valori %, anno 2010 119
- **Tabella 3.3** Spesa pro-capite delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario. Valori assoluti (€), anno 2010 120
- **Tabella 3.4** Spesa pro-capite delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario. Variazione quinquennale media annua. Valori %, anni 2000-2010 121
- **Tabella 3.5** Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario. Quota sul PIL. Valori %, anni 2000-2010 122
- **Tabella 3.6** Spesa pro-capite dei Comuni singoli o associati per le prestazioni di assistenza sociale. Valori assoluti (€), anni 2005-2010 123
- **Tabella 3.7** Spesa pro-capite dei Comuni singoli o associati per prestazioni di assistenza sociale. Variazione quinquennale media annua. Valori %, anni 2005-2010 124
- **Tabella 3.8** Spesa dei Comuni singoli o associati per le prestazioni di assistenza sociale. Quota sul PIL. Valori %, anni 2005-2010 125
- **Tabella 3.9** Spesa dei Comuni singoli o associati per tipo di prestazione di assistenza sociale. Composizione. Valori %, anno 2010 126
- **Tabella 3.10** Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza. Valori %, anno 2010 127
- **Figura 3.1** Spesa sanitaria totale, pubblica, privata pro-capite e PIL (€). Gap Italia vs. EU14. Valori %, anni 2001 e 2011 128
- **Figura 3.2** Spesa sanitaria totale pro-capite Italia e EU14. Valori assoluti (€), anni 2000-2011 129
- **Figura 3.3** Spesa sanitaria pubblica. Quota su PIL. Valori %, anni 2001-2011 130
- **Figura 3.4** Spesa sanitaria pubblica, privata e totale pro-capite. Valori assoluti (€), anni 1990-2011 131
- **Figura 3.5** Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione pesata. Valori assoluti (€), anno 2011 132
- **Tabella 3.11** Spesa sanitaria diretta e convenzionata. Variazioni quinquennali medie annue. Valori %, anni 2001-2011 132
- **Figura 3.6** Spesa sanitaria pubblica pro-capite per funzioni. Valori assoluti (€), anni 2001-2011 133
- **Figura 3.7** Disavanzo nazionale. Quota su spesa sanitaria pubblica. Valori %, anni 2001-2011 134

- **Tabella 3.12** Spesa sanitaria privata pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2001-2011 135
- **Figura 3.8** Spesa sanitaria privata. Variazioni quinquennali medie annue. Valori %, anni 2001-2011 136
- **Figura 3.9** Correlazione tra spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2011 136
- **Figura 3.10** I tagli alle risorse per la Sanità in Italia nel triennio 2012-2014 138
- **Figura 3.11** Spesa sanitaria per beni e servizi. Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2012 138
- **Figura 3.12** Spesa sanitaria per beni e servizi pro-capite. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2012 139
- **Figura 3.13** Spesa per ospedaliera e specialistica ambulatoriale accreditata pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2011 140
- **Figura 3.14** Spesa sanitaria diretta e convenzionata (beni e servizi + ospedaliera convenzionata + specialistica convenzionata) pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2011 141
- **Figura 3.15** Posti letto ospedalieri accreditati. Per 1.000 abitanti. Valori assoluti, anno 2010 142
- **Figura 3.16** Tasso di ospedalizzazione. Per 1.000 abitanti. Valori assoluti, anno 2010 143
- **Figura 3.17** Spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale. Quota sul FSR. Valori %, gennaio-settembre 2011 144
- **Figura 3.18** Spesa per Dispositivi Medici pro-capite. Valori assoluti (€), anno 2008 145

Capitolo 4 - Indicatori di performance: l'impatto equitativo della crisi e gli effetti nelle Regioni in Piano di Rientro

- **Figura 4.1** Spese socio-sanitarie OOP. Quota sul totale per quintile di consumo. Valori %, anni 2008-2011 151
- **Figura 4.2** Spese socio-sanitarie OOP. Composizione per quintile di consumo. Valori %, anno 2010 152
- **Figura 4.3** Spese socio-sanitarie OOP effettive delle famiglie povere. Valori annui in €, anni 2009-2011 153
- **Figura 4.4** Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP. Valori %, anni 2009-2011 154
- **Figura 4.5** Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie impoverite. Valori annui in €, anni 2009-2011 155
- **Figura 4.6** Spese socio-sanitarie OOP delle famiglie soggette a spese catastrofiche. Valori annui in €, anni 2008-2011 156
- **Figura 4.7** Famiglie povere, impoverite e catastrofiche. Distribuzione per quintile di consumo. Valori %, anni 2010-2011 157

- **Figura 4.8** Consumi delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche. Quota destinata al socio-sanitario. Valori %, anni 2008-2011 158
- **Tabella 4.1** Piani di rientro, gli Accordi 159
- **Figura 4.9** Famiglie con spese socio-sanitarie OOP. Variazione media annua. Valori %, anni 2011/2008 160
- **Figura 4.10** Famiglie con spese OOP per farmaci. Variazione media annua. Valori %, anni 2011/2008 161
- **Figura 4.11** Famiglie con spese OOP per specialistica. Variazione media annua. Valori %, anni 2011/2008 162
- **Figura 4.12** Spesa OOP per farmaci e specialistica. Variazione media annua. Valori %, anni 2011/2008 163
- **Figura 4.13** Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP. Variazione media annua. Valori %, anni 2011/2008 164
- **Figura 4.14** Famiglie soggette a catastroficità per spese socio-sanitarie OOP. Variazione media annua. Valori %, anni 2011/2008 165
- **Tabella 4.2** Variazione famiglie con spese OOP, impoverite e catastrofiche. Andamento rispetto alla variazione media nazionale. Anni 2011/2008 166

Capitolo 5 - Assistenza ospedaliera: i rischi della programmazione nazionale

- **Tabella 5.1** Posti letto complessivi EU27 e Italia. Valori per 100.000 abitanti, anni 2000-2005-2010 171
- **Figura 5.1** Posti letto per 100.000 abitanti. Gap Italia vs EU27. Valori %, anni 2000-2005-2010 172
- **Figura 5.2** Tassi di ricovero ospedaliero nei Paesi UE. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010 173
- **Figura 5.3** Relazione fra tasso di ricovero e disponibilità posti letto nei Paesi UE, anno 2010 173
- **Figura 5.4** Posti letto nelle strutture del SSN. Ripartizione pubblico-privato. Valori %, anno 2010 174
- **Figura 5.5** Posti letto per acuti. Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-2012 175
- **Figura 5.6** Posti letto per acuti: tetto e tasso effettivo. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012 176
- **Figura 5.7** Posti letto totali (acuzie e post-acuzie): tetto e tasso effettivo. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012 177
- **Figura 5.8** Posti letto in acuzie e post-acuzie: eccessi e carenze. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012 178
- **Figura 5.9** Posti letto per acuti a popolazione pesata. Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-2012 179
- **Figura 5.10** Tassi di ospedalizzazione in acuzie. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010 180

- **Figura 5.11** Tassi di ospedalizzazione in acuzie a popolazione pesata. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010 181
- **Tabella 5.2** Tassi di ospedalizzazione per acuti. Ordinari e diurni. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010 182
- **Figura 5.12** Ricoveri diurni, casi medici e chirurgici. Quota sul totale casi. Valori %, anno 2010 183
- **Figura 5.13** Tassi di ospedalizzazione in acuzie (regime ordinario). Valori per 1.000 abitanti, anno 2010 184
- **Figura 5.14** Tassi di ricovero acuti. Per tipologia di attività e classe di età. Valori per 1.000 abitanti (popolazione pesata e non), anno 2010 185
- **Figura 5.15** Tassi di ospedalizzazione in acuzie (in regime ordinario) a popolazione pesata. Valori per 1.000 abitanti, anno 2010 186
- **Figura 5.16** Personale per posto letto. Per ripartizione geografica, anno 2010 187
- **Figura 5.17** Personale per posto letto. Per Regione, anno 2010 188
- **Tabella 5.3** Posti letto e personale per posto letto. Per Regione, anno 2010 189
- **Figura 5.18** Esuberi potenziali del personale. Anno 2010 190
- **Tabella 5.4** Valore medio della produzione di ricoveri per acuti. Valori assoluti (€), anno 2010 191
- **Figura 5.19** Case mix ospedaliero ed eccesso/carenza di posti letto. Anno 2010 192
- **Figura 5.20** Valore medio della produzione di ricoveri per acuti per giornata di degenza. Anno 2010 193
- **Figura 5.21** Quota della produzione attribuibile ai non residenti. Valori %, anno 2010 194
- **Tabella 5.5** Valore medio della produzione dei ricoveri. Residenti e non. Valori assoluti (€), anno 2010 195
- **Figura 5.22** Differenze della complessità del *case-mix* dei residenti e non residenti, anno 2010 196

Capitolo 6 - Assistenza primaria di base: sistemi di remunerazione e incentivi per lo sviluppo

- **Tabella 6.1** Il QOF, sistema britannico di remunerazione dei GPs. Domini, aree e indicatori 204
- **Tabella 6.2** Australia – Indicatori clinici proposti dal *Royal Australian College of GPs* (RACGP) 205
- **Tabella 6.3** Remunerazione del MMG. Quota fissa + quota variabile 207
- **Figura 6.1** MMG, numero medio di contatti per paziente. Distribuzione per sesso. Valori assoluti, anni 2003-2011 208
- **Figura 6.2** MMG, numero medio di contatti per paziente. Distribuzione per area geografica. Valori assoluti, anni 2003-2011 209

- **Figura 6.3** MMG, contatti con i pazienti. Distribuzione per tipologia di contatto. Valori %, anni 2003-2011 210
- **Figura 6.4** MMG, contatti con i pazienti. Distribuzione per tipologia di contatto e per fascia di età del paziente. Valori %, anno 2011 211
- **Figura 6.5** MMG, numero medio di contatti per paziente. Distribuzione per sesso e fascia di età. Valori assoluti, anno 2011 212
- **Figura 6.6** MMG, contatti con i pazienti. Distribuzione pesata per fasce di età. Valori assoluti, anni 2005-2011 213

Capitolo 7 - Assistenza residenziale: prime evidenze dalle basi informative

- **Tabella 7.1** Strutture residenziali e semi-residenziali per ripartizione geografica. Variazioni %, anno 2010 vs. 2009 e 2010 vs. 2005 221
- **Figura 7.1** Strutture residenziali e semi-residenziali in Italia per tipologia di assistenza erogata. Valori %, anno 2010 222
- **Figura 7.2** Posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 10.000 abitanti, anni 2005-2010 223
- **Figura 7.3** Posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Valori per 10.000 abitanti anziani (*over*65), anni 2005-2010 224
- **Figura 7.4** Posti residenziali per assistenza agli anziani *over*65 nelle strutture territoriali, per Regione. Valori per 1.000 residenti anziani, anno 2011 225
- **Figura 7.5** Posti letto in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni socio-sanitarie. Valori per 10.000 abitanti, anno 2010 226
- **Figura 7.6** Posti letto in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni di protezione sociale differenti dalle socio-sanitarie. Valori per 10.000 abitanti, anno 2010 227
- **Tabella 7.2** Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate, composizione per tipologia di assistenza. Valori %, anno 2010 229
- **Tabella 7.3** Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate, per tipologia di assistenza. Valori per 100.000 abitanti, anno 2010 230
- **Tabella 7.4** Giornate per utente nelle strutture residenziali e semi-residenziali, per tipologia di assistenza, anno 2010 231
- **Tabella 7.5** Posti letto per attività di hospice in strutture residenziali, posti letto di degenza ordinaria in reparti ospedalieri per cure palliative, posti letto attivi in *Hospice* sul totale deceduti per tumore, anno 2011 234
- **Tabella 7.6** Numero di *Hospice* e Centri di terapia del dolore attivi, anni 2006-2009-2013 235
- **Figura 7.7** Posti letto negli *Hospice* attivi. Valori per 100.000 abitanti, anni 2006 e 2009 236

Capitolo 8 - Prestazioni specialistiche ambulatoriali e tariffe: variabilità regionale ed impatto economico del nomenclatore 2012

- **Tabella 8.1** Prestazioni ex DM 1996 e ex DM 2012 aggregate per categoria (Livello III). Valori assoluti, anni 1996 e 2012 242
- **Tabella 8.2** Tariffe delle prestazioni. Differenza media e variazione media 2012 vs. 1996 (in termini nominali). Valori assoluti (€), e valori % 244
- **Tabella 8.3** Tariffe delle prestazioni. Differenza media e variazione media 2012 vs. 1996 (in termini reali). Valori assoluti (€), e valori % 246
- **Tabella 8.4** Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima. Valori assoluti, anno 2011 248
- **Tabella 8.5** Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima. Valori %. Variazioni 2011 vs. 2009. 250
- **Tabella 8.6** Valore delle prestazioni 2010. A tariffe regionali 2010 e a tariffe nazionali 1996 e 2012. Valori assoluti (€ mln.), anno 2010 252
- **Figura 8.1** Valore prestazioni 2010 a tariffe regionali 2010. Differenza con tariffe nazionali 1996 (non scontate) e 2012. Valori %, anno 2010 253
- **Tabella 8.7** Impatto nuove tariffe 2012 contro tariffe 1996 non scontate. Valori assoluti (€) e %, anno 2010 254
- **Tabella 8.8** Impatto nuove tariffe 2012 contro tariffe 1996 scontate. Valori assoluti (€) e %, anno 2010 255
- **Figura 8.2** Prestazioni del settore pubblico e privato accreditato (prestazioni 2010 con tariffa 1996 scontata). Incidenza sul valore totale. Valori %, anno 2010 256
- **Tabella 8.9** Spesa pubblica e privata accreditata per prestazioni specialistiche. Stima della quota sulla spesa totale (per prestazioni specialistiche). Valori %, anno 2010 257
- **Tabella 8.10** Spesa pubblica e privata accreditata per prestazioni specialistiche, pro-capite. Stima. Valori assoluti (€), anno 2010 258

Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica: gli effetti delle politiche di contenimento

- **Figura 9.1** Spesa farmaceutica pro-capite. Paesi EU15. Valori in €, anno 2011 264
- **Figura 9.2** Spesa farmaceutica pro-capite. Italia vs. Paesi EU15. Valori in €, anni 2005-2011 265
- **Figura 9.3** Spesa farmaceutica EU15. Quota sul PIL. Valori %, anno 2011 266
- **Figura 9.4** Spesa farmaceutica EU15. Quota sulla spesa sanitaria. Valori %, anno 2011 267
- **Figura 9.5** Inflazione e prezzo medio dei medicinali in Italia. Numeri indice (2001=100), anni 2001-2011 268

- **Tabella 9.1** Consumo territoriale nazionale di farmaci. Confezioni per classi di rimborsabilità. Valori assoluti (anno 2011) e variazioni % (anni 2006-2011) 269
- **Figura 9.6** Spesa farmaceutica nazionale territoriale. Numeri indice (2007=100), anni 2007-2011 270
- **Figura 9.7** PIL e spesa farmaceutica privata pro-capite. Valori in €, anno 2011 271
- **Figura 9.8** Farmaci equivalenti. Quota in valore sul mercato (prezzo *ex-factory*). Valori %, anno 2011 272
- **Figura 9.9** Medicinali non coperti da brevetto (confezioni). Quota sul mercato. Valori %, anno 2011 273
- **Figura 9.10** Spesa farmaceutica totale (pubblica e privata). Valore medio per confezione. Numeri indice (valori principali Paesi UE=100), anno 2011 274
- **Figura 9.11** Farmaci equivalenti di classe A-SSN. Consumo territoriale regionale. Valori % - DDD/1.000 ab die, anno 2011 275
- **Figura 9.12** Spesa territoriale regionale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN. Quota sul totale spesa netta territoriale. Valori %, anno 2011 276
- **Figura 9.13** Spesa netta per farmaci equivalenti di classe A-SSN. Composizione per Regione. Valori %, anno 2011 277

Capitolo 10 - Non-autosufficienza: (non) definizioni e stima delle misure di protezione socio-assistenziale

- **Tabella 10.1** Gli approcci regionali alla definizione di non-autosufficienza 283
- **Tabella 10.2** Persone disabili di 6 anni e più. Valori assoluti e variazioni %, anni 2005-2010 289
- **Figura 10.1** Persone disabili di 6 anni e più. Incidenza sulla popolazione di 6 anni e più. Valori %, anni 2000-2010 290
- **Tabella 10.3** Persone disabili di 6 anni e più per classe di età. Incidenza su popolazione. Valori %, anno 2010 291
- **Figura 10.2** Beneficiari di indennità di accompagnamento e di pensioni di invalidità civile. Valori assoluti, anni 2007-2010 294
- **Figura 10.3** Beneficiari di indennità di accompagnamento. Distribuzione per genere. Valori %, anno 2010 295
- **Figura 10.4** Beneficiari delle pensioni di invalidità civile. Distribuzione per sesso. Valori %, anno 2010 296
- **Tabella 10.4** Beneficiari di indennità di accompagnamento e di pensioni di invalidità civile. Distribuzione per sesso e per ripartizione geografica. Valori %, anno 2010 297
- **Tabella 10.5** Beneficiari di indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile. Distribuzione per sesso e per età. Valori %, anno 2010 297
- **Figura 10.5** Beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni di invalidità civile e di assistenza domiciliare integrata. Quota sulla popolazione totale. Valori %, anno 2010 298

- **Figura 10.6** *Over*64 beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni di invalidità civile e di assistenza domiciliare integrata. Quota sul totale dei disabili. Valori %, anno 2010 299
- **Figura 10.7** Beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni di invalidità civile e di assistenza domiciliare integrata. Quota su totale popolazione *over*64. Valori %, anno 2010 300
- **Figura 10.8** Prestazioni per anziani trattati con SAD. Quota sul totale della popolazione *over*64. Valori %, anno 2010 301
- **Figura 10.9** Anziani assistiti in ADI e con assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari. Valori assoluti, anno 2010 302
- **Figura 10.10** Prestazioni a favore di disabili trattati con SAD. Quota sul totale della popolazione *under* 65. Valori %, anno 2010 303
- **Figura 10.11** Prestazioni a favore di disabili e anziani trattati con SAD. Quota sul totale dei disabili. Valori %, anno 2010 304

Capitolo 11 - Focus: evoluzione del settore industriale e prospettive

- **Tabella 11.1** Valore aggiunto della Sanità e assistenza sociale. Quota sul valore aggiunto totale. Valori %, anni 2000-2010 309
- **Tabella 11.2** Valore aggiunto della Sanità e assistenza sociale. Pro-capite. Valori assoluti (€), anni 2000-2010 310
- **Figura 11.1** Produzione, aziende e occupati nel settore farmaceutico in Europa. Valori %, anno 2011 312
- **Figura 11.2** Produzione farmaceutica. Variazioni. Valori %, anni 2007-2011 312
- **Figura 11.3** Produzione farmaceutica. Valore per 1.000.000 ab. Valori assoluti (€), anni 2007-2011 313
- **Figura 11.4** Produttività nel settore farmaceutico e dei DM. Per occupato. Valori assoluti (€), anno 2007 314
- **Figura 11.5** Aziende farmaceutiche. Variazioni annue. Valori %, anni 2007-2011 315
- **Figura 11.6** Occupati aziende farmaceutiche. Variazioni annue. Valori %, anni 2007-2011 316
- **Figura 11.7** Valore aggiunto industria. Quota su PIL. Valori %, anni 2005-2012 317
- **Figura 11.8** Valore aggiunto industria farmaceutica. Quota su PIL. Valori in %, anni 2005-2012 317
- **Figura 11.9** Valore aggiunto dell'industria farmaceutica. Quota su industria totale. Valori in %, anni 2002-2012 318
- **Figura 11.10** Indotto industria farmaceutica. Composizione. Valori %, anno 2011 319
- **Figura 11.11** Industria farmaceutica. Valore indotto. Valori assoluti (€ mln.), anni 2006-2011 319
- **Figura 11.12** Industria farmaceutica e DM. Saldo bilancia commerciale. Valori assoluti (€ mln.), anno 2007 321

- **Figura 11.13** Brevetti per farmaci. Quota su 1.000 addetti alla R&S. Valori %, anno 2010 322
- **Figura 11.14** Brevetti per farmaci. Valori assoluti, anni 2002-2010 323
- **Figura 11.15** Brevetti per farmaci e dispositivi medici. Quota su 1.000.000 abitanti. Valori assoluti, anno 2007 324
- **Figura 11.16** Farmaci generici e *branded*. Valore di *sell-out*. Valori assoluti (€ mln.), anni 2006-2011 325

Capitolo 12 - Focus: un'analisi per patologia

- **Tabella 12.1** Costi imputabili alla schizofrenia negli Stati Uniti- US$ mln., anno 2002 335
- **Tabella 12.2** Costo-efficacia per molecola e tipologia di costo in Lombardia. € per riduzione di punto scala HoNOS, anno 2000 338
- **Tabella 12.3** Costo-efficacia in Lombardia per molecola. € per riduzione di punto scala HoNOS, anno 2000 338
- **Tabella 12.4** Costi *pre* e *post switch* a risperidone RP. Italia 339
- **Tabella 12.5** Rapporto costo-efficacia per giornata stabile. Valori in € 340
- **Tabella 12.6** Distribuzione dei ricoveri per regime e DRG. Valori assoluti, anno 2010 341
- **Tabella 12.7** Distribuzione dei ricoveri per regime e DRG. Valori %, anno 2010 342
- **Tabella 12.8** Tasso di ospedalizzazione complessivo per Regione e sesso. Valori per 1.000 ab., anno 2010 343
- **Tabella 12.9** Degenza media per Regione e sesso. Anno 2010 344
- **Tabella 12.10** Spesa e consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN. Classe terapeutica N, anni 2009-2011 345
- **Tabella 12.11** Spesa e consumi farmaceutici delle strutture pubbliche. Classe terapeutica N, anno 2011 346
- **Tabella 12.12** Prevalenza della psoriasi in differenti Paesi e popolazioni 350
- **Figura 12.1** Prevalenza psoriasi per Regione 351
- **Tabella 12.13** Benefici clinici e di qualità della vita 355
- **Tabella 12.14** Giornate mediamente perse annualmente per paziente a causa della malattia 356
- **Tabella 12.15** Costi totali medi annui per paziente. Valori in € 356
- **Figura 12.2** Psoriasi, tasso di ricovero (ordinario e *day-hospital*) per Regione di residenza del paziente. Valori per 100.000 abitanti, anno 2010 357
- **Figura 12.3** Tasso di ricovero (ordinario e *day-hospital*), rapporto di genere per Regione di residenza del paziente. Valori per 100.000 abitanti, anno 2010 358
- **Figura 12.4** Ricoveri per DRG. Valori %, anno 2010 359
- **Tabella 12.16** Distribuzione regionale dei ricoveri diurni. Ottica "produzione". Valori %, anno 2010 360

- **Tabella 12.17** Variazione dei ricoveri per regime di ricovero. Ottica "produzione". Valori %, anni 2010/2008 361
- **Figura 12.5** Tassi di ricovero regionali (ordinario e *day-hospital*). Ottica "produzione". Variazioni %, anni 2010/2008 362
- **Figura 12.6** Degenza media ordinaria. Valori assoluti, anno 2010 362
- **Figura 12.7** Distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura. Valori %, anno 2010 363
- **Tabella 12.18** Valore della produzione. Valori assoluti (€), anno 2010 363
- **Tabella 12.19** Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica territoriale di classe A-SSN (2011 vs 2010) 364
- **Tabella 12.20** Spesa e consumi territoriali degli antipsoriasici. Valori assoluti (€) e %, anno 2011 364
- **Tabella 12.21** Farmaci biologici, erogazione attraverso le strutture pubbliche per sostanza. Valori assoluti (€) e %, anno 2011 365
- **Tabella 12.22** Fibrillazione atriale: stima dei casi prevalenti ed incidenti. Italia 2011 (tassi di prevalenza ed incidenza Murphy et al 2007) 370
- **Tabella 12.23** Fibrillazione atriale: stima dei casi prevalenti ed incidenti. Italia, anno 2011 (tassi di prevalenza ed incidenza Ser Veneto) 370
- **Tabella 12.24** Fibrillazione atriale: stima dei casi prevalenti per Regione e del tasso regionale di prevalenza x 100 abitanti. Valori assoluti e %, anno 2011 371
- **Figura 12.8** Fibrillazione atriale, stima dei casi prevalenti sulla popolazione italiana (previsioni Istat – ipotesi centrale). Valori assoluti, anni 2010-2050 372
- **Figura 12.9** Stima del numero di nuovi casi annui di soggetti con tromboembolismo venoso in Italia (incidenza secondo lo studio di Heit et al. 2001, popolazione italiana al 1.1.2011) 375
- **Figura 12.10** Stima del numero di nuovi casi annui di soggetti con tromboembolismo venoso in Italia (incidenza secondo lo studio di Di Minno et al. 2007, popolazione italiana al 1.1.2011) 376
- **Tabella 12.25** Interventi di artroprotesi in Italia. Distribuzione per sesso, età e degenza media. Valori assoluti e %, anno 2010 377
- **Figura 12.11** Interventi di artroprotesi. Distribuzione per sesso ed età. Italia, anno 2010 378
- **Tabella 12.26** Interventi per artroprotesi d'anca e di ginocchio. Per Regione di residenza. Valori assoluti e variazioni %, anni 2000-2010 379
- **Figura 12.12** Incidenza di artroprotesi d'anca e di ginocchio per Regione di residenza. Tasso per 10.000 abitanti di 60 anni e più. CI. 95% 380
- **Figura 12.13** Interventi di artroprotesi. Confronto tra produzione e domanda interna per Regione. Anno 2010 382
- **Figura 12.14** Chirurgia Ortopedica maggiore, stima del numero di interventi annui sulla popolazione italiana (previsioni Istat – ipotesi centrale). Anni 2010-2065 383
- **Tabella 12.27** Terapia anticoagulante: stima della popolazione bersaglio e delle giornate annue di trattamento. Valori assoluti, anni 2011-2020 385
- **Figura 12.15** Fibrillazione atriale. Stima dei costi legati all'introduzione dei NAO 386

IX Rapporto Sanità

Prefazione

Prefazione

Renato Lauro - Magnifico Rettore Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

L'evoluzione delle tecnologie, i risultati della ricerca biomedica in ambito molecolare, genetico e funzionale cellulare stanno generando un profondo cambiamento nel trattamento e nella prevenzione delle malattie; contestualmente sono aumentate le aspettative di salute della popolazione. Tutto ciò ha generato un incremento dei costi della Sanità che causano difficoltà economiche crescenti ai Governi anche a causa della impetuosa crescita delle malattie cronico-degenerative.
Per fronteggiare questa situazione è stata fatta una attenta opera di razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che, come ha anche di recente riconosciuto la Corte dei Conti, ha ottenuto risultati finanziari importanti in termini di riduzione della spesa. Non di meno un sistema sanitario, specialmente se pubblico e universalistico, non può esser valutato solo per i meriti acquisiti in termini di risanamento delle finanze pubbliche ma anche per le implicazioni sociali ed etiche che sono insite nel sistema stesso.
Ma il perdurare della crisi economica, continua a tenere al centro del dibattito istituzionale la sostenibilità finanziaria rischiando di oscurare l'importanza della Salute per la qualità della vita della persona e per lo sviluppo della Società.
La sfida che dobbiamo affrontare è quella di far fronte alle nuove problematiche della medicina i cui contesti scientifici ed epidemiologici sono cambiati, adeguando i sistemi sanitari.
L'Università di Roma "Tor Vergata" è centro di eccellenza per la ricerca e per l'attività clinica ed è una fucina di conoscenza essendo impegnata su tutti i temi che attengono alla Sanità attraverso i suoi dipartimenti che si occupano, oltre che di ricerca biomedica, di economia, innovazione e tecnologie, diritto per gli aspetti che riguardano le tematiche sanitarie.
Meritano menzione a questo proposito alcune importanti iniziative quali l'IBDO (*International Barometers Diabetes Observatory*) che è impegnato a livello internazionale a promuovere un approccio globale (dalla promozione degli stili di vita alla cura) per fronteggiare la pandemia mondiale di diabete.
Il Rapporto Sanità edito da Federico Spandonaro, giunto alla IX edizione, e realizzato annualmente con i contributi dei ricercatori afferenti al Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità), al Centro per l'Economia e gli Studi Internazionali (CEIS "Tor Vergata") e alla Fondazione Economia "Tor Vergata", è una delle importanti iniziative con cui l'Università offre il suo contributo al dibattito politico e scientifico sullo sviluppo del settore socio-sanitario. Il Rapporto è, altresì, arricchito dalla banca dati messa a disposizione on-line, su cui si trovano le riflessioni e le elaborazioni pubblicate.
Il IX Rapporto Sanità rappresenta, così come i rapporti precedenti editi annualmente, un

esempio di eccellenza di ricerca interdisciplinare in Sanità. Un approccio che consente di interpretare al meglio la complessità e la multidimensionalità di questo complesso e articolato settore.
È, quindi, con piacere che presentiamo il IX Rapporto Sanità, dal titolo "Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche", rinnovando l'auspicio che il lavoro di ricerca ivi contenuto possa arricchire il dibattito politico come anche le scelte gestionali, sviluppando innovazioni che, nell'interesse individuale e collettivo, possano essere la base per un contributo del settore sanitario al rilancio del Paese.

IX Rapporto Sanità

Presentazione

Presentazione

Vincenzo Atella - Direttore CEIS "Tor Vergata"
Luigi Paganetto - Presidente Fondazione Economia "Tor Vergata"
Federico Spandonaro - Presidente Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità)

Il IX Rapporto Sanità, dal titolo "**Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche**", nasce come ogni anno dal lavoro di ricercatori impegnati nel campo dell'economia sanitaria, della valutazione economica dei progetti sanitari, del *management* delle Aziende Sanitarie pubbliche e private, della epidemiologia e della statistica sanitaria.
L'ambizione del Rapporto, sin dalla sua prima edizione, è quella di proporre alcuni elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto nel settore socio-sanitario in Italia, basate su evidenze solide e scientifiche.
Con il passare degli anni la struttura del Rapporto si è consolidata, assumendo un indice degli argomenti sostanzialmente ripetuto, che vede prima un'analisi statistica del contesto in cui muove la Sanità, i dati di *performance* (spesa, finanziamento e equità) e quindi gli spaccati per singolo settore assistenziale, chiudendo poi con l'aspetto industriale. Questo per dare la possibilità al lettore di apprezzare l'evoluzione dei fenomeni: non si è però rinunciato all'originalità dei contributi (che ogni anno riguardano aspetti nuovi delle politiche sanitarie) e ad alcune estensioni, che quest'anno riguardano una crescente enfasi sull'aspetto sociale della non-autosufficienza e alcune analisi per patologia.
Quest'anno il Rapporto si concentra sulle lezioni che la crisi ha fornito per un ammodernamento del sistema sanitario (e in generale di quello del *Welfare*); pur fiduciosi di una ripresa economica a livello internazionale che coinvolga anche l'Italia, sarebbe colpevole dimenticare le indicazioni emerse in questi anni di seria recessione. Ciò per difendere il sistema sanitario dalla crisi, ma anche per far divenire la Sanità un volano di crescita e non un'area di rendita inefficiente.
Questi ultimi anni hanno dimostrato quanto sia necessario un avveduto governo dei sistemi di *Welfare*, che si trovano per lo più scoperti sul lato delle risorse, proprio quando la crisi chiederebbe loro il massimo sforzo di protezione sociale. Purtroppo, le principali riforme del *Welfare* italiano (ivi compresa la Sanità) sono sempre avvenute in condizioni di emergenza a seguito di crisi di finanza pubblica o di periodi di recessione, rischiando così di vanificare la funzione stessa del sistema di protezione sociale.
Contribuire al dibattito politico in questo campo implica, quindi, tenere viva l'attenzione sulle esigenze di ammodernamento del sistema, affinché le proposte siano adeguatamente ponderate e le scelte intraprese a tempo debito.
In questo senso, quest'anno il Rapporto segnala cinque priorità:

1. l'esigenza di una riflessione sulla declinazione del concetto di Universalismo, che coinvolge il regime delle compartecipazioni e delle esenzioni;
2. l'integrazione nel sistema sanitario del settore dell'assistenza per la non-autosufficien-

za, necessario a fronte di un rapido cambiamento nelle strutture familiari, che sta diminuendo le risorse per l'assistenza informale;

3. un forte accento sulla prevenzione e sulle politiche non strettamente sanitarie che incidono sulla Salute: ormai è noto come la Salute dipenda in larga misura da comportamenti e stili di vita;
4. la ripresa degli investimenti in edilizia e innovazione, che languono e fanno correre al SSN pubblico un forte rischio di obsolescenza strutturale e tecnologica;
5. l'esigenza di tener presente la coerenza fra politiche sanitarie e industriali (in particolare per quelle in materia di innovazione) e di chiarire quale possa essere il ruolo della Sanità nelle ipotesi di rilancio della economia nazionale.

Speriamo, in conclusione, che anche quest'anno il Rapporto possa rappresentare un'occasione di produttivo dibattito fra tutti gli *stakeholder* della Sanità.

IX Rapporto Sanità

Introduzione (Executive Summary)

Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche

Federico Spandonaro[1]

1. La crisi e il *Welfare*

Dopo un lungo periodo di recessione e previsioni economiche negative, si iniziano a sentire i primi, invero timidi e incerti, segnali di inversione di tendenza, e iniziano ad avvertirsi le prime speranze di ripresa.

Non c'è dubbio che una ulteriore fase di recessione avrebbe impatti davvero gravi, e che quindi l'ottimismo (della ragione) debba prevalere. Le modalità con cui si potrà "agganciare", come si usa dire, la ripresa non sono, però, neutrali.

Il rischio è che la frenetica ricerca di risultati positivi, fossero anche congiunturali, faccia dimenticare che dalla crisi si possono, e si debbono, trarre lezioni importanti, specie nel campo dell'intervento pubblico e, quindi, in quello del *Welfare*. Immaginare che una eventuale "boccata di ossigeno" possa far dimenticare gli scricchiolii del nostro *Welfare* sotto la pressione della recessione, è ipotesi certamente preoccupante; durante i momenti più bui della crisi, da più parti, si disse che la Società italiana sarebbe dovuta uscire trasformata dalla crisi: dimenticare ora quella aspettativa sarebbe colpevole.

Anche perché la "crisi", seppure di volta in volta aggravata o attenuata dai cicli economici, è comunque strutturale, nel senso che è sintomo di un riassetto e di una ridistribuzione mondiale del benessere: tendenza che, seppure dolorosa per i Paesi storicamente più sviluppati, ha risvolti etici e politici che non necessariamente sono negativi; anzi, un riequilibrio della ricchezza, al di là degli "egoismi locali", non può che essere complessivamente benefico nel lungo periodo.

Quindi proviamo a volare "alto", dimenticando (solo apparentemente) le "dure" cifre dei finanziamenti e dei disavanzi, provando a ragionare su cosa debba essere cambiato: probabilmente (e auspicabilmente) senza riforme rivoluzionarie, ma con la determinata volontà di allinearsi ai bisogni e alle possibilità di una Società che cambia (rapidamente!).

Iniziamo con il dire che una attesa importante dovrebbe essere quella di esportare nel mondo l'ideale e il modello di *Welfare* che conosciamo da circa un secolo: ricordando, quindi, che un obiettivo fondamentale delle politiche rimane quello della riduzione delle disuguaglianze nelle, e fra, le Società.

Un sistema di *Welfare* che soddisfi ogni "bisogno", fornendo la assoluta sicurezza, e san-

[1] *Università di Roma "Tor Vergata".*

cendo così la fine dei "rischi" individuali è, però, evidentemente una chimera: sebbene in momenti di prosperità una attesa del genere sia stata, forse ingenuamente, coltivata nell'Occidente europeo. La crisi ci obbliga oggi a cercare di recuperare la funzione originaria del *Welfare*: essere fattore di riequilibrio e, quindi, di coesione sociale; questo, anche per scongiurare il rischio che i sistemi di *Welfare* siano considerati ipertrofici e additati come una delle cause determinanti di crisi, quando invece dovrebbero sostenere lo sviluppo sociale ed economico.

Il sistema di *Welfare* italiano corre questo rischio, perché, seppure non particolarmente generoso nel suo complesso, lo è più con qualcuno che con altri, e non sempre privilegiando i più "fragili".

La distribuzione italiana delle risorse pubbliche sui vari settori di *Welfare* è sostanzialmente "europea", nel senso che le percentuali di entrate destinate ai vari settori non si discostano significativamente da quelle medie europee.

L'Italia destina a Sanità, Protezione Sociale e Istruzione il 69,53% delle entrate, contro una media dei Paesi EU12 del 73,11%.

La Protezione sociale (teniamo insieme Previdenza e Assistenza per evitare distorsioni derivanti dalla diversa natura del sistemi di *Welfare*, ma anche dalla nostra storica incapacità di uniformarci efficacemente agli *standard* statistici internazionali, evidenziando così apparenti anomalie, oltre tutto oggetto di frequenti "richiami" da parte di organismi europei e internazionali: richiami in larga misura ingiustificati, come si evince dal fatto che, se pur con una diversa distribuzione, l'entità complessiva dei benefici è certamente allineata o inferiore a quella dei nostri *partner* europei) assorbe il 44,39% delle entrate, percentuale allineata al 44,51% di EU12; la Sanità è invece al di sotto della media EU (15,95% delle entrate, contro il 16,80% di EU12, ovvero -0,85%) e, ancor di più, l'Istruzione (9,19% delle entrate in Italia, contro l'11,80% di EU12, ovvero -2,61%).

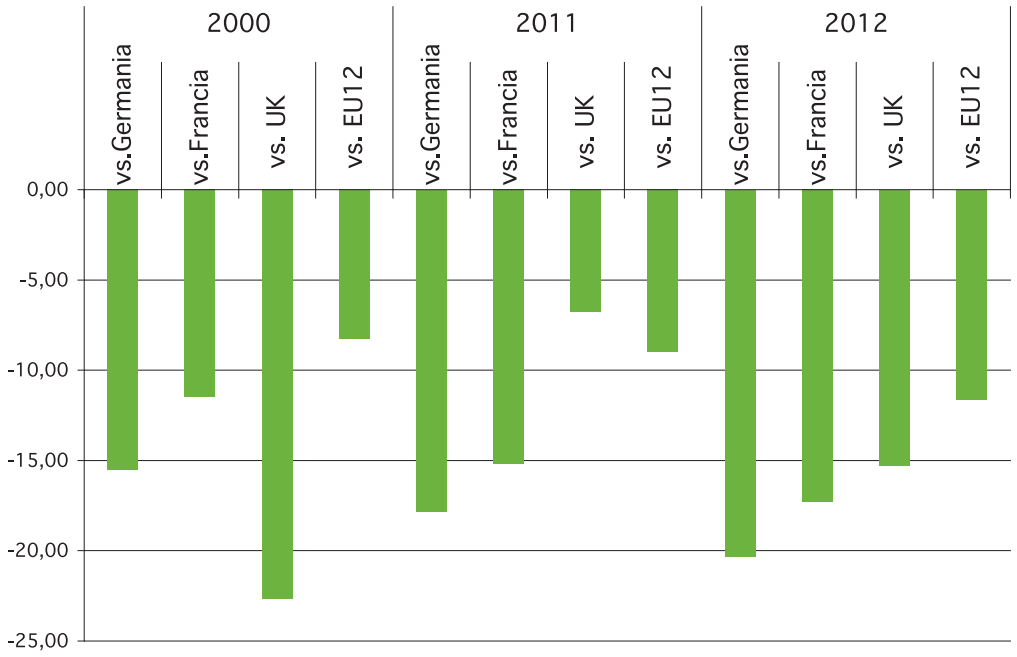
L'unico settore di intervento pubblico per cui si evidenzia un significativo scostamento dagli *standard* europei è quindi quello dell'Istruzione, rendendo opportuno ripensarne il finanziamento, anche in considerazione dell'impulso che il settore potrebbe dare all'innovazione, di cui il nostro Paese ha assoluto bisogno per tornare ad essere adeguatamente competitivo sui mercati internazionali.

Ma se la destinazione delle risorse è "europea" nelle sue proporzioni, questo non implica pari diponibilità: in primo luogo perché le entrate sono logicamente legate al PIL, e questo differisce ancora molto fra i Paesi europei.

Il PIL pro-capite italiano al 2011, secondo i dati Eurostat, si attesta a € 26.055,6 (€ 25.744,0 nel 2012), mentre raggiunge gli € 31.713,1 in Germania, 30.719,1 in Francia, € 27.947,0 in UK, per citare i Paesi EU più popolosi; un *gap*, quindi, che con questi Paesi oscilla nel *range* -17,84%/-6,77%, (-9,00% con EU12).

Gap che, sempre stando ai dati Eurostat, è sostanzialmente in aumento sin dagli anni '90; limitandoci a considerare la variazione media annua 2000-2012, pur avendo tutti i Paesi registrato una bassa crescita, la nostra è stata di 0,32 punti percentuali inferiore alla media EU12: in altri termini, la crisi pur essendo globale ha penalizzato l'Italia più che gli altri *partner* europei; la peculiarità della crisi italiana è proprio in questa dimostrazione di fragilità strutturale, che la rende non capace di fronteggiare la crescente competizione.

Figura 1 – Gap PIL pro-capite Italia vs. altri Paesi europei
Valori %, anni 2000-2012



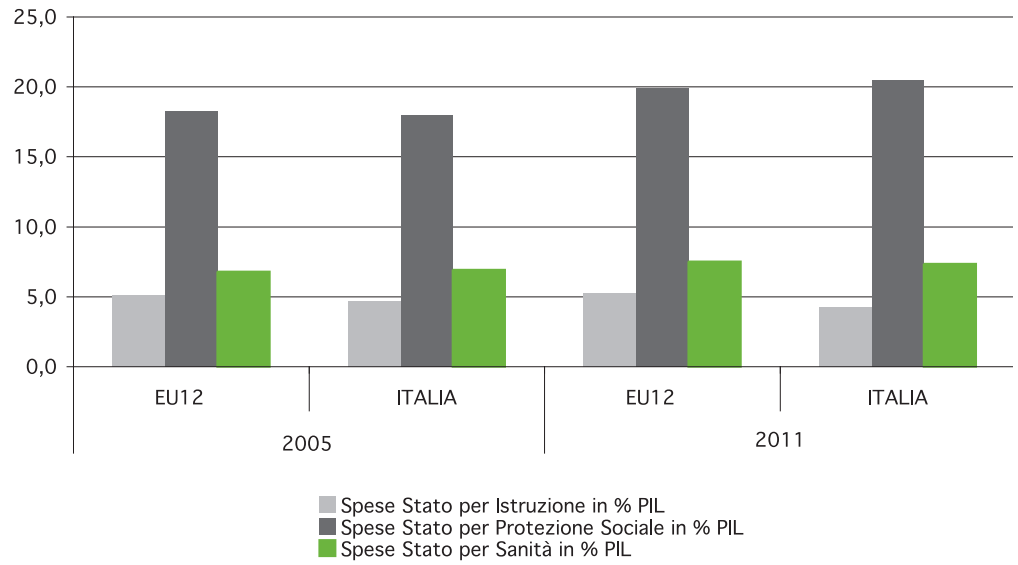
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eurostat

Per i nostri ragionamenti sul settore socio-sanitario in particolare, e sul sistema di *Welfare* in generale, ciò che conta è che, stando ai dati Eurostat, le entrate disponibili (ovvero al netto del pagamento degli interessi passivi sul debito pubblico) per gli interventi pubblici, sono ormai inferiori alla media dei Paesi EU12, sia in percentuale del PIL (41,3% contro 41,9%), sia in valore pro-capite (€ 10.755,70 contro € 11.918,50); e questo, malgrado lo sforzo fatto per sostenere l'intervento pubblico, dimostrato dalla percentuale di entrate lorde sul PIL che è pari in Italia al 46,1%, ovvero superiore di 1,4 punti percentuali rispetto alla media di EU12: in pratica si legge nei numeri una pressione fiscale che, di per se stessa, rischia di essere un fattore aggiuntivo di recessione, specialmente considerando che tale pressione è mal distribuita per effetto della maggiore evasione fiscale, e quindi, sui contribuenti effettivi il differenziale con EU si rivela più alto di quanto appaia a livello aggregato.
In altri termini, dobbiamo fare realisticamente i conti con il fatto che la spesa pubblica pro-capite per Protezione sociale nel 2011 sia in Italia pari a € 5.333,12, contro € 5.700,39 in EU12 (-6,44%); quella per la Sanità sia pari a € 1.916,57, contro € 2.151,58 in EU12 (-10,92%)[2]; e quella per l'Istruzione sia pari a € 1.103,89, contro € 1.511,04 in EU12 (-26,95%).

[2] *Si noti che i dati riportati sono fonte Eurostat in base a classificazione COFOG (Classificazione internazionale della spesa pubblica per funzione). Nel capitolo 3 dedicato al focus sulla spesa sanitaria, si evidenziano i dati di fonte OECD in base alla classificazione SHA (System of Health Accounts), specifica per la rilevazione della spesa sanitaria: in questo caso, il gap tra Italia e EU12 (per spesa sanitaria pubblica pro-capite) sale al 18,24, e arriva al 22,2% tra Italia e EU14.*

Nella figura che segue si evidenziano i dati di spesa in percentuale del PIL per il 2011, a confronto con il 2005.

Figura 2 – Spese dello Stato per funzione
Valori in % del PIL, anni 2005 e 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Eurostat

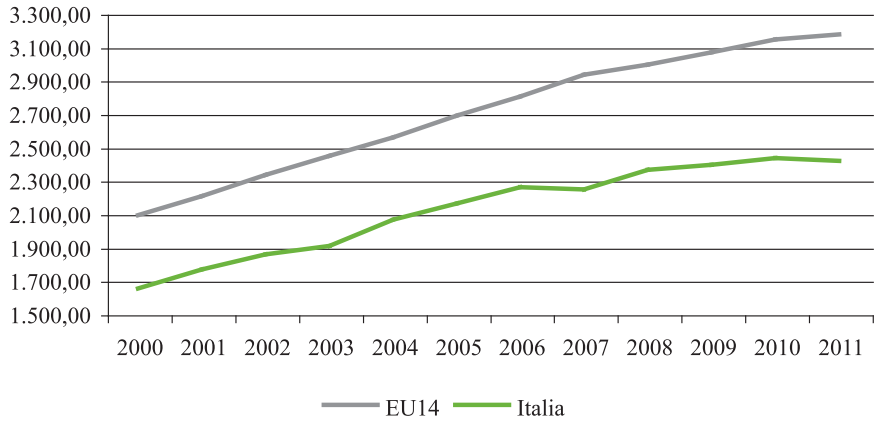
È importante tenere presente che i confronti sono nominali e, quindi, i pur significativi scarti non tengono neppure conto della maggiore proporzione di beneficiari in Italia (soprattutto anziani e disoccupati). D'altra parte, per i benefici in denaro (pensioni e indennità varie) gli scarti si possono giustificare, essendo lecito assumere che il confronto corretto sia quello fra le quote di risorse distribuite, ovvero che il confronto risulti significativo in termini di entità di benefici in proporzione al PIL prodotto dagli "attivi"; ma per quanto concerne i servizi in natura lo scarto ha natura reale e, quindi, risulta evocativo di minori livelli di copertura. Tale osservazione appare tanto più veritiera per il settore sanitario, dove le tecnologie hanno un peso economico rilevante, e un mercato sostanzialmente mondiale, con prezzi relativamente omogenei.
Siamo di fronte, quindi, ad un sistema di *Welfare* che deve ineluttabilmente fare i conti con la finanza pubblica, ma così facendo entra in un sostanziale paradosso: si corre il rischio di dover fare un passo indietro proprio quando, per effetto della crisi, se ne dovrebbe fare uno in avanti a protezione dell'incremento delle fragilità.

2. Sanità in tempo di crisi

Il dato di partenza di ogni ragionamento sulla Sanità non può che essere la storica e strutturale discrasia fra finanziamento pubblico e spesa del SSN, il quale accumula disavan-

zi sin dalla nascita del SSN stesso.
La reale novità è che la crisi ha reso indispensabile una nuova "stretta" finanziaria, ad un settore che negli ultimi 20 anni era già stato soggetto a continui interventi in tal senso.
Che la spesa sanitaria italiana sia cresciuta, sin dagli anni '90, meno che negli altri Paesi europei (con minime eccezioni), pur partendo da un livello che non è mai stato elevato in termini relativi, è un dato oggettivo: con particolare riferimento all'ultimo periodo, dal 2000 al 2011 la crescita media annua della spesa sanitaria (totale) in Italia è stata del 4,0% contro una media EU14 del 4,4%[3].
Il risultato è che ad oggi la spesa sanitaria italiana (totale) è sotto la media EU14 sia in percentuale del PIL (9,23% vs. 10,60%, ovvero -1,37 punti percentuali sul PIL nel 2011), sia in valori assoluti (€ 2.413,89 pro capite in Italia vs.€ 3.173,36 in EU14, ovvero -23,9%.
Il *gap* aumenta ancor di più se si effettua il confronto con specifici Paesi, come ad esempio la Germania (-2,11 punti percentuali sul PIL e -32,8% considerando la spesa totale pro-capite).

Figura 3 - Spesa sanitaria totale pro-capite
Valori in €, anni 2000-2011



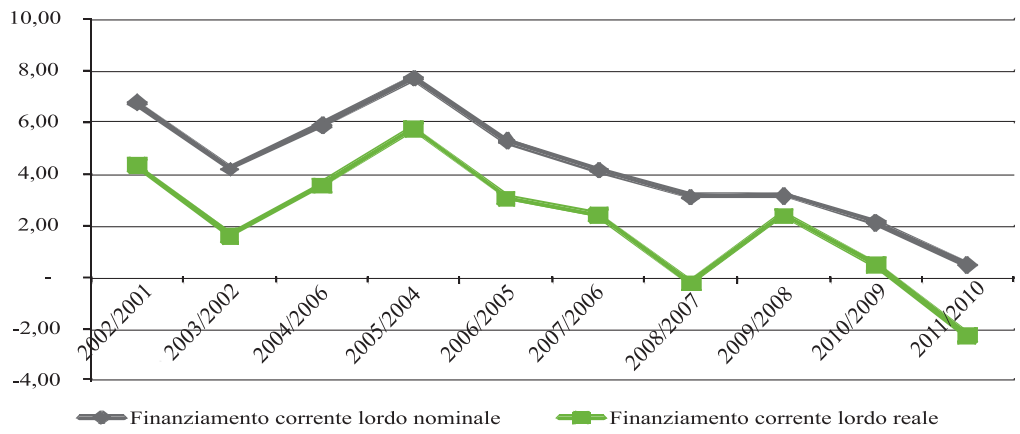
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD Health Data 2013

Trattandosi di servizi in natura, e in larga misura per gli anziani, il confronto proposto non esprime compiutamente le disparità: una standardizzazione in base all'età della popolazione, evidentemente allargherebbe ulteriormente (e significativamente) la "forbice". Un ulteriore fattore di cui tenere conto è che i sistemi sanitari di molti *partner* europei, al contrario del nostro, beneficiano di un sistema di assistenza per i non-autosufficienti di lunga durata più strutturato, aumentando così ulteriormente le risorse per l'area dei servizi socio-sanitari.

[3] *Dati fonte OECD in base a Classificazione SHA. Per approfondire, v. cap.3.*

Malgrado ciò, la gravità della situazione della finanza pubblica italiana ha, come detto, reso improcrastinabili interventi restrittivi fortemente impattanti.
Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, tra il 2001 e il 2011 (e in particolare a partire dal 2008), la crescita del finanziamento nominale è piuttosto modesta, quando addirittura non si configura un variazione di segno negativo del finanziamento depurato dall'inflazione.
Appare evocativo che il finanziamento previsto per il 2014 sia di circa € 15 mld. inferiore alle previsioni di finanziamento contenute nei documenti di programmazione economica pubblicati sino al 2009, e sia praticamente fermo sui livelli di finanziamento raggiunti nel 2010.

Figura 4 - Finanziamento corrente lordo nominale e reale - Variazioni Valori %, anni 2001-2011

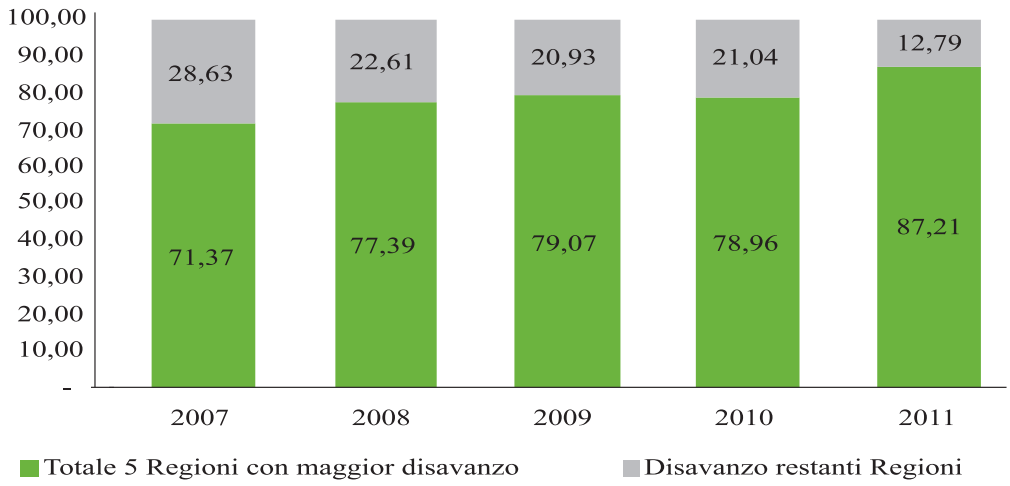


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Malgrado la stasi del finanziamento pubblico, la spesa privata non è cresciuta: negli anni di maggiore recessione i consumi socio-sanitari (effettivi) delle famiglie sono calati più della media dei consumi totali (-0,3 % vs. +0,9 % nel 2011 rispetto all'anno precedente); contemporaneamente, nell'ultimo quinquennio, si è anche ridotto il disavanzo in percentuale del finanziamento (dal -3,35% del 2007 al -2,59% del 2011), concentrandosi sempre più in poche Regioni. In particolare, considerando solo le 5 Regioni con maggior disavanzo nel 2011 (Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna), in esse si concentra oltre l'87,00% del *deficit* nazionale (calcolato non considerando gli avanzi), con un incremento dell'8,25% rispetto all'anno precedente; è altresì da sottolineare come a tale risultato abbiano contribuito soprattutto tre Regioni: Lazio, la cui incidenza sulla perdita complessiva è aumentata tra il 2010 ed il 2011 del 5,22%, Sardegna che ha riportato un +4,56%

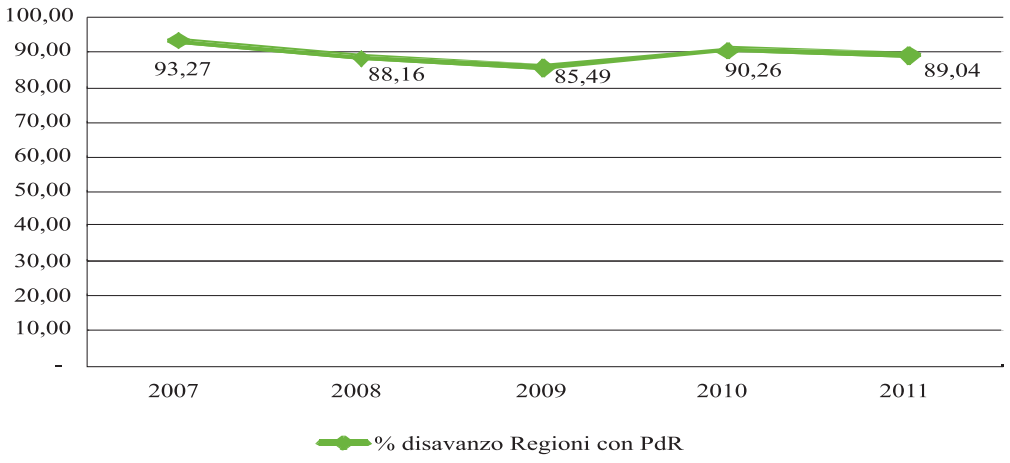
ed, infine, Liguria che, nonostante nel 2010 abbia concluso il proprio PdR, ha contribuito nell'ultimo anno per un 8,27% al *deficit* complessivo con un incremento del 4,37% se rapportato all'anno precedente.

Figura 5 - Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo
Valori %, anni 2007-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

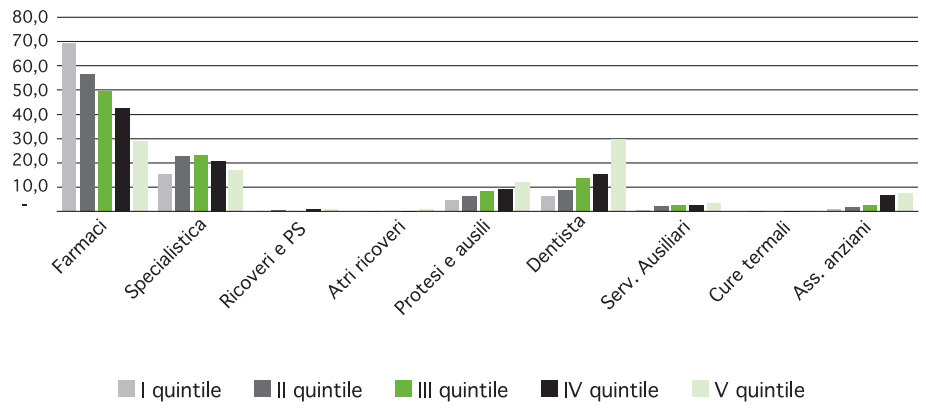
Figura 6- Contributo alla formazione del disavanzo delle Regioni con PdR
Valori %, anni 2007-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

In termini finanziari le riforme degli anni '90, come anche i recenti "tagli" hanno quindi prodotto, in larghissima misura, i risultati sperati, contribuendo significativamente alla tenuta dei "conti pubblici": tesi che sembra sposata anche dalla Corte dei Conti, in maniera sempre più esplicita nelle ultime relazioni.
Ma quale sia stato l'impatto reale di tali politiche sanitarie è difficile dirlo, poiché gli effetti si potranno vedere concretamente solo nel medio-lungo periodo: soprattutto per la natura del nesso causale fra assistenza sanitaria, livelli di salute/funzionalità e, infine, livelli di produttività e capitale umano/sociale.
Nel breve periodo ci si deve, al più, limitare ad osservare modifiche nei comportamenti congiunturali delle famiglie, quali, ad esempio, le rinunce a sostenere spese sanitarie: certamente preoccupanti e più volte denunciate da vari Centri di ricerca. Anche nel 2011, malgrado una sostanziale stabilità dell'entità globale dei consumi privati, possiamo desumere dai bilanci delle famiglie come le spese odontoiatriche e quelle per l'assistenza sociale agli anziani siano ancora praticamente appannaggio delle sole famiglie dei quintili di consumo più alti, evidenziando aree di potenziale impoverimento. Le famiglie dei quintili di consumo più bassi destinano alle cure odontoiatriche e all'assistenza agli anziani e/o disabili rispettivamente meno del 10% e del 2% dei loro consumi socio-sanitari, quelle dei medio-alti più del 15% e dell'8% rispettivamente.

Figura 7- Consumi sanitari - Composizione per quintile di consumo Valori %, anno 2010



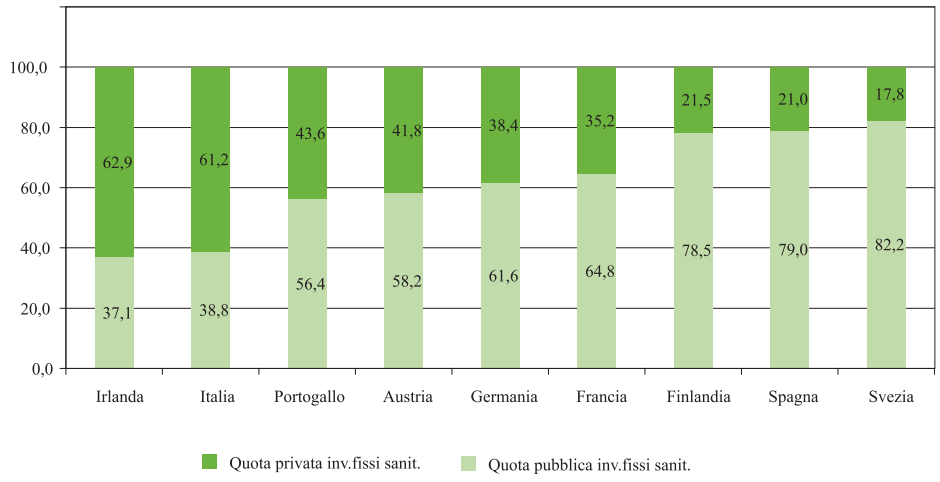
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Questi comportamenti rimangono, però, sul labile confine della rinuncia a prestazioni davvero necessarie, e quindi a potenziali danni alla salute, ovvero a prestazioni cosiddette inappropriate: in altri termini il fenomeno è certamente preoccupante, ma non configura (almeno in termini di rigore scientifico) ancora una dimostrazione evidente di una carenza del sistema di tutela.

Rimane il fatto che a fronte di livelli di spesa sanitaria italiana così distanti da quelli europei, sopra evidenziati, a meno di eclatanti errori nelle statistiche ufficiali, una riflessione approfondita sulle cause e sugli effetti di tale disparità appare impellente.
La questione, negli ultimi anni, è stata "frettolosamente" liquidata: assumendo che le inefficienze regionali siano di entità così elevata da giustificare riduzioni di finanziamento (e quindi di spesa), senza alcuna perdita sul lato assistenziale.
Una così "evidente" inefficienza nazionale non sembra cosa ovvia; intanto il buon senso suggerisce che, dato che i livelli di spesa italiana sono inferiori a quelli degli altri Paesi, allora l'inefficienza italiana ne implicherebbe una davvero enorme a livello internazionale: non che manchino anche all'estero le preoccupazioni per la sostenibilità dei propri sistemi sanitari, ma non ci risulta che si registrino particolari lamentele a causa dell'inefficienza.
A ben vedere, i tentativi di dimostrare questa fortissima inefficienza tecnica aggregata sono, per lo più, basati su stime econometriche, ovvero su operazioni di *benchmarking*: in entrambi gli approcci il punto debole risulta la grande difficoltà di standardizzare adeguatamente la spesa per fattori quali l'età della popolazione, le sue caratteristiche socio-economiche etc., con l'esito che risulta molto complesso capire quanta dell'inefficienza sia reale, e quanta un sottoprodotto di metodi di standardizzazione non sufficientemente precisi.
In aggiunta, si noti che, pur se chi scrive è convinto che si debba usare grande cautela verso tutti gli approcci alla misura aggregata dell'inefficienza, per quanto concerne la Sanità l'Italia "incassa" dall'OECD una promozione a pieni voti. Già nel 2010 l'OECD aveva, infatti, stimato che, per l'Italia, i risparmi possibili con recuperi di efficienza pur significativi, dell'ordine di un punto di PIL, erano decisamente inferiori alla media OECD (che si attestava ad valore circa doppio): come per qualsiasi dieta, mentre è facile eliminare i chili superflui iniziali, per gli ultimi è molto più difficile, così che il recupero del citato punto di PIL, per l'Italia, trattandosi di un Paese fra quelli con le migliori *performance* a livello internazionale, rappresenta un obiettivo molto, se non troppo, ambizioso.
Come detto, le stime OECD vanno prese con le dovute cautele, basandosi su indicatori di *output* aggregati, quali l'aspettativa di vita alla nascita o la mortalità evitabile, sui quali peraltro in effetti l'Italia eccelle, ma che sono ben lungi dal poter cogliere compiutamente il "prodotto" di un sistema sanitario. Se si utilizzasse, ad esempio, come misura di output un indicatore di *customer satisfaction*, quasi sicuramente la *performance* italiana si ridimensionerebbe fortemente; rimane, comunque, evocativo che statisticamente si osserva una relazione crescente fra indicatori di esito e spesa sanitaria, e che l'Italia sembra ottenere, già oggi, dal suo sistema molto più di quanto sia possibile attendersi in base al livello di spesa effettivo sostenuto.
Le tesi che assumono l'esistenza di una forte inefficienza tecnica aggregata del sistema sanitario italiano sono quindi, quanto meno, fragili: e se ci possono essere dubbi sulla lato delle variabili assunte come *proxy* di prodotto/esito, di certo non ci sono sul lato della spesa… ma, non di meno, la tesi ha spesso monopolizzato il dibattito politico.
Le ragioni che si possono addurre (senza pretesa di esaustività) per spiegare questa sostanziale ostinazione pregiudiziale sono tre, e vale la pena enuclearne la ratio culturale, per esplicitarne le conseguenze sulle politiche sanitarie in particolare e di *Welfare* in generale.

La prima è che sostenere l'esistenza di una rilevante inefficienza tecnica può rappresentare un buon alibi per tagliare l'intervento pubblico, magari con l'obiettivo nobile di risanare le finanze pubbliche, facendo intendere ai cittadini che questo non comporterà tagli ai servizi.
Il rischio maggiore di questo approccio è quello di minare alla lunga le fondamenta del SSN, senza peraltro prevederne un razionale adeguamento o al limite un esplicito superamento.
Segni in questo senso possiamo già coglierli, osservando che, come era lecito aspettarsi, in tempi di grande ristrettezza finanziaria, gli investimenti tendono a essere tagliati più della spesa corrente, tanto che in Italia gli investimenti privati superano di gran lunga in proporzione quelli pubblici. In particolare, il nostro Paese sembra investire, come spesa complessiva, di più (nel 2011 ha destinato agli investimenti pluriennali il 5,2% della spesa sanitaria complessiva contro il 3,7% medio di EU 14), ma a farlo è essenzialmente il settore privato (è uno dei pochi Paesi, insieme all'Irlanda, ad avere un finanziamento di tipo pubblico inferiore al 50%, pari al 38,8%).

Figura 8 - Spesa per investimenti fissi in Sanità, Italia vs. Paesi EU
Finanziamento pubblico-privato
Valori %, anno 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013.

Qualora questo *trend* si confermasse nel futuro, appare lecito paventare una rapida obsolescenza delle strutture pubbliche, con una conseguente fuga della popolazione più abbiente verso quelle private, sancendo la fine dell'universalismo del sistema.
La seconda è che, dopo le privatizzazioni che hanno portato alla dismissione della cosiddetta "industria di Stato", la Sanità è di fatto rimasto il settore a produzione pubblica più rilevante, finendo per essere assimilata al resto della Pubblica Amministrazione (PA) e, per

"proprietà transitiva", assimilata anche in termini di inefficienza.
Seppure il SSN eroghi l'assistenza mediante Aziende sanitarie pubbliche, che di fatto non possono uscire da logiche che sono tipiche e proprie della PA, vanno riconosciute le profonde differenze che ci sono fra settore sanitario e gli altri settori della PA, prima fra tutte la maggiore *accountability*; il mancato riconoscimento delle differenze rischia, poi, di distrarre l'attenzione dal vero problema, che è rappresentato da una aziendalizzazione del settore rimasta incompiuta, sino ad essere stata poi definitivamente "risucchiata" dalle logiche del Federalismo regionale, che hanno progressivamente spostato l'attenzione dal decentramento organizzativo, a quello politico.
La terza ragione è, invece, legata alla presunta (molto spesso dagli operatori del servizio) "specialità" del settore sanitario, che viene per lo più ricondotta (più o meno forzosamente) ad aspetti di tipo etico; visione certamente ideologista, che tende a giustificare ogni intervento pubblico operato per via amministrativa, quali quelli tesi a contenere i prezzi dei beni e i costi delle retribuzioni, indipendentemente dai recuperi reali di "efficienza" realizzati.
Il rischio in questo caso è quello di perdere di vista l'essenza sussidiaria dell'intervento pubblico, e di creare distorsioni sui mercati sanitari, con danni di cui argomenteremo oltre. Ci limitiamo qui a rimarcare come una gestione del settore sanitario che non pone attenzione alle politiche industriali appaia molto miope, specie in un Paese che non può evidentemente misurarsi con quelli "emergenti" in settori maturi e ad alta competizione di prezzo.
Il superamento delle visioni "ideologiste" del settore è ovviamente scomodo, perché porta al pettine nodi non indifferenti, quali la constatazione che a fronte di un ulteriore impoverimento relativo del Paese, il livello dei servizi sanitari erogabili sarebbe difficilmente mantenibile sui livelli europei (dei Paesi ricchi).
Non di meno, affrontare la realtà appare necessario per garantire la sopravvivenza del SSN, mettendo mano ad alcune rettifiche nelle politiche socio sanitarie.
Sempre senza pretesa di esaustività ci sembra utile analizzare tre priorità:

- ridefinire (o forse meglio: riprecisare) il concetto di universalismo;
- garantire che l'obiettivo di riequilibrio geografico dei servizi, già declinato come fondamentale dalla L. 833 nel 1978, si realizzi compiutamente;
- pensare al settore come un settore di sviluppo economico ridefinendo (o forse meglio: riprecisando) il ruolo sussidiario dell'intervento pubblico.

3. Equità e universalismo

Che l'intervento pubblico in Sanità sia rilevante in tutti i Paesi (almeno quelli che raggiungono accettabili livelli di sviluppo) non stupisce, considerando la ratio equitativa dell'intervento pubblico, e osservando altresì che in assenza di esso le possibilità di accesso alle cure sarebbero distribuite in modo molto difforme e quindi iniquo.
Persino in presenza di un SSN universale come quello italiano, la spesa privata delle famiglie rimane fortemente legata al reddito: i consumi socio-sanitari delle famiglie del quintile con maggior consumo totale sono del 676,4% maggiori di quelli delle famiglie "più povere".

Non è secondario che, in termini equitativi, dove l'intervento pubblico è meno efficace, come per l'odontoiatria e l'assistenza agli anziani, le famiglie lo integrano, agendo in base alle proprie disponibilità economiche.
A parte l'elemento equitativo, va sottolineato anche un argomento in favore dell'intervento pubblico, legato all'efficienza: argomento su cui l'istituzione del SSN in Italia ha precorso i tempi, enfatizzando prima e più che in altri Paesi, come una parte della salute individuale sia funzione dell'organizzazione sociale, sia in relazione ai comportamenti e agli stili di vita, sia in relazione alle disparità sociali (deprivazione).
Iniziando da questo ultimo punto, appare evidente che la funzione di cosiddetta "*public health*" è (trattandosi appunto di un caso paradigmatico di bene pubblico) certamente un elemento distintivo delle Politiche sanitarie in ogni Paese.
Sebbene, come anticipato, la L. 833 nel 1978 avesse indicato per tempo la strada giusta, esprimendo (per l'epoca) una indiscutibile capacità di *vision*, negli ultimi anni il sistema si è adagiato sugli allori, "avvitandosi" invece sui temi legati ai risparmi finanziari.
Anche in settori in cui l'Italia era all'avanguardia, come nella lotta al tabagismo, ci troviamo ora in posizione relativamente di retroguardia. Gli stili di vita tendono a "peggiorare", generando nuove patologie (come nel caso delle ludopatie, debolmente contrastate e poco prevenute, a causa del gettito finanziario che producono); è ormai noto che persino la secolare abitudine alla dieta mediterranea vacilla, non proteggendo più abbastanza i nostri bambini dall'obesità: sedentarietà e alimentazione inadeguata stanno minando la Salute delle prossime generazioni.
Lungi da essere un problema dilazionabile, già oggi registriamo in alcune aree del Paese livelli di disabilità e cronicità non confrontabili con quelli di altre zone, con costi che sono ben lungi da essere stati compiutamente valutati e considerati nelle allocazioni delle risorse.
La disabilità nel Sud del Paese (a parte fenomeni di abuso che non possono però modificare il segno delle differenze che citeremo) tocca livelli più elevati rispetto al Nord. In particolare, secondo l'Istat nel 2005 si arriva nelle Isole al 6,2% e nel Sud al 5,8% contro il 4,1% del Nord-ovest e il 4,0% del Nord-est. Particolarmente critica la situazione delle donne anziane nel Sud, tra le quali la percentuale di disabili sfiora il 30% nelle Isole (26,5% nel Sud) contro il 19,5% delle coetanee nel Nord Italia. La prevalenza di diabete, di nuovo in alcune Regioni meridionali è molto più alta rispetto al settentrione: il tasso standardizzato supera il 7% in alcune Regioni (7,5% in Calabria, 7,2% in Basilicata) contro un valore medio in Italia del 4,6%.
Esistono, quindi, evidenti possibilità di aumentare l'efficienza del sistema, promuovendo la Salute mediante investimenti in prevenzione primaria e, ancor di più, in politiche non sanitarie per la Salute, tese a educare e, specialmente, incentivare a corretti stili di vita.
L'afflato originario della legge di istituzione del SSN su questi temi andrebbe rapidamente recuperato, proponendosi di far divenire l'Italia un laboratorio di promozione di stili salutari di vita: certamente questo ridurrebbe nel medio periodo le disuguaglianze geografiche, molto più di quanto possa fare la apertura/chiusura di una manciata di servizi.
Infatti, sebbene con qualche eccezione, l'offerta (intesa come strutture di cura e assistenza) è semmai eccedente: il tema dell'equità di accesso è piuttosto legato alla sua "qualità" e alla sua organizzazione.

Ad esempio, è nota la carenza di servizi sociali (e in parte sanitari) per la non-autosufficienza: interventi di assistenza primaria, sebbene in larga misura di tipo sociale, che oggi generano i maggiori rischi di iniquità; se, l'assistenza sanitaria viene in generale comunque garantita, l'impatto personale e familiare di una non-autosufficienza rimane una delle maggiori cause di impoverimento e disagio.
Se appare ormai evidente come la maggiore aspettativa di vita della popolazione si accompagna ad uno spostamento in avanti dell'insorgenza delle patologie e della disabilità (ad esempio, stimiamo una sostanziale stabilità della stessa, quando non una diminuzione, malgrado l'invecchiamento anagrafico), tanto da richiedere un ripensamento del concetto stesso di invecchiamento e rendendolo finanziariamente meno preoccupante, non si può eludere la necessità di un ripensamento della natura degli interventi; infatti, ineluttabilmente, cambia la struttura familiare, implicando un indebolimento delle reti di assistenza informali, e un SSN che rimanga puramente sanitario, ovvero non abbia integrata in sé la componente sociale necessaria per far fronte alla presa in carico della non-autosufficienza, diventerà ben presto del tutto insoddisfacente e fonte di iniquità.
Ma se "politiche non sanitarie per la Salute" e "non-autosufficienza" sono le assolute priorità, si evidenzia come la coperta sia "corta": dovendosi sostenere gli investimenti necessari per integrare il sistema e, allo stesso tempo, mantenere la rete di offerta che oggi eroga un numero davvero enorme di prestazioni sanitarie.
Come rimarcato la Sanità italiana vive la contraddizione di dover giustamente dare il suo contributo al risanamento della finanza pubblica, e allo stesso tempo di dover far fronte ad una domanda crescente, con risorse ormai significativamente inferiori rispetto ai Paesi storicamente a noi più vicini.
Il buon senso suggerisce che una stabilizzazione delle attuali risorse pubbliche rispetto al PIL (cosa peraltro ad oggi non scontata, e comunque delicata, nella misura in cui il PIL dovesse ancora "segnare il passo") possa essere un obiettivo prudente e ragionevole.
Ma un obiettivo di questo tipo pone comunque il problema di come far quadrare conti e assistenza, evitando che il tutto si realizzi posponendo gli investimenti, e quindi le innovazioni necessarie per mantenere e, sperabilmente, aumentare l'efficienza tecnica del sistema.
Criticità quest'ultima, esasperata dal fatto che i cicli economici sempre più instabili, coniugati alle logiche di finanziamento/perequazione della Sanità, che si legano sempre più ai consumi, renderanno sempre meno stabile il flusso di risorse disponibili.
In un siffatto scenario, la determinazione di non mettere in atto la previsione programmatica di un inasprimento dei *ticket*, mentre appare coerente con l'aspettativa di non ridurre ulteriormente il finanziamento pubblico, ma contemporaneamente pone molte altre questioni.
Appare paradigmatico in tal senso il caso dell'inasprimento dei *ticket* sulla specialistica, bollato da più parti come un fallimento annunciato, per non avere dato il gettito sperato (argomento, come vedremo, specioso, anche se "nobilmente" portato a supporto della inopportunità di aumentare i *ticket*).
A ben vedere, il tema del gettito è mal posto: la vera questione è se l'inasprimento dei *ticket* in questione abbia ridotto il numero di prestazioni, o le abbia spostate verso il settore privato.

Nel primo caso il *ticket* avrebbe fatto il suo "mestiere" di strumento di moderazione dei consumi, e dato che più volte è stato argomentato sui rischi di inappropriatezza di larghe fasce della specialistica, è lecito attendersi che le "rinunce" abbiano complessivamente aumentato il *Welfare*.
Si sarebbe, in tal caso, altresì dimostrato/confermato che il *ticket* non è esattamente una tassa e, quindi, generare gettito non è il suo ruolo primario.
Ma se, come probabile, larga parte della riduzione delle prestazioni a carico del SSN, fosse attribuibile a uno spostamento verso il settore privato (a pagamento diretto), si dovrebbe, invece, concludere che:

- ridurre ulteriormente la domanda non è così facile, malgrado l'inappropriatezza;
- il *ticket* è stato imposto in modo tecnicamente sbagliato, creando evidenti distorsioni, tali per cui la compartecipazione per alcune prestazioni è divenute più onerosa del prezzo delle stesse;
- un vantaggio ci sarebbe stato per il settore pubblico, anche in carenza di gettito, perché dovrebbe avrebbe erogato meno prestazioni e quindi speso meno di rimborsi agli specialisti convenzionati; ma di solito questi risparmi rimangono in larga parte nominali, per effetto dall'inerzia del sistema, che rende predominanti nel breve periodo i costi fissi;
- in alcuni casi, in modo parzialmente inspiegabile (a meno che per i ritardi nei pagamenti e per altri costi legati alla burocrazia del SSN) gli erogatori privati potrebbero avere un interesse a portare la domanda su segmenti extra-SSN, praticando prezzi inferiori a quelli del settore pubblico.

L'esempio citato dimostra come il sistema binario *ticket*/esenzioni è ormai profondamente iniquo e distorsivo: vuoi per una soglia rigida, e unica, di esenzione, che bipartisce la popolazione in esenti totali e "paganti" totali, incentivando in ultima istanza l'evasione; vuoi perché la soglia di esenzione è ormai significativamente difforme nelle Regioni, sancendo "soglie di povertà relativa" ingiustificatamente difformi e irrazionali: tanto più alte dove è maggiore il disavanzo e non dove è più alto il reddito medio; vuoi, ancora, per il permanere di compartecipazioni in cifra fissa, non soggette ad esenzioni, in larga misura responsabili dell'impoverimento di quasi 309.000 nuclei familiari.
Affinché il *ticket* non sia, quindi, una "odiosa" tassa sulla malattia è necessario che torni ad essere una compartecipazione generalizzata e proporzionale al valore dei servizi ottenuti, con un massimale che faccia scattare l'esenzione, legato alla capacità di contribuzione, ovvero tale da non pesare mai oltre limiti ritenuti accettabili sui bilanci delle famiglie.
La proposta, impropriamente bollata come un *ticket* con franchigia, è stata di recente avanzata, ma sembra essere stata (troppo) rapidamente accantonata: lo fu anche nel 2001, quando una analoga proposta, fatta al Ministro Turco, si scontrò con la difficoltà di modulare i tetti di esenzione sulla base delle dichiarazioni fiscali rese.
In ogni caso le nostre stime confermano che qualsiasi inasprimento dei *ticket* con le regole attuali avrebbe effetti significativi sull'impoverimento delle famiglie (+17,6% nuovi nuclei impoveriti), a meno che non venga rimodulato in modo progressivo in base alle capacità di consumo delle famiglie (+2,6% nuovi nuclei impoveriti).
L'obiezione principale mossa al metodo è quella dell'ingiustizia creata dalla diffusa eva-

sione; ma è il momento di ammettere che un Paese che non riesce a portare l'evasione su livelli accettabili, non può proprio permettersi approcci al *Welfare* di tipo universalistico: va da sé che, se risultasse possibile far contribuire correttamente solo una parte della popolazione, sarebbe paradossalmente più equo un sistema di tipo mutualistico che quello universalistico.
Va, quindi, prioritariamente fatto ogni sforzo per riportare anche in campo sanitario l'evasione su livelli accettabili, senza che questa diventi un alibi per non agire.
Una seconda obiezione al *ticket*, è quella per cui la redistribuzione è già operata con la progressività delle imposte, e quindi si creerebbe un doppio livello di perequazione: indubbiamente l'argomentazione è valida in via di principio, ma va osservato che inasprire le imposte è assolutamente inopportuno, onde evitare un avvitamento recessivo; e, allo stesso tempo, con i livelli già altissimi di imposizione attuali, imposti dall'entità degli interessi passivi sul debito pubblico, non rimane comunque molto per il *Welfare*.
Per questi motivi un *ticket* generalizzato, con una (magari per tipo di assistenza) aliquota di compartecipazione, regolabile annualmente e regionalmente in funzione dei cicli economici e dell'andamento dei conti regionali, dovrebbe essere comunque almeno valutato, in quanto potrebbe divenire:

- un valido ammortizzatore dei cicli economici;
- un modo per mantenere i servizi almeno sui livelli attuali evitando l'obsolescenza delle strutture del SSN;
- un incentivo per le Regioni a tenere a posto i conti (il *ticket* potrebbe aumentare automaticamente in caso di disavanzo, disincentivando l'utilizzo dei SSR meno efficienti);
- un modo per recuperare almeno in parte lo strumento del prezzo nel governo della domanda.

Purtroppo, sui *ticket* il confronto è storicamente condizionato da posizioni pregiudiziali, che giungono a farlo ritenere incompatibile con un sistema di tipo Universalistico: si tenga, però, conto che un sistema che fornisca servizi gratuitamente a tutti, ma di insufficiente qualità, non è più Universale di uno che garantisca a tutti l'accesso ai servizi pagando una compartecipazione nei limiti di un ragionevole impatto sui bilanci familiari. In altri termini, riteniamo che l'Universalità si misuri sulla capacità di dare ai più fragili le stesse opportunità dei più ricchi di accedere alle cure, e non necessariamente sulla gratuità per tutti delle prestazioni.

4. Riequilibrio dei servizi

Per quanto sopra argomentato, la soluzione dei recuperi di efficienza tecnica, capaci di generare ingenti risparmi finanziari, appare almeno di dubbio realismo: non va, inoltre, dimenticato che ad oggi, anche standardizzando la spesa in base all'età e alla mobilità, le Regioni considerate più virtuose spendono di più delle altre e questo rende non chiaro dove andrebbero fatti i risparmi; non considerando le Regioni e Province a statuto speciale che, in generale, hanno livelli di spesa notevolmente più alti, la spesa pro-capite per i residenti (al netto quindi dei saldi di mobilità) delle Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto si attesta in media su € 1.827,66, contro gli € 1.768,32 della ripartizione meridionale; anche standardizzando per l'età le differenze restano: € 1.821,88, vs. € 1.816,40.

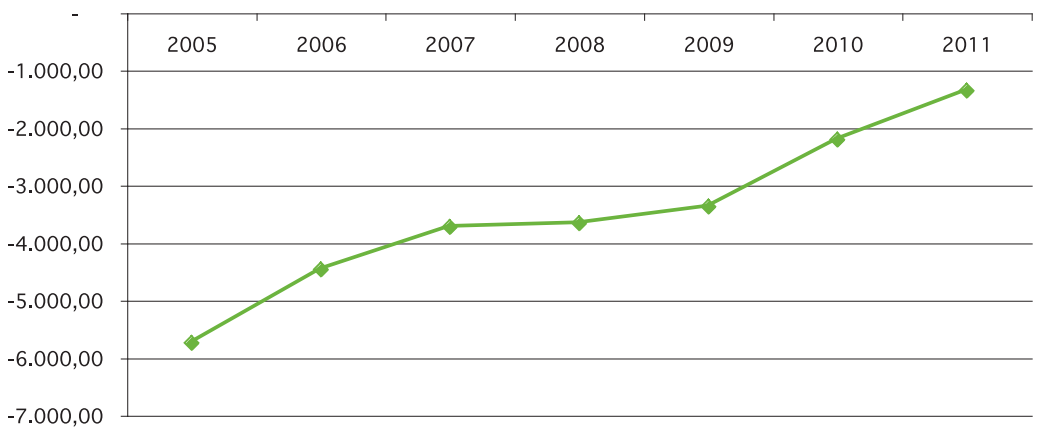
Solo per Lazio e Molise la spesa appare abnormemente alta e, quindi, presumibilmente contraibile; mentre per il meridione, nel complesso, la questione appare più che altro di tipo allocativo: ovvero la spesa, pur bassa, finanzia servizi di qualità insufficiente o non rispondente alle esigenze di un moderno sistema sanitario.

Non a caso, per la definizione dei costi *standard*, ovvero per la scelta delle Regioni *benchmark*, si è prima abbandonato il criterio *bottom-up*, per abbracciare quello *top-down*: criterio ragionevole ma non supportato da un adeguato metodo di standardizzazione; ma poi si è anche dovuto (non senza una buona dose di forzatura logica) aggiungere nella norma il requisito (ai fini dell'eleggibilità a *benchmark*) del pareggio di bilancio, poi ulteriormente integrato da un *set* di requisiti sui criteri di allocazione delle risorse.

Malgrado il problema sia allocativo, e quindi richieda scelte e modifiche mirate, e malgrado le promesse della *Spending review*, le politiche nazionali hanno continuato a orientarsi verso logiche che sono pur sempre di "taglio lineare", con tetti e *target* indifferenziati e quindi , potenzialmente "sbagliati" per tutti: senza soluzione di continuità con una lunga tradizione di programmazione inefficace, basata su indicatori macro di funzionamento, tali indicazioni risultano per lo più inutili, quando non dannose, e istituzionalmente irrispettose della responsabilità regionale sulla organizzazione dei servizi. In molti casi i vincoli dei Patti di Stabilità arrivano a condizionare l'autonomia regionale, impedendo anche investimenti e cambiamenti pur necessari.

La risposta regionale è stata, in verità, più virtuosa di quanto non generalmente riconosciuto. Stando ai dati forniti dal Ministero della Salute, il disavanzo di esercizio è passato da € 5.736,09 mln. del 2005 a € 1.351,97 del 2011.

Figura 9 - Risultato di esercizio* nazionale - Valori assoluti (€ mln.), anni 2005-2011



**Inclusa la gestione straordinaria ed esclusi i costi capitalizzati per il 2011*

Fonte: Ministero della Salute

La Corte dei Conti ha per la verità riconosciuto l'importante risultato[4]. Ma, a parte l'aspetto finanziario, anche valutando l'impatto sull'impoverimento a livello regionale, il quadro che emerge promuove (con riserva) le Regioni, in particolare quelle in Piano di Rientro: non si osservano infatti, scarti sistematici rilevanti nell'impatto sull'impoverimento nelle diverse Regioni.

Sicuramente i Piani di Rientro hanno però comportato un ricorso alle spese socio-sanitarie *out of pocket* da parte delle famiglie residenti nelle Regioni ad essi sottoposte, decisamente superiore alla media nazionale.

Quindi il rientro sembra effettivamente essere stato operato senza impatti equitativi rilevantissimi: per dovere di cronaca va, però, aggiunto che se dovesse avere, invece, generato rinunce dannose per la salute, questo potrà essere apprezzato solo in tempi più lunghi.

Il pareggio di bilancio rimane un obiettivo necessario, ma intermedio: l'esistenza di aree ipertrofiche (come quella ospedaliera), insieme a diffuse carenze in altri settori, in primo luogo quello dell'assistenza primaria, conferma l'esistenza in alcune Regioni di rilevanti problemi allocativi; suggerisce, altresì, che recuperi di efficienza sono effettivamente possibili, anche se probabilmente ottenendo più miglioramenti degli esiti (in senso lato), che non risparmi di spesa (in altri termini, esemplificando, se chiudendo qualche piccolo ospedale finalmente si potenzia la residenzialità e l'assistenza primaria, non è detto che

[4] *Nel cap. 2 viene illustrato in dettaglio l'andamento dei risultati di esercizio anche prima delle coperture (risultato di base per le verifiche dei Tavoli di monitoraggio) illustrato dalla Corte dei Conti nel "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2012".*

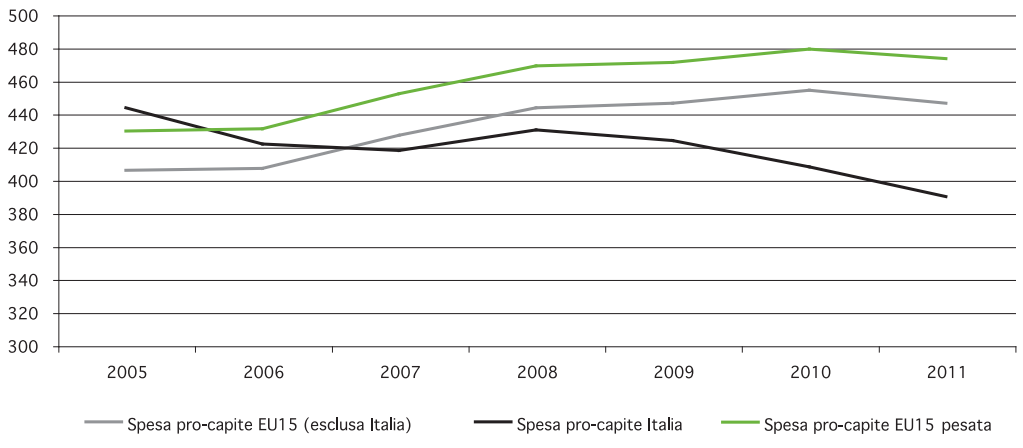
si risparmi, ma certamente migliora l'assistenza).
Inoltre, una efficiente riorganizzazione libera risorse, ma prevalentemente nel medio-lungo periodo, mentre nel frattempo rischiano di prevalere alcune difficoltà accessorie: basti pensare al prolungato blocco del *turn-over*, che se da una parte contribuisce a risparmiare, dall'altra rischia di generare seri problemi di invecchiamento e incoerenza nelle piante organiche.
La questione dirimente rimane, quindi, quella delle risorse (e poi del loro corretto utilizzo) per sostenere il cambiamento e l'integrazione socio-sanitaria (ovvero in larga misura l'assistenza primaria), come anche per manutenere/ammodernare l'ingente patrimonio edilizio e tecnologico dei SSR.
Le politiche di riequilibrio regionali si ricollegano, quindi, alle scelte di finanziamento complessivo del sistema: un sistema finanziato per garantire livelli minimi di funzionamento, rischia di non poter programmare gli investimenti necessari per strutturare il cambiamento, rischiando di far fallire tutta l'operazione: esiste poi anche un problema politico, perché dopo aver "subito" i tagli necessari per mettere a posto i conti, le popolazioni attendono certamente di vedere un miglioramento dei servizi, e questa è la scommessa che molte amministrazioni devono ancora vincere.

5. Sussidiarietà e politiche industriali

Se, come sopra argomentato, va dato atto alle politiche assistenziali di avere raggiunto molti degli obiettivi di razionalizzazione preposti, tenendo fermo che il settore sanitario deve comunque rimanere complessivamente impegnato in un processo di ammodernamento, passante per una rivisitazione dell'approccio Universalistico, insieme ad una estensione della sua sfera di azione al Sociale, il "convitato di pietra" rimane, però, l'andamento dell'economia nazionale: senza una pur minima ripresa, ogni prospettiva rischia di rimanere sostanzialmente frustrata.
Le risorse disponibili sono state per lo più considerate una variabile esogena, e le politiche assistenziali si sono spesso asservite all'obiettivo di allineare l'operatività del settore alle risorse, più o meno scarse, disponibili: in tal modo si è implicitamente sposato il modello per cui il rapporto fra Sanità e sviluppo economico è univoco.
Si è, in altri termini, trascurato che la Sanità è anche il terzo settore industriale del Paese per valore aggiunto prodotto, e che occupa oltre un milione di addetti (comprendendo l'indotto), rappresentando gran parte della media e grande impresa italiana, ed è quindi a sua volta un determinante significativo della produzione di risorse.
È, inoltre, un settore in continua crescita e, sostanzialmente, indipendente dai cicli economici, oltre che ancora largamente protetto, vuoi perché molti servizi non sono esportabili (cresce semmai l'esportazione dei pazienti), vuoi perché gran parte dei beni prodotti sono frutto di innovazione e quindi oggetti a brevetto.
Tutti argomenti che dovrebbero far propendere per un serio interesse delle politiche economiche nazionali verso il settore, al fine di sfruttarne le possibilità di contributo alla crescita.
Di contro, le politiche industriali sembrano sostanzialmente inesistenti, e quelle assistenziali sono per lo più irrispettose degli interessi industriali, che anzi sono visti per lo più con

diffidenza e come contrapposti all'interesse pubblico.
Allo stesso tempo, va sottolineato che gran parte della razionalizzazione avvenuta nei conti del SSN proviene proprio dagli interventi di taglio sui prezzi imposti al settore farmaceutico (tali da avere reso negativo il deflatore implicito del settore), oltre che dalla genericazione di molte molecole.
Operazione proposta spesso come necessaria a fronte di un eccesso di pressione commerciale da parte delle Aziende, che non trova però concreto riscontro nei numeri: la spesa pro-capite farmaceutica italiana è da molti anni (e già prima dei tagli) significativamente inferiore a quella media europea: già dal 2007 la spesa era inferiore alla media EU15 del -2,19%, per arrivare al -14,5% nel 2011 (e negli ultimi due anni il *gap* si è certamente allargato ancora per effetto degli ulteriori interventi).
Va inoltre considerato che i dati utilizzati per il calcolo sono quelli di fonte OECD, che sovrastimano la spesa italiana, generando una sottostima della citata differenza fra Italia e gli altri Paesi: infatti, per il nostro Paese i dati OECD contengono una quota assolutamente anomala di "*other medical non durables*" (oltre € 5 mld. contro valori prossimi allo 0 in Francia e Germania), "gonfiando" il dato farmaceutico italiano rispetto a quello degli altri Paesi.
Inoltre, se considerassimo la diversa composizione per età della popolazione italiana (notoriamente più vecchia), standardizzando il dato di spesa per età, il confronto fornirebbe un *gap* ancora maggiore (-21,4%).
È, quindi, difficile dubitare che l'Italia, pur essendo (ancora per un po') uno dei maggiori

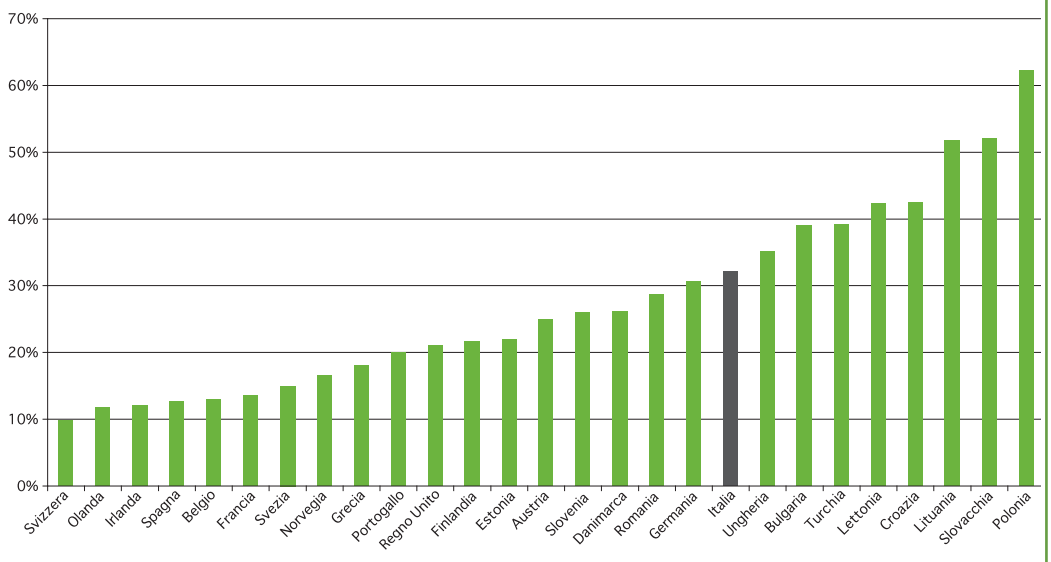
Figura 10 - Spesa farmaceutica pro-capite – Italia vs. Paesi EU15
Valori in €, anni 2005-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2012/2013 e Rapporto OsMed 2011

mercati mondiali, offra livelli di profittabilità ormai bassi: e questi, più che il fatturato, sono in ultima istanza la variabile di riferimento delle politiche aziendali.
Non a caso, se dobbiamo riconoscere che queste manovre hanno contribuito a risanare le finanze pubbliche, sul piatto della bilancia va messo l'effetto negativo in termini industriali; quello sull'occupazione, ad esempio, è certamente significativo: dal 2005, l'occupazione del settore farmaceutico in Italia si è ridotta del 14,2%, con una perdita di 10.500 posti di lavoro, in larga misura qualificati.
Si evidenzia così un paradosso, in cui i benefici finanziari ottenuti, a livello Paese vengono in larga misura vanificati dalle perdite sul versante occupazionale.
Ma i tagli dei prezzi non sono probabilmente l'esempio peggiore di cattiva gestione delle politiche industriali: piuttosto segnaliamo la scarsissima attenzione alle più banali regole del *business*, che invece sono alla base della possibilità di sviluppo di qualsiasi settore produttivo, condizionando l'appetibilità di un Paese per gli investimenti.
Basterebbe citare come nel settore sanitario sia stata sancita l'impignorabilità delle Aziende Sanitarie da parte dei creditori; come a volte si ritardano le immissioni in commercio delle innovazioni; come sia frequente che dopo che il prezzo di un farmaco è stato contrattato (evidentemente anche sulla base delle prospettive di vendita) si agisca con ulteriori tagli dei prezzi o con ulteriori regolamentazioni che ne modificano la prescrivibilità e quindi il potenziale mercato.
In verità, il settore farmaceutico italiano potrebbe essere additato come un esempio di assoluta governabilità, in quando il sistema di *payback* ne predetermina di fatto il costo per il sistema: ma quando al *payback* si sommano tagli dei prezzi, ritardi nell'immissione nei prontuari, etc. … si delinea una situazione che impedisce nei fatti le pianificazione aziendali.
Discorsi parzialmente simili potrebbero essere fatti per il settore dei dispositivi medici, sebbene sia molto meno regolamentato e trasparente; certamente la complessità del settore è molto maggiore, se non altro per l'enorme eterogeneità dei beni prodotti, ma questo non giustifica che non si disponga di dati affidabili neppure sulla sua entità: situazione che alla lunga non conviene né al sistema sanitario, né alle aziende.
Che le politiche industriali nel settore sanitario siano sostanzialmente *naive* è poi chiaramente desumibile da alcune scelte che sembrano davvero poco logiche.
Rimanendo nel settore dei DM, appare evidente che i ritardi nei pagamenti e le centralizzazioni, a volte estreme, di acquisto rischiano di penalizzare proprio le aziende italiane, che sono mediamente di piccola dimensione.
Pur evitando sussidi occulti, creare condizioni di peggior favore per l'industria nazionale appare francamente una scelta masochista.
Ancor più eclatante è il caso degli interventi a supporto dei farmaci equivalenti.
Se è vero che una quota rilevante del mercato dei farmaci a brevetto scaduto è ancora appannaggio dei farmaci *originator*, avendo anche questi ultimi ridotto il prezzo, la quota complessiva del mercato dei farmaci a "prezzo basso" italiana è anche superiore alla maggior parte dei Paesi europei: in altri termini, l'entrata in commercio dei prodotti equivalenti è certamente necessaria e fonte di vantaggi sociali e, quindi, ha un valore sociale ogni regolamentazione che ne protegga la rapida disponibilità. Anche l'incentivazione al

Figura 11 - Farmaci equivalenti - Quota in valore sul mercato (prezzo *ex-factory*)
Valori %, anno 2011



Fonte: EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industry Associations, 2013

consumo dei farmaci a brevetto scaduto ha un valore sociale; ma entrare nella dinamica della spartizione del mercato fra aziende genericiste e non esula dagli interessi pubblici: notando, altresì, che ormai gran parte delle aziende ha una "doppia anima" e che considerando il fatturato per occupato delle genericiste risulta di gran lunga maggiore di quello delle altre aziende (€ 580.071 vs. € 276.325), suggerendo che i profitti possano essere persino più alti.

In altri termini, sembra che le politiche industriali latitino e quelle assistenziali colmino il "vuoto", spesso con atteggiamenti impropri o inutilmente invasivi delle dinamiche di mercato.

Anche in questo caso, la matrice di questa diffusa diffidenza verso la possibilità di mediare interessi pubblici e dell'industria potrebbe essere ricondotta ad un atteggiamento culturale, che non riconosce il ruolo sussidiario del settore pubblico nell'erogazione dei servizi, assurgendo la produzione pubblica a valore in sé: posizione culturalmente discutibile, che spesso si tramuta in un dannoso protezionismo, a tutti i costi, della produzione pubblica. Sarebbe forse opportuno riflettere sul fatto che l'utente è certamente interessato alla qualità dell'assistenza, ma non alla proprietà della struttura che lo prende in carico; e che, in quanto cittadini, siamo interessati, oltre che alla assistenza, anche alla creazione di maggiore occupazione e sviluppo economico, senza il quale il sistema sanitario avrà via via risorse sempre meno adeguate.

6. L'agenda

Come già detto, il sistema sanitario italiano ha certamente buone *performance* complessive, con forse l'eccezione della cosiddetta *customer satisfaction*, di cui non abbiamo argomentato in questo Rapporto: ci limitiamo ad accennare al fatto che riteniamo la carenza su questo versante un ulteriore esempio dell'insufficiente cultura della sussidiarietà (e quindi del diritto ad avere un servizio rispettoso della persona in tutti i suoi aspetti).

Accettando che le *performance* sono effettivamente (mediamente) buone, ne deriva che il sistema va più "manutenuto" che non riformato, adattandolo però ad una economia "rallentata" ed evitando l'errore di posticipare le decisioni in attesa di una miracolistica fine della "crisi": che certamente ci auguriamo, ma che altrettanto certamente non sarà un nuovo "*boom* economico".

Gli adattamenti più urgenti attengono ad alcune questioni storicamente irrisolte del sistema sanitario (non abbiamo toccato in questo Rapporto il tema della responsabilità finanziaria, un po' per riconoscere una cresciuta consapevolezza regionale su questo versante, un po' per rompere il monopolio dell'attenzione sulla questione finanziaria), oltre che ad alcuni fallimenti allocativi. Da questo ultimo punto di vista, pur riconoscendo i buoni risultati, va detto che essi sono comunque sempre migliorabili.

Volendo azzardare una agenda di quelle che potrebbero essere le priorità per il SSN italiano, proposte nel Rapporto, riteniamo che la crisi debba avere prima di tutto insegnato che l'Universalismo del "tutto a tutti gratuitamente" non è efficiente e neppure l'unico modello che promuove l'equità.

Da questo punto di vista, liquidare senza discussione la questione della leva prezzo, ovvero delle compartecipazioni, appare rischioso: anche perché comunque l'attuale sistema è ormai inaccettabile, specie sul lato delle esenzioni, e andrebbe riformato.

Tra l'altro, l'alternativa degli ulteriori risparmi rischia di generare una deriva verso il disinvestimento in alcuni settori, quali la specialistica, che farebbe perdere al SSN la sua unitarietà e integrazione dei momenti di cura, che è una delle migliori intuizioni della L. 833/1978.

Analogamente il rischio è quello di rinunciare agli investimenti, che possiamo considerare la seconda priorità: meglio dismettere che tenere in piedi strutture scarsamente manutenute e ammodernate; senza adeguati e regolari investimenti, e adeguata manutenzione, si innescherà un processo di obsolescenza che porterebbe in modo "strisciante" al fallimento del SSN: vanno quindi fatte scelte e in caso utilizzate le possibilità di investimento del settore privato.

La terza (non per importanza, che anzi è certamente prioritaria) è la questione della non-autosufficienza, "sottoprodotto" di una sempre maggiore capacità di curare e accrescere l'aspettativa di vita, ma anche, e forse soprattutto, effetto di un ineluttabile cambiamento delle strutture familiari, che genera il venir meno dell'assistenza informale: curare e poi "ghettizzare" i non-autosufficienti, per mancanza di assistenza sociale, è una prospettiva inaccettabile.

Le risorse per la non-autosufficienza sono tutte concentrate in schemi (come l'indennità di accompagnamento) che prevedono prestazioni in denaro, spesso di tipo indennitario, e comunque in assenza di regole sufficienti sulla qualità delle prestazioni acquistate: questo è il settore che più richiede una radicale riforma, anche perché è stranamente rimasto di competenza centrale. La quarta questione è poi quella della prevenzione e, ancor prima, delle

politiche non sanitarie capaci di incidere sulla Salute: come la L. 833/1978 felicemente intuì, è inutile e inefficiente curare quello che si può prevenire e nessuna Società potrà mantenere e migliorare radicalmente i propri livelli di Salute se non agendo sui comportamenti e sugli stili di vita; da questo punto di vista le iniziative sono poche e insufficienti, e già si evidenziano rischi rilevanti, ad esempio a causa dell'obesità infantile.
La quinta questione è quella legata ad una distorta visione del settore sanitario, considerato unicamente come fattore di costo: a parte l'ovvia considerazione sul valore dei benefici generati in termini di Salute, non va dimenticato che è un settore industriale importante per dimensioni e qualità: di fronte alla crescente competizione internazionale sui settori maturi, nessun Paese avanzato può rinunciare ad avere una propria politica industriale in un settore *knowledge intensive* come è quello della Sanità.
Legato alla visione "produttiva" del SSN, c'è anche l'aspetto della crescente mobilità internazionale dei pazienti. Il 2014 entra in vigore la Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera": pur non stravolgente nei contenuti, richiede alcuni passi importanti sui quali siamo probabilmente già in ritardo; ma ciò che più conta è che la Direttiva indica come in prospettiva i Sistemi, pur non potendo esportare la produzione, potranno sempre più "importare la domanda": un sistema sanitario capace di offrire buoni esiti a prezzi bassi, come sembra essere quello italiano, se vuole può sfruttare a suo vantaggio questa opportunità. Nel frattempo vari Paesi stanno già impostando politiche per il turismo sanitario, offrendo in modo integrato cura, riabilitazione, relax/benessere, turismo: sembrerebbe proprio una tipica vocazione italiana, ma non si potrà sviluppare senza un razionale e strutturato intervento.
Nei vari capitoli del Rapporto si trovano poi numerosi appunti che riportano ad aspetti maggiormente di dettaglio sulle necessità di riallocazione e riorganizzazione: ci limitiamo a segnalarne in chiusura due rilevanti.
Il primo è quello che attiene alla questione della corretta standardizzazione della spesa, che continua a rimanere negletta e irrisolta, minando la credibilità dei costi *standard*.
Il secondo è quello dell'accreditamento: un aspetto istituzionale che mostra i segni del tempo, in quanto pensato in un sistema non federale e carente di dati sulla qualità delle prestazioni. In un sistema che ormai dispone di buoni dati sulla qualità (ad iniziare dal Programma Esiti), vanno potenziate le componenti di accreditamento tese all'eccellenza, superando la logica "minimalista" dell'accreditamento istituzionale impostato negli anni '90; inoltre, essendo divenuto il sistema federalistico, va potenziato e regolato il sistema degli accordi bilaterali, che oggi si limitano agli accordi di confine (regionale), trovando una ragionevole mediazione fra tutela del principio della libertà di scelta del cittadino e esigenze di programmazione regionale.

Capitolo 1

Contesto demografico: come misurare l'invecchiamento della popolazione?

1 - Contesto demografico: come misurare l'invecchiamento della popolazione?

Polistena B.[1]

L'Unione Europea, con una popolazione complessiva di mezzo miliardo di persone, si trova ad affrontare importanti cambiamenti demografici: invecchiamento della popolazione, aumento dell'aspettativa di vita ed anche un recupero della fecondità.
Da un punto di vista economico sale sul banco degli imputati l'invecchiamento, essendo considerato uno, se non il principale, *driver* di incremento della spesa sanitaria (e in generale per il *Welfare*).
Indice di invecchiamento e quota di *over* 65 o *over* 75 sono gli indicatori più comunemente utilizzati per misurare l'invecchiamento: ma a ben vedere tali indici scontano implicitamente una convenzione concernente l'anno di inizio della "vecchiaia", tipicamente fissata a 65 (o al più 75) anni.
Il presente contributo si interroga sulle misure di invecchiamento in uso, cercando di definirne più precisamente pregi e limiti, e propone alternative che possano essere funzionali ad una corretta lettura dinamica dei fenomeni.

1.1. Invecchiamento

Il 2012, dichiarato "Anno europeo dell'invecchiamento attivo", ha avuto lo scopo di sensibilizzare tanto i *policy makers* che le parti interessate ad intraprendere azioni volte a migliorare la possibilità di invecchiare in modo "attivo". Invecchiare in modo attivo significa sostanzialmente invecchiare in buona salute, ovvero partecipare alla vita collettiva, realizzarsi sul lavoro e avere una certa autonomia nella vita quotidiana. Peraltro, le nuove tendenze nelle politiche pensionistiche, indirizzate ad un innalzamento dell'età di quiescenza, devono impegnare i Paesi a cercare di offrire opportunità lavorative dignitose anche ai cosiddetti "lavoratori anziani".
Giova, inoltre, ricordare che il ritiro dal lavoro non implica necessariamente passare dalla vita "attiva" a quella "inattiva", giacché il tempo disponibile viene spesso impiegato occupandosi di chi, a livello familiare, necessita di un sostegno oppure dedicandosi al volontariato; tale "occupazione", che certamente crea una ricchezza sociale, deve quindi essere tenuta in debita considerazione.
Ai fini di un invecchiamento attivo, sebbene sia pacifico che la salute tenda a peggiorare con l'avanzare dell'età, oggi sono disponibili una molteplicità di "mezzi" capaci di rallentare questo fenomeno naturale, ritardando, conseguentemente, il momento in cui insorgeranno problematiche legate allo stato di salute.
Com'è noto, l'Italia è uno dei Paesi più longevi e, quindi, un laboratorio paradigmatico per sperimentare politiche di invecchiamento attivo.

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

In termini quantitativi, l'età mediana raggiunta dall'Italia (2011) risulta essere di 1,3 anni superiore a quella dell'Europa dei 15; la Tabella che segue, in effetti, ben evidenzia come questa "superiorità" fosse già in atto nel 1991.

Tabella 1.1 - Età mediana della popolazione, Italia vs. EU15
Anni 1991-2011

	1991	2001	2010	2011
Europa 15	36,0	38,9	41,8	42,2
Italia	37,2	40,4	43,1	43,5

Fonte: Eurostat

La speranza di vita alla nascita è pari a 79,4 anni per i maschi e 84,5 anni per le femmine (Istat, 2013); la speranza di vita residua dei 65enni è pari a 18,4 anni per gli uomini e a 21,9 anni per le donne.
Si consideri, ancora, che nell'ultimo ventennio la speranza di vita alla nascita è aumentata di 5,6 anni per gli uomini e di 4,2 anni per le donne (circa un anno ogni quattro); la riduzione della distanza nella sopravvivenza tra femmine e maschi è stata resa possibile dai maggiori decrementi di mortalità che si sono verificati in questi ultimi decenni per il genere maschile: gli uomini hanno, negli ultimi 20 anni, guadagnato 3 mesi per anno mentre le donne 2.
La popolazione italiana è più longeva nel Nord-Est e nel Centro. Il differenziale tra donne e uomini, che è di 5,1 anni su base nazionale, è di 4,7 anni in Emilia Romagna, Puglia e Sicilia ma aumenta fino a 6,1 anni in Sardegna.

**Tabella 1.2 - Speranza di vita alla nascita in Italia
Anni 1991 e 2011**

	1991			2011		
Regioni	**Maschi**	**Femmine**	**Diff.**	**Maschi**	**Femmine**	**Diff.**
Italia	73,76	80,32	6,56	79,40	84,50	5,10
Nord-Ovest	73,12	80,40	7,28	79,60	84,60	5,00
Nord-Est	73,81	81,02	7,21	79,80	84,90	5,10
Centro	74,51	80,75	6,24	79,60	84,80	5,20
Sud	73,93	79,57	5,64	78,80	83,90	5,10
Piemonte	73,55	80,25	6,70	79,20	84,40	5,20
Valle d'Aosta	73,55	80,25	6,70	79,20	84,40	5,20
Lombardia	72,72	80,39	7,67	79,90	84,70	4,80
Pr. Aut. di Bolzano	73,04	80,60	7,56	80,50	85,80	5,30
Pr. Aut. di Trento	72,66	80,74	8,08	80,00	85,50	5,50
Veneto	73,58	81,13	7,55	79,80	85,00	5,20
Friuli Venezia Giulia	73,02	80,49	7,47	79,00	84,40	5,40
Liguria	73,72	80,63	6,91	79,10	84,10	5,00
Emilia Romagna	74,26	80,91	6,65	80,00	84,70	4,70
Toscana	74,71	81,11	6,40	80,10	85,00	4,90
Umbria	74,82	80,85	6,03	80,00	85,10	5,10
Marche	75,40	81,22	5,82	80,30	85,40	5,10
Lazio	73,97	80,18	6,21	79,10	84,50	5,40
Abruzzo	74,88	80,73	5,85	79,20	84,90	5,70
Molise	74,88	80,73	5,85	79,20	84,90	5,70
Campania	72,92	78,59	5,67	77,70	83,00	5,30
Puglia	74,68	80,16	5,48	79,70	84,40	4,70
Basilicata	75,18	80,21	5,03	79,40	84,60	5,20
Calabria	74,35	80,05	5,70	79,40	84,70	5,30
Sicilia	73,89	79,08	5,19	78,70	83,40	4,70
Sardegna	73,75	80,52	6,77	78,80	84,90	6,10

Fonte: Istat

Un rapido incremento della sopravvivenza si riscontra in tutte le ripartizioni geografiche: nel 2011, la distanza tra la Regione più "favorita" (Pr. Aut. di Bolzano) e quella meno (Campania) è di 2,8 anni, sia per gli uomini sia per le donne.
In letteratura viene rimarcato come le notevoli differenze fra uomini e donne nella mortalità possano essere spiegate solo in parte dallo scarto di genere legato alla morbosità; gli uomini, infatti, sono soggetti a rischi di morte più elevati in tutte le età, mentre le donne mostrano, paradossalmente, peggiori condizioni di salute.
Combinando la componente oggettiva di sopravvivenza alla percezione soggettiva di buona salute, si ottiene la speranza di vita in buona salute che nel 2011, alla nascita vale 59,2 anni per gli uomini e 56,4 per le donne, con uno svantaggio per i residenti nel Mezzogiorno, rispetto alla media, di 2,8 anni per i maschi e 2,3 anni per le femmine. Di

riflesso gli anni in "cattiva salute" sono 20,2 per gli uomini e 28,1 per le donne.
Similmente la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni è pari a 9,0 anni (sui 18,4 anni residui complessivi) per gli uomini e 9,1 (sui 21,9 complessivi) per le donne. Gli anni che uomini e donne dovranno affrontare in condizioni di salute precarie sono pari rispettivamente a 9,4 e 12,8.
Quindi a 65 anni l'aspettativa di mantenere ancora una buona salute è ormai significativa.
Nell'utilizzo della demografia al fine di proiezione degli oneri per il *Welfare*, come indice di invecchiamento, si utilizza per lo più la quota di popolazione *over* 65; comparando tale quota, affiancata da quella degli *over* 85 fra Italia e EU 15, risulta evidente come sia maggiore in Italia.

Tabella 1.3 - Popolazione anziana, Italia vs. EU15
Valori %, anni 1991-2011

	Over 65		*Over* 85	
Anno	**EU 15**	**Italia**	**EU 15**	**Italia**
1991	14,40	15,10	n.d.	1,20
2001	16,50	18,40	1,90	2,20
2011	18,50	20,30	2,40	2,80

Fonte: Eurostat

L'Italia, infatti, oltre ad essere il Paese più longevo, è anche uno dei più "vecchi" d'Europa, e le proiezioni indicano un progressivo allargamento della forbice rispetto agli altri Paesi.
Dalle previsioni Istat relative alla popolazione italiana (scenario centrale) appare evidente come il processo di invecchiamento avanzerà in maniera progressiva, giungendo tra 50 anni a "deformare" la struttura per età della popolazione: l'incidenza di anziani *over* 65 sulla popolazione complessiva sarà maggiore del 12,6% rispetto a quella attuale e quella degli *over* 85 dell'11,0% superiore. La naturale conseguenza di tutto ciò saranno dei profondi cambiamenti strutturali che provocheranno uno slittamento dell'età media della popolazione dagli attuali 43,5 anni ai 49,8 del 2061.
Per inciso, è interessante segnalare come si incorrerà in una inversione di tendenza: se ad oggi sono le Regioni del Centro-Nord a registrare una quota maggiore di *over* 65 ed in particolare Liguria (26,7%), Friuli Venezia Giulia (23,4%), Toscana (23,3%) e Umbria (23,1%), tra 50 anni le Regioni più vecchie saranno quelle del Sud e soprattutto Basilicata (39,7%), Sardegna (39,0%), Molise (38,9%), Puglia (37,3%) e Calabria (37,0%). Considerazioni analoghe possono essere fatte guardando alla quota di popolazione *over* 85.

Tabella 1.4 - Popolazione *over* 65 in Italia
Valori %, anni 1991-2061

	1991	2001	2011	2031	2061
Italia	15,08	18,43	20,29	26,66	32,94
Nord-Ovest	15,89	19,56	21,52	26,90	31,41
Nord-Est	17,03	19,89	21,05	26,25	31,41
Centro	16,58	20,07	21,50	26,35	32,12
Sud	12,44	15,78	17,97	26,77	36,57
Piemonte	17,15	20,92	22,87	28,33	32,42
Valle d'Aosta	15,78	18,98	20,90	28,04	32,71
Lombardia	14,25	17,92	20,07	25,70	30,76
Pr. Aut. di Bolzano	12,94	15,55	17,91	24,47	31,13
Pr. Aut. di Trento	16,03	18,07	19,26	25,57	30,72
Veneto	14,96	18,06	19,89	26,07	31,36
Friuli Venezia Giulia	19,19	21,27	23,42	29,05	33,13
Liguria	21,27	25,31	26,70	30,95	33,18
Emilia Romagna	19,25	22,29	22,26	26,02	31,18
Toscana	19,25	22,30	23,27	27,62	32,14
Umbria	19,00	22,61	23,06	26,72	32,21
Marche	18,19	21,62	22,47	26,80	32,75
Lazio	13,90	17,70	19,83	25,35	31,92
Abruzzo	16,65	20,20	21,24	27,72	35,82
Molise	17,30	20,90	21,90	29,69	38,92
Campania	10,99	14,01	16,14	25,13	35,72
Puglia	12,08	15,62	18,51	27,76	37,29
Basilicata	14,10	18,24	20,16	29,57	39,69
Calabria	13,26	16,78	18,76	27,58	37,02
Sicilia	13,58	16,65	18,53	26,09	34,98
Sardegna	12,33	15,74	19,46	30,54	39,02

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Tabella 1.5 - Popolazione *over* 85 in Italia
Valori %, anni 1991-2061

	1991	2001	2011	2031	2061
Italia	1,24	2,17	2,76	4,55	9,91
Nord-Ovest	1,37	2,39	2,82	4,85	9,84
Nord-Est	1,45	2,61	3,11	4,66	9,70
Centro	1,34	2,38	3,08	4,57	9,23
Sud	0,97	1,66	2,34	4,22	10,68
Piemonte	1,61	2,64	3,04	5,10	10,04
Valle d'Aosta	1,31	2,29	2,76	4,81	10,45
Lombardia	1,14	2,09	2,52	4,56	9,64
Pr. Aut. di Bolzano	1,01	1,91	2,37	4,26	9,63
Pr. Aut. di Trento	1,49	2,50	2,97	4,38	9,64
Veneto	1,24	2,25	2,75	4,58	9,82
Friuli Venezia Giulia	1,76	3,03	3,57	5,52	10,68
Liguria	2,03	3,43	4,03	6,09	10,70
Emilia Romagna	1,63	3,00	3,48	4,62	9,36
Toscana	1,77	2,95	3,54	4,94	9,39
Umbria	1,47	2,71	3,58	4,73	8,89
Marche	1,45	2,75	3,48	4,85	9,53
Lazio	1,00	1,83	2,59	4,22	9,09
Abruzzo	1,35	2,38	3,17	4,49	10,35
Molise	1,55	2,61	3,39	4,89	11,50
Campania	0,78	1,29	1,91	3,70	10,59
Puglia	0,89	1,63	2,31	4,60	11,35
Basilicata	1,13	1,93	2,75	4,73	12,05
Calabria	1,09	1,82	2,53	4,35	10,69
Sicilia	1,00	1,73	2,41	3,98	9,63
Sardegna	1,12	1,79	2,39	4,55	9,91

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Già dal 2031, tuttavia, il Sud diverrà più vecchio del Nord (incidenza *over* 65 pari al 26,9% al Sud vs. 26,6% al Nord) invertendo il segno della demografia e di conseguenza delle politiche sanitarie.

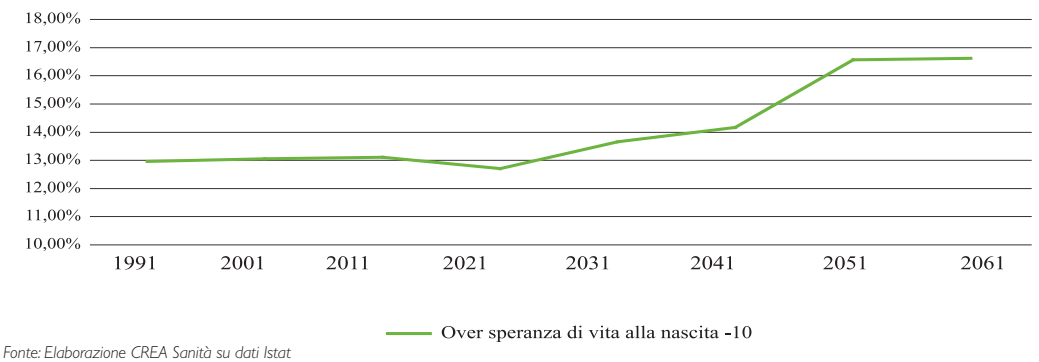
L'esito del rapido invecchiamento è, fra gli altri, quello di promuovere proiezioni allarmanti sulla tenuta del sistema di *Welfare* italiano.

Risulta, quindi, utile porsi la questione di quale sia il reale significato della parola "invecchiamento".

Da un punto di vista biologico, l'invecchiamento viene definito come "l'insieme dei cambiamenti nocivi che avvengono nelle cellule e nei tessuti con l'avanzare dell'età, responsabili di un aumento del rischio di malattia e morte".

Già questa definizione indica come, variando la probabilità di malattia e di morte per età, tenere statica l'età di 65 anni risulta una scelta opinabile.
A conferma di ciò, se il tasso di mortalità per la popolazione femminile superava il 4,0% a 75 anni nel 1980, dieci anni dopo tale valore veniva superato a 78 anni, a 80 anni nel 2000 e a 81 nel 2010. Andamento analogo si ha per gli uomini: viene superato il tasso di mortalità del 4,0% a 69, 72, 74, 77 anni rispettivamente nel 1980, 1990, 2000 e 2010.
In ossequio allo spostamento in avanti della probabilità di morte, e delle crescenti evidenze dello spostamento in avanti anche dell'insorgenza di molte patologie (Cislaghi, 2013), come anche alle teorie (anche queste crescentemente associate ad una evidenza empirica) che associano i costi di cura alla morte più che alla vecchiaia, si è voluto analizzare la consistenza della popolazione che presumibilmente si avvicina alla fase "critica". A tal fine si è calcolata la quota di popolazione che ha raggiunto i 10 anni dalla aspettativa media di vita alla nascita.

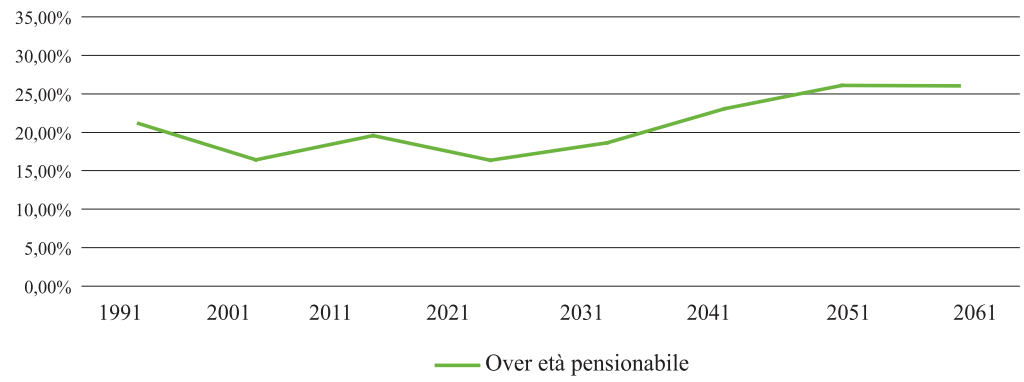
Figura 1.1 - Quota di popolazione con età > speranza di vita nazionale - 10
Valori %, anni 1991-2061



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Ovviamente anche in questo caso la quota va aumentando nel tempo, ma in maniera significativamente meno rapida rispetto a quanto non avvenga per i tradizionali indicatori di mortalità, e con una tendenza alla stabilizzazione.
Questa evidenza sembra, quindi, coerente con le ipotesi di stabilità o comprensione della morbilità di J. Fries (1980), il quale ha da tempo ipotizzato che l'allungamento progressivo dell'aspettativa di vita sia accompagnato da un posticiparsi dell'insorgenza della malattia e della disabilità, determinando un aumento della durata di vita attiva.
Che la vita attiva si prolunghi è assunto a base anche delle riforme pensionistiche e in particolare dell'incremento dell'età pensionabile.

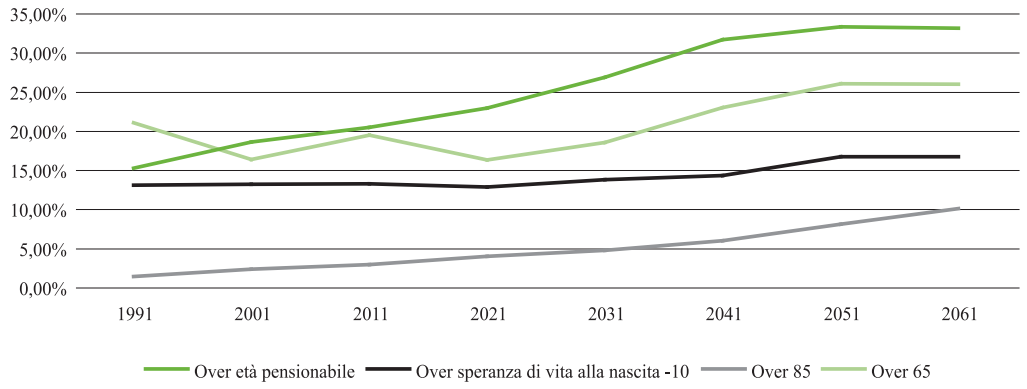
Figura 1.2 - Quota popolazione *over* età pensionabile in Italia
Valori %, anni 1991-2061



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Tra il 1991 e il 2001 il peso della popolazione pensionata sulla popolazione totale si era ridotto del 4,7%, crescendo poi nell'ultimo decennio (+3,1%). Ipotizzando un incremento graduale dell'età pensionabile fino a 70 anni, si ottiene una misura di invecchiamento abbastanza simile alla precedente.
Quindi, se con i classici indicatori di invecchiamento nei prossimi 20 anni la quota di *over* 65 e 85 aumenterà rispettivamente del 6,4% e dell'1,8%, le analisi sin qui esposte mostrano che la quota di anziani aumenterà dello 0,5% considerando la speranza di vita alla nascita -10 e addirittura si ridurrà dello 0,9% considerando la quota di *over* età pensionabile (ipotizzando che l'età pensionabile salga a 70 anni).
Anche l'analisi da qui a 50 anni mette in evidenza che la crescita dei classici indicatori di invecchiamento è decisamente più rapida rispetto a quella degli indicatori proposti.
L'invecchiamento, come *driver* di incremento di spesa, dalle analisi effettuate sembra essere stato sinora probabilmente molto sovrastimato.

Figura 1.3 - Misure di invecchiamento della popolazione italiana Valori %, anni 1991-2061



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

1.2. Fecondità

Come sopra evidenziato, è attesa per il 2051 una inversione demografica fra Regioni del Sud e del Nord, nel senso che le prime diverranno più "vecchie" delle seconde.
Tale fenomeno è solo in parte derivante da questioni legate alla mortalità, dipendendo per lo più dall'aspetto della fecondità.
Secondo il Terzo Rapporto Demografico (Eurostat), dopo il drastico calo nel ventennio che va dal 1980 ai primi anni del 2000, il tasso di fecondità nell'Unione Europea ha ricominciato a crescere dal 2003, quando era pari a 1,5 figli per donna, per raggiungere poi l'1,6 nel 2010.
Il tasso di fecondità è cresciuto in tutti gli Stati dell'Europa dei 15 ad eccezione del Portogallo. I maggiori incrementi si registrano nel Regno Unito (1,6 figli per donna nel 2002, 2 nel 2010), in Svezia (da 1,6 a 2,0) e in Grecia (da 1,3 a 1,5). Nel 2010 i Paesi dell'UE con i tassi di fecondità più alti sono risultati essere l'Irlanda (2,1), seguita dalla Francia (2,0), dal Regno Unito (2,0) e dalla Svezia (2,0); viceversa i tassi più bassi si sono osservati in Portogallo (1,4), Spagna (1,4), e Germania (1,4). In Italia il tasso di fecondità totale, 1,4 figli per donna nel 2010, risulta essere il quarto più basso dell'Unione Europea.
Nell'analisi dei tassi di fecondità si considera il legame con il mercato del lavoro: la probabilità di fare figli diminuisce, infatti, quando è alta la disoccupazione mentre, al contrario, aumenta con un maggior benessere economico e quindi con PIL e tasso di occupazione femminile[2] più elevati.

[2] *Righi A., Le tendenze di fecondità e di partecipazione femminile al mercato del lavoro, Seminario Cnel – Istat Roma, 2 dicembre 2003.*

**Tabella 1.6 - Tasso di fecondità totale in Italia
Anni 1991-2011**

Regioni	1991	2001	2011	Differenze 1991-2011
Italia	1,32	1,25	1,39	0,07
Nord-ovest	1,11	1,19	1,44	0,33
Nord-est	1,09	1,21	1,45	0,36
Centro	1,16	1,16	1,39	0,22
Sud	1,65	1,35	1,33	-0,33
Piemonte	1,12	1,15	1,40	0,28
Valle d'Aosta	1,15	1,22	1,57	0,42
Liguria	1,00	1,06	1,29	0,29
Lombardia	1,12	1,22	1,48	0,36
Pr. Aut. Bolzano	1,41	1,51	1,60	0,18
Pr. Aut. Trento	1,40	1,42	1,59	0,19
Veneto	1,11	1,20	1,44	0,33
Friuli Venezia Giulia	1,02	1,10	1,38	0,36
Emilia Romagna	1,01	1,19	1,46	0,45
Toscana	1,05	1,13	1,36	0,31
Umbria	1,16	1,17	1,34	0,19
Marche	1,20	1,15	1,39	0,19
Lazio	1,23	1,18	1,41	0,18
Abruzzo	1,34	1,17	1,30	-0,05
Molise	1,40	1,12	1,16	-0,24
Campania	1,80	1,49	1,39	-0,41
Puglia	1,59	1,34	1,30	-0,30
Basilicata	1,54	1,21	1,17	-0,38
Calabria	1,66	1,24	1,25	-0,41
Sicilia	1,77	1,40	1,39	-0,38
Sardegna	1,28	1,04	1,14	-0,15

Fonte: Istat

D'altra parte l'incremento è avvenuto in un periodo caratterizzato da crisi economica, e ciò fa propendere per l'esistenza di una significativa relazione positiva tra il sistema di *Welfare*, maternità e attività lavorativa, attivata tanto attraverso l'offerta di servizi per l'infanzia, quanto per la cura di persone anziane e non-autosufficienti.
All'interno dell'UE la Svezia è il Paese che maggiormente ha orientato le politiche in questa direzione, offrendo una copertura praticamente totale per i bambini.
In Italia esistono differenze considerevoli tra le Regioni: il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta, l'Emilia Romagna e la Toscana presentano una situazione simile a quelle del Nord Europa ed hanno messo in atto politiche di tutela della maternità; di contro, nelle

**Tabella 1.7 - Età media della madre al parto in Italia
Anni 1991-2011**

Regioni	1991	2001	2010	2011	Differenze 1991-2011
Italia	29,1	30,5	31,3	31,4	2,3
Nord-ovest	29,7	30,9	31,3	31,5	1,8
Nord-est	29,7	30,9	31,3	31,4	1,6
Centro	29,5	31,2	31,7	31,8	2,3
Sud	28,5	29,9	31,0	31,0	2,6
Piemonte	29,4	30,7	31,2	31,4	1,9
Valle d'Aosta	29,2	30,9	30,8	31,1	1,9
Liguria	30,0	31,2	31,6	31,6	1,6
Lombardia	29,8	31,0	31,3	31,5	1,7
Pr. Aut. Bolzano	29,7	30,6	31,3	31,3	1,6
Pr. Aut. Trento	29,9	30,8	31,3	31,5	1,6
Veneto	29,9	31,1	31,4	31,6	1,6
Friuli Venezia Giulia	29,8	31,3	31,4	31,5	1,7
Emilia Romagna	29,5	30,6	31,0	31,2	1,7
Toscana	29,6	31,0	31,5	31,6	1,9
Umbria	29,2	30,6	31,1	31,4	2,2
Marche	29,4	30,8	31,5	31,5	2,2
Lazio	29,5	31,5	32,0	32,0	2,5
Abruzzo	28,8	30,9	31,7	31,6	2,9
Molise	28,6	30,6	32,1	32,0	3,4
Campania	28,5	29,6	30,7	30,8	2,3
Puglia	28,6	29,9	31,1	31,2	2,7
Basilicata	28,7	30,6	32,0	32,0	3,4
Calabria	28,3	30,0	31,1	31,2	2,9
Sicilia	28,0	29,4	30,6	30,6	2,6
Sardegna	29,9	31,5	32,2	32,3	2,4

Fonte: Istat

Regioni del Sud, dove il *Welfare* non è ben strutturato e l'offerta inadeguata, è maggiore la quota di donne che decide di dedicarsi esclusivamente ai figli e conseguentemente abbandona il lavoro. Ovviamente, oltre che dal sistema di *Welfare*, tale fenomeno è collegato alla domanda di lavoro ovvero all'andamento economico.
Nel 2011 sono stati registrati in Italia 556.000 nati, l'1,1% in meno rispetto all'anno precedente. In media, le donne residenti hanno avuto 1,4 figli nel 2011, valore che l'Istat stima in crescita rispetto al 2001 ma in marginale riduzione rispetto all'anno precedente. Questi dati sono in controtendenza con la ripresa avviatasi a partire dalla seconda metà degli anni '90, dopo 30 anni di calo ed il minimo storico delle nascite (526.064 nati) e della fecondità (1,2 figli per donna) registrati nel 1995.
Nonostante l'aumento della fecondità che si è registrato in Italia negli ultimi anni, i valori sono ancora molto inferiori alla cosiddetta "soglia di rimpiazzo" (circa 2,1 figli per donna),

che garantirebbe il ricambio generazionale. L'aumento dei nati continua a registrarsi, infatti, solo per i residenti nelle regioni del Centro e del Nord, mentre al Sud prosegue il fenomeno della denatalità che porterà nei prossimi anni ad un rapido invecchiamento, più delle Regioni del Nord.
Meritano, dunque, particolare attenzione i fattori che hanno condizionato l'incremento della fecondità italiana ed in particolare l'invecchiamento delle madri.
Per quel che concerne la posticipazione delle nascite, nel 2011 le madri hanno in media 31,4 anni alla nascita dei figli, circa 2,3 anni in più rispetto al 1991. Anche in questo caso il dato medio nazionale nasconde considerevoli differenze territoriali: l'età della madre è mediamente più bassa nelle Regioni del Sud.

1.3. Conclusioni

L'Italia, così come l'Unione Europea, si trova ad affrontare importanti cambiamenti demografici, con un progressivo invecchiamento della popolazione e un incremento della fecondità dopo circa 30 anni di diminuzione.
Il peso della popolazione anziana sta aumentando e continuerà a crescere nei prossimi anni. Tuttavia, questo non necessariamente rappresenterà un "problema".
Negli ultimi anni è andata diffondendosi l'idea di un invecchiamento "attivo", ovvero quella di una promozione della capacità degli ultra-sessantacinquenni di continuare a far parte del mercato del lavoro, di contribuire alle istanze di natura sociale, continuando ad essere indipendenti.
Questo implica l'inadeguatezza dei comuni indicatori di invecchiamento ai fini di una valutazione dell'impatto delle modifiche demografiche sul sistema di *Welfare* e sanitario in particolare.
Misure che tengono conto della possibilità, che inizia a ricevere conferme empiriche, di una stabilizzazione della morbilità, se non di una compressione, portano a rivedere le previsioni catastrofiste sulla sostenibilità del sistema.
Altro fenomeno peculiare è il recupero della fecondità, sebbene si stimi che nei prossimi anni subirà un arresto per un doppio ordine di motivi. Anzitutto, è probabile che svanisca l'effetto del recupero della natalità delle donne e permanga solo la posticipazione dell'età media della madre; in secondo luogo, il protrarsi della sfavorevole congiuntura economica potrebbe provocare una battuta di arresto dell'ingresso di una mole consistente di stranieri.
Questo andamento della fecondità, che riteniamo tragga origine in buona parte dal fallimento delle politiche di supporto alla maternità e all'occupazione nel Meridione, spiega

in buona misura l'inversione demografica fra Regioni del Sud e quelle del Nord, attesa per il 2031, che va analizzata in quanto costringerà in prospettiva a rivedere le politiche sanitarie, prima di tutto quelle di finanziamento dei sistemi sanitari regionali.

Riferimenti bibliografici

- Cislaghi C., Moirano F. (2013), *Negli ultimi 20 anni sono aumentati i malati in Italia?* dati dell'indagine multiscopo Istat dal 1993 al 2011, Anno XII, numero 32/2013.
- Eurostat, *Terzo Rapporto Demografico*.
- Fries JF. (1980), *Aging, natural death, and the compression of morbidity*, N Engl J Med 1980;303:130-5.
- Istat (vari anni), *tavole statistiche varie, www.istat.it*.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione sulla situazione economica del Paese*.
- Ministero della Salute (vari anni), *Rapporti Sanità 2001-2011,www.salute.gov.it.*
- OECD (2013), *Health Data on line*.
- Università degli Studi di Roma Tor Vergata (vari anni), *Rapporti Sanità del CEIS*, anni 2008 e 2009, 2011.

Capitolo 2

Finanziamento socio-sanitario e risultati di esercizio

2 - Finanziamento socio-sanitario e risultati di esercizio

Ploner E.[1], Giordani C.[2]

2.1. Finanziamento della spesa sanitaria corrente e in conto capitale: confronti internazionali

Il finanziamento della spesa corrente[3] per la Sanità è sempre al centro dell'attenzione, per l'impatto che implica sui conti pubblici; il capitolo 3 è dedicato all'analisi della spesa socio-sanitaria italiana e al confronto internazionale.

In questo capitolo si vuole invece dare evidenza ad un aspetto che le analisi economiche spesso trascurano: il finanziamento della spesa in conto capitale[4].

Il tema della promozione degli investimenti in Sanità ha avuto negli anni passati, e sta continuando ad avere, un'importanza sempre maggiore perché ritenuto fondamentale[5] per il mantenimento e buon funzionamento dell'intero sistema sanitario. Tuttavia, le ultime statistiche OECD, relative all'anno 2011, dimostrano, nella pratica attuale, una scarsa propensione degli Stati ad effettuare investimenti nel settore sanitario[6], prassi aggravata dalle misure di contenimento della spesa in atto. Ma risultati ancor più interessanti si ottengono andando ad indagare, poi, la componente pubblica e quella privata del finanziamento di questa tipologia di spesa.

Partendo dalla spesa corrente, come si evince dalla figura 2.1, il dato nazionale rappresenta il 95,5% della spesa sanitaria totale nel 2001 (-0,7% rispetto a EU14), mentre nel 2011 la percentuale scende al 94,8% (-1,5% vs. EU14). Con riferimento invece alla spesa in conto capitale, nel 2011 l'Italia ha destinato agli investimenti pluriennali il 5,2% della spesa sanitaria complessiva contro il 3,7% medio di EU14[7]. Rispetto al 2001, mentre il dato EU14 è aumentato in maniera assai poco consistente (+0,1%), l'Italia sembra aver alimentato positivamente la sua propensione ad investire in Sanità, registrando un +0,7%. C'è da dire che nel 2011 in Lussemburgo la quota di investimenti sul totale della spesa sanitaria arriva al 32,9%. Meglio dell'Italia anche Olanda (7,1%), Svezia (5,6%), Portogallo (5,5%).

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata".*

[3] *Tipicamente, costi per il personale e acquisto di beni e servizi.*

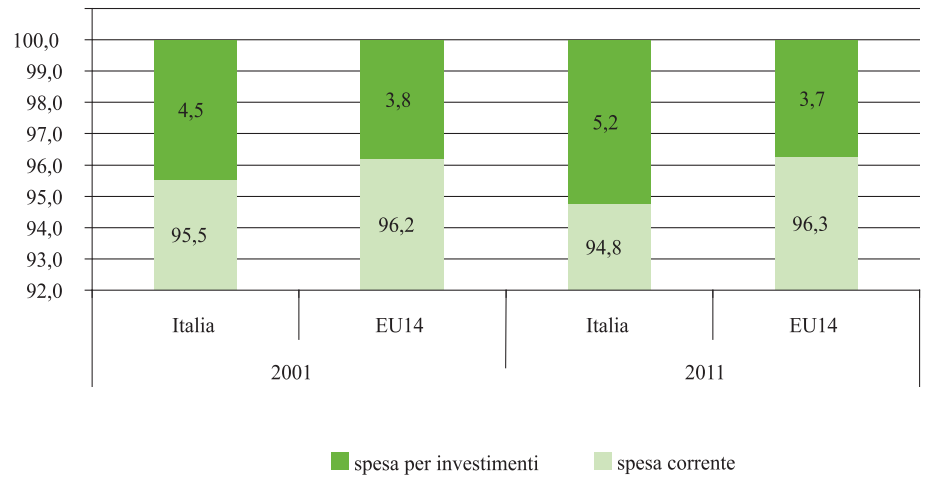
[4] *Le analisi effettuate in questo paragrafo prendono in considerazione, come "spesa sanitaria in conto capitale", la spesa per investimenti fissi lordi nel settore sanitario. Ci si riferisce tipicamente all'acquisto, costruzione o ristrutturazione di beni durevoli (ospedali e attrezzature mediche). Per una definizione più esaustiva, www.oecd.org .*

[5] *Ad esempio nel Patto per la Salute 2010 2012, tra le varie puntualizzazioni viene attribuita molta importanza al tema di come evitare il degrado e l'obsolescenza delle strutture sanitarie pubbliche.*

[6] *Come già rilevato nell'VIII Rapporto Sanità (cap. 3).*

[7] *Media UE 15 senza il dato Italia. Inoltre, per il 2011 il dato totale di spesa per il Lussemburgo è stato stimato supponendo lo stesso incremento rispetto all'anno precedente.*

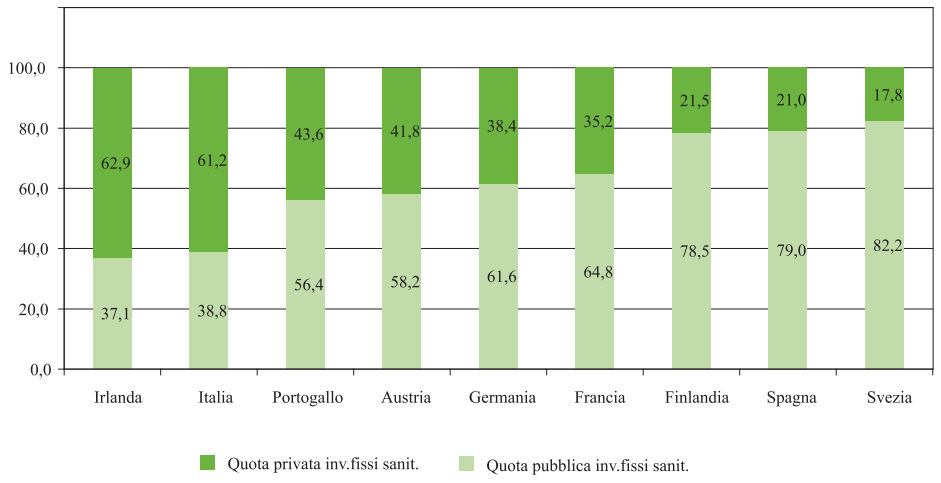
Figura 2.1 - Finanziamento spesa sanitaria corrente e per investimenti, Italia vs. EU 14– Quota su spesa sanitaria totale
Valori %, anni 2001 e 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013.

Ma l'evidenza interessante risiede nella distinzione della spesa per investimenti nelle sue componenti di finanziamento pubblico e privato. Dalla figura 2.2 è evidente infatti come se anche l'Italia sembra effettuare più investimenti (totali) in Sanità, di fatto, rispetto agli altri Paesi UE di cui si dispone del dato, è l'unico Paese (insieme all'Irlanda) ad avere un finanziamento di tipo pubblico per questa tipologia di spesa inferiore al 50% (pari al 38,8%); all'estremo opposto, la Svezia raggiunge l'82,2%. Il *trend* è oltretutto in discesa dal 2008, quando la percentuale in questione raggiungeva il 57,7%, per scendere al 50,4% nel 2009 e al 42,7 nel 2010. Come dire, il nostro Paese sembra investire (come spesa complessiva) di più, ma a farlo è essenzialmente il settore privato: lo scenario che si prospetta è quello di strutture pubbliche obsolete, a favore di un settore privato più moderno e "accattivante".

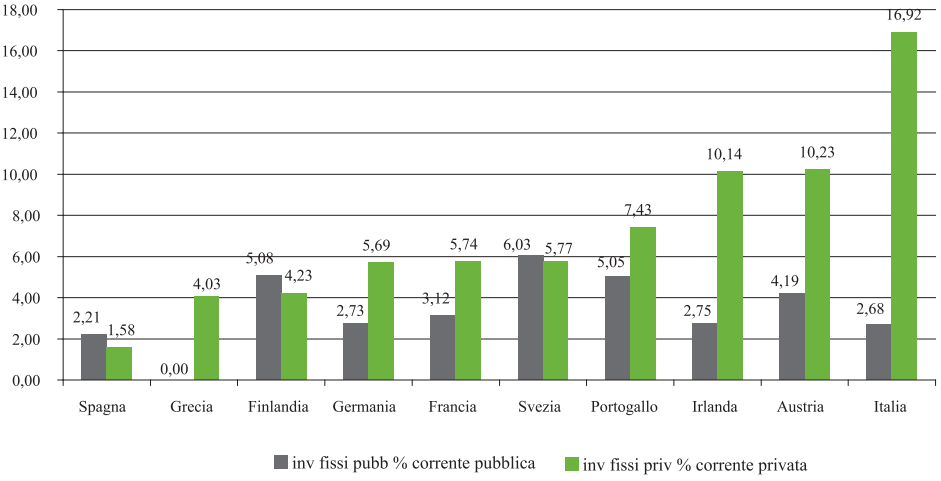
Figura 2.2 - Spesa per investimenti fissi in Sanità, Italia vs. Paesi EU – Finanziamento pubblico-privato
Valori %, anno 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013.

Ulteriore conferma del panorama illustrato proviene dal dato relativo alla percentuale di investimenti fissi sulla spesa corrente, suddivisa per la parte pubblica come per la privata.

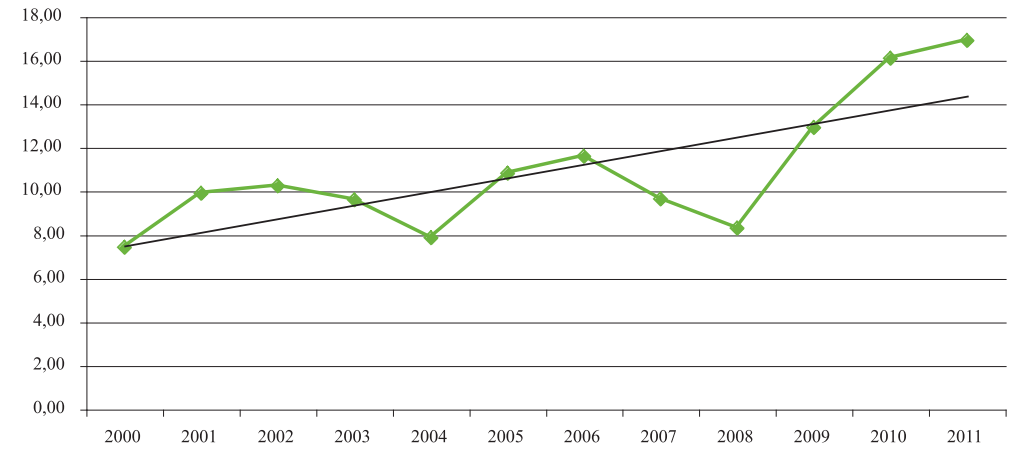
Figura 2.3 - Finanziamento spesa per investimenti fissi in Sanità (pubblica e privata) – Quota su spesa sanitaria corrente
Valori %, anno 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013.

La figura 2.3 sembrerebbe confermare che la propensione del nostro Paese a investire è tutta concentrata nel settore privato; mentre, infatti, gli investimenti dei privati sono largamente maggiori che negli altri Paesi, fatto che stupisce data la struttura di offerta essenzialmente pubblica del Servizio sanitario nazionale, la quota di investimenti del settore pubblico è molto bassa e risulta superiore solo a quella della Spagna.
In dettaglio: l'Italia per € 100 di spesa sanitaria corrente privata, ne spende quasi 17 in investimenti fissi privati (all'estremo opposto la Spagna, con € 2,21), mentre a fronte di € 100 di spesa sanitaria corrente pubblica spende solo € 2,7 per investimenti fissi pubblici (la Svezia arriva a oltre € 6).
Peraltro, la figura 2.4 mostra come la percentuale di investimenti fissi privati sulla spesa corrente privata abbia registrato dal 2000 un *trend* crescente, con due soli picchi negativi nel 2004 e nel 2008, anno quest'ultimo a partire dal quale si è invece registrata una impennata.

Figura 2.4 - Finanziamento privato della spesa per investimenti fissi in Sanità – Quota su spesa sanitaria corrente privata
Valori %, anno 2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013.

2.2. Investimenti per la Sanità e per le misure di assistenza sociale: confronti regionali

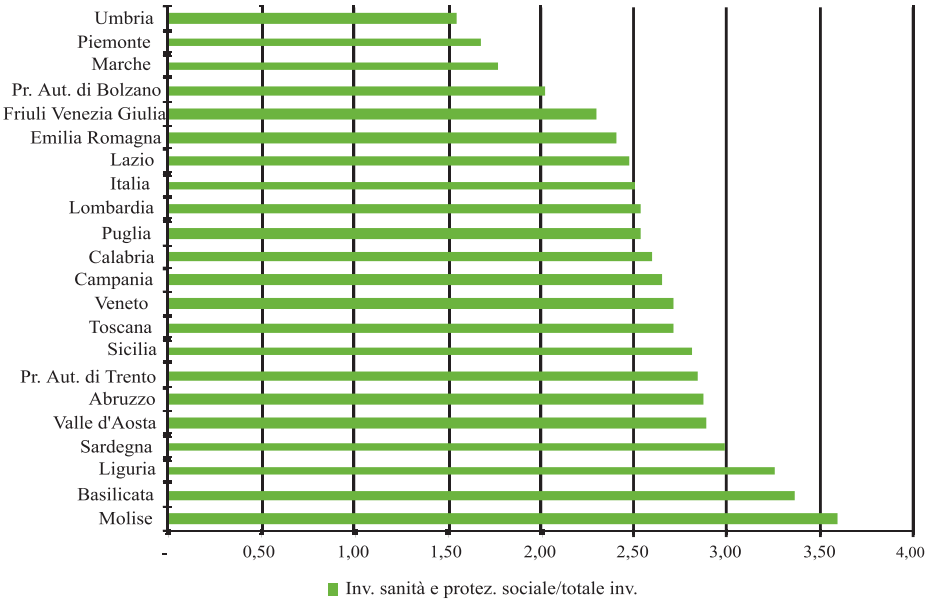
Da sempre ci si interroga su "quanto costa la Sanità"; la risposta, che dipende dai tanti fattori da prendere in considerazione, non è univoca, e viene influenzata anche dalle fonti di dati che si utilizzano: contabilità nazionale, piuttosto che conti economici degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, o, ancora, risultati dei rendiconti regionali.

Di tutte queste prospettive si darà ragione nelle pagine che seguono dei risultati emersi dall'analisi dei dati estrapolati dai Conti Economici Regionali (CER), che ci hanno permesso di tentare un esercizio di comparazione dei flussi economici di competenza sul territorio di ciascuna Regione.

Orbene, fatte queste doverose premesse, passiamo ad analizzare la spesa per investimenti fissi in Sanità ed assistenza sociale[8]; in particolare, l'incidenza della spesa per investimenti fissi dedicati alla Sanità e all'assistenza sociale sulla spesa complessiva per investimenti fissi è, nel 2010, pari al 2,50%. A livello locale, la distribuzione percentuale della spesa sostenuta dai diversi SSR per gli investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale assume configurazioni differenti, con valori percentuali massimi in Molise (3,60%) e Basilicata (3,36%) e minimi in Piemonte (1,68%) ed Umbria (1,55%).

[8] *Per spesa in investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale si intende la spesa sostenuta da parte di tutti i produttori market e no market tanto pubblici tanto privati per l'acquisto di beni di investimento fissi. Nella voce Sanità ed assistenza sociale secondo quanto previsto dalla struttura ATECO 2007 (codici 86, 87 e 88) sono ricompresi i servizi ospedalieri, i servizi degli studi medici ed odontoiatri, gli altri servizi di assistenza sanitaria, le strutture di assistenza infermieristica residenziale, le strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti, le strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili ed, infine, le altre strutture di assistenza sociale residenziale.*

**Figura 2.5 - Investimenti fissi destinati a Sanità e assistenza sociale
Quota su totale investimenti fissi
Valori %, anno 2010**



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

L'analisi di lungo periodo mostra un segnale negativo, nel senso che indica una propensione assolutamente discontinua e disomogenea delle Regioni all'investimento pubblico in Sanità e in misure di assistenza sociale; in effetti, mentre gli investimenti sono passati da una crescita media annua a livello nazionale del 4,52% nel quinquennio 2000-2005 ad una del 4,91% nei cinque anni successivi, l'andamento di tale voce di spesa a livello locale evidenzia forti differenze: ad esempio, in Piemonte, se gli investimenti hanno avuto un impulso alla crescita tra il 2000 ed il 2005 (+10,73% medio annuo), nel periodo successivo (2005-2010) subiscono un'inversione di tendenza tanto da riportare una variazione media annua negativa del -10,22%; medesimo *trend*, seppur con percentuali diverse, ha riguardato la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia Romagna e la Calabria. L'irregolarità e variabilità temporale (periodo 2000-2010) della spesa per investimenti, tanto nel settore propriamente sanitario, quanto in quello dell'assistenza sociale a livello locale, invero, può essere anche in parte attribuita alla natura stessa degli investimenti, in particolare di quelli che richiedono i finanziamenti più consistenti, che mal si coordinano con le esigenze di contenimento della spesa corrente; ovvero, qualora si rendesse necessaria l'applicazione di misure di contenimento della parte corrente della spesa – come del resto si sta verificando allo stato attuale nel nostro Paese – queste potrebbero risultare non facilmente conciliabili, soprattutto in alcune realtà, con la pianificazione di nuovi investimenti.

Tabella 2.1 - Investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale - Variazione media annua
Valori %, anni 2000-2010

Regioni	2005-2000	2010-2005
Italia	4,52	4,91
Piemonte	10,73	-10,22
Valle d'Aosta	-1,24	5,10
Lombardia	1,89	-0,14
Pr. Aut. di Bolzano	-5,28	12,87
Pr. Aut. di Trento	4,34	5,13
Veneto	1,52	12,11
Friuli Venezia Giulia	7,08	-1,50
Liguria	2,89	21,61
Emilia Romagna	15,35	-2,92
Toscana	-3,12	28,34
Umbria	-3,68	16,12
Marche	-3,45	3,37
Lazio	0,80	17,07
Abruzzo	11,68	3,89
Molise	-7,36	16,03
Campania	4,83	10,75
Puglia	2,51	10,73
Basilicata	1,82	12,55
Calabria	7,16	-1,37
Sicilia	3,90	13,55
Sardegna	6,44	2,49

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

In effetti, la spesa per investimenti in rapporto al PIL a livello nazionale denuncia una modesta crescita dal 2000 al 2010 passando dallo 0,40% allo 0,49%. A livello regionale, inoltre, si registra un andamento irregolare: nel 2010, il valore dell'indicatore raggiunge punte massime in Abruzzo, Molise e Basilicata (si tratta comunque di quote inferiori al punto percentuale) e minime in Umbria, Marche e Piemonte.

Tabella 2.2 - Investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale su PIL Valori %, anni 2000-2010

Regioni	2000	2005	2010
Italia	0,40	0,42	0,49
Piemonte	0,46	0,64	0,36
Valle d'Aosta	0,73	0,55	0,64
Lombardia	0,57	0,53	0,47
Pr. Aut. di Bolzano	0,56	0,36	0,56
Pr. Aut. di Trento	0,62	0,65	0,75
Veneto	0,39	0,35	0,58
Friuli Venezia Giulia	0,46	0,55	0,48
Liguria	0,25	0,24	0,60
Emilia Romagna	0,34	0,58	0,46
Toscana	0,19	0,14	0,44
Umbria	0,27	0,19	0,38
Marche	0,44	0,30	0,33
Lazio	0,25	0,21	0,42
Abruzzo	0,45	0,69	0,76
Molise	0,65	0,38	0,75
Campania	0,31	0,32	0,50
Puglia	0,37	0,36	0,57
Basilicata	0,45	0,44	0,75
Calabria	0,58	0,68	0,59
Sicilia	0,31	0,31	0,56
Sardegna	0,51	0,58	0,60

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

In termini pro-capite la spesa per investimenti in Sanità e assistenza sociale è pari, nel 2010, a € 126,09 con una crescita del 4,25% medio annuo nell'ultimo quinquennio (2005-2010). Le Regioni con una spesa pro-capite per investimenti maggiore sono la Valle d'Aosta e le due Province Autonome di Trento e Bolzano (rispettivamente con € 221,11 pro-capite la prima, € 230,36 pro-capite la seconda e € 204,59 pro-capite la terza) mentre quelle che investono meno per ciascun residente sono tutte le Regioni appartenenti alle ripartizioni Centro-meridionali; in effetti, la tabella che segue mostra con evidenza come nel 2010 al Nord si sia investito molto di più di quanto non sia avvenuto nelle restanti Regioni.

Tabella 2.3 - Investimenti fissi in Sanità e assistenza sociale pro-capite e variazioni medie annue
Valori assoluti(€) e %, anni 2000-2010

Regioni	Anno 2010 (€)	Var. media annua 2005/2000	Var. media annua 2010/2005
Italia	126,09	3,96	4,25
Piemonte	99,93	10,19	-10,69
Valle d'Aosta	222,11	-1,89	4,27
Lombardia	156,37	0,96	-1,04
Pr. Aut. di Bolzano	204,59	-6,02	11,66
Pr. Aut. di Trento	230,36	3,18	4,01
Veneto	169,43	0,57	11,12
Friuli Venezia Giulia	137,43	6,61	-1,98
Liguria	161,45	2,83	21,25
Emilia Romagna	143,55	14,19	-4,03
Toscana	123,13	-3,70	27,42
Umbria	89,92	-4,55	15,02
Marche	86,44	-4,24	2,83
Lazio	123,53	0,21	15,32
Abruzzo	162,67	11,02	3,27
Molise	151,14	-7,31	16,16
Campania	83,61	4,57	10,61
Puglia	98,14	2,34	10,65
Basilicata	131,44	1,99	12,84
Calabria	97,79	7,36	-1,37
Sicilia	94,67	3,82	13,42
Sardegna	119,05	6,29	2,21

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

2.3. Finanziamento delle misure di protezione sociale dedicate alla non-autosufficienza

Per quanto concerne le politiche di finanziamento del settore sociale[9], con la L. n. 449/1997 venne istituito il "Fondo per le politiche sociali", prevedendone le seguenti finalità:

- la promozione di interventi per la realizzazione di *standard* essenziali e uniformi di prestazioni sociali su tutto il territorio dello Stato concernenti i diritti dell'infanzia e dell'a-

[9] *Nel presente Rapporto abbiamo allargato la prospettiva della trattazione dalla Sanità in senso stretto al socio-sanitario È evidente che non tutta l'assistenza sociale è collegabile alla Sanità; nello stesso tempo il termine "integrazione" non sembra adatto a comprendere prestazioni sociali che, pur non prevedendo attività sanitarie, sono comunque attinenti al settore. Il punto (convenzionale) di discrimine che proponiamo è legato al concetto di non-autosufficienza.*

dolescenza, la condizione degli anziani, l'integrazione e l'autonomia dei portatori di handicap, il sostegno alle famiglie e la prevenzione ed il trattamento delle tossicodipendenze;

- la promozione di azioni per lo sviluppo delle politiche sociali da parte di Enti, Associazioni ed Organismi operanti nell'ambito del volontariato e del terzo settore.

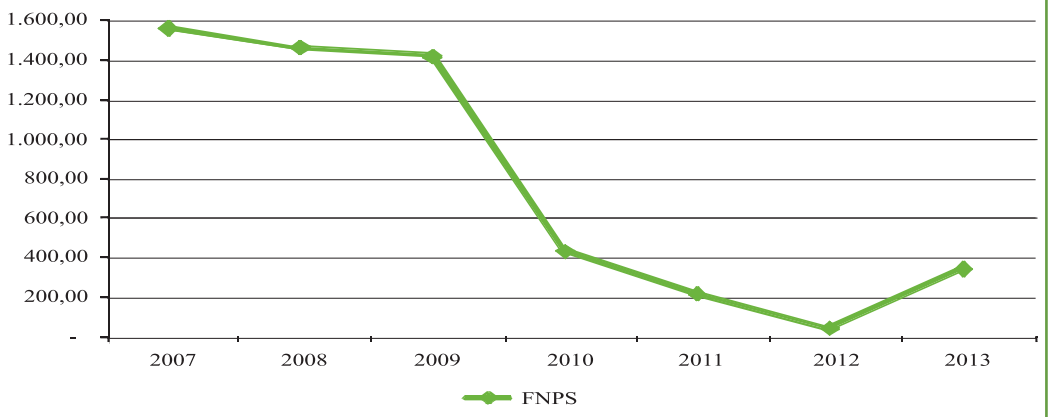
Successivamente con il D. Lgs. n. 1125/1998 venne modificata la denominazione del Fondo in "Fondo nazionale per le politiche sociali" (FNPS), qualificandone in tal modo la portata ed il carattere nazionale.

Con la L. n. 328/2000 il Fondo assunse ancora maggior rilievo, e venne definito come lo strumento mediante il quale lo Stato concorre al finanziamento della spesa sociale. Inoltre, l'art. 4 della succitata legge prevede un sistema integrato di interventi e servizi sociali che si avvale di un finanziamento plurimo al quale concorrono lo Stato, le Regioni e gli Enti Locali. In questo modo nel Fondo confluiscono tutti i finanziamenti previsti dalle leggi nazionali di settore vigenti nell'ambito delle politiche sociali.

Sebbene nelle intenzioni del nostro legislatore, quindi, il FNPS fosse stato concepito come misura di sostegno per coloro che versano in una situazione di non-autosufficienza, l'analisi della sua consistenza ha evidenziato come di fatto le risorse destinate a tale dimensione di assistenza si siano progressivamente ridotte (periodo 2007-2013) tanto da praticamente azzerarsi nel 2012 (€ 43,71 mln.), per poi avere un modesto incremento nel 2013. Nel medesimo periodo, poi, profonde modifiche hanno interessato anche la composizione del Fondo; in effetti, a partire dal 2008 le risorse destinate ai Comuni così come a partire dal 2010 quelle per i diritti soggettivi[10] non vengono più finanziate a valere sul FNPS; in quest'ultimo caso, le risorse sono iscritte in appositi capitoli di spesa obbligatori del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (figura 2.6). Di conseguenza, lo stanziamento del FNPS viene ridotto degli importi trasferiti ai singoli capitoli di spesa che, nel 2010, complessivamente ammontano a circa € 854,00 mln.

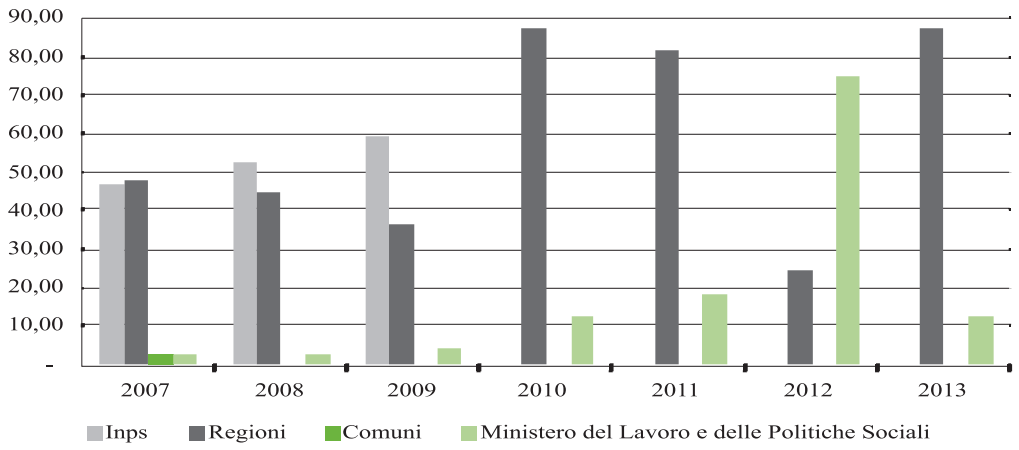
[10] *Si fa riferimento alla voce Inps, nella quale confluivano i fondi destinati al finanziamento degli interventi costituenti diritti soggettivi, ovvero i fondi per finanziare assegni ai nuclei familiari, assegni di maternità, agevolazioni per l'handicap grave e agevolazioni per lavoratori affetti da talassemia.*

Figura 2.6 - Andamento del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali
Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Figura 2.7 - Destinazione Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS)
Valori %, anni 2007-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Parallelamente, si è ridotto drasticamente anche il trasferimento alle Regioni che ha riportato una variazione negativa media annua di circa il 14,00%, passando da € 745,00 mln. del 2007 a € 300,00 mln. del 2013. Ovviamente, essendo rimasta immutata, tra il 2007 ed il 2013, la quota, in sede di riparto del FNPS, assegnata a ciascuna Regione, la riduzione risulta essere nella sostanza la medesima in ogni Regione.

Tabella 2.4 - FNPS – Ripartizione regionale
Valori assoluti (€ mln.) e %, anni 2007-2013

Regioni	Anno 2013 (€ mln.)	Var. media annua 2013/2007
Italia	300,00	-14,07
Piemonte	21,54	-14,07
Valle d'Aosta	0,87	-14,00
Lombardia	42,45	-14,07
Pr. Aut. di Bolzano	2,46	-14,13
Pr. Aut. di Trento	2,52	-14,14
Veneto	21,84	-14,06
Friuli Venezia Giulia	6,57	-14,09
Liguria	9,06	-14,06
Emilia Romagna	21,24	-14,01
Toscana	19,68	-14,06
Umbria	4,92	-14,08
Marche	7,95	-14,20
Lazio	25,80	-14,07
Abruzzo	7,35	-14,07
Molise	2,40	-14,02
Campania	29,94	-14,07
Puglia	20,94	-14,06
Basilicata	3,69	-14,07
Calabria	12,33	-14,07
Sicilia	27,57	-14,06
Sardegna	8,88	-14,07

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

In termini pro-capite, poi, il FNPS è passato da € 12,60 nel 2007 a € 5,16 nel 2013[11], con una variazione negativa di quasi il 60,00%. In tutti gli anni considerati (2007, 2010 e 2013) le Regioni che hanno avuto a disposizione maggiori risorse per ciascun residente sono state il Molise (€ 7,83 pro-capite nell'ultimo anno) e Valle d'Aosta (€ 6,96 pro-capite nell'ultimo anno); all'estremo opposto la Lombardia che nell'ultimo anno non raggiunge i € 4,50 pro-capite.

Tabella 2.5 - FNPS – Ripartizione regionale pro-capite
Valori assoluti (€), anni 2007-2010-2013

Regioni	Anno 2007	Anno 2010	Anno 2013
Italia	12,60	6,30	5,16
Piemonte	12,29	6,14	5,06
Valle d'Aosta	17,23	8,62	6,96
Lombardia	11,04	5,48	4,47
Pr. Aut. di Bolzano	12,58	6,19	4,90
Pr. Aut. di Trento	12,40	6,09	4,84
Veneto	11,36	5,63	4,58
Friuli Venezia Giulia	13,48	6,75	5,47
Liguria	13,99	7,11	5,96
Emilia Romagna	12,44	6,13	5,00
Toscana	13,42	6,68	5,49
Umbria	14,01	6,92	5,72
Marche	12,98	6,46	5,24
Lazio	11,66	5,76	4,89
Abruzzo	13,94	6,96	5,78
Molise	18,57	9,50	7,83
Campania	12,84	6,52	5,26
Puglia	12,77	6,50	5,22
Basilicata	15,50	7,94	6,50
Calabria	15,33	7,78	6,47
Sicilia	13,64	6,93	5,57
Sardegna	13,29	6,73	5,55

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat.

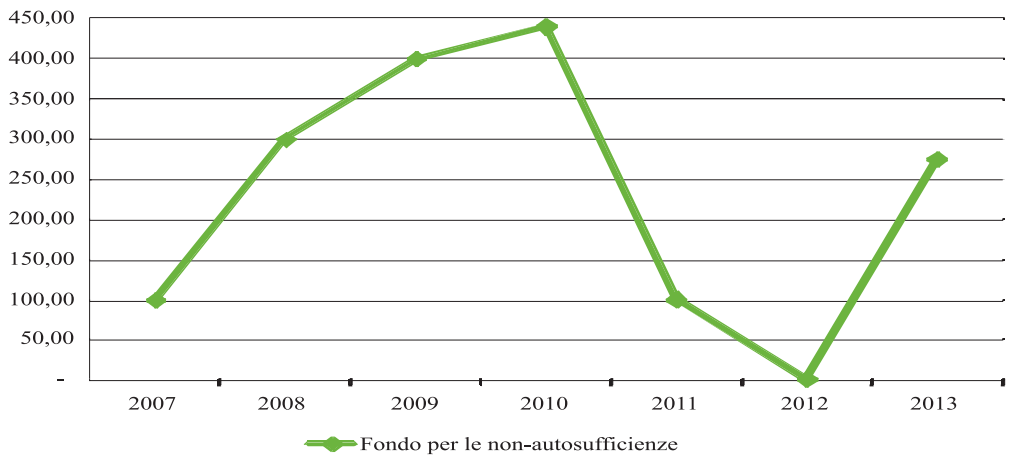
[11] *La popolazione per l'anno 2013 è stata stimata supponendo che la variazione percentuale verificatasi nella popolazione tra il 2011 ed il 2012 rimanesse invariata tra il 2012 ed il 2013.*

Un ulteriore intervento è stato previsto per le prestazioni rivolte alle persone non-autosufficienti dalla legge finanziaria per l'anno 2007 (L. n. 296/2006) che all'art. 1, comma 1264, testualmente recita: «Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze", al quale è assegnata la somma di € 100 milioni per l'anno 2007…». Tra le aree prioritarie di intervento del Fondo sono previste:

- attivazione di modalità di presa in carico della persona non-autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non-autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione ed il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- attivazione o rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non-autosufficiente.

Il Fondo per le non-autosufficienze dopo essere cresciuto costantemente tra il 2007 ed il 2010, nel 2011 ha subito un brusco rallentamento, tanto da fermarsi a quota € 100,00 mln., per altro vincolati all'esclusiva erogazione di prestazioni a favore di persone affette da SLA. Nell'anno seguente (2012) il Fondo non è stato proprio finanziato, mentre nel 2013 con la Legge di Stabilità sono stati stanziati € 275,00 mln.

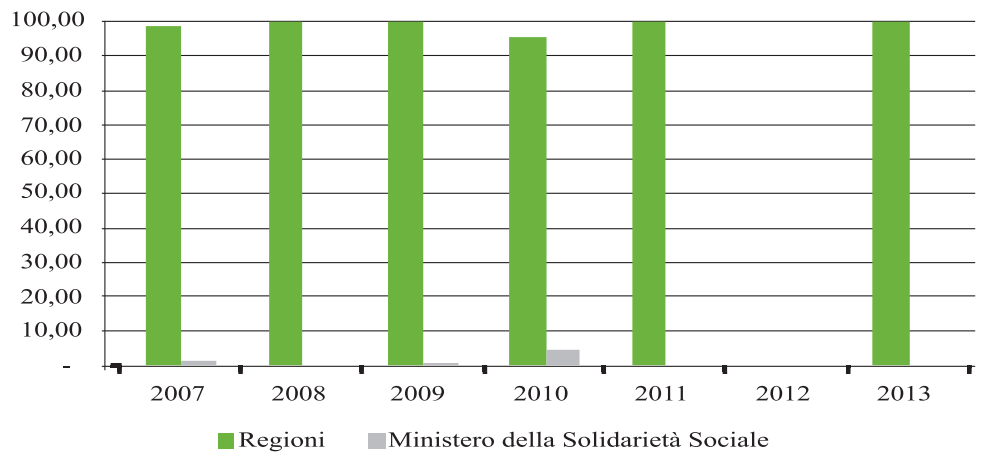
Figura 2.8 - Andamento del Fondo per le non-autosufficienze
Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Solidarietà Sociale.

Riguardo la sua composizione, quest'ultima subisce delle modifiche nel corso del tempo; in particolare, a partire dal 2011 non è più prevista alcuna quota a favore del Ministero della Solidarietà Sociale e di conseguenza, a partire da questo momento, l'intera somma stanziata viene ripartita tra le Regioni.

Figura 2.9 - Destinazione del Fondo per le non-autosufficienze
Valori %, anni 2007-2013



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Solidarietà Sociale.

La quota del Fondo per le non-autosufficienze complessivamente assegnata alle Regioni ammonta, nel 2013, a € 275,00 mln. con un incremento medio annuo del 18,60% tra l'anno della sua istituzione (2007) ed il 2013. Gli incrementi più cospicui di risorse destinate alla tutela della non-autosufficienza si sono avuti, nell'arco temporale analizzato, in Lombardia (+19,37% medio annuo), Lazio (+19,10% medio annuo) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (19,07% medio annuo). Le percentuali minime, che comunque non si discostano molto da quelle massime, hanno riguardato Friuli Venezia Giulia, Liguria e Toscana.

Tabella 2.6 - Fondo per le non-autosufficienze - Ripartizione regionale e variazione media annua
Valori assoluti (€ mln.) e %, anni 2007-2013

Regioni	Anno 2013 (€ mln.)	Var. media annua 2013/2007
Italia	275,00	18,60
Piemonte	21,75	18,65
Valle d'Aosta	0,69	18,95
Lombardia	41,55	19,37
Pr. Aut. di Bolzano	2,09	19,07
Pr. Aut. di Trento	2,31	18,23
Veneto	21,09	18,65
Friuli Venezia Giulia	6,24	17,89
Liguria	9,38	17,78
Emilia Romagna	21,73	18,22
Toscana	19,31	17,98
Umbria	4,79	18,14
Marche	7,95	18,07
Lazio	23,95	19,10
Abruzzo	6,71	18,16
Molise	1,90	18,13
Campania	23,02	18,51
Puglia	17,71	18,86
Basilicata	3,05	18,69
Calabria	9,68	18,45
Sicilia	22,69	18,36
Sardegna	7,43	19,00

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Solidarietà Sociale.

La considerazione dei valori pro-capite evidenzia come nel 2007 fossero destinati a ciascun residente solo € 1,67 che passano a € 6,98 nel 2010 per poi diminuire nuovamente e fermarsi a € 4,73 nell'anno in corso[12]. Le Regioni che in quest'ultimo anno dispongono di maggiori risorse pro-capite per finanziare programmi rivolti ai soggetti non-autosufficienti sono Liguria (€ 6,17 pro-capite) e Molise (€ 6,19 pro-capite). Non raggiungono € 4,50 pro-capite la Lombardia, le due Province Autonome di Trento e Bolzano, il Veneto, Campania e Puglia.
Infine, qualora considerassimo congiuntamente le risorse stanziate per il Fondo per le non-autosufficienze e quelle del FNPS attribuibili a prestazioni riconducibili anch'esse alle forme di non-autosufficienza, che nel loro insieme forniscono un quadro delle somme

[12] *La popolazione per l'anno 2013 è stata stimata supponendo che la variazione percentuale verificatasi nella popolazione tra il 2011 ed il 2012 rimanesse invariata tra il 2012 ed il 2013.*

Tabella 2.7 - Fondo per le non-autosufficienze – Ripartizione regionale pro-capite
Valori assoluti (€), anni 2007-2010-2013

Regioni	Anno 2007	Anno 2010	Anno 2013
Italia	1,67	6,98	4,73
Piemonte	1,79	6,71	5,11
Valle d'Aosta	1,94	7,27	5,50
Lombardia	1,50	5,75	4,38
Pr. Aut. di Bolzano	1,50	6,30	4,17
Pr. Aut. di Trento	1,67	5,45	4,44
Veneto	1,58	5,88	4,42
Friuli Venezia Giulia	1,92	7,06	5,20
Liguria	2,18	8,16	6,17
Emilia Romagna	1,88	14,48	5,11
Toscana	1,97	7,22	5,38
Umbria	2,02	15,67	5,56
Marche	1,91	7,03	5,24
Lazio	1,53	5,87	4,54
Abruzzo	1,88	7,03	5,28
Molise	2,18	8,30	6,19
Campania	1,43	5,51	4,04
Puglia	1,54	5,94	4,42
Basilicata	1,85	7,17	5,38
Calabria	1,75	6,73	5,08
Sicilia	1,64	6,26	4,58
Sardegna	1,58	6,06	4,64

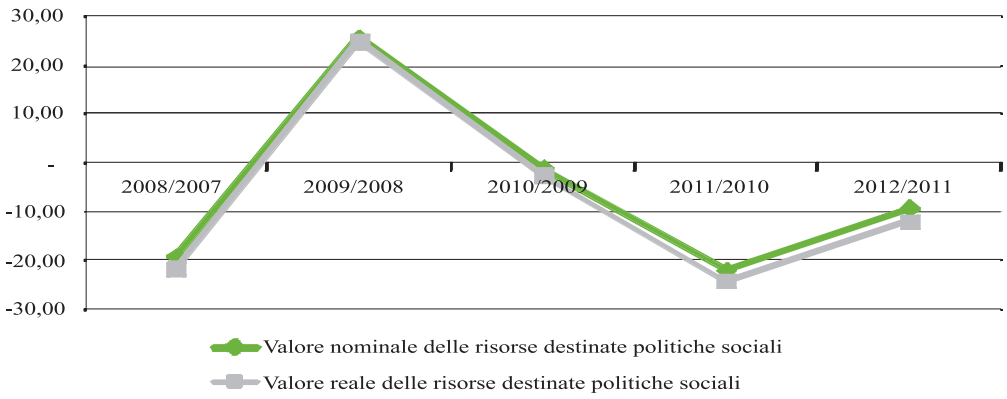
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Solidarietà Sociale e Istat.

complessivamente stanziate per le politiche sociali di interesse del presente Rapporto[13], apprezzandone, tanto in termini nominali quanto assoluti, la dinamica temporale (2007-2012[14]), emerge che nella sostanza sia il finanziamento nominale che quello reale sono cresciuti, tra il 2008 ed il 2009, all'incirca delle medesime percentuali (finanziamento nominale +25,92% e finanziamento reale +25,00%), per poi riportare variazioni di segno negativo fino al 2012 (in particolare tra il 2011 ed il 2012 il finanziamento nominale riporta una variazione negativa del 9,18% e quello reale dell'11,93%).

[13] *Dal computo sono state escluse le somme stanziate nei vari anni a favore del Fondo Politiche per la Famiglia, del Fondo Politiche Giovanili e del Fondo Pari Opportunità, in quanto la nostra finalità è quella di apprezzare l'andamento del finanziamento delle politiche sociali rivolte alla tutela degli stati di non-autosufficienza conseguenti a deficit di autonomia provocati per lo più da eventi patologi, ovvero quella di analizzare la copertura finanziaria di tutte quelle politiche socio-assistenziali che insieme a quelle più propriamente sanitarie rappresentano le misure di sostegno per i non autosufficienti, tipicamente disabili ed anziani. Si rimanda per maggiori approfondimenti alla lettura del capitolo dedicato alla non-autosufficienza.*

[14] *Contrariamente a quanto avvenuto per l'analisi dei due Fondi in cui l'ultimo anno analizzato è stato il 2013, in questo caso ci siamo fermati al 2012 in quanto non è ancora disponibile la misura dell'inflazione che ci permette di effettuare la stima del valore reale per l'anno corrente. Inoltre, nella nostra analisi abbiamo assunto come anno base il 2007.*

**Figura 2.10 - Finanziamento nominale e reale delle politiche sociali
Variazioni annue
Valori %, anni 2007-2012**



Fonte: Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Solidarietà Sociale e Istat.

2.4. Trend del finanziamento del SSN e legame con altre grandezze macroeconomiche: spesa sanitaria e PIL

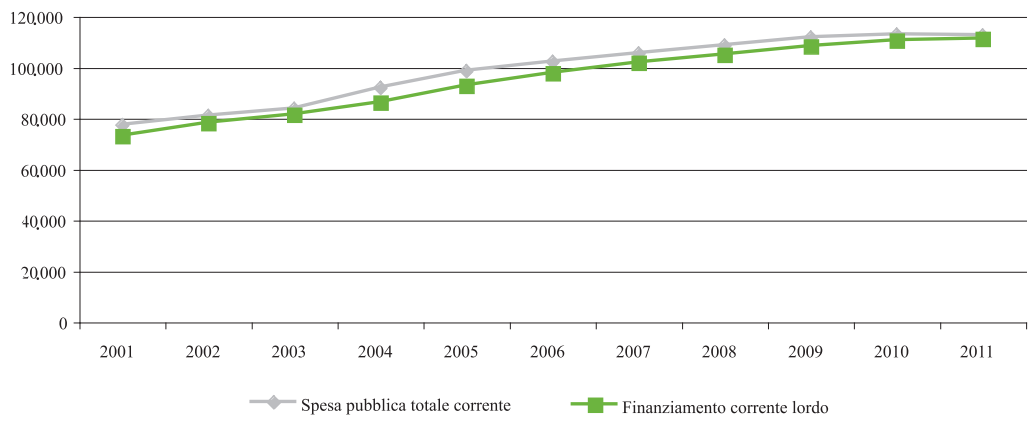
Il tema del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale costituisce, senza fallo, un aspetto centrale delle problematiche connesse alle esigenze di tutela della salute. È d'immediata evidenza, infatti, lo stretto legame tra l'effettività del diritto alla salute e le risorse disponibili per la sua tutela. D'altra parte, considerato che la spesa sanitaria corrente costituisce di gran lunga la più importante tra le voci di spesa regionale, il problema del finanziamento del SSN si lega alle esigenze di contenimento della spesa pubblica generale e alle nuove istanze del federalismo fiscale.

Per quanto riguarda, infatti, l'evoluzione di spesa e finanziamento del SSN[15], emerge che

[15] *Il D. Lgs. n. 118/2011, nell'ambito del processo di armonizzazione dei procedimenti contabili, ha previsto di includere nella valutazione del risultato di esercizio del 2011 la quota degli ammortamenti non sterilizzati di competenza 2011 dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010. Il Decreto ha, inoltre, previsto che l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali ed immateriali debba essere effettuato per quote costanti. In aggiunta, i cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Nel calcolo, però, si è tenuto conto del finanziamento corrente lordo, ovverosia comprensivo della gestione straordinaria e dell'intramoenia, ma al netto della mobilità interregionale e dei costi capitalizzati, così come fatto dalla Corte dei Conti. Ciò al fine di consentire il confronto dell'andamento dell'anno 2011 con il precedente.*

tra il 2001 ed il 2011 la prima si è trovata costantemente al di sopra del secondo, generando, conseguentemente disavanzi più o meno ingenti nei diversi anni (disavanzo di € 1.352,00 mln. nell'ultimo anno)[16]. In aggiunta, se nel 2009, il livello del finanziamento SSN era sufficiente a coprire circa il 97,00% della spesa pubblica totale, salendo al 98,05% nell'anno successivo, nel 2011, tale percentuale cresce ulteriormente per raggiungere il 98,80%.

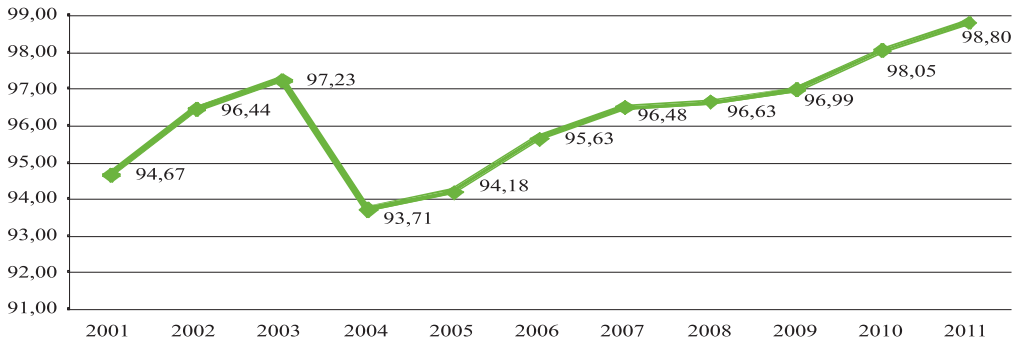
Figura 2.11 - Finanziamento corrente lordo SSN e spesa pubblica totale corrente
Valori assoluti (€ mln.) – Anni 2001-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

[16] *Come evidenziato nei Rapporti Sanità degli scorsi anni. Qualora, invece, considerassimo le novità introdotte dal D. Lgs. n. 118/2011, il disavanzo complessivo aumenterebbe del 31,61%, ovvero ammonterebbe a € 1.779,43 mln.*

Figura 2.12 - Finanziamento corrente lordo – Quota su spesa pubblica totale corrente
Valori %, anni 2001-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

In aggiunta, la spesa è aumentata in media del 6,28% annuo tra il 2001 ed il 2005, mentre il finanziamento del 6,15%, a fronte di una crescita media annua del PIL del 3,42%. La situazione non cambia, nella sostanza, se si sposta l'analisi al periodo 2006-2011: spesa pubblica corrente +1,94%, finanziamento lordo +2,60% e PIL solo +1,42%.

Tabella 2.8 - Finanziamento, spesa e PIL – Variazioni medie annue Valori %, anni 2001-2011

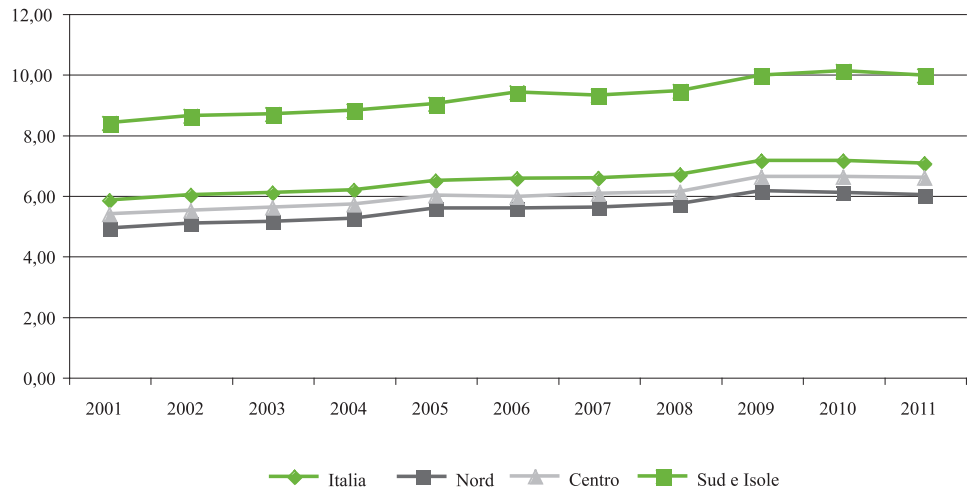
Italia	Var. media annua 2005/2001	Var. media annua 2011/2006
Finanziamento corrente lordo	6,15	2,60
Spesa pubblica totale corrente	6,28	1,94
PIL	3,42	1,42

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

Se il crescente aumento dei costi sanitari conseguente al generale innalzamento del "bisogno di salute" della popolazione assistibile non troverà, dunque, copertura nell'incremento delle risorse disponibili e se le misure di razionalizzazione della spesa già da alcuni anni praticate (come ad esempio le misure di taglio selettivo dei prezzi imposte dall'AIFA per il mercato farmaceutico, i Piani di Rientro, etc.) non dovessero risultare sufficienti a tale scopo, in un futuro prossimo sarà necessario rivedere il confine dei LEA[17],o quanto meno le condizioni di accesso alle prestazioni gratuite.
La considerazione, poi, del finanziamento dei sistemi sanitari delle diverse ripartizioni geografiche in rapporto al proprio PIL, fa emergere con chiarezza come le risorse messe a disposizione della tutela della salute nelle Regioni meridionali siano significativamente più elevate rispetto a quelle prodotte localmente. Tale differenza è "figlia" della redistribuzione delle risorse attuata con il sistema di riparto e evidenzia, tra l'altro, l'importanza dei meccanismi di perequazione operanti all'interno dell'assetto federalista.

[17] *Il Decreto Legge n. 158/2012, in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", all'art. 5 prevede l'aggiornamento dei LEA con riguardo alle malattie croniche, alle malattie rare e alla ludopatia. In particolare vengono riconosciute 110 nuove malattie rare e sei patologie croniche diventano esenti (Sarcoidosi, Osteomielite Cronica, BPCO, Rene policistico autosoimico dominante, Patologie renali croniche, Sindrome da talidomide); anche le ludopatie rientrano nei LEA poiché assurgono al rango di nuove droghe e come tali possono essere curate nei SERT.*

Figura 2.13 - Finanziamento – Quota su PIL per ripartizione geografica Valori %, anni 2001-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

È altresì da rimarcare che quelle stesse ripartizioni che presentano una quota maggiore di finanziamento in percentuale del PIL sono anche le medesime che, di contro, presentano un finanziamento corrente, in termini pro-capite, inferiore per tutti gli anni presi in considerazione; questo per effetto delle note differenze demografiche. In effetti, nell'ultimo anno considerato, Campania, Sicilia, Calabria e Puglia, sono le Regioni che presentano il finanziamento pro-capite più basso; all'estremo opposto, le due Province Autonome di Trento e Bolzano e la Valle d'Aosta.

**Tabella 2.9 - Finanziamento corrente lordo pro-capite
Valori assoluti (€), anni 2001-2011**

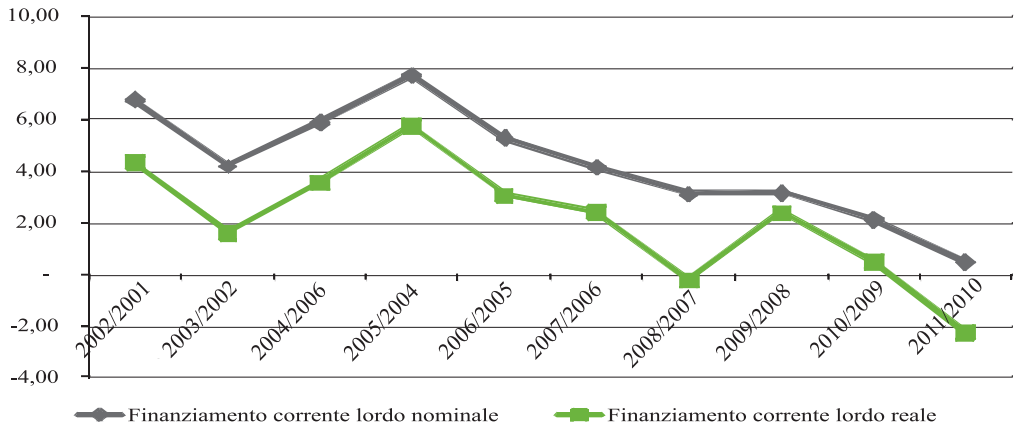
Regioni	2001	2006	2011
Italia	1.284,51	1.664,54	1.834,26
Nord	1.320,62	1.693,68	1.878,46
Centro	1.303,65	1.685,03	1.860,29
Sud e Isole	1.229,52	1.615,92	1.760,70
Piemonte	1.370,00	1.761,23	1.926,19
Valle d'Aosta	1.341,07	2.040,22	2.314,94
Lombardia	1.273,70	1.600,28	1.803,04
Pr. Aut. di Bolzano	1.032,15	2.190,63	2.213,79
Pr. Aut. di Trento	1.556,50	1.857,95	2.194,34
Veneto	1.272,92	1.685,15	1.827,31
Friuli Venezia Giulia	1.328,41	1.686,26	2.034,53
Liguria	1.450,59	1.818,31	1.980,69
Emilia Romagna	1.379,46	1.711,58	1.886,65
Toscana	1.362,90	1.701,03	1.934,87
Umbria	1.345,85	1.652,92	1.840,12
Marche	1.293,39	1.630,56	1.833,15
Lazio	1.259,31	1.695,07	1.822,09
Abruzzo	1.308,82	1.639,37	1.841,77
Molise	1.311,31	1.604,24	1.876,86
Campania	1.235,10	1.543,53	1.722,94
Puglia	1.204,30	1.588,06	1.757,55
Basilicata	1.232,97	1.585,47	1.813,41
Calabria	1.227,45	1.634,77	1.757,08
Sicilia	1.210,29	1.730,14	1.750,37
Sardegna	1.254,71	1.563,42	1.829,73

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

L'indagine dei tassi di variazione del finanziamento, sia nominali che depurati dall'inflazione[18], tra il 2001 ed il 2011, evidenzia come la crescita, in particolare a partire dal 2008, sia modesta, quando addirittura non si configura una variazione di segno negativo del finanziamento reale. In particolare, il tasso di crescita del finanziamento nominale a partire dal periodo 2007 2008 diminuisce ogni anno, seppur lievemente in crescita nel 2009 rispetto all'anno precedente, e raggiunge il suo valore minimo tra il 2010 ed il 2011 per fermarsi ad un +0,49%. Il finanziamento reale, di contro, tra il 2007 ed il 2008 e tra il 2010 ed il 2011 riporta variazioni negative e rispettivamente pari a -0,24% e -2,25%.

[18] *Per la determinazione del finanziamento corrente lordo reale, coerentemente con quanto fatto per i valori pro-capite, è stato assunto il 2001 come anno base.*

Figura 2.14 - Finanziamento corrente lordo nominale e reale - Variazioni Valori %, anni 2001-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Le precedenti argomentazioni parrebbero, quindi, suggerire che senza una analisi approfondita dei sistemi di pesatura e riparto, sia nell'immediato che nel medio lungo periodo, vengono a mancare i tasselli di base su cui innestare non solo le regole ma anche la misurazione del finanziamento necessario a soddisfare la domanda crescente del bene salute e quindi la valutazione *ex post* dell'efficienza dei servizi sanitari regionali.

2.5. Risultati di esercizio: *trend* e relazione con spesa sanitaria privata

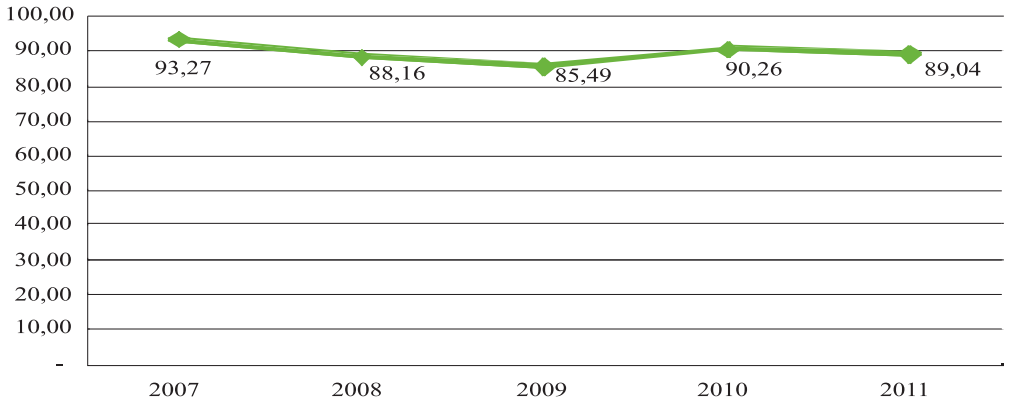
I Piani di Rientro continuano a rimanere lo strumento principe per imporre alle Regioni una gestione in equilibrio finanziario dei SSR. Previsti a partire dal 2005, i Piani di Rientro hanno cominciato ad essere operativi a partire dal 2007, dopo un aggiornamento dei loro contenuti nel Patto per la Salute 2007-2009.

Nel complesso, per capire se e in che modo i Piani di rientro hanno contribuito al contenimento della spesa e al suo riallineamento con quella delle Regioni "più virtuose", si può osservare, innanzitutto, il loro apporto alla formazione e/o riduzione dei disavanzi[19].

[19] *Nella determinazione dei risultati di esercizio è stato considerato il finanziamento comprensivo della gestione straordinaria, dell'intramoenia ma al netto della mobilità interregionale. Si tratta, in ogni caso, dei risultati di esercizio prima delle coperture da Tavolo adempimenti. Tra il 2007 ed il 2009 le Regioni sottoposte a Piano di Rientro erano: Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna. Nel 2010 hanno terminato il Piano di Rientro Liguria e Sardegna e nello stesso anno ne è stato stipulato uno dalla Calabria. Dal 2010 anche Piemonte e Puglia sono entrate a far parte delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro dal disavanzo sanitario.*

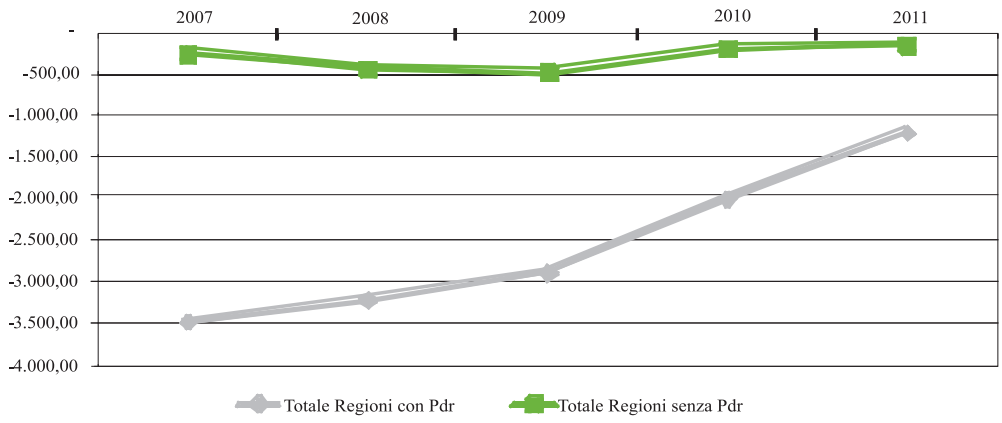
La lettura della figura 2.15 suggerisce, in prima battuta, che in un prossimo futuro, se rimarrà inalterata la congiuntura economica e se rimarrà parimenti confermato il *trend* degli ultimi due anni, la distanza, in termini di contribuzione alla formazione del disavanzo complessivo, tra Regioni sottoposte al Piano di Rientro e quelle libere potrebbe tendere a stabilizzarsi. In dettaglio, nel 2011, il disavanzo complessivo è attribuibile per l'89,04% alle Regioni con Piano di Rientro, mentre nell'anno precedente si assestavano sul 90,26%; giova, tuttavia, sottolineare che, sebbene il contributo alla formazione del disavanzo complessivo da parte delle Regioni sottoposte ai vincoli dei Piani di Rientro sia rimasto pressoché invariato negli ultimi due anni, il disavanzo in termini assoluti è andato progressivamente diminuendo in tutte le Regioni che, nei diversi anni, hanno stipulato un Piano; quindi le misure di razionalizzazione della spesa sanitaria nelle Regioni soggette a Piano di Rientro sembrerebbero tendenzialmente efficaci (figura 2.16).

Figura 2.15 - Contributo alla formazione del disavanzo delle Regioni con PdR
Valori %, anni 2007-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

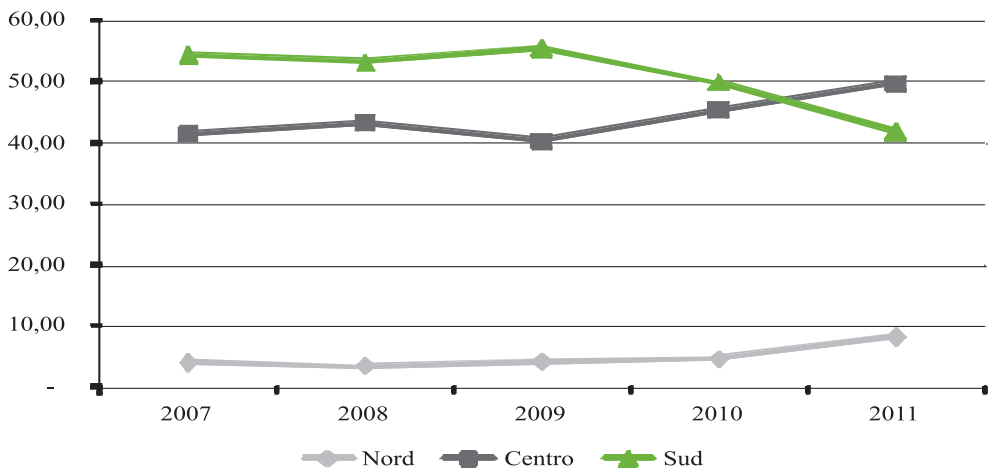
Figura 2.16 - Disavanzo nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Qualora nell'analisi tenessimo conto delle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo (le quali assommano nel 2011 una perdita complessiva di circa € 1.611,00 mln.), è d'immediata evidenza come soprattutto negli ultimi due anni si sia modificata la composizione del disavanzo: cresce la quota del disavanzo attribuibile alle Regioni settentrionali, che passa dal 4,64% del 2010 all'8,27% del 2011; cresce anche quella delle Regioni centrali che tra il 2010 ed il 2011 segna un +4,35% (45,48% nel 2010 e 49,82% nel 2011); diminuisce, di contro, quella delle Regioni meridionali che riporta una flessione del -7,98%, passando dal 49,88% del 2010 al 41,90% dell'anno successivo.

Figura 2.17 - Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica Valori %, anni 2007-2011

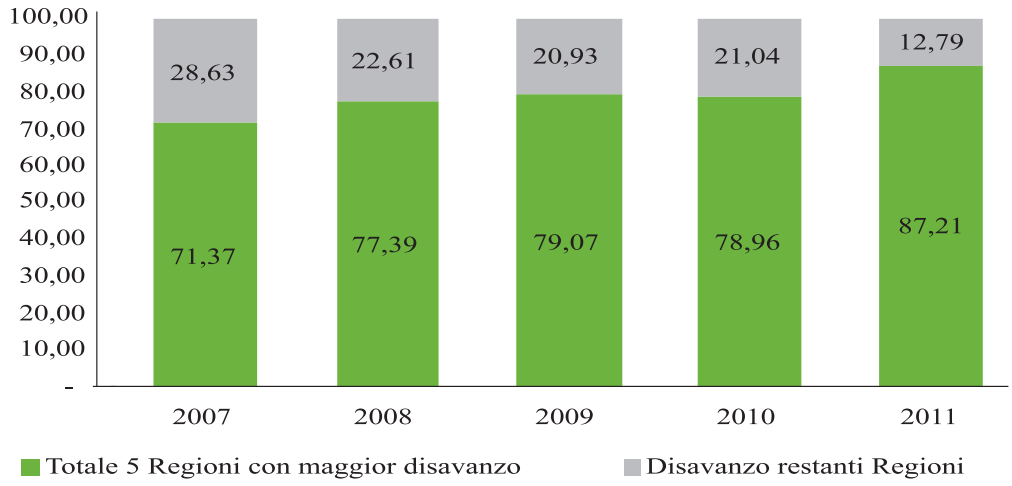


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Se si considerano solo le 5 Regioni[20] con maggior disavanzo nel 2011 (Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna), in esse si concentra oltre l'87,00% del *deficit* nazionale, con un incremento dell'8,25% rispetto all'anno precedente quando ammontava al 78,96%; è altresì da sottolineare come a tale risultato abbiano contribuito soprattutto tre Regioni: Lazio, la cui incidenza sulla perdita complessiva è aumentata tra il 2010 ed il 2011 del 5,22%, Sardegna che ha riportato un +4,56% ed, infine, Liguria che, nonostante nel 2009 abbia concluso il proprio PdR, ha contribuito nell'ultimo anno per un 8,27% al *deficit* complessivo con un incremento del 4,37% se rapportato all'anno precedente.

[20] *Il calcolo si riferisce alle sole Regioni che hanno presentato risultati di esercizio negativi.*

Figura 2.18 - Concentrazione del disavanzo - Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo
Valori %, anni 2007-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

La non considerazione tra i ricavi «delle somme connesse all'individuazione, in via preventiva, nel bilancio delle Regioni, delle risorse da destinare a copertura della maggiore spesa rispetto al livello di finanziamento garantito dallo Stato»[21], consente di determinare il disavanzo effettivo rispetto alle somme destinate al finanziamento della spesa sanitaria. In particolare, «il risultato al netto delle maggiori risorse incluse nei conti economici consente di valutare, anche in base al nuovo Patto per la Salute, il rilievo dello squilibrio regionale e l'opportunità di ricorrere ai Piani di Rientro»[22]. In buona sostanza, si fa riferimento ai risultati di esercizio prima delle coperture[23], ovvero al netto delle coperture contabilizzate nei Conti Economici (CE) regionali.
In particolare, l'analisi del risultato di esercizio di base per le verifiche dei Tavoli di monitoraggio, evidenzia che nel 2009 e nel 2010 l'apporto alla formazione del disavanzo complessivo da parte delle Regioni soggette a Piano di Rientro si è mantenuto sostanzialmente stabile, riducendosi, invece, sensibilmente nel 2011. Ciò potrebbe far supporre che se in futuro dovessero mantenersi inalterati la congiuntura economica e l'andamento dell'ultimo anno, la forbice tra Regioni con PdR e senza potrebbe tendere a chiudersi definitivamente (con forse l'unica rilevante eccezione del Lazio).

[21] *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti. Anno 2012.*

[22] *Vedere nota 19.*

[23] *Si tratta del risultato di esercizio di base per le verifiche dei Tavoli di monitoraggio.*

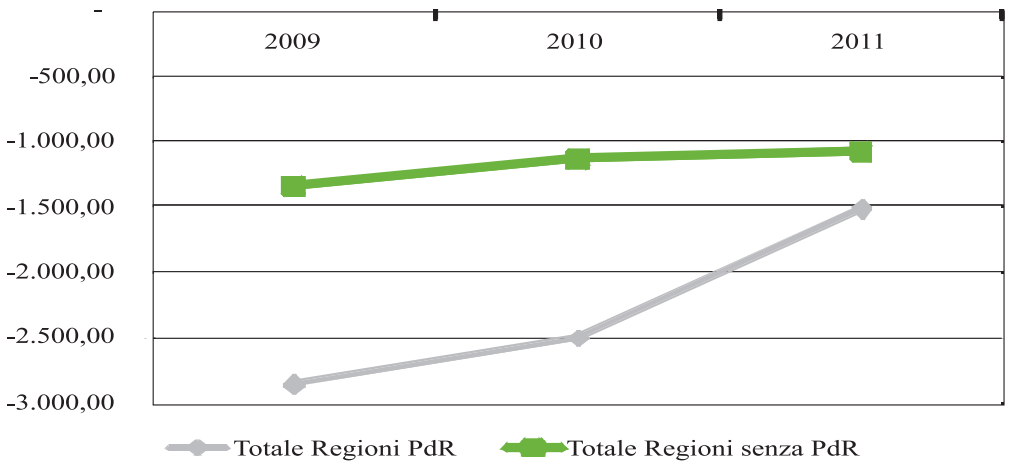
Tabella 2.10 - Contributo alla formazione del disavanzo prima delle coperture delle Regioni con PdR e di quelle senza PdR
Valori %, anni 2009-2011

Regioni	2009	2010	2011
% disavanzo Regioni con PdR	68,10	68,88	58,42
% disavanzo Regioni senza PdR	31,90	31,12	41,58

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti.

Sono soprattutto le Regioni in Piano di Rientro a migliorare il proprio risultato: esse passano da un disavanzo di poco inferiore a € 3,00 mld. nel 2009 ad uno di circa € 2,50 mld. nel 2010 con una flessione del -12,44%. La situazione migliora ulteriormente tra il 2010 ed il 2011; in effetti, nell'ultimo anno considerato, il disavanzo scende ancora per posizionarsi poco sopra i € 1,50 mld. con una contrazione del 39,58% rispetto all'anno precedente. Appare oltremodo utile rimarcare, inoltre, che nell'ultimo anno, prima delle coperture, solo cinque Regioni conseguono un avanzo di esercizio: Lombardia, Veneto, Umbria; Marche e Abruzzo.

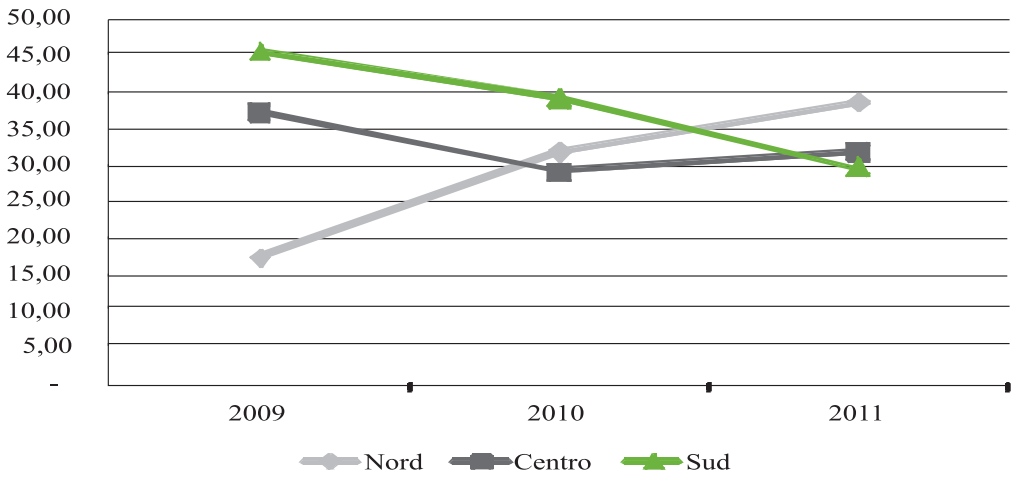
Figura 2.19 - Disavanzo prima delle coperture nelle Regioni con PdR e in quelle senza PdR
Valori assoluti (€ mln.), anni 2009-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti.

Se nell'analisi tenessimo solamente conto delle Regioni che tra il 2009 ed il 2011 hanno riportato delle perdite di esercizio (la perdita totale ammonta nel 2011 a € 2.659,80 mln.), rimane confermato quanto già emerso dall'investigazione dei disavanzi con la considerazione delle coperture, ossia negli anni si sta modificando la composizione territoriale del disavanzo: cresce progressivamente la percentuale attribuibile alle Regioni del Nord che passa dal 17,24% del 2009 al 38,60% del 2011, decresce altrettanto progressivamente quella attribuibile alle Regioni appartenenti alla ripartizione del Sud (45,52% nel 2009, 39,19% nel 2010 e 29,63% nel 2011), mentre quella delle Regioni centrali dopo una caduta nel 2010 rispetto all'anno precedente, nel 2011 aumenta nuovamente, seppur in maniera contenuta.

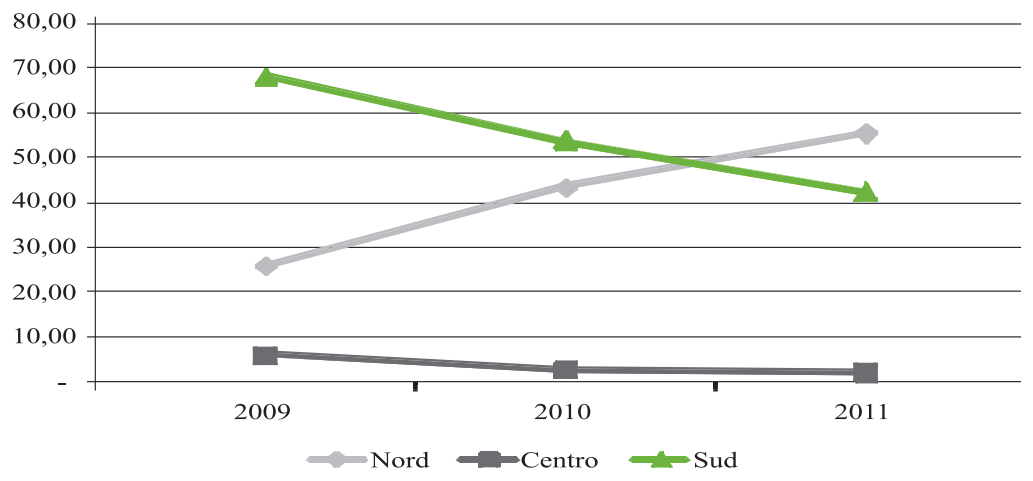
Figura 2.20 - Concentrazione del disavanzo prima delle coperture per ripartizione geografica
Valori %, anni 2009-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti.

Qualora dall'analisi escludessimo il Lazio, il quale da solo contribuisce, per tutti gli anni considerati, a circa un terzo delle perdite complessive (nel 2009 il 33,20%, nel 2010 il 27,05% e nel 2011 il 30,27%), la composizione del disavanzo tenderebbe parzialmente a modificarsi, ovvero, nell'ultimo anno le Regioni centrali contribuirebbero solamente per un 2,16% alla perdita complessiva, valore sostanzialmente stabile rispetto a quello dell'anno precedente. Rimarrebbe, invece, confermata la tendenza registrata nelle Regioni settentrionali e meridionali: al Sud il disavanzo tenderebbe progressivamente a ridursi, mentre tenderebbe altrettanto progressivamente a crescere nel Settentrione.

Figura 2.21 - Concentrazione del disavanzo prima delle coperture per ripartizione geografica [24]
Valori %, anni 2009-2011



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti.

[24] *In questo caso i calcoli sono stati effettuati al netto delle perdite riportate dal Lazio.*

La lettura della tabella che segue evidenzia come nell'ultimo anno il disavanzo si sia ridotto, in modo più sensibile che non altrove, nel Mezzogiorno (-46,58%), tanto da far sì che il disavanzo pro-capite di detta ripartizione si allineasse a quello delle Regioni settentrionali e risultasse inferiore a quello del Centro e del dato medio nazionale. Anche la considerazione delle sole Regioni in perdita conferma che ormai la ripartizione meridionale è quella in cui si concentra una quota minore del disavanzo (29,63% vs. 31,77% del Centro e 38,60% del Nord), sebbene nel Centro-Nord il disavanzo sia concentrato in poche singole Regioni. Inoltre, l'esame dei dati regionali conferma per Lazio e Sardegna quanto già emerso dall'investigazione delle perdite dopo le coperture, ovvero si tratta delle Regioni in cui si ha la maggior concentrazione della perdita complessiva (30,27% nel primo e 10,64% nella seconda che, tra l'altro, ha terminato il proprio Piano di Rientro a fine 2009); seguono il Piemonte (che dal 2010 ha stipulato un Piano di Rientro) e le due Province Autonome di Trento e Bolzano.

Tabella 2.11 - Riepilogo risultato di esercizio senza copertura Valori assoluti e %, anno 2011

Regioni	Risultato di esercizio (€ mln.)	Variazione % vs. 2010	Risultato pro-capite (€)	% disavanzo su disavanzo totale**
Italia	-2.584,61	-28,77	-42,83	100,00
Nord	-1.003,22	-12,66	-36,37	38,60
Centro	-818,67	-22,17	-68,96	31,77
Sud e Isole	-762,72	-46,58	-36,53	29,63
Piemonte*	-259,86	-34,94	-58,45	9,77
Valle d'Aosta	-48,07	-17,91	-375,94	1,81
Lombardia	22,17	59,38	2,26	
Pr. Aut. di Bolzano	-235,4	2,39	-467,59	8,85
Pr. Aut. di Trento	-228,43	8,46	-435,25	8,59
Veneto	1,28	-120,98	0,26	
Friuli Venezia Giulia	-62,72	-19,16	-50,82	2,36
Liguria	-133,36	56,12	-82,53	5,01
Emilia Romagna	-58,83	-37,99	-13,38	2,21
Toscana	-40,01	-44,16	-10,73	1,50
Umbria	18,75	32,42	20,82	
Marche	7,68	-356,86	4,92	
Lazio*	-805,09	-18,79	-141,69	30,27
Abruzzo*	25,31	211,70	18,90	
Molise*	-35,08	-45,77	-109,55	1,32
Campania*	-174,66	-64,89	-29,99	6,57
Puglia*	-112,52	-66,18	-27,55	4,23
Basilicata	-34,63	-3,75	-58,81	1,30
Calabria*	-124,27	-33,73	-61,85	4,67
Sicilia*	-23,81	-30,09	-4,72	0,90
Sardegna	-283,06	-0,18	-169,25	10,64

**Regioni che nel 2011 sono impegnate nei Piani di Rientro.*

*** Nel calcolo sono state considerate le sole Regioni che nel 2011 hanno riportato una perdita di esercizio.*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti.

Quest'ultima dimensione di analisi, come espresso in nota 19, si è basata sulle risultanze dei Conti Economici al netto delle maggiori risorse, rispetto a quelle a cui concorre ordinariamente lo Stato, stanziate dalle Regioni ed iscritte in bilancio; inoltre, rimarchiamo che si tratta dei dati desunti dal Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2012 presentato dalla Corte dei Conti, che è considerato il risultato di esercizio di base per le verifiche dei Tavoli di monitoraggio. Tuttavia, per completezza di analisi, riteniamo opportuno riportare, con riferimento alle sole Regioni impegnate in un Piano di Rientro[25], anche quanto recentemente pubblicato dal Ministero della Salute (19 giugno 2013) sui risultati di gestione strutturali (e quindi precedenti alle verifiche dei Tavoli di monitoraggio) e su quelli dopo le coperture (ovvero quelli desunti dall'ultimo Tavolo di monitoraggio). In particolare, giova evidenziare come in base a questi ultimi dati solo l'Abruzzo consegua un utile sia prima che dopo le coperture; di contro, tutte le Regioni, eccetto il Molise, ottengono un risultato positivo dopo le coperture.

Tabella 2.12 - Risultato di esercizio prima e dopo le coperture nelle Regioni con PdR
Valori assoluti (€ mln.), anno 2011

Regioni	Risultato di esercizio strutturale	Risultato di esercizio dopo le coperture
Piemonte	274,6	5,4
Lazio	682,9	109,4
Abruzzo	36,8	52,8
Molise	64,7	35,7
Campania	317,7	60,0
Puglia	108,4	159,6
Calabria	124,2	18,1
Sicilia	26,1	356,9

Fonte: Corte dei Conti e Ministero della Salute.

[25] *Alla data in cui scriviamo (Luglio 2013), sul sito del Ministero della Salute sono disponibili solo i risultati di gestione delle Regioni che nel 2011 erano impegnate in un percorso di risanamento (PdR).*

Ulteriore aspetto da considerare per valutare in maniera più esaustiva la bontà[26] o meno delle regole imposte dai Piani di Rientro, è quello di apprezzare la dinamica temporale del disavanzo congiuntamente a quella della spesa sanitaria privata. L'analisi di medio periodo (2007-2011) ha messo in rilievo che fino al 2010, nelle Regioni soggette a Piano di Rientro, ad un progressivo decremento dei disavanzi prodotti ha corrisposto, di contro, un *trend* crescente della spesa privata delle famiglie; tra il 2010 ed il 2011, invece, a fronte di una significativa riduzione del disavanzo si è verificato anche un taglio della spesa privata, attribuibile per buona parte alla sfavorevole congiuntura economica che ha investito gran parte delle Regioni. In particolare, delle otto Regioni che nel 2011 sono ancora impegnate nel percorso di risanamento, sei appartengono alla ripartizione meridionale che è quella in cui si sono avuti i maggiori effetti negativi della crisi sia in termini di PIL che in termini di mercato del lavoro[27].
Tutto questo, almeno dal 2007 al 2010, apre la strada ad una serie di quesiti. *In primis*, se questo almeno parziale rientro dai disavanzi delle Regioni assoggettate a PdR, sia stato ottenuto sostanzialmente con il controllo della spesa pubblica, ovvero maggiore efficienza, oppure si sia tradotto in un taglio dei servizi pubblici tale da far slittare parte della domanda sul mercato privato, con effetti equitativi analizzati nel capitolo 4.

Tabella 2.13 - Disavanzo di esercizio e spesa sanitaria privata – Variazioni annue Valori %, anni 2007-2011

Regioni	Disavanzo				Spesa privata			
	Var. % 2008/2007	Var. % 2009/2008	Var. % 2010/2009	Var. % 2011/2010	Var. % 2008/2007	Var. % 2009/2008	Var. % 2010/2009	Var. % 2011/2010
Regioni con PdR	-7,64	-10,16	-30,98	-39,41	6,00	1,72	36,21	-9,10
Regioni senza PdR	71,91	13,54	-56,10	-30,92	3,00	-3,45	-14,72	21,10

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Corte dei Conti e Ministero della Salute.

[26] *Si fa riferimento al rispetto delle regole economiche imposte dai Piani di Rientro, sebbene la sola valutazione del dato economico non risulti soddisfacente per la verifica del rispetto degli obiettivi di natura qualitativa connessi all'erogazione dei LEA.*

[27] *In particolare, secondo i dati pubblicati dall'Istat nell'ambito delle stime sugli aggregati economici, nel 2011 il PIL delle Regioni meridionali è rimasto stazionario rispetto all'anno precedente, mentre il tasso di occupazione ha riportato un'importante flessione.*

2.6. Conclusioni

Dalle riforme degli anni Novanta, le politiche pubbliche dedicate al finanziamento del SSN hanno realizzato una serie di interventi volti ad arginare l'impatto della spesa sanitaria corrente attraverso il contenimento dei costi.

In effetti, non solo in Italia, ma in generale in tutti i Paesi dell'EU a 15, una delle conseguenze della crisi è una scarsa propensione all'investimento in Sanità. Ciò è per gran parte attribuibile alla natura stessa degli investimenti pluriennali, che mal si coordinano con le esigenze di contenimento della spesa corrente: in breve, l'investimento in capitale, se da un lato serve a preservare l'offerta di servizi sanitari, dall'altro può generare un aumento dello *stock* produttivo che si ripercuote sulla parte corrente della spesa, tanto in modo espansivo (ad es. in termini di nuovi stipendi), tanto in modo riduttivo (maggiore efficienza). In ogni caso, nella pratica osserviamo che la spesa per investimenti tende ad allinearsi al ciclo recessivo della spesa corrente, disincentivando (o per lo meno non supportando) i processi di cambiamento: questi ultimi richiedono, invece, investimenti, senza i quali si crea il rischio di una rapida obsolescenza delle strutture del SSN, che a sua volta potrebbe implicare una potenziale disaffezione dei cittadini verso il SSN.

Dall'analisi dei dati OECD 2013 emerge, comunque, che l'Italia sembra avere una percentuale di investimenti fissi in Sanità sul totale della spesa più elevata della media EU14 (nel 2011, 5,2% contro 3,7%), ma la propensione del nostro Paese a investire appare tutta concentrata nel settore privato; mentre, infatti, gli investimenti dei privati sono largamente maggiori che negli altri Paesi, fatto che stupisce data la struttura di offerta essenzialmente pubblica del Servizio sanitario nazionale, la quota di investimenti del settore pubblico è molto bassa e risulta superiore solo a quella della Spagna. Come dire, l'Italia sembra investire (come spesa complessiva) di più rispetto alla media europea, ma a farlo è essenzialmente il settore privato: lo scenario che si prospetta è quello di strutture pubbliche obsolete, a favore di un settore privato più moderno e "accattivante".

Per quanto riguarda, poi, la capacità di finanziamento del settore delle politiche sociali, lo studio ha rilevato, che sebbene la tendenza di fondo, fino al 2009-2010, sia stata quella di un incremento delle risorse destinate alla tutela delle non-autosufficienze, negli anni successivi si è assisto ad un taglio netto del finanziamento delle misure di protezione socio-assistenziale. Soffermandoci su quest'ultimo aspetto, è possibile ipotizzare che un depotenziamento così marcato dei trasferimenti non è significativo tanto per la sua valenza in termini assoluti – giacché è plausibile supporre che le somme stanziate in ciascun anno risultassero assolutamente insufficienti per il soddisfacimento delle necessità socio-assistenziali – quanto perché indicativo di una valenza a cambiare il tipo di approccio alle *policies* in ambito sociale.

In aggiunta, analizzando il *trend* del finanziamento del SSN, della spesa pubblica di parte corrente e del PIL, emerge l'attuale insufficiente capacità di finanziare il nostro sistema sanitario: sebbene la spesa nell'ultimo quinquennio (2006-2011) sia cresciuta ad un tasso meno sostenuto del finanziamento, entrambe dette variabili sono cresciute più velocemente del PIL. In buona sostanza, il prossimo futuro imporrà un ripensamento sui livelli di cure erogabili da parte del SSN e/o sulle modalità (gratuita o no) di accesso da parte della popolazione.

L'investigazione dei risultati di esercizio al netto delle coperture, considerando le sole Regioni che hanno subìto una perdita (periodo 2009-2011), mette in risalto come negli anni si stia modificando la composizione territoriale del disavanzo: cresce progressivamente la percentuale attribuibile alle Regioni del Nord, decresce altrettanto progressivamente quella attribuibile alle Regioni appartenenti alla ripartizione del Sud, mentre quella delle Regioni centrali dopo una caduta nel 2010 rispetto all'anno precedente, nel 2011 aumenta nuovamente, seppur in maniera contenuta. Risultati parzialmente diversi si otterrebbero qualora si escludessero dalle perdite complessive i disavanzi conseguiti dal Lazio, ovvero, nell'ultimo anno (2011), le Regioni centrali contribuirebbero solamente per un 2,16% alla perdita complessiva, valore sostanzialmente stabile rispetto a quello dell'anno precedente.
Il contenimento della spesa e del finanziamento non è stato "indolore": un ulteriore aspetto emerso degno di nota è la relazione inversa tra *deficit* in alcune delle Regioni soggette a Piano di Rientro e andamento della spesa sanitaria privata; l'andamento del disavanzo è discendente ma la spesa privata è in crescita. Dal momento che i Piani di Rientro sono ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole Regioni, parrebbe che alcune di esse, con evidenti scarsi progressi sul piano dell'equità e dell'universalità delle cure, tendano a scaricare in parte l'onere del disavanzo sul privato cittadino, piuttosto che riuscire a razionalizzare i propri interventi.

Riferimenti bibliografici

- Ceis Sanità, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, *Rapporto Sanità* anni vari.
- CIPE, Delibere anni vari.
- Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2012.*
- ISTAT, *Conti economici regionali 2010,* www.istat.it
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Normativa Nazionale su riparto Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)*, anni vari.
- Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, dati economici anni vari su www.salute.gov.it
- Ministero della Solidarietà Sociale, *Normativa Nazionale su riparto Fondo per le non autosufficienze*, anni vari.
- OECD, *Health Data 2013*.

Capitolo 3

Spesa socio-sanitaria: le reali possibilità di razionalizzazione e risparmio finanziario

3 - Spesa socio-sanitaria: le reali possibilità di razionalizzazione e risparmio finanziario

Polistena B.[1] Spandonaro F.[2]

3.1. Spesa socio-sanitaria: definizioni e quadro di sintesi

Da sempre ci si pone la domanda di quanto possa costare oltre che la Sanità anche il sistema di protezione sociale che, su alcuni fronti, tende ad integrarsi con l'ambito sanitario.

Partendo da questa premessa, scopo di quest'anno del presente Rapporto è quello di fornire un quadro di sintesi non solo del settore propriamente sanitario ma anche di quello sociale che spesso si interfaccia con il primo. Definirne i confini è peraltro complesso, in quanto non tutto il Sociale risulta essere strettamente collegato alla Sanità.

Il punto (convenzionale) di discrimine che proponiamo è legato al concetto di non-autosufficienza: quindi il presente capitolo tende ad indagare oltre che la spesa sanitaria anche quella per i servizi sociali per i non-autosufficienti, rimarcando tuttavia che spesso le fonti dei dati impiegate non ci hanno consentito di effettuare una distinzione tra il settore sociale integrato con quello sanitario e il settore sociale collegato sì a situazioni di fragilità, ma non connesso con la Sanità; di conseguenza, in alcuni casi non ci è stato permesso, nell'analisi dei dati, di rispettare il nostro "convenzionale punto di discrimine".

Il settore socio-sanitario rappresenta il 39,0% della spesa delle Amministrazione pubbliche, con un lieve incremento rispetto al 2000 e al 2005 (rispettivamente 35,4% e 37,4%).

Le Regioni in cui è maggiore la quota di spesa delle Amministrazioni pubbliche per il settore socio-sanitario sono Lombardia, Liguria, Piemonte e Veneto, dove l'incidenza supera il 41%. Viceversa, l'incidenza inferiore si ha nelle Regioni più ricche (Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta) nonché nelle Regioni con spesa sanitaria inferiore (Calabria, Sicilia, Molise e Basilicata), dove si rimane al di sotto del 36%.

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *Università di Roma "Tor Vergata"*

Tabella 3.1 - Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario – Quota sul totale della spesa
Valori %, anni 2000-2010

Regioni	2000	2005	2010
Italia	35,42	37,36	39,03
Nord	38,02	38,73	40,53
Nord-Ovest	38,42	39,25	41,37
Nord-Est	37,48	38,05	39,42
Centro	36,10	38,89	39,89
Sud e Isole	32,08	34,93	36,73
Piemonte	38,45	39,19	41,23
Valle d'Aosta	28,45	28,88	29,93
Lombardia	38,69	39,19	41,69
P. A. Bolzano	32,27	36,51	34,34
P. A. Trento	31,78	33,27	32,43
Veneto	38,91	38,98	40,95
Friuli V. G.	35,36	35,86	38,96
Liguria	38,35	41,04	41,65
Emilia Romagna	38,56	38,88	40,08
Toscana	36,18	37,00	39,46
Umbria	34,23	34,77	36,28
Marche	37,28	37,08	39,65
Lazio	36,04	41,16	40,79
Abruzzo	33,41	36,66	39,21
Molise	30,30	36,12	35,27
Campania	33,67	36,83	37,39
Puglia	35,88	37,24	40,72
Basilicata	30,33	33,04	35,72
Calabria	30,30	30,91	32,81
Sicilia	28,62	32,84	34,43
Sardegna	32,03	34,54	37,08

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Nel 2010, l'88,1% della spesa delle Amministrazioni pubbliche veniva assorbita dalla spesa sanitaria ed il restante 11,9% da quella sociale.
La quota di spesa per il Sociale, tuttavia, è estremamente variabile tra le Regioni: superiore al 20% in Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano e Trento, è inferiore all'8% in Calabria e Campania.

**Tabella 3.2 - Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario Composizione
Valori %, anno 2010**

Regioni	Sanitario	Sociale
Italia	88,05	11,95
Nord	86,45	13,55
Nord-Ovest	87,39	12,61
Nord-Est	85,16	14,84
Centro	88,44	11,56
Sud e Isole	89,99	10,01
Sud	91,42	8,58
Isole	87,11	12,89
Piemonte	87,39	12,61
Valle d'Aosta	76,41	23,59
Lombardia	87,43	12,57
Pr. Aut. di Bolzano	79,67	20,33
Pr. Aut. di Trento	79,41	20,59
Veneto	85,31	14,69
Friuli Venezia Giulia	85,00	15,00
Liguria	88,28	11,72
Emilia Romagna	86,73	13,27
Toscana	88,25	11,75
Umbria	89,11	10,89
Marche	88,22	11,78
Lazio	88,53	11,47
Abruzzo	84,16	15,84
Molise	91,83	8,17
Campania	92,97	7,03
Puglia	90,98	9,02
Basilicata	91,80	8,20
Calabria	92,95	7,05
Sicilia	87,52	12,48
Sardegna	86,00	14,00

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In termini pro-capite, la spesa per la Sanità sostenuta dalle Amministrazioni pubbliche è pari nel 2010 a € 1.864,2, valore in crescita del 2,6% medio annuo nell'ultimo quinquennio; la spesa per l'assistenza sociale è pari a € 252,9 con un incremento medio annuo del 4,2%.
Se l'incremento della spesa sanitaria è stato più rapido di quello per la spesa sociale nel primo quinquennio analizzato, nel secondo l'incremento della spesa sanitaria è crollato mentre quello della spesa sociale è rimasto pressoché stabile.

Tabella 3.3 - Spesa pro-capite delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario
Valori assoluti (€), anno 2010

Regioni	Spesa sanitaria	Spesa per il Sociale
Italia	1.864,21	252,90
Nord	1.832,38	287,17
Nord-Ovest	1.846,81	266,48
Nord-Est	1.812,39	315,81
Centro	1.938,54	253,28
Sud e Isole	1.864,00	207,41
Piemonte	1.918,03	276,64
Valle d'Aosta	2.330,56	719,50
Lombardia	1.770,07	254,42
P. A. Bolzano	2.226,71	568,10
P. A. Trento	1.962,56	508,74
Veneto	1.735,19	298,83
Friuli V. G.	1.988,53	350,87
Liguria	2.079,23	275,99
Emilia Romagna	1.783,84	273,00
Toscana	1.862,13	247,98
Umbria	1.826,17	223,14
Marche	1.847,98	246,87
Lazio	2.031,37	263,29
Abruzzo	1.817,91	342,07
Molise	2.070,39	184,24
Campania	1.835,64	138,89
Puglia	1.876,82	186,09
Basilicata	1.920,60	171,51
Calabria	1.889,19	143,33
Sicilia	1.821,74	259,77
Sardegna	2.006,09	326,48

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Analizzando nel dettaglio la componente sociale della spesa, si osserva come sia estremamente variabile tra le Regioni, con valori che vanno da un massimo di € 719,5 in Valle d'Aosta a un minimo di € 138,9 in Campania (con un differenziale di oltre 5 volte).

Tabella 3.4 - Spesa pro-capite delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario - Variazione quinquennale media annua Valori %, anni 2000-2010

	Sanità		Sociale	
Regioni	**2005/2000**	**2010/2005**	**2005/2000**	**2010/2005**
Italia	6,55	2,55	4,29	4,17
Nord	5,58	2,85	3,93	4,05
Nord-Ovest	5,65	3,10	3,92	3,69
Nord-Est	5,50	2,50	3,93	4,46
Centro	7,38	1,71	3,90	3,36
Sud e Isole	7,29	2,67	5,04	4,78
Piemonte	5,98	2,98	5,31	4,16
Valle d'Aosta	5,08	3,63	3,21	2,57
Lombardia	5,29	3,43	3,83	4,09
P. A. Bolzano	7,39	0,88	3,43	0,36
P. A. Trento	6,03	3,25	10,71	-2,63
Veneto	4,99	2,31	3,94	10,34
Friuli V. G.	5,41	4,43	5,36	3,40
Liguria	6,74	1,86	1,76	0,82
Emilia Romagna	5,75	2,28	2,11	1,95
Toscana	6,00	3,07	4,27	2,49
Umbria	5,21	2,61	4,39	2,65
Marche	4,33	3,57	3,72	4,46
Lazio	9,30	0,33	3,64	3,71
Abruzzo	7,52	1,54	4,17	17,20
Molise	10,58	1,82	5,63	0,94
Campania	7,55	1,49	5,30	1,49
Puglia	5,66	3,86	5,70	5,71
Basilicata	6,98	4,13	4,45	2,44
Calabria	5,00	4,71	5,57	3,18
Sicilia	9,27	2,13	4,64	4,16
Sardegna	6,63	3,77	4,94	4,62

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

La spesa socio-sanitaria delle Amministrazioni pubbliche rappresenta complessivamente, nel 2010, l'8,2% del PIL, di cui l'1,0% per il Sociale.
Le Regioni in cui la spesa socio-sanitaria incide maggiormente sul PIL, sono quelle meridionali: Calabria (12,3% di cui 0,9% per protezione sociale), Sicilia (12,3% di cui 1,5% per protezione sociale) e Puglia (12,0% di cui 1,0% per protezione sociale). Viceversa, incide meno in quelle del Nord: Lombardia (6,1% di cui 0,8% per protezione sociale), Emilia Romagna (6,6% di cui 0,9% per protezione sociale) e Veneto (6,9% di cui 1,0% per protezione sociale).

Tabella 3.5 - Spesa delle Amministrazioni pubbliche per il socio-sanitario – Quota sul PIL Valori %, anni 2000-2010

	Sanità e Sociale			Sociale		
Regioni	**2000**	**2005**	**2010**	**2000**	**2005**	**2010**
Italia	6,48	7,53	8,23	0,79	0,84	0,98
Nord	5,44	6,18	6,86	0,75	0,80	0,93
Nord-Ovest	5,39	6,09	6,77	0,71	0,75	0,85
Nord-Est	5,52	6,29	7,00	0,81	0,86	1,04
Centro	6,18	7,27	7,79	0,77	0,78	0,90
Sud e Isole	9,16	10,89	11,87	0,92	0,99	1,19
Piemonte	5,96	6,87	7,88	0,74	0,82	0,99
Valle d'Aosta	7,60	7,87	8,78	1,99	1,93	2,07
Lombardia	4,84	5,43	6,06	0,63	0,66	0,76
P. A. Bolzano	6,78	8,19	7,69	1,63	1,70	1,56
P. A. Trento	6,11	7,77	8,05	1,34	2,00	1,66
Veneto	5,41	6,00	6,91	0,60	0,63	1,02
Friuli V. G.	6,06	6,84	8,09	0,95	1,07	1,21
Liguria	7,40	8,42	8,70	1,11	1,03	1,02
Emilia Romagna	5,27	6,06	6,59	0,82	0,82	0,87
Toscana	6,01	6,88	7,56	0,78	0,83	0,89
Umbria	6,76	7,70	8,59	0,76	0,84	0,94
Marche	6,66	7,02	8,04	0,78	0,80	0,95
Lazio	6,08	7,52	7,77	0,76	0,74	0,89
Abruzzo	7,15	9,10	10,03	0,70	0,77	1,59
Molise	7,92	10,96	11,23	0,83	0,93	0,92
Campania	9,70	11,60	11,90	0,75	0,82	0,84
Puglia	9,08	10,36	11,95	0,75	0,86	1,08
Basilicata	8,61	10,42	11,92	0,85	0,92	0,98
Calabria	9,96	10,47	12,28	0,73	0,79	0,87
Sicilia	9,14	11,47	12,26	1,26	1,31	1,53
Sardegna	9,18	10,47	11,82	1,33	1,41	1,65

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Analizzando nello specifico i servizi sociali legati alla Sanità[3], nel 2010 in Italia sono stati spesi dai Comuni (singoli o associati) circa € 917 mln., ovvero € 15,20 pro-capite, valore in crescita del 4,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio considerato.

[3] *Questa voce comprende i seguenti servizi: l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari e i voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari, i servizi di prossimità, i servizi di telesoccorso e teleassistenza, la distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio.*

Tabella 3.6 - Spesa pro-capite dei Comuni singoli o associati per le prestazioni di assistenza sociale
Valori assoluti (€), anni 2005-2010

Regioni	2005	2010
Italia	12,08	15,20
Nord	14,82	16,89
Nord-Ovest	12,55	16,20
Nord-Est	18,01	17,84
Centro	12,96	14,84
Sud e Isole	8,10	13,16
Piemonte	11,07	15,54
Valle d'Aosta	76,10	71,93
Lombardia	12,69	15,53
Pr. Aut. di Bolzano	29,49	29,70
Pr. Aut. di Trento	49,34	53,88
Veneto	16,19	15,68
Friuli Venezia Giulia	18,92	27,35
Liguria	10,80	17,74
Emilia Romagna	14,72	11,92
Toscana	10,23	14,25
Umbria	9,60	9,90
Marche	6,75	8,25
Lazio	17,17	17,82
Abruzzo	12,58	15,73
Molise	9,67	9,66
Campania	6,45	8,39
Puglia	4,10	8,34
Basilicata	7,02	14,06
Calabria	2,82	4,76
Sicilia	10,66	13,29
Sardegna	19,00	49,51

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Le Regioni in cui la spesa per le prestazioni di assistenza sociale pro-capite dei Comuni è maggiore sono la Valle d'Aosta e la Pr. Aut di Trento (rispettivamente € 71,90 e € 53,90), viceversa quelle con valori minimi sono la Calabria, la Campania, la Puglia e il Molise con una spesa pro-capite inferiore a € 9,00.
Si conferma che le Regioni del Sud registrano una spesa pro-capite per prestazioni sociali bassa, nonostante nell'ultimo quinquennio la crescita (10,2%) sia stata mediamente superiore a quella delle altre ripartizioni: Nord (2,6%) e Centro (2,7%).

Tabella 3.7 - Spesa pro-capite dei Comuni singoli o associati per prestazioni di assistenza sociale - Variazione quinquennale media annua Valori %, anni 2005-2010

Regioni	2010/2005
Italia	4,70
Nord	2,65
Nord-Ovest	5,25
Nord-Est	-0,18
Centro	2,74
Sud e Isole	10,18
Piemonte	7,01
Valle d'Aosta	-1,12
Lombardia	4,12
Pr. Aut. di Bolzano	0,14
Pr. Aut. di Trento	1,77
Veneto	-0,64
Friuli Venezia Giulia	7,64
Liguria	10,44
Emilia Romagna	-4,13
Toscana	6,86
Umbria	0,63
Marche	4,10
Lazio	0,74
Abruzzo	4,58
Molise	-0,02
Campania	5,42
Puglia	15,28
Basilicata	14,91
Calabria	11,01
Sicilia	4,50
Sardegna	21,11

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

L'incidenza sul PIL della spesa sociale dei Comuni nel 2010 in Italia è pari allo 0,1%: l'incidenza maggiore si registra in Sardegna (0,3%) e Valle d'Aosta (0,2%), mentre quella minima, prossima allo 0, in Calabria e nelle Marche.
Dei € 917 mln. spesi per il Sociale, il 60,9% è stato impiegato per l'assistenza socio-assistenziale, il 19,1% per benefici in moneta, il 10,3% per l'assistenza domiciliare integrata ed il 4,0% per la distribuzione dei pasti e/o lavanderia a domicilio; le rimanenti prestazioni (servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza) hanno assorbito quote marginali.
Analizzando il dato regionale è evidente come in tutte le Regioni le quote più alte di spesa si registrano nell'ambito dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale: in Basilicata la prestazione in oggetto assorbe il 92,5% della spesa complessiva, l'87,1% in Calabria e l'87,0% in Molise. Valori minori si registrano in Piemonte ed in Veneto (rispettivamente 35,8% e 37,7%).

Tabella 3.8 - Spesa dei Comuni singoli e associati per le prestazioni di assistenza sociale – Quota sul PIL
Valori %, anni 2005-2010

Regioni	2005	2010
Italia	0,05	0,06
Nord	0,05	0,05
Nord-Ovest	0,04	0,05
Nord-Est	0,06	0,06
Centro	0,05	0,05
Sud e Isole	0,05	0,08
Piemonte	0,04	0,06
Valle d'Aosta	0,23	0,21
Lombardia	0,04	0,05
Pr. Aut. di Bolzano	0,09	0,08
Pr. Aut. di Trento	0,17	0,18
Veneto	0,06	0,05
Friuli Venezia Giulia	0,07	0,09
Liguria	0,04	0,07
Emilia Romagna	0,05	0,04
Toscana	0,04	0,05
Umbria	0,04	0,04
Marche	0,03	0,03
Lazio	0,06	0,06
Abruzzo	0,06	0,07
Molise	0,05	0,05
Campania	0,04	0,05
Puglia	0,03	0,05
Basilicata	0,04	0,08
Calabria	0,02	0,03
Sicilia	0,07	0,08
Sardegna	0,10	0,25

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Le Regioni che destinano una quota maggiore di risorse all'assistenza domiciliare integrata sono l'Umbria (28,6%), la Campania (25,3%) e la Toscana (24,3%); viceversa la Provincia Autonoma di Bolzano e la Basilicata destinano a questo tipo di assistenza rispettivamente lo 0,0% e lo 0,6%.
Passando all'analisi dei trasferimenti monetari, le Regioni che hanno destinato una quota maggiore dei loro *budget* a favore di questo tipo di provvidenza sono il Piemonte (49,3%), la Liguria (48,5%) e il Veneto (33,2%). La Provincia Autonoma di Bolzano, invece, non ha utilizzato questa forma assistenziale.
Alla distribuzione dei pasti e/o lavanderia a domicilio, il Friuli Venezia Giulia e le Province Autonome di Trento e Bolzano dedicano rispettivamente il 13,6%, il 13,3% e il 10,2% della spesa socio-sanitaria totale; viceversa la Sicilia e l'Abruzzo meno dello 0,5%.

Al telesoccorso e alla teleassistenza il Lazio e la Campania destinano circa il 4,0% della spesa, mentre la Sardegna e la Provincia Autonoma di Bolzano meno dello 0,3%.

Tabella 3.9 - Spesa dei Comuni singoli o associati per tipo di prestazione di assistenza sociale - Composizione
Valori %, anno 2010

Regioni	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buonvicinato)	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Altro
Italia	60,86	10,26	0,82	1,33	19,15	4,00	3,58
Nord	53,15	8,97	1,44	0,74	28,16	6,38	1,15
Nord-Ovest	54,52	3,76	2,48	0,91	32,49	5,41	0,44
Nord-Est	51,43	15,52	0,13	0,53	22,72	7,62	2,04
Centro	72,25	15,18	0,41	2,81	5,10	1,86	2,38
Sud e Isole	66,64	9,29	0,02	1,39	12,86	1,34	8,46
Piemonte	35,80	8,84	0,19	1,00	49,34	3,45	1,39
Valle d'Aosta	61,24	11,61	2,88	0,77	19,57	3,81	0,12
Lombardia	64,27	1,42	3,68	0,94	22,63	7,00	0,05
Pr. Aut. di Bolzano	86,43	0,00	0,00	0,27	0,00	13,31	0,00
Pr. Aut. di Trento	67,82	4,86	0,00	0,31	16,39	10,21	0,42
Veneto	37,71	22,64	0,03	0,42	33,16	4,98	1,07
Friuli Venezia Giulia	49,15	8,70	0,30	0,64	26,88	13,55	0,78
Liguria	45,58	1,41	1,49	0,56	48,47	2,15	0,33
Emilia Romagna	54,26	19,64	0,29	0,84	14,61	4,64	5,73
Toscana	55,69	24,29	1,22	1,08	11,74	3,15	2,83
Umbria	58,69	28,60	0,01	2,51	2,92	1,61	5,66
Marche	71,64	7,35	0,19	0,64	16,08	1,01	3,08
Lazio	82,22	10,21	0,04	4,03	0,41	1,31	1,77
Abruzzo	77,55	12,59	0,10	2,88	3,16	0,44	3,29
Molise	86,99	5,88	0,00	0,47	4,19	2,46	0,01
Campania	63,40	25,30	0,00	3,91	5,24	0,52	1,63
Puglia	63,14	15,33	0,02	1,79	12,78	5,10	1,84
Basilicata	92,50	0,62	0,04	0,36	1,24	4,09	1,14
Calabria	87,07	6,20	0,24	1,86	1,57	2,67	0,40
Sicilia	62,06	2,20	0,00	0,45	31,45	0,30	3,55
Sardegna	65,22	3,59	0,01	0,20	7,61	0,87	22,50

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In termini di utenza dei servizi di assistenza sociale forniti dai Comuni, prevalgono gli anziani e i disabili, a cui, nel 2010, è stato destinato rispettivamente il 65,6% e il 25,2% del totale delle risorse.

Tabella 3.10 - Spesa dei Comuni singoli o associati per area di utenza Valori %, anno 2010

Regioni	Disabili	Anziani
Italia	25,23	65,60
Nord	13,05	76,42
Nord-Ovest	15,53	70,76
Nord-Est	9,92	83,54
Centro	33,38	56,13
Sud e Isole	40,66	53,32
Piemonte	18,92	74,32
Valle d'Aosta	0,32	99,59
Lombardia	14,11	66,16
Pr. Aut. di Bolzano	0,00	100,00
Pr. Aut. di Trento	6,59	79,73
Veneto	12,40	81,23
Friuli Venezia Giulia	6,15	85,13
Liguria	19,83	77,46
Emilia Romagna	13,34	83,26
Toscana	15,69	76,16
Umbria	29,15	45,41
Marche	22,73	70,63
Lazio	44,39	44,71
Abruzzo	37,95	55,84
Molise	34,77	61,26
Campania	29,36	65,48
Puglia	20,24	68,43
Basilicata	34,56	36,66
Calabria	24,45	68,15
Sicilia	41,66	52,84
Sardegna	58,32	39,32

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

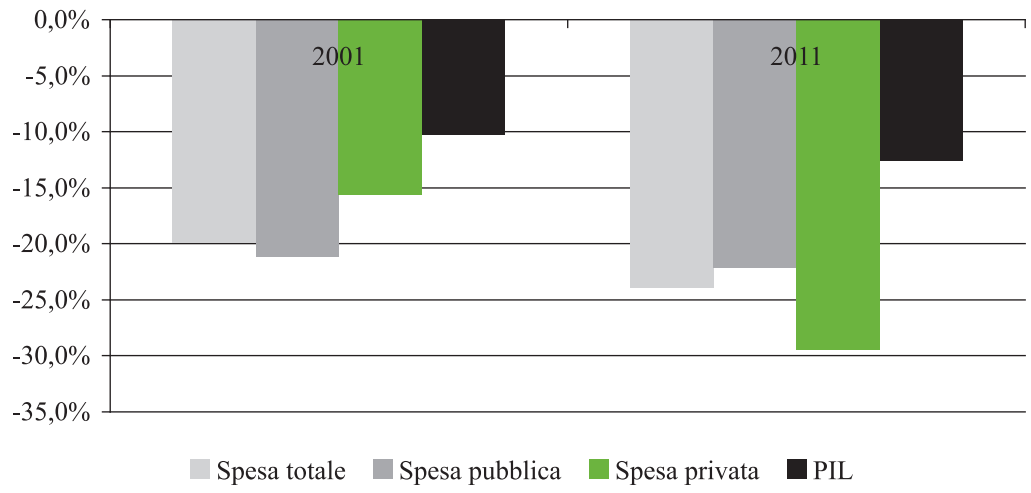
Sardegna (58,3%), Lazio (44,4%) e Sicilia (41,7%) sono le Regioni che destinano maggiori risorse all'area disabili; la Provincia Autonoma di Bolzano, invece, al servizio di assistenza domiciliare a favore dei disabili non assegna alcun fondo, destinando l'intero ammontare ai soli anziani. Le Regioni che dedicano maggiori risorse all'assistenza a favore degli anziani sono: Valle d'Aosta (99,6%) e Friuli Venezia Giulia (95,1%); di contro la Basilicata e la Sardegna hanno destinato all'assistenza agli anziani meno del 40,0% del totale delle risorse.

3.2. Spesa sanitaria: confronti internazionali

Concentrandosi sulla spesa sanitaria, è possibile avere un dato 2011 consolidato, come anche integrare il ragionamento con le evidenze in termini di spesa privata delle famiglie. Osserviamo subito che nel 2011 la spesa sanitaria pro-capite in Italia è stata inferiore di circa il 23,9% rispetto ai Paesi appartenenti all'EU 14[4].

Tale *gap* si è, in particolare, generato sin dal 1992: nel 2001 era pari al 19,9%, e in parallelo con il prolungato ristagno dell'economia italiana, si è ulteriormente allargato.

Figura 3.1 - Spesa sanitaria totale, pubblica, privata pro-capite e PIL (€) Gap Italia vs. EU 14 Valori %, anni 2001 e 2011[5]

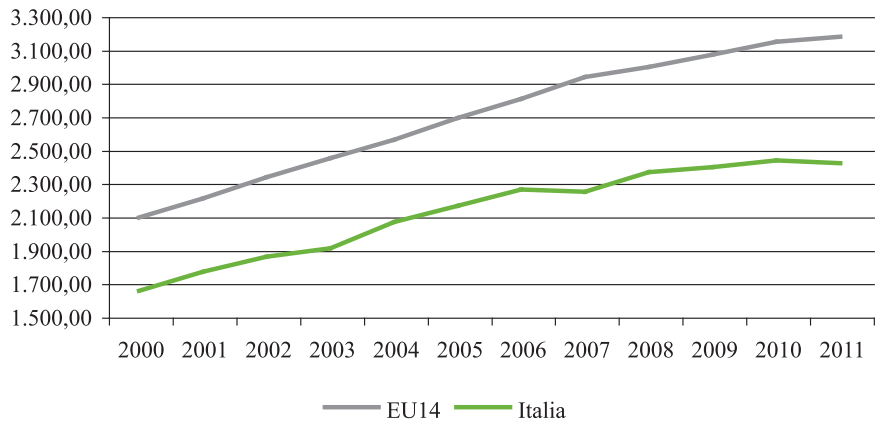


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

[4] *Si tratta della media EU 15 escludendo l'Italia.*

[5] *Per l'anno 2011 il dato di spesa totale del Lussemburgo e dell'Olanda è stato stimato supponendo lo stesso incremento rispetto all'anno precedente. Il dato di spesa pubblica dell'Olanda è stato stimato supponendo la stessa ripartizione pubblico/privato del 2002 (ultimo anno disponibile).*

Figura 3.2 - Spesa sanitaria totale pro-capite - Italia e EU 14
Valori assoluti (€), anni 2000-2011[6]



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

In particolare la spesa sanitaria pubblica italiana pro-capite, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, è oggi del 22,2% inferiore a quella EU 14; mentre quella privata del 29,4%. Se tra il 2000 e il 2008 la distanza tra spesa pubblica italiana e dei Paesi EU 14 era andata riducendosi, per poi incrementarsi nuovamente successivamente, la spesa privata ha avuto un andamento opposto, con il *gap* che si è incrementato sino al 2008, per poi ridursi.

3.3. Spesa sanitaria: la situazione italiana

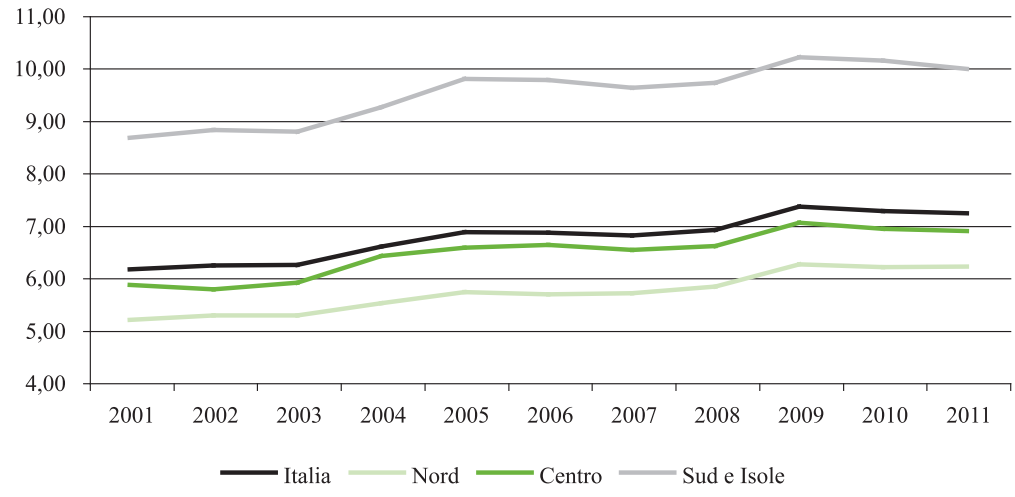
3.3.1. Quadro nazionale e analisi regionali

Nel 2011, la spesa pubblica in Italia secondo i dati del Ministero della Salute è risultata pari al 7,1% del PIL, in riduzione dello 0,1% rispetto al 2010.
Il Decreto legislativo n. 118/2011 ha previsto di includere nella valutazione del bilancio di esercizio 2011 la quota degli ammortamenti non sterilizzati dei beni ad utilità ripetuta entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e, su richiesta regionale, anche degli altri ammortamenti non sterilizzati relativi a beni entrati in produzione prima del 2010. Tuttavia, nella nostra analisi, per motivi di continuità con gli anni precedenti, e per consentire il confronto temporale delle voci di spesa, abbiamo adottato il medesimo criterio prescelto dalla Corte di Conti, ovvero non abbiamo incluso nell'analisi né gli ammorta-

[6] *Per l'anno 2010 il dato del Lussemburgo è stato stimato supponendo lo stesso incremento rispetto all'anno precedente.*

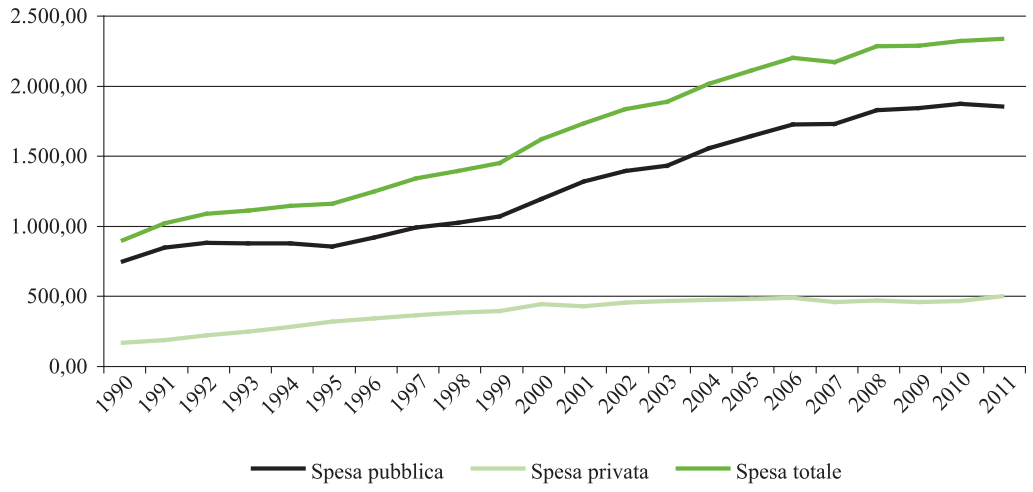
menti né i costi capitalizzati. Si tratta di ammortamenti per € 1.494,5 mln. cui corrispondono costi capitalizzati per € 1.067 mln.
Considerando la voce ammortamenti, la quota di spesa sanitaria sul PIL nel 2011 salirebbe al 7,2%.
Secondo il Rapporto 2013 sul Coordinamento della finanza pubblica, la gestione della spesa sanitaria nel 2012 ha presentato risultati più che positivi: in termini di contabilità nazionale le uscite complessive sarebbero pari a € 110,8 mld.; valore inferiore a quello previsto dal Documento di Economia e Finanza (DEF) di aprile 2012 (€ 114,5 mld.). Come dettagliato di seguito, tale dato era già stato rivisto con il D.L. 95/2012.
Quindi, per il secondo anno di seguito, la spesa pubblica registra una riduzione in termini nominali del -0,7% contro il -0,8% dello scorso anno.
Tale risultato ha inoltre permesso di rivedere, nel DEF 2013-2017, le previsioni della spesa sanitaria per il prossimo quinquennio: dal 7,1% del PIL nel 2012 al 6,7% nel 2017.

Figura 3.3 - Spesa sanitaria pubblica – Quota su PIL
Valori %, anni 2001-2011



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

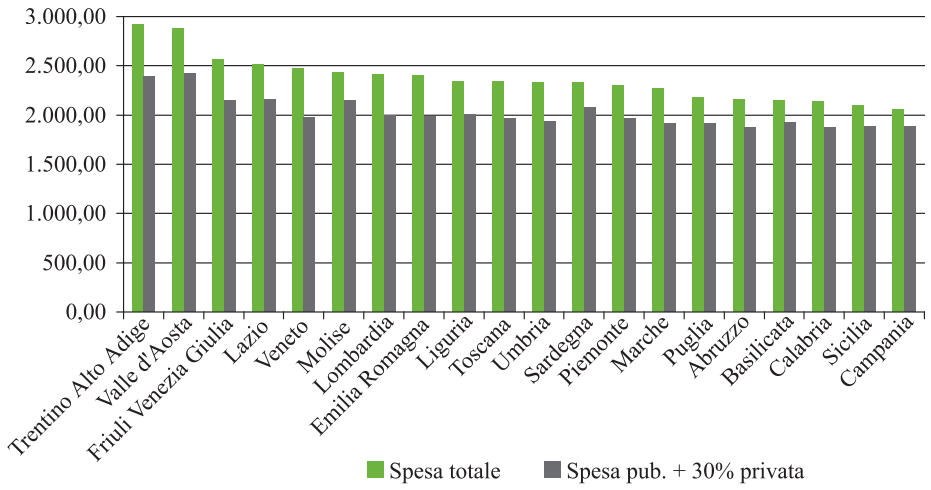
**Figura 3.4 - Spesa sanitaria pubblica, privata e totale pro-capite
Valori assoluti (€), anni 1990-2011**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Come anticipato, la spesa privata è cresciuta ancora meno di quella pubblica, a conferma della scarsa *willingness to pay* delle famiglie italiane, oberate dalla crisi.
In ogni caso la spesa sanitaria è per un quarto sostenuta direttamente dalle famiglie, che integrano i servizi forniti più o meno gratuitamente dal SSN pubblico.
Se si guarda alla variabilità della spesa regionale, sempre secondo l'ultimo Rapporto Sanità del Ministero della Salute, emerge come nel 2011 le Regioni con spesa inferiore (totale) siano prevalentemente Regioni del Sud, pur pesando la spesa per tenere conto delle differenze demografiche: Campania, Sicilia, Calabria e Basilicata (si noti che sono tutte escluse, tranne l'ultima, dalla scelta del *benchmark* previsto dalla norma sui costi *standard*, solo perché non in pareggio), sono le Regioni in cui si spende meno, presumibilmente configurando non una maggiore efficienza, quanto il rischio di una significativa carenza di servizi.
Data la complementarietà della spesa privata rispetto a quella pubblica, come anche in ossequio al fatto che essa contiene le compartecipazioni (prevedibilmente nel futuro ancora in crescita) che pur sempre afferiscono all'erogazione di servizi pubblici, non sembra quindi ragionevole tralasciare la componente di spesa privata nella determinazione del *benchmark* per i costi *standard*.
Prendendo in considerazione la spesa privata per compartecipazioni o per acquisto privato di beni e servizi compresi nei LEA, che in mancanza di un dato complessivo abbiamo in prima istanza provato a immaginare sia pari al 30% della spesa privata, la situazione non si modifica in maniera considerevole: le Regioni che risultano avere una spesa minore sono Calabria, Abruzzo, Campania e Sicilia.

Figura 3.5 - Spesa sanitaria totale pro-capite per popolazione pesata Valori assoluti (€), anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

Tornando al contenimento della spesa pubblica, esso è legato principalmente al contenimento della spesa cosiddetta accreditata/convenzionata, che si riduce in tutte le ripartizioni e in particolar modo nelle Regioni del Sud gravate dai piani di rientro e da una maggiore quota di strutture accreditate.
La spesa diretta, ovvero delle strutture pubbliche, invece, è cresciuta al Nord, è rimasta pressoché stabile al Sud, mentre si è ridotta al Centro.

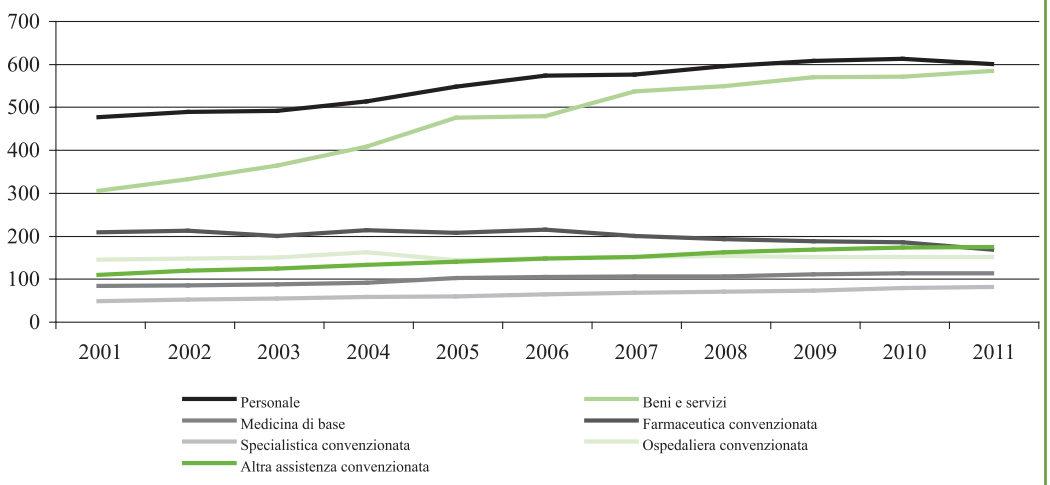
Tabella 3.11 - Spesa sanitaria diretta e convenzionata - Variazioni quinquennali medie annue Valori %, anni 2001-2011

	2006/2001	2011/2006
	Diretta	
Italia	6,85%	3,07%
Nord	5,97%	3,42%
Centro	8,21%	2,78%
Sud	7,29%	2,75%
	Convenzionata	
Italia	3,47%	0,84%
Nord	4,01%	2,13%
Centro	3,87%	-0,50%
Sud	2,60%	-0,08%

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

La spesa per beni e servizi è andata crescendo costantemente, anche se rallentando negli ultimi anni, e certamente anche per effetto di un assorbimento di costi derivanti dal prolungato blocco del *turn-over*; non a caso la spesa per il personale ha fatto osservare anni di crescita (legati ai rinnovi contrattuali) seguiti da periodi di stasi e, negli ultimi anni, una riduzione a causa del blocco delle assunzioni.
L'unica voce, di contro, significativamente contratta risulta quella della spesa farmaceutica convenzionata, che si è ridotta progressivamente a partire dal 2006 per effetto delle reiterate manovre di "taglio" dei prezzi e della progressiva genericazione delle molecole.

Figura 3.6 - Spesa sanitaria pubblica pro-capite per funzioni
Valori assoluti (€), anni 2001-2011



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

Le manovre di risanamento della finanza pubblica hanno certamente dato buoni risultati. Il disavanzo, che un decennio fa rappresentava il 3,4% della spesa sanitaria, si è più che dimezzato, riducendosi all'1,3%; il vero problema appare essere quello della concentrazione del disavanzo: già nel 2001 circa il 64% era concentrato in 5 Regioni (Lazio, Campania, Sicilia, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano), arrivando nel 2011 all'87% del deficit nazionale nelle Regioni Liguria, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna.

Figura 3.7 - Disavanzo nazionale – Quota su spesa sanitaria pubblica Valori %, anni 2001-2011

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

Anche la spesa sanitaria privata presenta una forte, anzi maggiore, variabilità regionale. Il valore medio pro-capite in Italia nel 2011 è stato pari a € 485,0, ma sale nel Nord a € 599,0, nel Centro a € 520,7 e nel Sud è solo di € 313,4.

Le Regioni con una spesa privata pro-capite maggiore sono il Trentino Alto Adige (€ 738,5) e il Veneto (€ 702,4), mentre quelle con spesa privata per abitante minore sono la Campania (€ 238,1) e la Sicilia (€ 287,8), con una stretta correlazione al reddito pro-capite e un differenziale tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima di circa 3 volte.

**Tabella 3.12 - Spesa sanitaria privata pro-capite
Valori assoluti (€), anni 2001-2011**

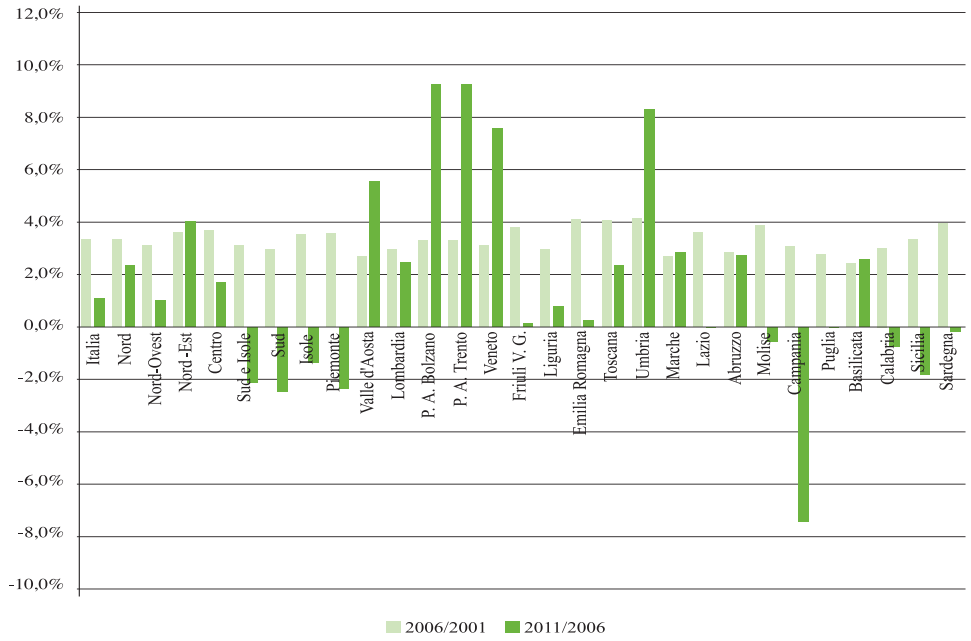
Regioni	2001	2005	2010	2011
Italia	414,74	466,71	451,61	485,05
Nord	493,15	550,38	507,06	599,00
Nord-Ovest	490,09	550,31	475,58	556,10
Nord-Est	497,47	550,47	550,63	658,40
Centro	438,92	494,04	502,09	520,71
Sud e Isole	304,56	345,15	349,64	313,38
Sud	316,97	356,50	354,37	317,99
Isole	278,40	321,17	339,67	303,67
Piemonte	492,25	554,02	488,95	492,44
Valle d'Aosta	469,51	512,75	649,12	653,52
Lombardia	497,33	555,73	459,29	588,99
P. A. Bolzano	446,86	500,71	452,22	738,55
P. A. Trento	446,86	500,71	452,22	738,55
Veneto	458,24	495,75	481,23	702,43
Friuli V. G.	537,57	617,57	736,58	622,84
Liguria	444,59	511,21	524,14	522,16
Emilia Romagna	542,07	604,62	599,01	600,51
Toscana	428,63	490,51	473,71	547,40
Umbria	344,58	384,20	399,65	571,82
Marche	418,70	456,29	430,25	514,34
Lazio	466,93	525,24	556,68	496,89
Abruzzo	332,99	355,58	391,37	411,99
Molise	342,18	406,89	449,68	404,02
Campania	307,63	348,59	314,18	238,14
Puglia	324,64	362,82	374,63	365,19
Basilicata	250,25	278,27	315,85	326,50
Calabria	333,87	382,23	401,13	374,68
Sicilia	271,59	312,78	342,26	287,83
Sardegna	299,12	346,66	331,86	351,45

I valori indicati per la P.A di Trento e per la P.A. di Bolzano rappresentano il valore medio del Trentino Alto Adige, in quanto non è disponibile il dettaglio delle singole Province Autonome

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati ISTAT

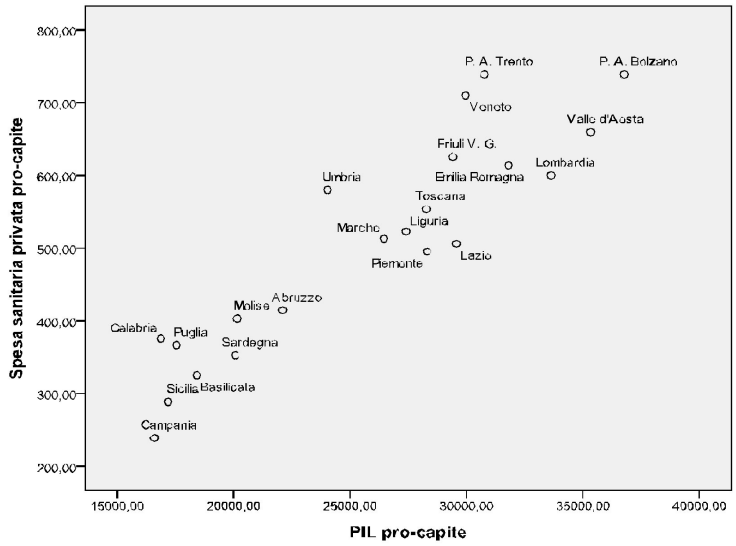
La spesa sanitaria privata, nel quinquennio 2006-2011, si è incrementata in media dell'1,1% annuo, ma l'incremento maggiore si osserva nelle Regioni del Nord (2,3%) e del Centro (1,7%), mentre al Sud la spesa si è addirittura ridotta (-2,1%), allargando ulteriormente la “forbice”.
Le Regioni in cui la spesa privata è cresciuta maggiormente tra il 2006 e il 2011 sono il Trentino Alto Adige (9,3%) e l’Umbria (8,3%); viceversa quelle che hanno registrato una maggiore riduzione di spesa sono la Campania (-7,4%) e il Piemonte -2,4%).

Figura 3.8 - Spesa sanitaria privata - Variazioni quinquennali medie annue Valori %, anni 2001-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 3.9 - Correlazione tra spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite Valori assoluti (€), anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

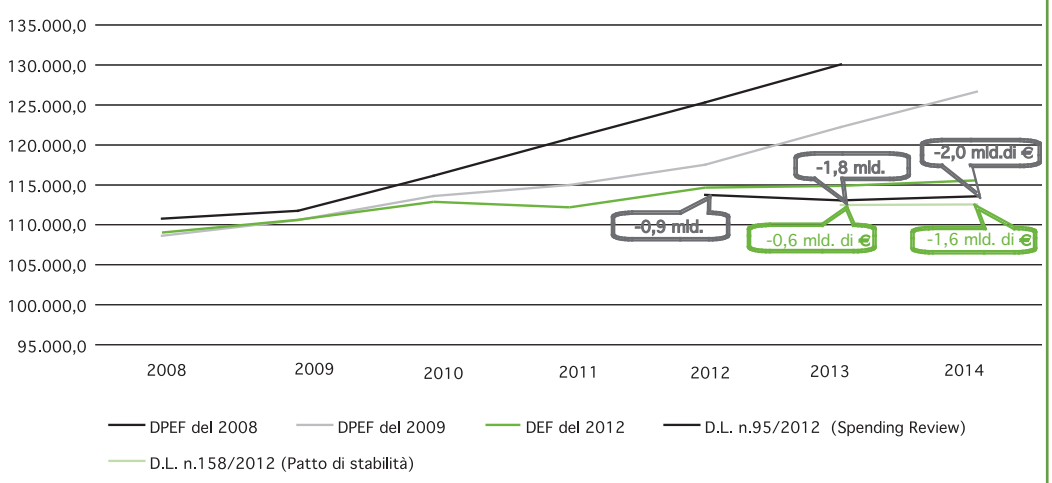
La figura 3.9 conferma la forte correlazione positiva fra reddito e spesa privata; in particolare le Regioni che si allontanano di più dalla retta di regressione con segno positivo, e che quindi registrano un carico sulle famiglie maggiore dell'atteso, sono la Calabria, la Puglia, l'Umbria, ma anche il Veneto e la Provincia Autonoma di Trento; in queste ultime due Regioni la spesa privata appare elevata malgrado i livelli di ricchezza raggiunti.
Le Regioni, viceversa, che si discostano maggiormente con segno negativo dalla retta di regressione sono la Valle d'Aosta, la Lombardia, il Lazio e il Piemonte, dove la spesa privata appare più bassa di quanto ci si aspetterebbe in base alla relazione statisticamente stimata.
Nell'analisi dei dati precedentemente esposti, si consideri che il dato di spesa privata Istat è presumibilmente sottostimato: infatti, secondo l'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), il valore del "ramo" è pari a circa € 2,0 mld. e dall'analisi dei consumi delle famiglie la spesa per le "Assicurazioni di Malattia" che emerge è pari a € 1,5 mld., facendo così presagire che sfuggono le polizze collettive (fondi sanitari integrativi e simili), che pur essendo di importo unitario certamente inferiore, sono numericamente molto più numerose: dalle stime circolanti (Censis, 2012) circa del 300%.
Secondo i dati OECD la spesa per assicurazioni in Italia nel 2010 è pari a € 23,0 pro-capite, inferiore al valore medio EU14 del -92,0%[7].

3.3.2. *Spending review*: quali effetti

Malgrado la spesa sanitaria pubblica italiana sia inferiore ai livelli EU, sia cresciuta meno e sia, in particolare negli ultimi anni, stata controllata, le esigenze di finanza pubblica hanno imposto una nuova manovra; il DEF del 2012 e successivamente il D.L. n. 95/2012 (c.d. *Spending Review*) e il D.L. n. 158/2012 (Patto di stabilità) hanno programmato a partire dal 2012 e fino al 2014 tagli progressivi alle spese sanitarie. In particolare, i tagli riguardano la voce 'beni e servizi', con una riduzione del 5% (circa € 1,5 mld. in meno rispetto al 2011) degli oneri dei contratti di fornitura (ad esclusione dei farmaci), una riduzione di acquisto di prestazioni di ricovero ed ambulatoriali dai privati accreditati del -0,5%, -1,0% e -2,0%, rispettivamente nel 2012, 2013 e 2014.
Ancora tagli sulla spesa per farmaci e dispositivi medici: è prevista un'ulteriore riduzione dei tetti di spesa per la farmaceutica, ospedaliera e territoriale, nonostante il nostro Paese abbia un valore di spesa farmaceutica pro-capite inferiore del 20% rispetto alla media dei Paesi OECD, e del 17% rispetto a quella media europea; anche per i dispositivi medici, per i quali, con la manovra finanziaria del 2011, era stato introdotto per la prima volta un tetto di spesa (pari al 5,0% del FSR), è stata prevista un'ulteriore riduzione con un abbassamento della soglia al 4,9% nel 2013 e al 4,8% nel 2014.
Alla luce delle misure previste dagli ultimi provvedimenti legislativi, nel 2013, si dovrebbe quindi determinare un fabbisogno di € 17 mld. in meno (-13%), rispetto a quanto previsto nel DPEF del 2008.

[7] *Il dato di Olanda, Lussemburgo e Belgio è stato stimato assumendo l'incremento di spesa dell'ultimo anno disponibile.*

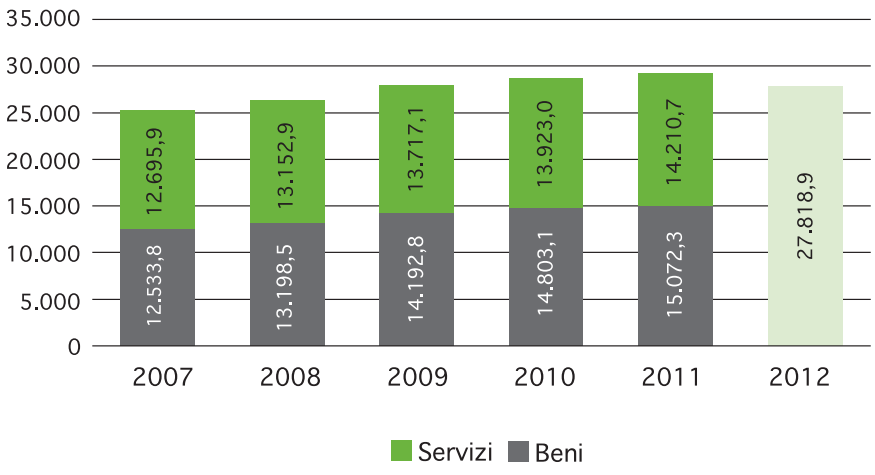
Figura 3.10 - I tagli alle risorse per la Sanità in Italia nel triennio 2012-2014



Fonte: rielaborazione dati Corte dei Conti

La tabella che segue riassume i principali elementi dei DD.LL. n. 95 e n.158/2012. Come anticipato, si prevede una riduzione dell'importo dei contratti di fornitura per beni e servizi (esclusi farmaci) pari al 5% nel 2012: con l'attuazione di tale provvedimento, la spesa per beni e servizi si dovrebbe ridurre di € 1.464,2 mln. rispetto al 2011.

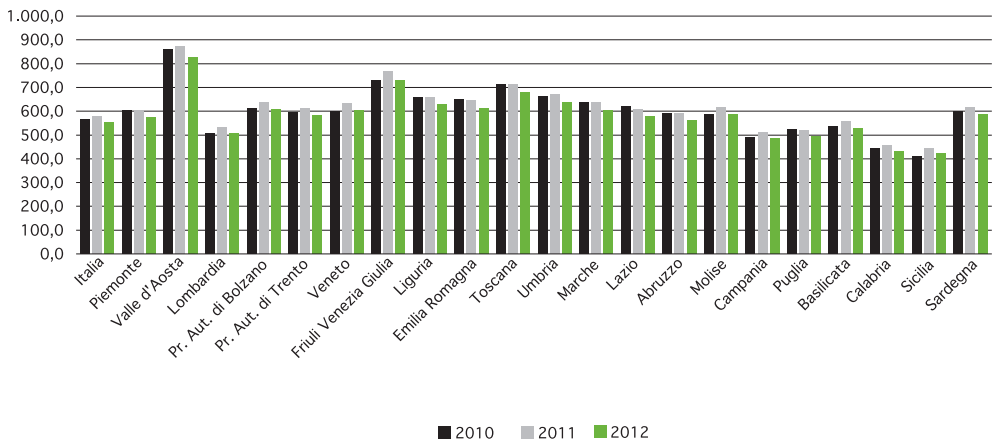
Figura 3.11 - Spesa sanitaria per beni e servizi Valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2012



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

La norma prefigura un taglio in egual misura in tutte le Regioni: ma la spesa per beni e servizi regionale è estremamente eterogenea, passando da valori massimi in Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia a valori minimi in Sicilia e Calabria.

Figura 3.12 - Spesa sanitaria per beni e servizi pro-capite Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2012



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

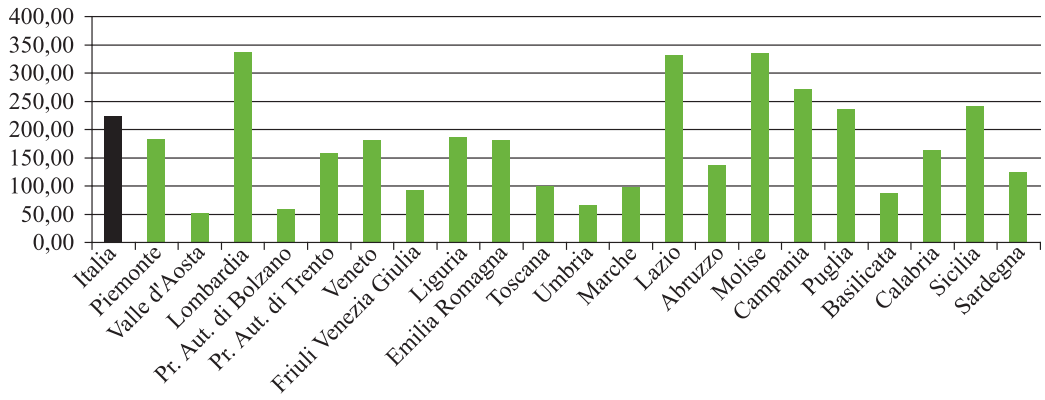
Le Regioni stanno adottando strategie piuttosto omogenee per mettere in pratica la *Spending review*, cercando di non ridurre i servizi; in particolare ricercando un taglio proporzionale sul valore dei contratti, richiedendo sconti e rinegoziando con i fornitori; appare però evidente come sia il valore in assoluto dei tagli, sia il loro impatto sui servizi appaia funzione dei valori di partenza, che sono profondamente difformi (con una differenza pari a 2 volte nel 2011 tra la Regione con spesa massima quindi la Valle d'Aosta e quella con spesa minima quindi la Sicilia). Appare paradigmatico il caso della Basilicata, che ha contemporaneamente una spesa pro-capite per beni e servizi contenuta e scarso ricorso agli accreditamenti: un ulteriore taglio prefigura necessariamente un taglio anche dei servizi.

Si consideri, poi, che la spesa diretta è complementare a quella per i servizi sanitari acquistati dai privati.

Come anticipato il Decreto prevede, infatti, anche la riduzione della spesa per prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privati accreditati nella misura del -0,5% nel 2012, -1,0% nel 2013 e -2,0% nel 2014.

Anche in questo caso il taglio incide in maniera differente, in funzione del peso del convenzionato nella Regione. Tale taglio inciderà ad esempio in misura marginale in Regioni come la Basilicata e la Valle d'Aosta e molto in Regioni come il Lazio, la Lombardia e il Molise.

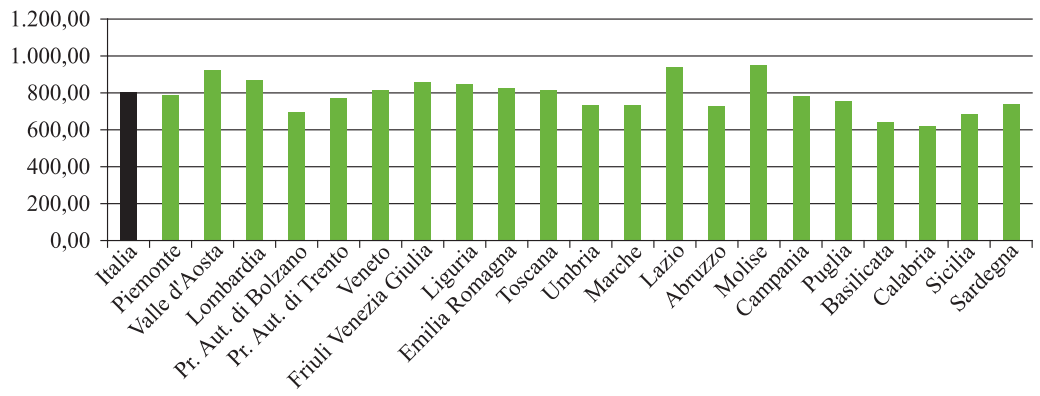
Figura 3.13 - Spesa per ospedaliera e specialistica ambulatoriale accreditata pro-capite
Valori assoluti (€), anno 2011



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

Per una migliore comprensione degli impatti va analizzata la spesa complessiva (diretta e convenzionata); come si può vedere, le differenze tra le Regioni tendono a ridursi in quanto il dato viene depurato dalla differente gestione delle attività delle Regioni.

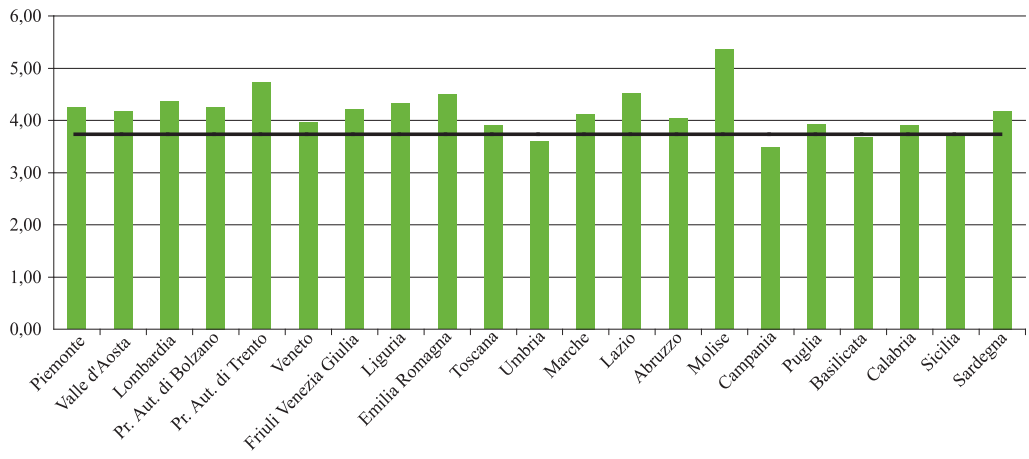
Figura 3.14 - Spesa sanitaria diretta e convenzionata (beni e servizi + ospedaliera convenzionata + specialistica convenzionata) pro-capite Valori assoluti (€), anno 2011



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

Altro punto è la riduzione *standard* di posti letto ospedalieri accreditati ad un livello non superiore a 3,7 posti letto/1.000 abitanti (di cui 0,7 per lungodegenza e riabilitazione).

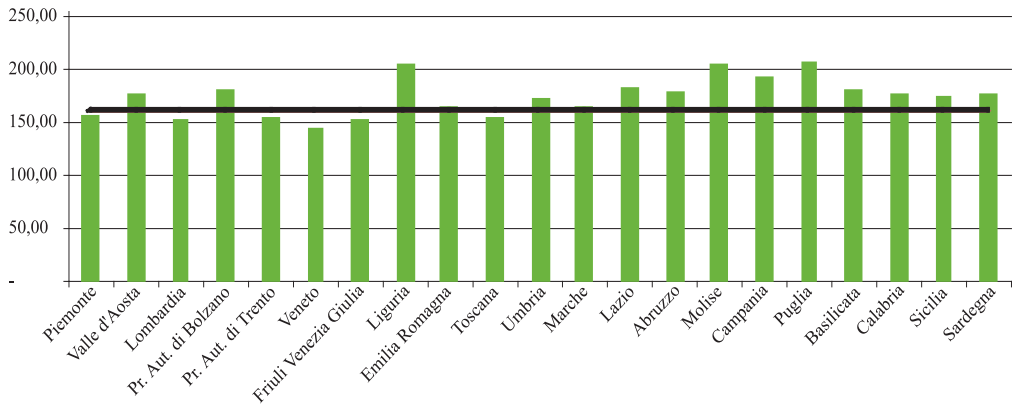
**Figura 3.15 - Posti letto ospedalieri accreditati – Per 1.000 abitanti
Valori assoluti, anno 2010**



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

Le Regioni ancora lontane dall'obiettivo sono il Molise, la Provincia Autonoma di Trento e il Lazio, mentre quelle che lo hanno già raggiunto sono Campania, Umbria e Basilicata. Anche per quel che concerne il tasso di ospedalizzazione, questo dovrà raggiungere un valore pari a 160/1.000 ab. di cui il 25% in regime di *day hospital* (DH), e anche qui le distanze sono notevoli soprattutto in Liguria, Molise e Puglia.
Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana hanno invece già raggiunto tale traguardo.

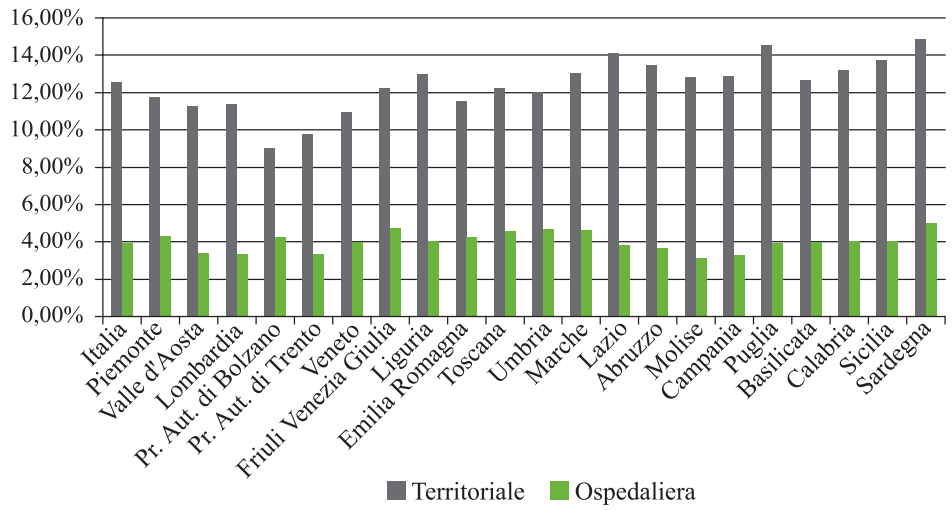
**Figura 3.16 - Tasso di ospedalizzazione – Per 1.000 abitanti
Valori assoluti, anno 2010**



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

Ma in termini di spesa ciò che più conta è che una riduzione dei posti letto non seguita da una riallocazione del personale, appare sostanzialmente fallace nel suo obiettivo.
Infine viene aggiornato, al ribasso, il tetto per la farmaceutica territoriale, che viene fissato al 13,1% nel 2012 e all'11,3% nel 2013, e complessivamente rimane insufficiente quello della farmaceutica ospedaliera posto al 3,5% nel 2013.
Le Regioni che dovranno faticare maggiormente per raggiungere tale obiettivo relativamente alla spesa farmaceutica territoriale sono Puglia, Lazio e Sicilia.
Per quel che concerne invece la farmaceutica ospedaliera, tutte le Regioni ad esclusione di Valle d'Aosta, Lombardia, P. A. di Trento, Molise e Campania sono lontane dall'obiettivo proposto.

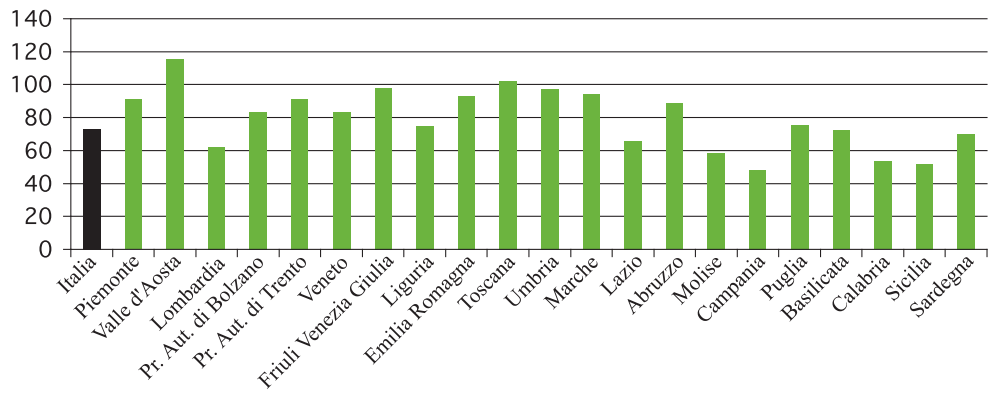
Figura 3.17 - Spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale - Quota sul FSR Valori %, Gennaio-Settembre 2011



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

Per quanto concerne il tetto sulla spesa per dispositivi medici (DM), anch'esso ridotto al 4,9% per il 2013 e al 4,8% per il 2014 (5,0% nel 2012), il tema fondamentale rimane la scarsa applicabilità della norma: non esiste, infatti, un dato credibile sulla spesa per DM, tenuto conto della sottostima delle quote di ammortamento degli elettromedicali e la mancata inclusione dei *software*; inoltre manca un meccanismo di *payback* che renda cogente la norma come nel comparto farmaceutico.
In ogni caso, emerge come la spesa per DM sembra essere maggiore nelle Regioni del Nord, ponendo dubbi sugli incentivi impliciti della norma.

Figura 3.18 - Spesa per Dispositivi Medici pro-capite
Valori assoluti (€), anno 2008



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

3.4. Conclusioni

La spesa sanitaria italiana pro-capite è inferiore, nel 2011, alla media dell'Europa dei 14 (EU14) del 23,9%; anche la spesa sanitaria pubblica è inferiore del 22,2%: dal 2008, in particolare, il *gap* della spesa pubblica è andato incrementandosi mentre quello della spesa privata riducendosi rispetto agli anni precedenti.

Tale *gap* è certamente connesso a quello del PIL aggravato dall'evasione e dalle esigenze di rientro dal debito, ovvero dagli interessi passivi.

Anche se sinora il sistema sembra "abbia tenuto", grazie alle razionalizzazioni e all'amministrazione dei prezzi, è evidente come specie la seconda strada non sia percorribile all'infinito.

Malgrado la spesa sanitaria pubblica italiana sia inferiore ai livelli EU, sia cresciuta meno e sia, in particolare negli ultimi anni, stata controllata, le esigenze di finanza pubblica hanno comunque imposto una nuova manovra; il Documento di Economia e Finanza (DEF) del 2012 e successivamente il D.L. n. 95/2012 (c.d. *Spending review*) e il D.L. n. 158/2012 (Patto di stabilità) hanno programmato a partire dal 2012 e fino al 2014 tagli progressivi alle spese sanitarie. Indipendentemente dai meriti di tale manovra, difficilmente valutabili, i dati preliminari 2012 suggeriscono che per il secondo anno si registrerà una riduzione in termini reali della spesa sanitaria.

A questo punto non si può non considerare che i continui tagli potrebbero divenire un *boomerang*, non solo in termini di peggioramento dello stato di salute e quindi di pro-

duttività, ma anche in termini di sviluppo industriale, indubitabilmente necessario per il rilancio dell'economia del Paese.
In ogni caso è dimostrato che la spesa sanitaria (e a maggior ragione quella sociale) sia complessivamente bassa; questo dato unito ai buoni livelli di salute della popolazione, confermano la valutazione OECD che vede il sistema sanitario italiano fra i più efficienti in assoluto.
Ciò non di meno rimangono evidenti sacche di inefficienza allocativa: quindi è certamente possibile una ulteriore razionalizzazione del settore, tale da rendere il sistema più efficace a parità di risorse.
È di contro discutibile che si possano ottenere ulteriori risparmi finanziari, senza mettere a rischio la tenuta complessiva del settore, anche in considerazione della contrazione dell'apporto privato delle famiglie (che comunque con l'attuale normativa sulle compartecipazioni avrebbe profili equitativi discutibili) conseguente alla perdurante crisi del Paese.

Riferimenti bibliografici

- CEIS Sanità (vari anni), Università degli Studi di Roma Tor Vergata, *Rapporto Sanità*, anni 2008 e 2009, 2011.
- CENSIS (2012), *Il ruolo della Sanità integrativa nel Servizio Sanitario Nazionale.*
- ISTAT (vari anni), *tavole statistiche varie, www.istat.it*.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (vari anni), *Relazione sulla situazione economica del Paese.*
- Ministero della Salute (vari anni), *Rapporto Sanità, anni 2001-2011, www.salute.gov.it.*
- OECD (2013), *Health Data Statistics*.

Capitolo 4

Indicatori di performance: l'impatto equitativo della crisi e gli effetti nelle Regioni in Piano di Rientro

4 - Indicatori di performance: l'impatto equitativo della crisi e gli effetti nelle Regioni in Piano di Rientro

d'Angela D.[1] Spandonaro F.[2]

4.1. Introduzione

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

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

Il presente contributo, in continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, analizza e aggiorna il grado di impoverimento e catastroficità delle famiglie, indicatori privilegiati in tema di valutazione, rispettivamente, della fragilità delle famiglie e delle carenze di risposta del Sistema[3].

L'aggiornamento riguarda il biennio 2010-2011, ed è stato effettuato un approfondimento del fenomeno nelle Regioni soggette a Piano di Rientro, per valutarne l'eventuale impatto equitativo.

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

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *Università di Roma "Tor Vergata" .*

[3] *A. Maruotti, F.S. Mennini, L. Piasini, F. Spandonaro, 2004 e M. Doglia e F. Spandonaro, 2005.*

4.2. Povertà, impoverimento e catastroficità

Nell'anno 2010, dopo la riduzione riscontrata nel 2009, si è assistito ad una ripresa dei consumi delle famiglie: il consumo medio è stato pari a € 28.806 (+0,7% rispetto al 2009), di cui il 33,6% per l'abitazione (canone di affitto, manutenzioni ordinarie, etc.) e beni durevoli (elettrodomestici vari), il 19,6% per generi alimentari e bevande, il 14,7% per trasporti e comunicazioni; le spese socio-sanitarie hanno inciso per il 4,2% dei consumi, per un valore medio annuo di € 1.209.

Passando al 2011, i consumi delle famiglie sono continuati a crescere: la spesa media annua delle famiglie ha raggiunto i € 29.064 (+0,9% rispetto al 2010), restando comunque più bassa di quella sostenuta nel periodo precedente alla prima crisi finanziaria (2008/2009).

Dopo la riduzione del numero di famiglie che hanno fatto ricorso a spese socio-sanitarie private, riscontrata in concomitanza con la primi crisi finanziaria (2009), nel 2010 e 2011 queste sono aumentate rappresentando rispettivamente il 60,8% e 61,8% delle residenti (15.144.236 nuclei nel 2010 e 15.545.024 nel 2011).

Tra le voci di spesa socio-sanitaria sono state prese in considerazione quelle per farmaci, specialistica (visite mediche, analisi cliniche, esami radiologici), ricoveri ospedalieri e presso case di cura, cure odontoiatriche, cure termali, servizi cosiddetti ausiliari (infermieri, fisioterapisti), protesi e ausili, noleggio attrezzature, assistenza per disabili e anziani non autosufficienti.

La spesa socio-sanitaria OOP effettiva, ossia delle sole famiglie che la sostengono, nel 2010 è stata in media pari a € 1.896,50 annui (+3,1% rispetto al 2009), rappresentando il 6,6% dei consumi (+0,8 punti percentuali rispetto al 2009).

Nel 2011 la spesa socio-sanitaria media è aumentata del +1,3% ma considerando quella effettiva delle sole famiglie che l'hanno sostenuta ha subìto nuovamente una lieve riduzione rispetto all'anno precedente (-0,3%), raggiungendo i € 1.891,70 (6,5% dei consumi totali).

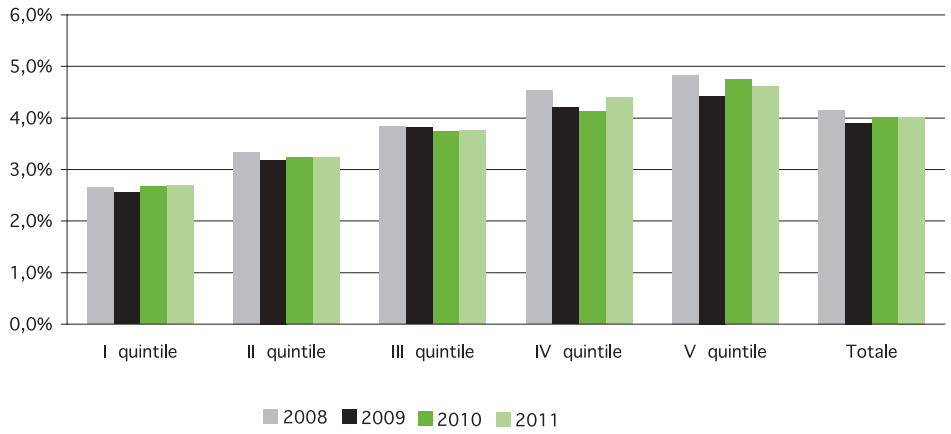
Anche nel 2011 la voce di spesa maggiore continua ad essere quella dei farmaci, la cui quota sul totale delle spese socio-sanitarie è continuata ad aumentare raggiungendo il 43,6%, guadagnando 2,2 punti percentuali rispetto al 2010 ma restando comunque al di sotto del 43,8% riscontrato nel 2009; la quota per la specialistica dopo un piccolo aumento riscontrato nel 2010 (19,6%) è ritornata al valore dell'anno 2009; quella per protesi ed ausili che nel 2009 aveva subìto una riduzione, è aumentata progressivamente riportandosi nel 2011 al valore del 2008 (9,7%).

La spesa sanitaria effettiva annua delle famiglie, considerando solo quelle che sostengono la specifica tipologia di spesa, per i farmaci è aumentata raggiungendo i € 980,88 (€ 971,34 nel 2009), così come per la specialistica a € 1.374,67 (€ 1.315,85 nel 2009), per l'odontoiatria a € 4.488,09 (€ 4.480,09 nel 2009); quella per l'assistenza ai disabili e agli anziani si è invece ridotta raggiungendo i € 5.832,14 (€ 5.877,97 nel 2009).

Sembra complessivamente evidenziarsi una significativa elasticità dei consumi sanitari privati al reddito disponibile, confermata dal fatto che la quota ad essi destinata aumenta significativamente nei quintili più alti; si nota anche una sostanziale stabilità dei consumi all'interno dei quintili, specialmente in quelli a cui appartengono le famiglie che regi-

strano minori consumi, suggerendo in qualche modo che trattasi di bisogni sostanzialmente irrinunciabili.

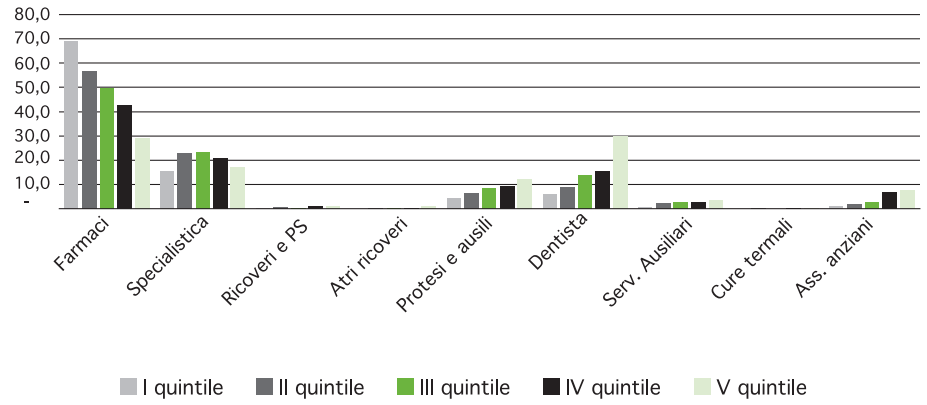
Figura 4.1 - Spese socio-sanitarie OOP - Quota sul totale per quintile di consumo
Valori %, anni 2008-2011



Fonte: Elaborazioni CREA Sanità su dati Istat

Le famiglie appartenenti ai quintili più bassi spendono prevalentemente per farmaci (70%) e specialistica (17%); spostandosi verso i quintili più alti, tali quote si riducono sempre più, lasciando invece spazio a protesi ed ausili e odontoiatria.
La "variabilità" nei quintili più alti potrebbe, quindi, essere messa in relazione con il fatto che le cure odontoiatriche, l'assistenza agli anziani e protesi ed ausili si comportano come "beni di lusso", mentre farmaci e specialistica da "beni primari".

Figura 4.2 - Spese socio-sanitarie OOP - Composizione per quintile di consumo
Valori %, anno 2010



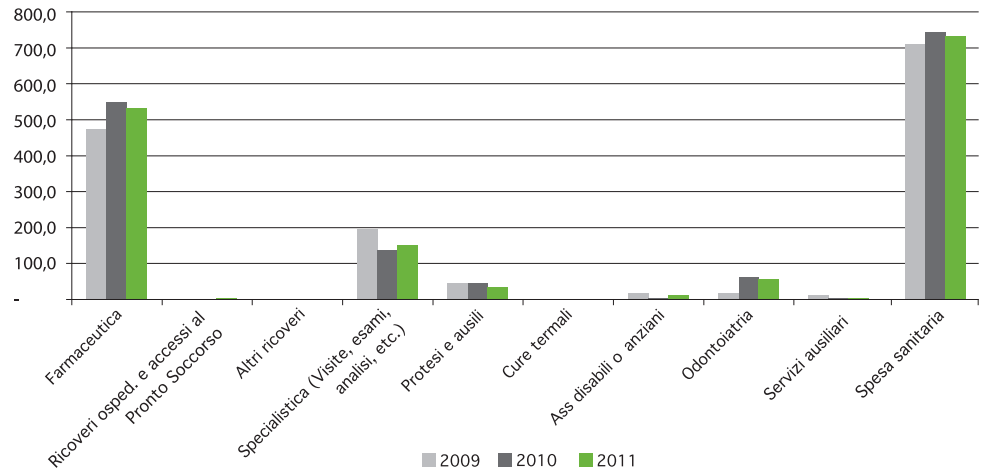
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

La quota media dei consumi destinata al socio-sanitario se in media è continuata ad aumentare nel 2011 raggiungendo il 4,0%, (3,9% del 2009), ha avuto andamenti diversi per quintile: è rimasta pressoché inalterata per le famiglie del primo e secondo quintile di consumo equivalente[4], (rispettivamente 2,7% e 3,2%), è aumentata in quelle del terzo e del quarto (da 3,7% a 3,8% e da 4,1% a 4,4% rispettivamente), e si è invece ridotta rispetto al 2010 in quelle del quinto (4,8%) raggiungendo il 4,6%, mantenendo comunque una quota inferiore a quella del 2008 (4,4%).
Nel 2010 si è avuto un aumento del numero di famiglie in stato di povertà relativa: 11,0% a fronte del 10,4% dell'anno precedente, rappresentando poco più della metà delle famiglie del primo quintile (50,3%).
La spesa sanitaria OOP effettivamente sostenuta in questa classe di famiglie è aumentata del +5,9% rispetto al 2009, raggiungendo i € 721,50 annui, con una variazione analoga a quella dei consumi totali (€ 12.220,9).

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

Il 75,1% della spesa socio-sanitaria di queste famiglie è rappresentata da farmaci e il 12,9% da specialistica; da notare che è aumentata la quota destinata alle cure odontoiatriche, che è passata dall'1,7% del 2009 al 6,7%.
Nel 2011, la quota di famiglie povere è cresciuta ancora, passando dall'11,0% all'11,1%; si sono ridotti i loro consumi totali a € 12.125,0 annui, aumentando però la quota destinata al socio-sanitario che è passata dal 5,9% al 6,0%, con una spesa effettiva annua pressoché invariata (€ 721,50).

Figura 4.3 - Spese socio-sanitarie OOP effettive delle famiglie povere Valori annui in €, anni 2009-2011

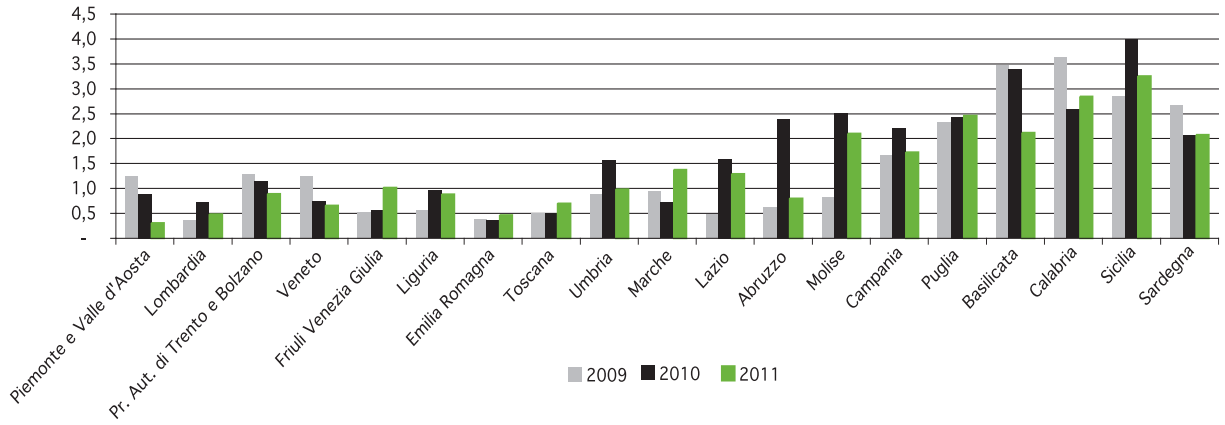


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Nel 2010 si è assistito anche ad un aumento del fenomeno dell'impoverimento causato dalle spese socio-sanitarie: sono risultate impoverite 361.216 famiglie (1,5% dei residenti), circa 63.500 in più rispetto al 2009 (quando erano l'1,2%); considerando solo quelle che hanno sostenuto spese OOP, si è passati dal 2,0% del 2009 al 2,4%.
Quasi tutte queste famiglie (99,8%) sono distribuite nei primi tre quintili di consumo.
Le famiglie impoverite hanno ridotto la quota di spesa destinata al socio-sanitario dal 15,3% al 14,2%, con una riduzione di consumo pari a -5,9% rispetto al 2009, che si attesta a € 2.150,20 (€ 2.276,20 nel 2009). La quota destinata ai farmaci è aumentata di oltre il 5%, rappresentando il 50,7% dei consumi OOP; si è invece ridotta quella per la specialistica (dal 22,3% del 2009 al 21,6%), per le cure odontoiatriche (dal 13,4% al 9,3%), per protesi e ausili (dal 7,0% al 6,1%) e per l'assistenza agli anziani (dal 10,2% all'8,7%).
Nel 2011 c'è stata, invece, una lieve riduzione d'incidenza dell'impoverimento (si tenga conto che la variabilità campionaria può spiegare l'andamento altalenante del dato):

52.541 famiglie in meno rispetto al 2010 (1,23% delle famiglie residenti, pari a 308.674). Considerando solo quelle che hanno sostenuto spese sanitarie OOP, la quota delle impoverite è passata dal 2,4% del 2010 al 2,0% del 2011.

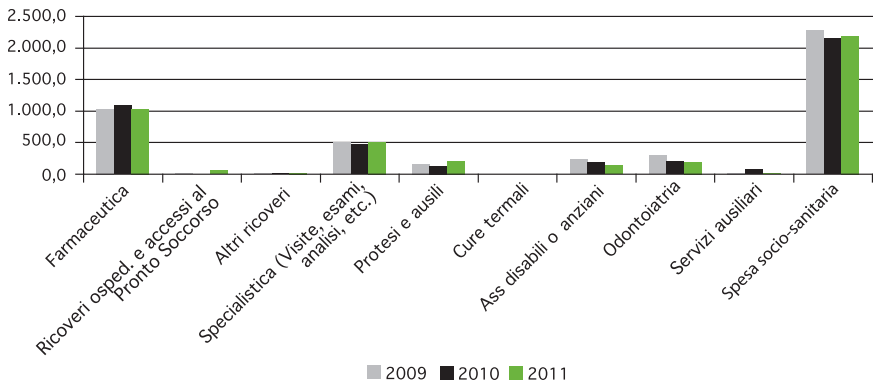
Figura 4.4 - Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP
Valori %, anni 2009-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

La spesa media annua socio-sanitaria di queste famiglie è però aumentata del +1,7% rispetto al 2010, raggiungendo i € 2.187,90 ovvero il 14,4% dei loro consumi.
In particolare sono state destinate minori risorse ai farmaci, la cui quota passa dal 50,4% del 2010 al 47,1%, all'odontoiatria che è passata dall'11,6% al 9,0%, all'assistenza ai disabili o anziani, passata dall'8,4% al 6,5%; è, invece, aumentata la quota di risorse destinata alla specialistica, che ha raggiunto il 23,1% a fronte del 20,2% dell'anno precedente, quella per ricoveri e gli accessi al pronto soccorso da 0,03% al 3,0%, e quella per protesi e ausili che si è quasi raddoppiata raggiungendo il 10,0% (5,6% nell'anno precedente).

Figura 4.5 - Spesa socio-sanitaria OOP delle famiglie impoverite
Valori annui in €, anni 2009-2011

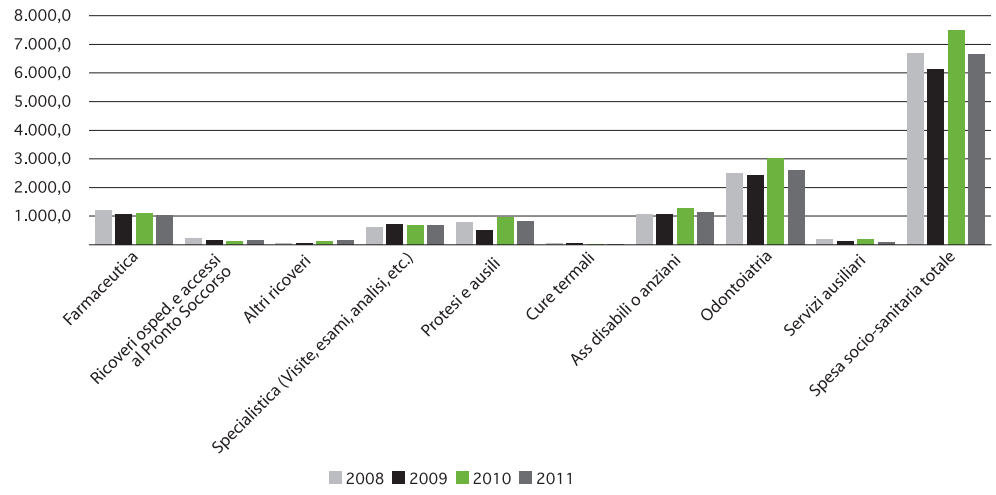


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Se la prima crisi (2009) aveva comportato una riduzione del fenomeno della catastroficità – il 2,7% delle residenti, ovvero il 4,5% di quelle con spese OOP (2,9% e 5,0% nel 2008) era soggetto a spese catastrofiche – nel 2010 e nel 2011 queste sono aumentate rappresentando il 4,8% in entrambi gli anni. Nel triennio 2009-2011 si è avuto un aumento del +6,1% del numero di famiglie soggette a spese catastrofiche.
Nel 2011 sono risultate soggette a spese catastrofiche 747.596 famiglie (3,0% delle residenti), ovvero 21.073 in più rispetto all'anno precedente; nel 2010 queste sono state 726.522, distribuite in tutti i quintili, anche se in maggior misura nel primo. La spesa socio-sanitaria di queste famiglie è rappresentata in maggior misura dal dentista (40,4%), dall'assistenza ad anziani e disabili (17,0%) e dai farmaci (15,1%).
La spesa media totale annua delle famiglie soggette a spese catastrofiche nel 2011 si è, però, ridotta attestandosi a € 20.579,20 annui, di cui € 6.667,70 destinate al socio-sanitario.
Dopo che la prima crisi finanziaria aveva portato ad una riduzione della spesa socio-sanitaria sostenuta da questa tipologia di famiglie del -9,0% (rispetto al 2008), i consumi totali sono ripresi nel 2010, raggiungendo una spesa annua OOP pari a € 7.478,2 (€ 6.126,8 nel 2009); nel 2011 queste famiglie hanno ridotto i consumi totali a € 20.579,20 annui ed anche le spese OOP che hanno raggiunto un valore annuo pari a € 6.667,7 (-12,2%). Dal 2009 al 2011 è cambiata la quota dei consumi totali che le famiglie con spese catastrofiche hanno destinato al socio-sanitario: il 29,9% nel 2009, 32,9% nel 2010 e 31,4% nel 2011.

Analizzando la composizione delle spese OOP di queste famiglie, notiamo che rispetto al 2009 sono aumentate tutte le tipologie di spesa OOP ad eccezione di quella per specialistica e ricoveri ospedalieri, che si sono invece ridotte rispettivamente a € 669,00 e €131,80 (-7,9% e -10,3% rispetto al 2009). Risultano invece aumentate significativamente le spese per i ricoveri nelle case di cura (+59,2% rispetto al 2009), per protesi e ausili (+48,9%) e per i servizi ausiliari (19,5%).
Nel 2011 sono continuate ad aumentare le spese per i ricoveri nelle case di cura (+17,4%) che hanno raggiunto i € 152,60, e per i ricoveri ospedalieri che hanno raggiunto i € 141,30 annui (+6,7%).

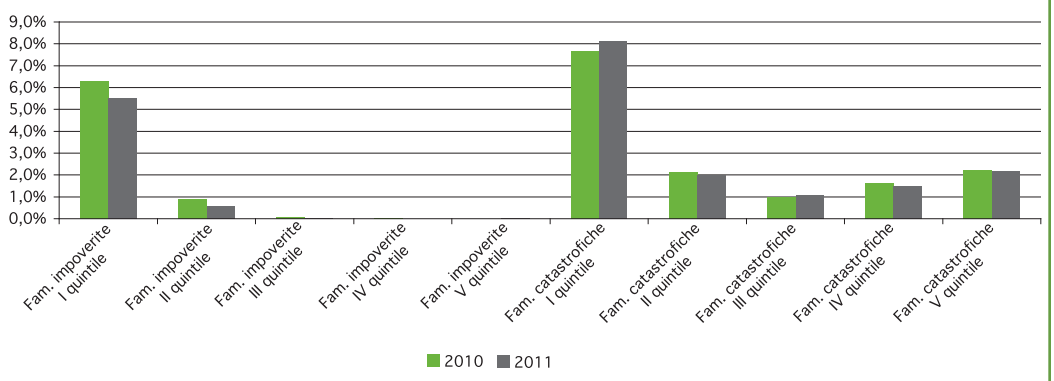
Figura 4.6 - Spese socio-sanitarie OOP delle famiglie soggette a spese catastrofiche
Valori annui in €, anni 2008-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Analizzando la distribuzione delle famiglie impoverite e catastrofiche nei quintili di consumo, è interessante osservare che nel 2010 circa 1.000 famiglie dell'ultimo quintile si sono impoverite, avendo sostenuto spese molto elevate per badanti e ricoveri. Ancora, si può notare come nel complesso si sia ridotta soprattutto la quota di famiglie soggette a spese catastrofiche nei quintili più alti, avendo quest'ultime ridotto in maggior misura i consumi e anche la quota di spesa OOP: il fenomeno potrebbe essere letto come una maggiore quota di spese inappropriate, o comunque procrastinabili, nelle fasce più abbienti.

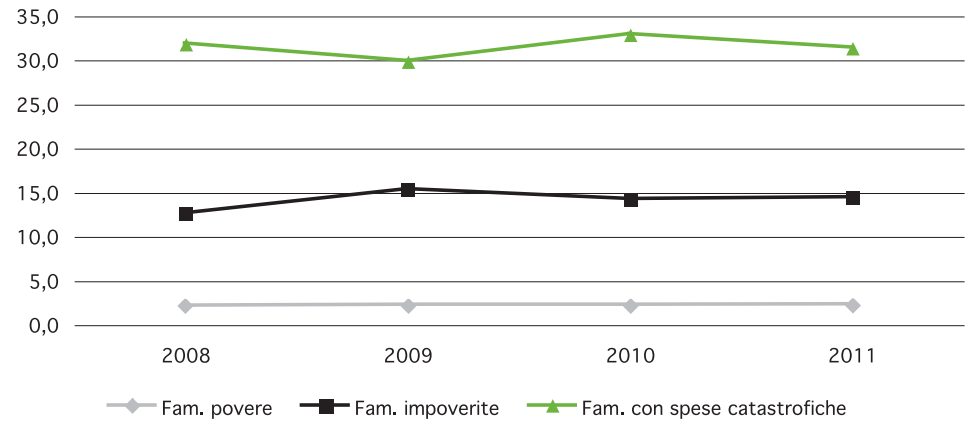
Figura 4.7 - Famiglie povere, impoverite e catastrofiche - Distribuzione per quintile di consumo
Valori %, anni 2010-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In conclusione, la quota media dei consumi delle famiglie destinata al socio-sanitario dopo una riduzione subìta in corrispondenza della prima crisi finanziaria, nel 2009 (3,9%), è quindi aumentata ritornando sul 4,0%, mantenendosi comunque più bassa rispetto a quella del 2008 (4,2%).
Analizzando i consumi socio-sanitari in base al quintile di consumo di appartenenza delle famiglie, è poi possibile notare che se nel 2009 si era inasprito il fenomeno dell'impoverimento, nel 2010 questo si è ridotto ed è invece aumentato quello della catastroficità, sia in termini di famiglie colpite, sia in termini di spesa socio-sanitaria da queste sostenuta. Nel 2011 la quota che le famiglie impoverite hanno destinato al socio-sanitario è rimasta pressoché invariata rispetto all'anno precedente, mentre si è ridotta quella delle famiglie catastrofiche, che ha raggiunto nel 2011 il 31,3%.

**Figura 4.8 - Consumi delle famiglie povere, impoverite e catastrofiche
Quota destinata al socio-sanitario
Valori %, anni 2008-2011**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

4.3. Impatto dell'*out of pocket* e dell'impoverimento nelle Regioni in Piano di Rientro

Dal febbraio 2007 al dicembre 2010, ai sensi della L. n. 311/2004 in nove Regioni sono stati attivati i Piani di Rientro dal disavanzo (PdR).

Successivamente, secondo il "Patto per la Salute" sancito con Intesa Stato-Regioni e Province autonome del Dicembre 2009, è stata data facoltà alle Regioni di redigere i Programmi operativi per la prosecuzione dei PdR per gli anni 2010-2012.

I Piani di Rientro sono finalizzati a ristabilire l'equilibrio economico-finanziario delle Regioni interessate e, sulla base della ricognizione regionale delle cause che hanno determinato strutturalmente l'emersione di significativi disavanzi di gestione, individuano e affrontano selettivamente le diverse problematiche riscontrate nella Regione stessa.

I Piani sono parte integrante del singolo Accordo fra lo Stato e la Regione e si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni.

Nella tabella che segue si riportano gli estremi legislativi relativi ai singoli PdR.

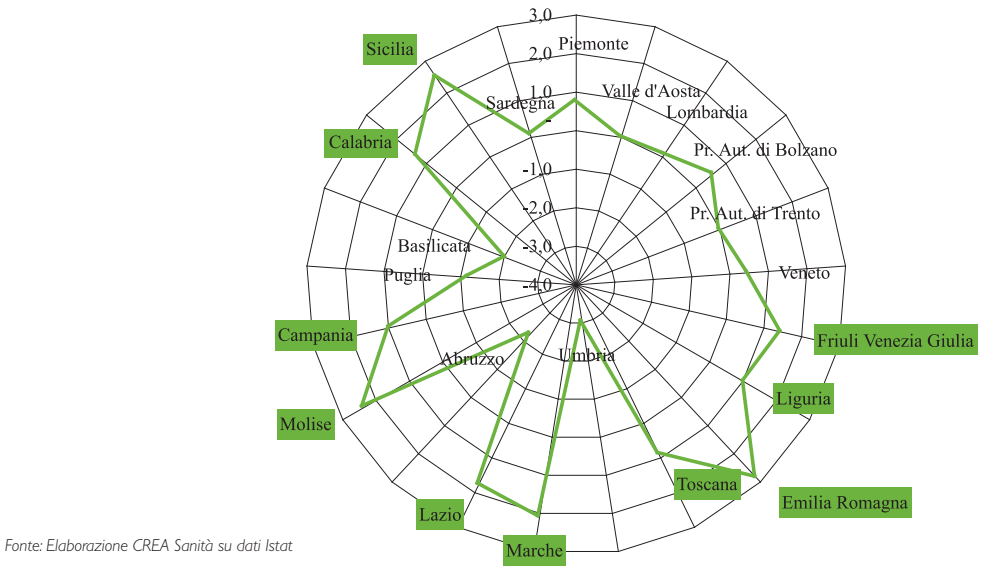
Tabella 4.1- Piani di Rientro, gli Accordi

Regione	Data stipula	Delibera di approvazione del Piano
LAZIO	28 febbraio 2007	DGR n. 149 del 6 marzo 2007
ABRUZZO	6 marzo 2007	DGR n. 224 del 13 marzo 2007
LIGURIA	6 marzo 2007	DGR n. 243 del 9 marzo 2007
CAMPANIA	13 marzo 2007	DGR n. 460 del 20 marzo 2007
MOLISE	27 marzo 2007	DGR n. 362 del 30 marzo 2007
SICILIA	31 luglio 2007	DGR n. 312 del 1 agosto 2007
SARDEGNA	31 luglio 2007	DGR n. 30/33 del 2 agosto 2007
CALABRIA	17 dicembre 2009	DGR n. 908/09 del 23 dicembre 2009
PIEMONTE	29 luglio 2010	DGR n. 1-415 del 2 agosto 2010
PUGLIA	29 novembre 2010	DGR n. 2624 del 30 novembre 2010

Fonte: Ministero della Salute

Al fine di valutare un eventuale impatto dei PdR sulla spesa sanitaria privata OOP sostenuta dai cittadini delle Regioni interessate, sono stati analizzati i consumi socio-sanitari sostenuti dalle famiglie residenti nelle 8 Regioni che hanno stipulato il PdR dal 2007 al 2009; sono state escluse dall'analisi Piemonte e Puglia poiché è improbabile che eventuali effetti sulle spese delle famiglie dovuti ai PdR siano già rilevabili nel 2011. L'analisi ha valutato se in queste Regioni la variazione nel quadriennio 2011/2008 del numero di famiglie che hanno fatto ricorso alla spesa privata per soddisfare i propri bisogni socio-sanitari e la variazione della spesa sostenuta da queste famiglie, per singola voce, è stata o meno superiore alla media nazionale; ancora, al fine di valutare la capacità di "protezione" delle famiglie da parte dei SSR è stata analizzata la variazione del numero di famiglie che si sono impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, di quelle soggette a spese catastrofiche e la variazione delle diverse voci di spese socio-sanitarie da queste sostenute.
Ai fini di una corretta interpretazione dei risultati è importante sottolineare che la Liguria e la Sardegna dal 2010 non sono più in PdR, mentre la Calabria lo ha sottoscritto nel dicembre 2009.
Di seguito si parte con l'analisi delle famiglie con spese socio-sanitarie OOP in tutte le Regioni italiane nel periodo 2008-2011, per fornire un quadro generale dei risultati, e di seguito si effettua un *focus* sulla situazione nelle Regioni che hanno stipulato il PdR dal 2007 al 2009.

Figura 4.9 - Famiglie con spese socio-sanitarie OOP
Variazione media annua
Valori %, anni 2011/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Nel 2011, 15.545.024 famiglie italiane hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP (+3,2% rispetto al 2008); di queste il 15,3% appartengono al I quintile di consumo (14,6% nel 2008), il 18,8% al II (19,4% nel 2008), il 20,9% al III (21,1% nel 2008), il 22,0% al IV (21,7% nel 2008) ed il 23,1% al V (23,2% nel 2008).

Ad eccezione di Umbria, Abruzzo, Basilicata e Puglia, nelle quali si è registrata una riduzione delle famiglie consumatrici (variazione media annua - v.m.a. - rispettivamente del -3,0%, -2,2%, -2,0% e -1,2%), in tutte le altre c'è stato un aumento.

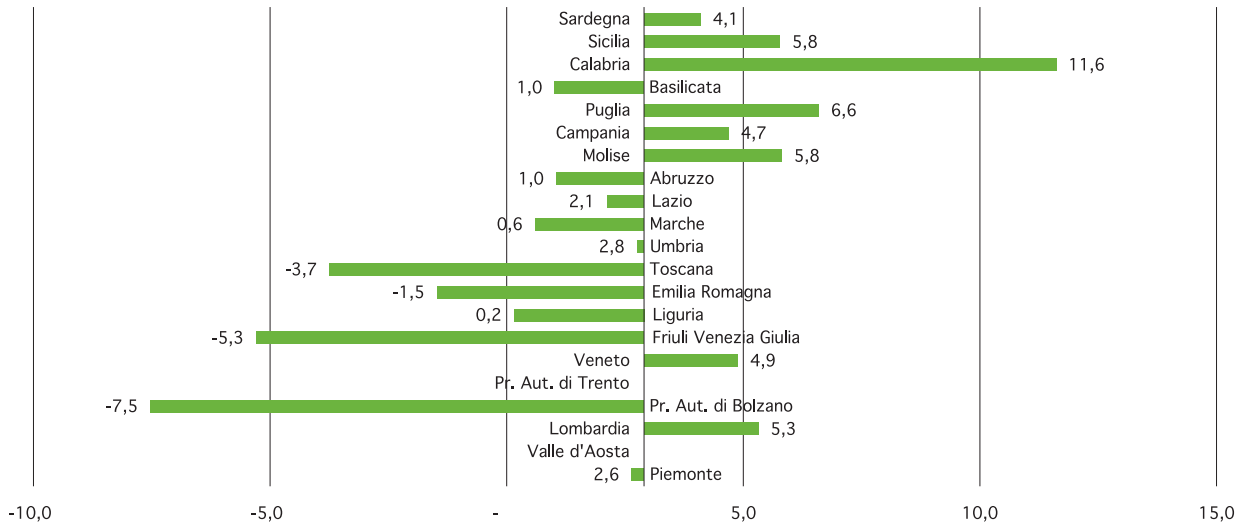
Emilia Romagna, Sicilia e Molise sono risultate le Regioni con il maggior aumento di famiglie che sostengono spese OOP (rispettivamente v.m.a. +2,8%, +2,5% e +2,4%), seguite da Marche, Lazio, Friuli Venezia Giulia e Calabria (+2,1%, 1,8%, 1,5% e 1,3%); e Campania, Liguria e Toscana (+1,0%, +1,0% e 0,9%).

Focalizzando l'attenzione sulle Regioni in Piano di Rientro[5], l'aumento riscontrato è piuttosto significativo, variando da un minimo del +1,0% annuo, riscontrato in Liguria, ad un massimo del +2,5% in Sicilia; Abruzzo, Sardegna e Campania sembrano essere quindi le Regioni in PdR meno colpite dal fenomeno. È importante a tal proposito sottolineare che la Liguria e la Sardegna sono uscite dal PdR nel 2010, dato che probabilmente in parte giustifica il minore impatto del fenomeno in queste Regioni.

[5] *Si ricorda che in questo capitolo per "Regioni in PdR" si intendono le otto Regioni che hanno stipulato il Piano dal 2007 al 2009, includendo quindi anche quelle che ne sono già uscite al momento in cui si scrive).*

In particolare, in tutte le Regioni in PdR, ad eccezione di Lazio e Liguria, è aumentato il numero di famiglie che hanno speso per farmaci con una variazione media annua maggiore della media nazionale (pari a +2,9%), soprattutto in Calabria (+11,6%); in Abruzzo, Calabria e Molise l'aumento delle famiglie che hanno fatto ricorso alla spesa per le badanti è stato notevolmente superiore alla media nazionale (pari a +4,3%), e rispettivamente pari a +64,3%, +45,8% e +8,3%.

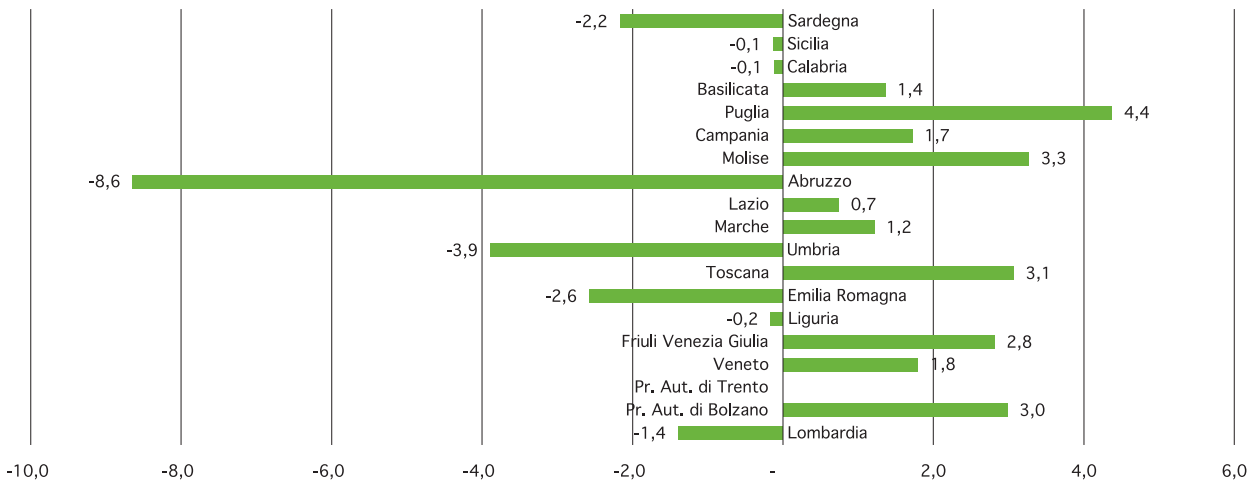
Figura 4.10 - Famiglie con spese OOP per farmaci - Variazione media annua Valori %, anni 2011/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Meno significativo è stato invece l'aumento del numero di famiglie che hanno fatto ricorso a spese OOP per visite specialistiche, analisi, etc.: queste sono aumentate solo in Molise (v.m.a. +3,3%), Campania (v.m.a. +1,7%) e Lazio (v.m.a. +0,7%), pressocché invariate in Liguria (v.m.a. -0,2%), Calabria (v.m.a. - 0,1%) e Sicilia (v.m.a. -0,1%); si sono, invece, ridotte in Sardegna (v.m.a. -2,2%) e Abruzzo (v.m.a. - 8,6%).

Figura 4.11 - Famiglie con spese OOP per specialistica - Variazione media annua Valori %, anni 2011/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

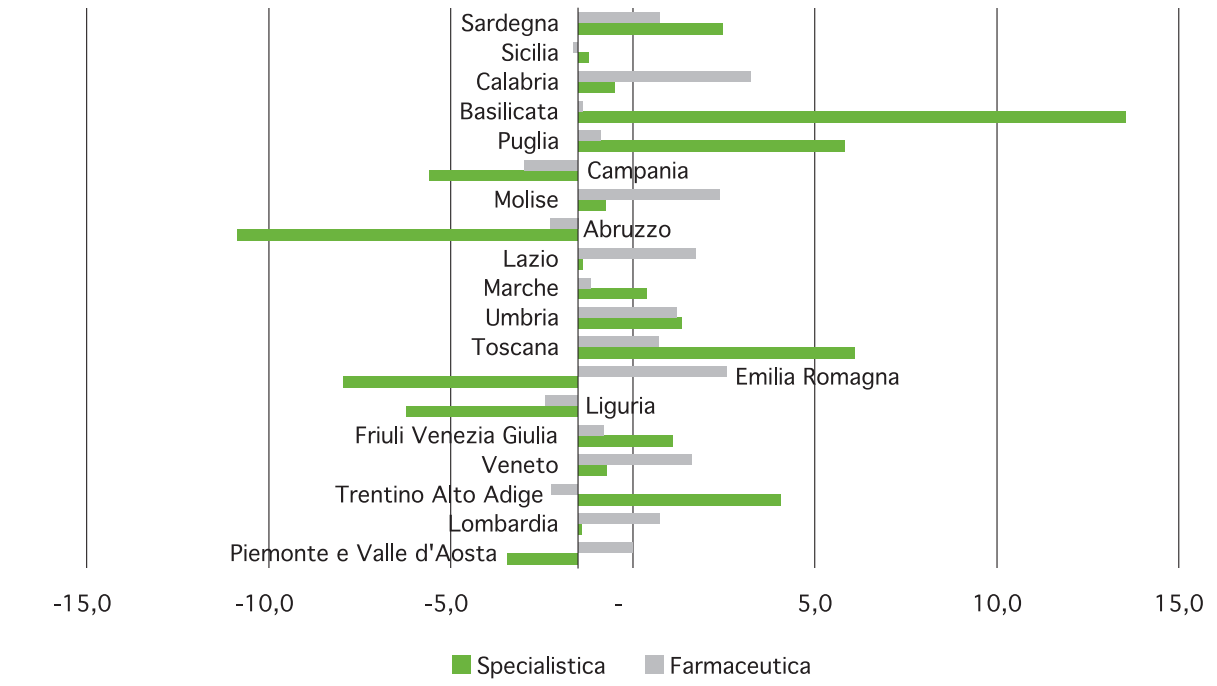
Dal 2008 al 2011 la spesa media annua socio-sanitaria delle famiglie che la sostengono, si è ridotta passando da € 1.948,2 a € 1.891,7: ad eccezione di quella per i farmaci, che è aumentata passando da € 817,1 a € 824,0 (v.m.a. del +0,2%) e dei ricoveri nelle case di cura con una v.m.a. del +35,3% (€ 2,5 nel 2008 e € 8,3 nel 2011), tutte le altre voci si sono ridotte; la spesa per la specialistica è passata da € 388,2 a € 365,6.

Considerando la spesa per beni "primari", ovvero per farmaci e specialistica, sostenuta dalle Regioni in PdR, si nota che quella per farmaci è aumentata più della media nazionale (pari a +0,2%) in Calabria (v.m.a. +3,2%), Molise (v.m.a. +2,4%), Lazio (v.m.a. +1.7%) e Sardegna (v.m.a. +0,8%), si è ridotta invece in Campania (v.m.a. -3,0%), Abruzzo (v.m.a. -2,3%), Liguria (v.m.a. -2,4%), e Sicilia (v.m.a. -1,6%).

La spesa per specialistica si è invece ridotta di più della media nazionale (pari a -1,5%) in Liguria (v.m.a. -6,2%), Abruzzo (v.m.a. -10,9%), e Campania (v.m.a. -5,6%); è aumentata in Sardegna (+2,5%); in Sicilia e Lazio ha invece subito una riduzione prossima a quella nazionale; è rimasta pressoché invariata in Calabria (v.m.a. -0,5%).

Una riduzione significativa si è verificata anche in Emilia Romagna; così come un notevole aumento in Basilicata (v.m.a. +13,5%), Toscana, (v.m.a. +6,1%), Puglia (v.m.a. +5,8%), e Sardegna (v.m.a. +2,5%).

Figura 4.12 - Spesa OOP per farmaci e specialistica - Variazione media annua Valori %, anni 2011/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

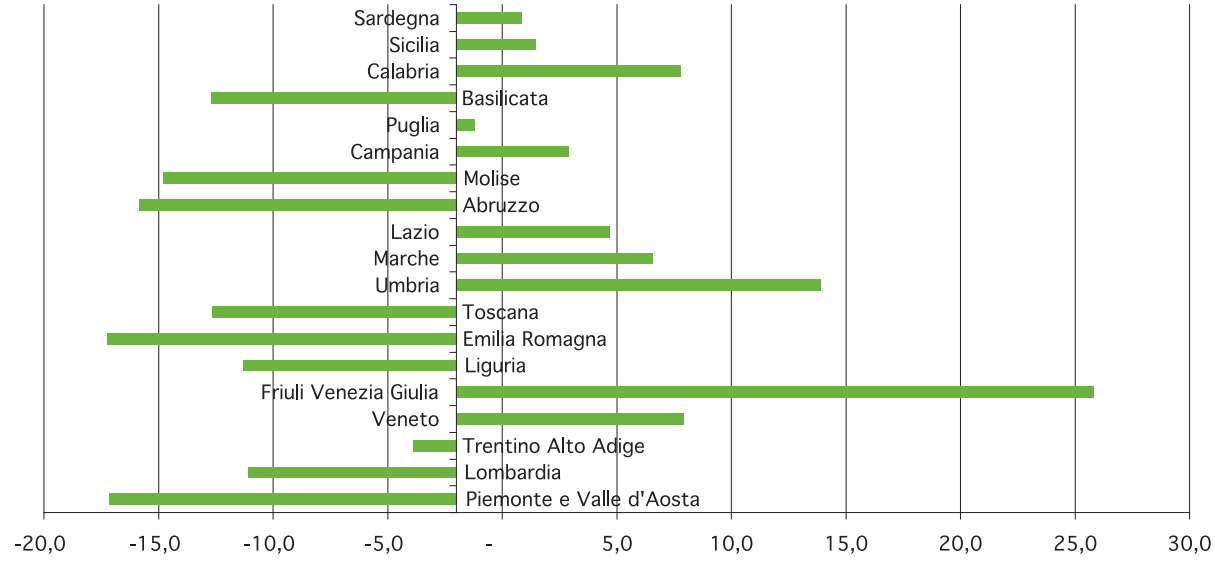
Al fine di stimare l'eventuale impatto equitativo dei PdR, è stata analizzata la variazione media annua nel periodo 2008-2011 del numero di famiglie che si sono impoverite a causa delle spese socio-sanitarie e della spesa da queste sostenuta, nonché la variazione del numero di famiglie soggette a spese catastrofiche e delle relative spese da esse sostenute.

Fra il 2008 e il 2011 si è avuta una riduzione del fenomeno dell'impoverimento con una variazione media annua a livello nazionale pari a -2,0%.

In particolare tra le Regioni in PdR la Calabria (che, si ricorda, è la Regione che ha sottoscritto il Pdr più tardi delle altre) risulta essere quella con il maggior aumento di famiglie impoverite (v.m.a. +7,8%), seguita da Lazio (v.m.a. +4,7%) e Campania (v.m.a. +2,9%); la Sicilia ha subìto una riduzione d'impoverimento prossima a quella media nazionale (v.m.a. -1,5%); in Sardegna, Molise, Abruzzo e Liguria il fenomeno si è invece significativamente ridotto.

Si deve però tener presente che in Abruzzo si è anche ridotto notevolmente il numero di famiglie che hanno fatto ricorso alle spese socio-sanitarie private e che Liguria e Sardegna dal 2010 non sono più in PdR.

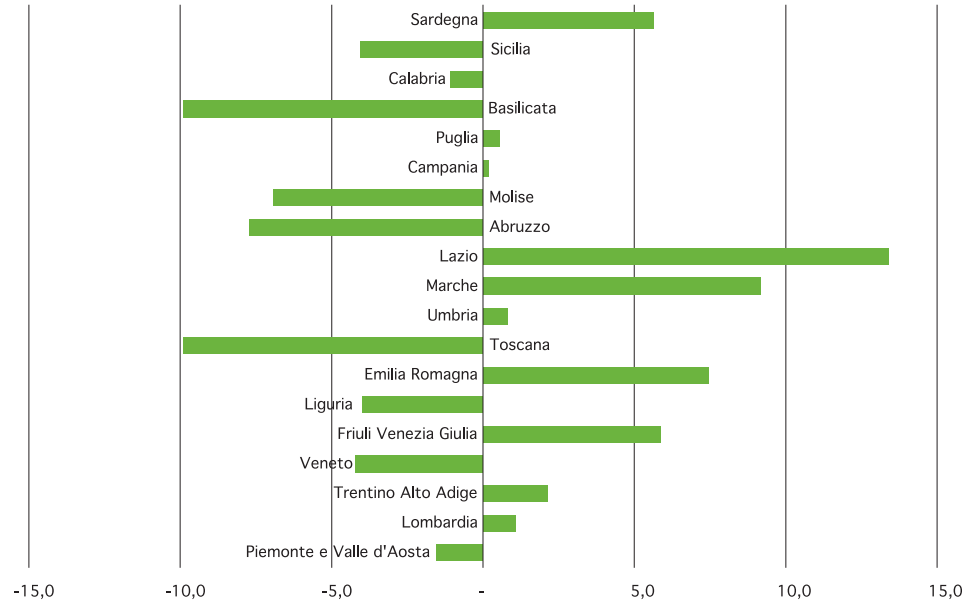
Figura 4.13 - Famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP - Variazione media annua Valori %, anni 2011/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Fra il 2008 e il 2011 il numero di famiglie soggette a spese catastrofiche è rimasto pressoché invariato, con un aumento medio annuo pari a +4,5% nel Centro, +0,6% nel Nord, ed una riduzione del -1,6% nel Mezzogiorno.
In quasi tutte le Regioni in PdR, si è ridotto il numero di famiglie con spese catastrofiche: in Abruzzo, Molise, Sicilia, Liguria e Calabria queste si sono ridotte rispettivamente con una variazione media annua rispettivamente del -7,7%, -6,9%, -4,1%, -4,0% e -1,1%. Solo in Lazio, Sardegna e Campania sono aumentate rispettivamente con una v.m.a. pari a +13,4% e +5,6% e +0,2%.

Figura 4.14 - Famiglie soggette a catastroficità per spese socio-sanitarie OOP
Variazione media annua
Valori %, anni 2011/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In termini di spesa socio-sanitaria, la media annua sostenuta dalle famiglie impoverite si è ridotta passando da € 2.225,9 del 2008 a € 2.171,9 del 2011.
La spesa effettiva di queste famiglie si è ridotta per tutte le voci ad eccezione di specialistica ed odontoiatria per le quali è aumentata rispettivamente del +26,3% e +1,6%.
In tutte le famiglie impoverite residenti nelle Regioni in PdR la spesa per i farmaci si è ridotta (v.m.a. Italia -2,3%), ad eccezione della Sardegna, nella quale si è invece registrato un aumento (v.m.a. +6,8%).
In tutte le Regioni è, invece, aumentata la spesa per specialistica ad eccezione della Sardegna (v.m.a. -18,4%).
La spesa media annua sostenuta dalle famiglie soggette a spese catastrofiche è rimasta pressoché invariata e pari a € 6.644,8.
Analizzando le singole voci che la compongono, è diminuita la spesa per farmaci e servizi ausiliari rispettivamente con una variazione annua del -3,4%, -18,4%; è aumentata quella per ricoveri in case di cura, badanti e specialistica (v.m.a. 35,3%, +2,3% e +2,4%).
Relativamente alle Regioni in PdR la spesa per farmaci per questa classe di famiglie è aumentata in Liguria (v.m.a. +4,1%), Lazio (v.m.a. +12,1%), Molise (v.m.a. +2,1%), e Sardegna (v.m.a. +6,1%); quella per la specialistica è aumentata più della media nazionale (v.m.a. +2,4%) in Campania (v.m.a. +10,6%), Calabria (v.m.a. +5,1%) e Sicilia (v.m.a. +17,4%); si è invece ridotta nelle restanti Regioni.

Tabella 4.2 - Variazione famiglie con spese OOP, impoverite e catastrofiche Andamento rispetto alla variazione media nazionale Anni 2011/2008

Regione	Variazione 2008/2011		
	Fam. con spese OOP	Fam. impoverite	Fam. con spese catastrofiche
LAZIO	↑↑	↑	↑↑
ABRUZZO	↓	↓↓	↓
LIGURIA	=	↓↓	↓
CAMPANIA	=	↑	=
MOLISE	↑↑	↓↓	↓
SICILIA	↑↑	=	↓
SARDEGNA	↑	↑	↑
CALABRIA	↑	↑↑	↓

Legenda:

↑ Superiore alla media nazionale

↑↑ Notevolmente superiore alla media nazionale

↓ Inferiore alla media nazionale

↓↓ Notevolmente inferiore alla media nazionale

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Ferme restando le premesse e le avvertenze iniziali, si può affermare dunque che sicuramente i Piani di Rientro hanno comportato un ricorso alle spese OOP da parte delle famiglie residenti nelle Regioni ad essi sottoposte, decisamente superiore alla media nazionale; l'unica eccezione è rappresentata dall'Abruzzo, dove sembra che ci sia stata una rinuncia da parte di alcune famiglie a sostenerle.
In termini di impatto equitativo, sembrerebbe che Liguria e Molise siano state le Regioni in PdR che hanno garantito una maggior "protezione" delle famiglie; Sardegna, Lazio e Campania invece quelle meno "protettive", probabilmente anche a causa dell'entità del disavanzo, che presenta in queste tre Regioni i valori più alti.

4.4. Previsione d'impoverimento delle famiglie

Al fine di valutare l'impatto dell'aumento dei *ticket* previsto dal D.L. 98/2011 sull'impoverimento delle famiglie per le spese sanitarie, sono state fatte delle simulazioni con i dati dei consumi delle famiglie dell'anno 2011; la stessa simulazione è stata fatta e riportata nella scorsa edizione del Rapporto Sanità, applicata però ai dati di consumo dell'anno 2009.
Il Decreto prevede un aumento della spesa dei *ticket* per farmaci, specialistica e pronto soccorso pari a circa € 2 mld.
Nelle nostre simulazioni è stato ipotizzato che il 10% di quest'aumento sarà sulle prestazioni di pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri, il 45% sulle prestazioni specialistiche (visite, analisi cliniche e diagnostica radiologica, ECG, etc.) e il restante 45% sui farmaci.
L'incidenza dell'impoverimento è stata determinata ipotizzando che i consumi totali delle fami-

glie non varino, ovvero che le famiglie si vedano costrette a ridurre i consumi non sanitari per affrontare l'aumento delle compartecipazioni: tale scenario è sembrato più probabile di quello in cui le compartecipazioni si sommino ai consumi totali, poiché i dati preliminari dell'Istat relativi all'anno 2012 riportano una riduzione dei consumi rispetto all'anno precedente.
Nello scenario descritto sono risultate impoverite 362.934 famiglie, ovvero l'1,4%, a fronte delle 308.674 rilevate senza l'aumento: un incremento di 54.260 famiglie.
Rispetto alla simulazione riportata nella precedente edizione del Rapporto Sanità, la nuova simulazione produce un inasprimento dell'impatto: il numero di previste famiglie impoverite, infatti, aumenta da 42.000 nuove famiglie a 54.260.
Si tenga però presente che nel 2011 sono state 601.616 nuove famiglie che hanno effettuato spese OOP: se dalla prima era emerso un impoverimento del 2,27% delle famiglie con spese OOP, dalla seconda queste rappresentano il 2,33%. Si sottolinea che entrambe le simulazioni sono probabilmente sottostimate, in quanto il *ticket* sui ricoveri ospedalieri, per carenza di dati, è stato possibile considerarlo solo ove già fosse stato pagato.

4.5. Conclusioni

Analizzando il periodo 2008-2011 i consumi delle famiglie, dopo una prima riduzione riscontrata nel 2009, nel biennio successivo hanno continuato a crescere: la spesa media annua delle famiglie nel 2011 ha raggiunto € 29.064 (+0,9% rispetto al 2010), restando comunque più bassa di quella sostenuta nel periodo precedente alla prima crisi finanziaria (2008/2009), così come è aumentata nello stesso biennio la quota da esse destinata al socio-sanitario[6].
È interessante sottolineare come anche nel primo anno dopo la crisi (2009) le famiglie dei quintili medio bassi non abbiano mai ridotto la quota destinata a socio-sanitario, dato evidentemente esplicativo di una irrinunciabilità a questa tipologia di consumo da parte di queste famiglie.
Anche il numero di famiglie che ha fatto ricorso privatamente a spese socio-sanitarie, dopo una rinuncia riscontrata nel 2009 rispetto al 2008, è aumentato progressivamente nel biennio successivo, raggiungendo nel 2011 un valore superiore a quello pre-crisi (circa 500.000 famiglie in più).
In termini di impatto equitativo nel 2011 c'è stata riduzione d'incidenza dell'impoverimento (1,2% delle residenti e 2,0% di quelle con spese socio-sanitarie private), probabilmente giustificata dal progressivo aumento della capacità di consumo delle famiglie: sono risultate 52.541 famiglie impoverite in meno.
L'incidenza della catastroficità è però continuata ad aumentare (+6,1% rispetto al 2009): circa 20.000 famiglie in più rispetto al 2010, essendosi però ridotta del -12,2% la spesa media annua OOP da queste sostenuta.

[6] *Si ricorda che tra le voci di spesa socio-sanitaria sono state prese in considerazione quelle per farmaci, specialistica (visite mediche, analisi cliniche, esami radiologici), ricoveri ospedalieri e presso case di cure, cure odontoiatriche, cure termali, servizi cosiddetti ausiliari (infermieri, fisioterapisti), protesi e ausili, noleggio attrezzature, assistenza per disabili e anziani non-autosufficienti.*

Dall'aggiornamento della simulazione effettuata nella precedente edizione del Rapporto Sanità dell'impatto equitativo di un probabile aumento dei *ticket*, previsto dal D.L. 98/2011, risulta che ci sarebbero oltre 54.260 nuovi casi di famiglie impoverite.
Da un approfondimento fatto sulle Regioni che hanno stipulato un Piano di Rientro dal 2007 al 2009 (Lazio, Abruzzo, Liguria, Campania, Molise, Sicilia, Sardegna, Calabria) è emerso che in queste c'è stato un maggior ricorso al privato: decisamente elevato in Lazio, Molise e Sicilia, minore, ma comunque superiore alla media nazionale (+0,8%), in Sardegna e Calabria. In Abruzzo invece sembra esserci stato un fenomeno di rinuncia a sostenere spese OOP.
In queste Regioni, a meno di Abruzzo, Liguria e Molise, nelle quali c'è stata una riduzione maggiore della media nazionale (-2,0%), c'è stato anche un aumento di famiglie impoverite: soprattutto in Calabria (+7,8%), poi in Lazio (+4,7%), Campania (+2,9%), Sicilia (+1,5%) e Sardegna (+0,9%). La riduzione dell'Abruzzo potrebbe in parte anche essere giustificata da una rinuncia a monte da parte delle famiglie a sostenere tali spese. Si tenga però presente che la minore variazione di impatto equitativo riscontrata in Liguria e Sardegna potrebbe in parte essere giustificata dal fatto che da gennaio 2010 queste Regioni non sono più in PdR.
Il fenomeno della catastroficità sembra che invece non abbia "colpito" le Regioni in PdR, ad una variazione media nazionale del numero di famiglie soggette a spese catastrofiche quasi nulla, si è affiancata una notevole riduzione in tutte le Regioni in PdR, ad eccezione di Sardegna e Lazio, nelle quali c'è stato invece un significativo aumento di queste famiglie.
Sicuramente i Piani di Rientro hanno comportato un ricorso alle spese OOP da parte delle famiglie residenti nelle Regioni ad essi sottoposte, decisamente superiore alla media nazionale, l'unica eccezione sembra essere rappresentata dall'Abruzzo dove sembra che ci sia stata una rinuncia da parte di alcune famiglie a sostenerle.
In termini di impatto equitativo sembrerebbe che Liguria e Molise siano state le Regioni in PdR che hanno garantito una maggior "protezione" delle famiglie; Sardegna, Lazio e Campania invece quelle meno "protettive", probabilmente anche a causa dell'entità del disavanzo, che presenta in queste tre Regioni i valori più alti.

Riferimenti bibliografici

- ISTAT, *Indagine sui consumi delle famiglie*, Anni 2010-2011
- Ministero della Salute, D.G. della programmazione sanitaria, *Piani di rientro: dati delle verifiche annuali* 2010 e 2011
- VIII Rapporto Sanità CEIS, *Indicatori di performance: aggiornamenti sull'impatto equitativo della crisi finanziaria*, Anno 2012

Capitolo 5

Assistenza ospedaliera: i rischi della programmazione nazionale

5 - Assistenza ospedaliera: i rischi della programmazione nazionale

Piasini L.[1]

5.1. Contesto europeo

L'orientamento delle politiche sanitarie verso una progressiva riduzione dell'offerta di posti letto in acuzie è un fenomeno condiviso a livello internazionale, incentivato anche dal Secondo Programma Comunitario 2008-2012 in materia di salute.
La tabella 5.1 confronta l'offerta complessiva di posti letto totali (per acuti, psichiatrici, lungodegenza e altri) in Italia con quella dei Paesi dell'UE, come fornita da Eurostat.

Tabella 5.1 - Posti letto complessivi EU 27 e Italia
Valori per 100.000 abitanti, anni 2000-2005-2010

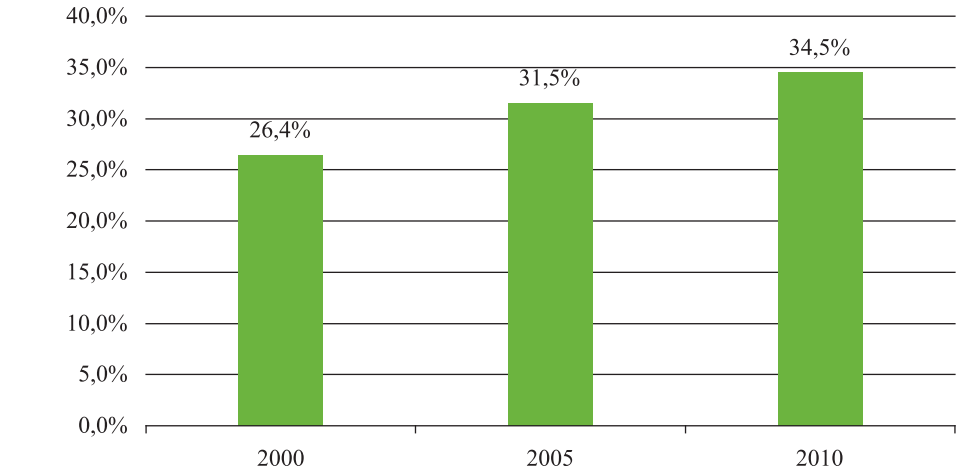
Paesi	2000	2005	2010	Differenza % 2010-2000
EU27	640,10	584,10	538,20	-18,93
Italia	470,80	399,90	352,50	-33,56

Fonte: Eurostat

I posti letto dal 2000 al 2010 hanno, quindi, registrato una diminuzione del 18,93% nei Paesi dell'Unione Europea, mentre per l'Italia la diminuzione è stata decisamente più drastica, pari al 33,56%, malgrado l'offerta fosse nettamente inferiore già nei primi anni dell'ultimo decennio; senza considerare che l'età media della popolazione italiana è fra le più alte in Europa.
L'Italia, che nel 2000 aveva circa il 26% di posti letto (per abitante) in meno rispetto alla media dei Paesi EU 27, nel 2010 è arrivata al -35%.

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "TorVergata" e 4 Health innovation.*

Figura 5.1 - Posti letto per 100.000 abitanti - Gap Italia vs EU 27
Valori %, anni 2000-2005-2010



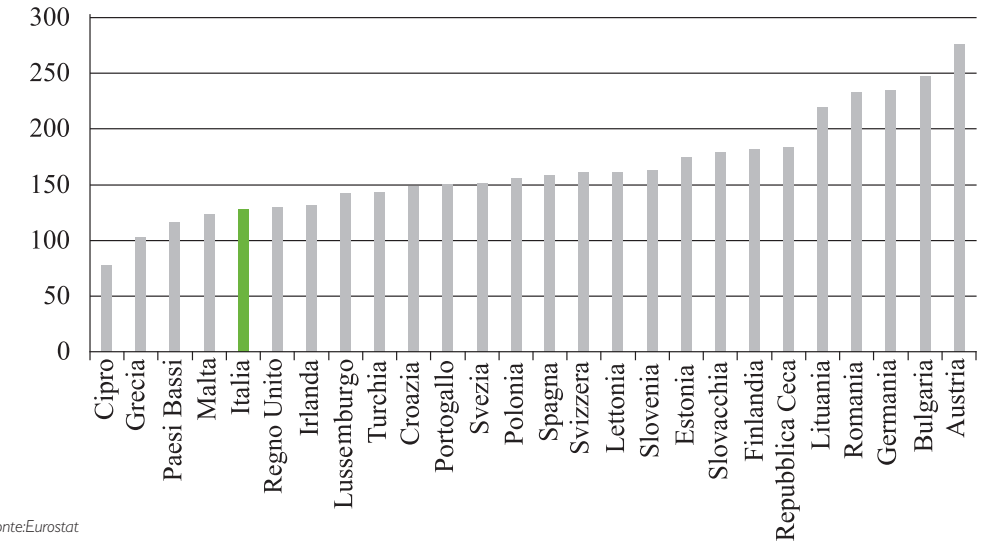
Fonte: Eurostat

Date le differenze organizzative e istituzionali dei sistemi sanitari dei Paesi europei, la confrontabilità del dato fornito da Eurostat è certamente limitata, sommando letti utilizzati in modo assistenzialmente difforme.
Un confronto più significativo si può ottenere utilizzando il dato dei ricoveri effettuati, in quanto riferito alle sole strutture ospedaliere.
L'Italia, anche da questo punto di vista, si rivela al di sotto dei valori medi EU. Nel 2010, i tassi di ricovero[2] per 1.000 abitanti variavano tra i Paesi dell'EU[3], da un minimo di 77,6 a Cipro ad un massimo di 275,7 in Austria. L'Italia, su 26 Paesi, è al quint'ultimo posto per tasso di ricovero, con un valore di 128,1 dimissioni ogni 1.000 abitanti, superiore solo a Cipro, Grecia, Paesi Bassi e Malta.

[2] *Tassi di ricovero secondo la classificazione ISHMT (codice 0000 = ICD-10 codice A00-Z99 esclusi V, W, X, Y and Z38); si tratta di ricoveri di almeno 24 ore avvenuti in strutture considerate ospedali secondo la classificazione ICHA-HP.*

[3] *Solo per le nazioni disponibili da fonte Eurostat.*

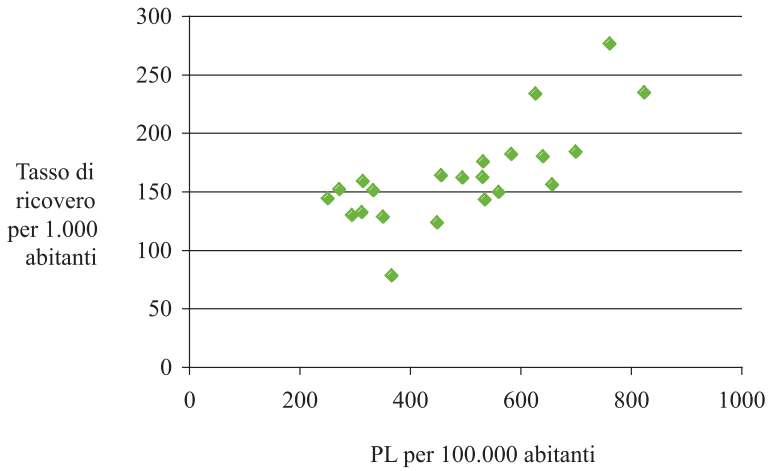
**Figura 5.2 - Tassi di ricovero ospedaliero nei Paesi UE
Valori per 1.000 abitanti, anno 2010**



Fonte:Eurostat

Si noti che, sempre tenendo conto della scarsa omogeneità dei dati, si evincerebbe una correlazione positiva fra disponibilità di posti letto e tassi di ricovero (con l'Italia in posizione intermedia).

Figura 5.3 - Relazione fra tasso di ricovero e disponibilità di posti letto nei Paesi UE, anno 2010



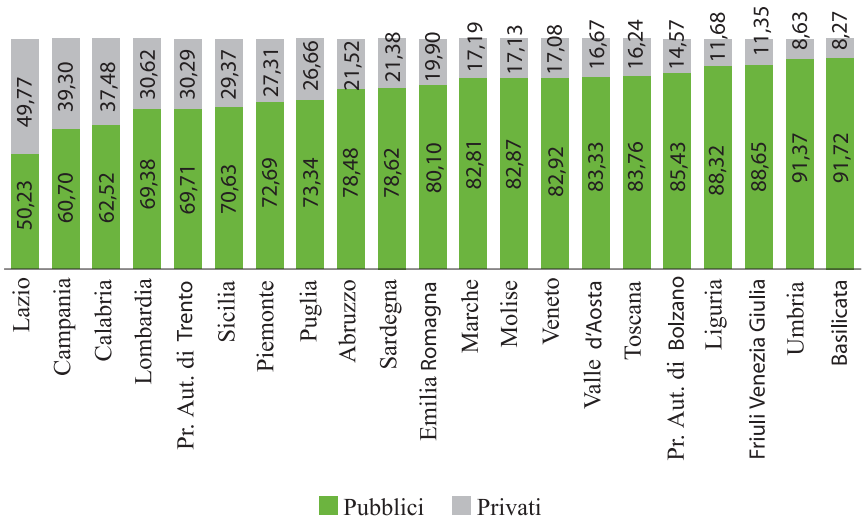
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Eurostat

5.2. Struttura dell'offerta in Italia[4]

In Italia nel 2010 erano disponibili 196.708 letti ospedalieri per acuti, fra pubblici e privati accreditati[5]. La ripartizione tra pubblico e privato è di 142.935 posti letto delle strutture di ricovero pubbliche e 53.773 delle strutture private, rappresentando quindi quest'ultimo il 27,34% dell'offerta complessiva del SSN.

A livello regionale il Lazio ha la maggiore presenza di privato, con il 49,77%, seguono la Campania e la Calabria, rispettivamente con il 39,30% ed il 37,48%. Umbria e Basilicata sono invece le Regioni dove è minore l'offerta privata: l'Umbria ne ha l'8,63% e la Basilicata l'8,27%.

Figura 5.4 - Posti letto nelle strutture del SSN - Ripartizione pubblico-privato* Valori %, anno 2010



**Sono esclusi IRCCS e Enti di ricerca in quanto non si dispone del dato distinto per pubblico e privato ma solo del numero totale.*

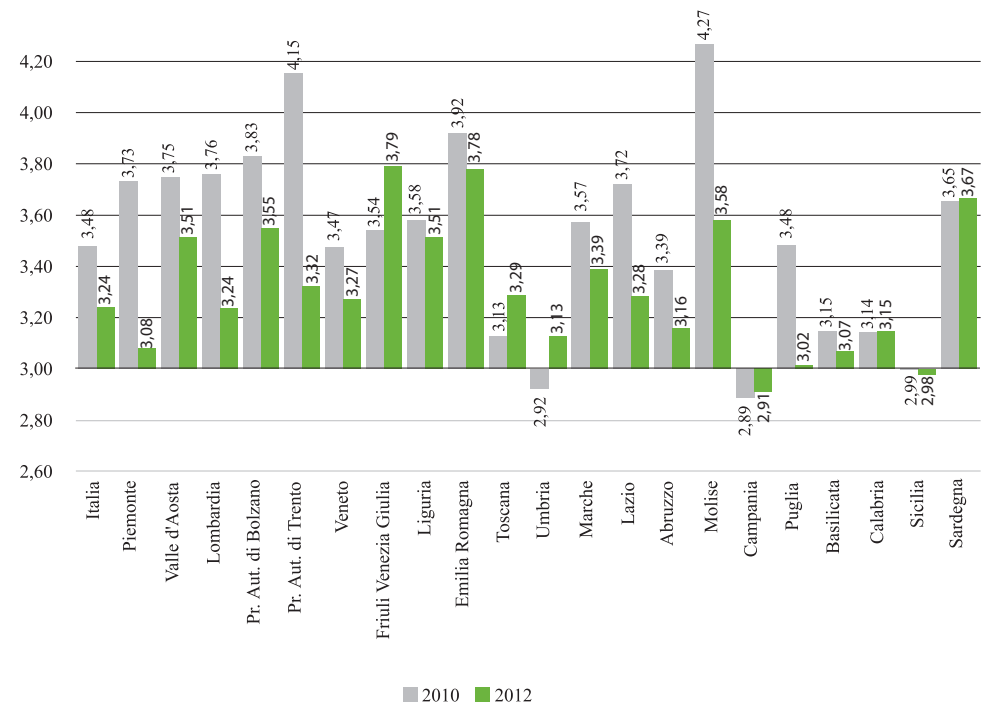
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

[4] *Si è proceduto ad una riclassificazione delle strutture tra pubbliche e private del SSN. Si intendono per strutture pubbliche: Aziende ospedaliere (AO), Ospedali a gestione diretta presidio ASL, AO integrate con SSN e AO integrate con Università; sono classificate come strutture private del SSN: Case di cura accreditate, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati o assimilati, Istituti qualificati presidio della ASL. Solo nel totale delle strutture del SSN (pubbliche e private) si considerano IRCCS e gli Enti di Ricerca (in quanto il Ministero per queste strutture non fornisce nell'Annuario la distinzione tra pubblico e privato accreditato). Ciò significa che nel totale strutture pubbliche non si considerano IRCCS e Enti di ricerca pubblici, e nel totale privato SSN non si considerano IRCSS e Enti di ricerca privati.*

[5] *Esclusi IRCCS e Enti di ricerca.*

Rispetto al tetto di posti letto da ultimo indicato dalla *spending review*, secondo i dati 2010[6] molte Regioni erano ancora ben lontane dal raggiungimento di detto limite.
La Legge n°135/2012 impone, infatti, il raggiungimento di un livello di posti letto complessivo di 3,7 ogni 1.000 abitanti, di cui 3,0 per acuti e 0,7 per lungodegenza post-acuzie e riabilitazione.
Come si può evincere dalla figura 5.5, nel 2010 solo Umbria, Campania e Sicilia rispettavano il limite; peraltro dati più recenti, relativi al 2012, del Ministero della Salute, mostrerebbero che anche l'Umbria è teoricamente inadempiente sulla base del puro dato di offerta e popolazione.

Figura 5.5 - Posti letto per acuti*
Valori per 1.000 abitanti, anni 2010 – 2012



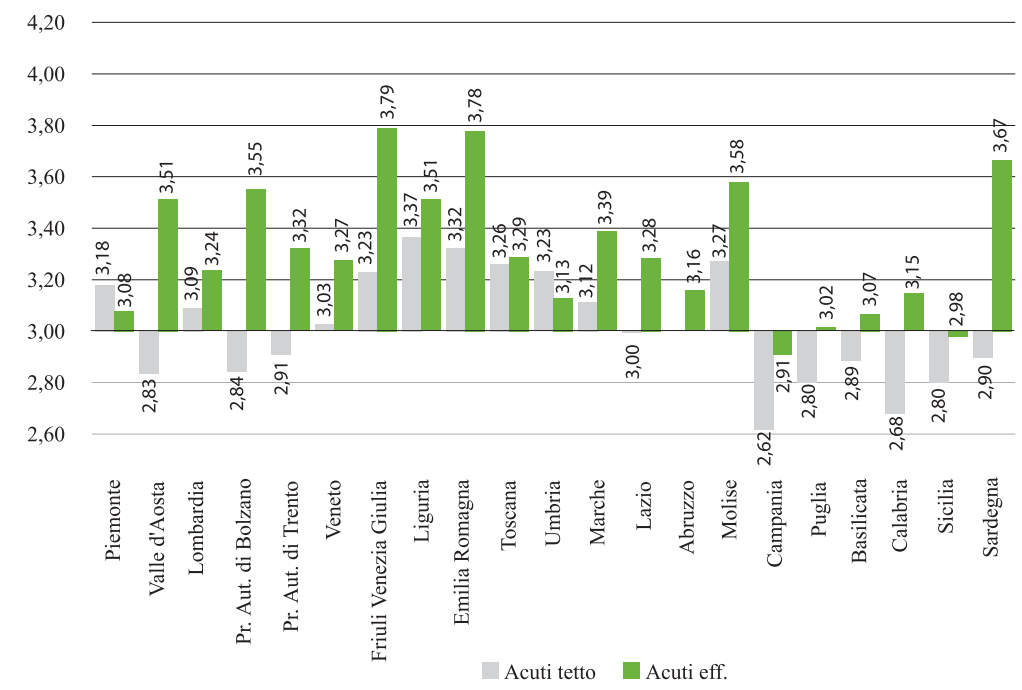
**Totale strutture pubbliche e private del SSN, compresi IRCCS e Enti di ricerca*

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

[6] *In questo caso, si considera il totale delle strutture del SSN (così come previsto dalla Legge 135/2012), e dunque sono compresi anche IRCCS e Enti di ricerca.*

Peraltro la norma, seppure in modo non facilmente interpretabile, dispone di considerare anche la mobilità, di fatto configurando una deroga al tetto massimo per le Regioni con un saldo di mobilità attiva.
Inoltre, lo *standard* è il frutto dell'applicazione di tassi di ospedalizzazione standardizzati per età alla popolazione media nazionale, di cui è indicato solo il valore medio fissato in 160 per 1.000 abitanti (in acuzie); si dovrà quindi tenere conto anche delle diverse demografie regionali, standardizzando di conseguenza il dato.
Le recenti valutazioni ministeriali incorporano tali correttivi, il cui congiunto effetto porta la Liguria (la Regione con la popolazione più anziana di Italia) ad avere uno *standard* di riferimento di 3,37 posti letto per 1.000 abitanti, seguita dalla Emilia Romagna con 3,32; all'altro estremo troviamo la Campania con 2,62, seguita dalla Calabria con 2,68.

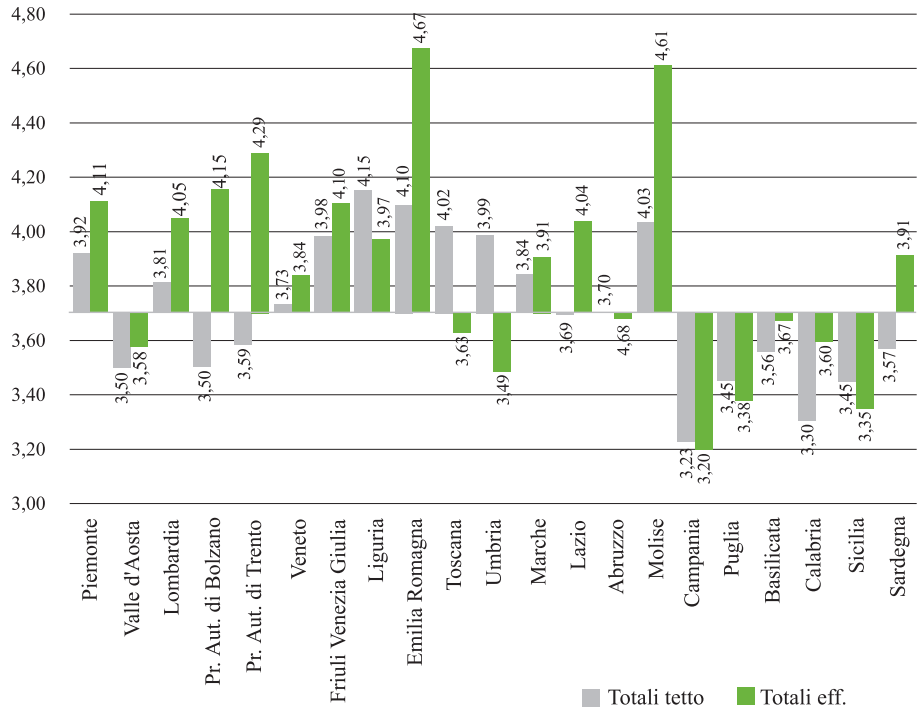
Figura 5.6 - Posti letto per acuti: tetto e tasso effettivo
Valori per 1.000 abitanti, anno 2012



Fonte: Ministero della Salute

In termini di posti letto totali (acuzie post-acuzie) gli andamenti sono sostanzialmente analoghi: la Liguria ha un tetto del 4,15 per 1.000 abitanti seguita ancora dalla Emilia Romagna con 4,1; la prima è però in difetto di posti letto mentre la seconda in largo eccesso.
Sul versante opposto, la Campania ha un tetto fissato al 3,23 e la Calabria a 3,30 ma, mentre la prima ha una lieve carenza, la seconda ha un significativo eccesso.

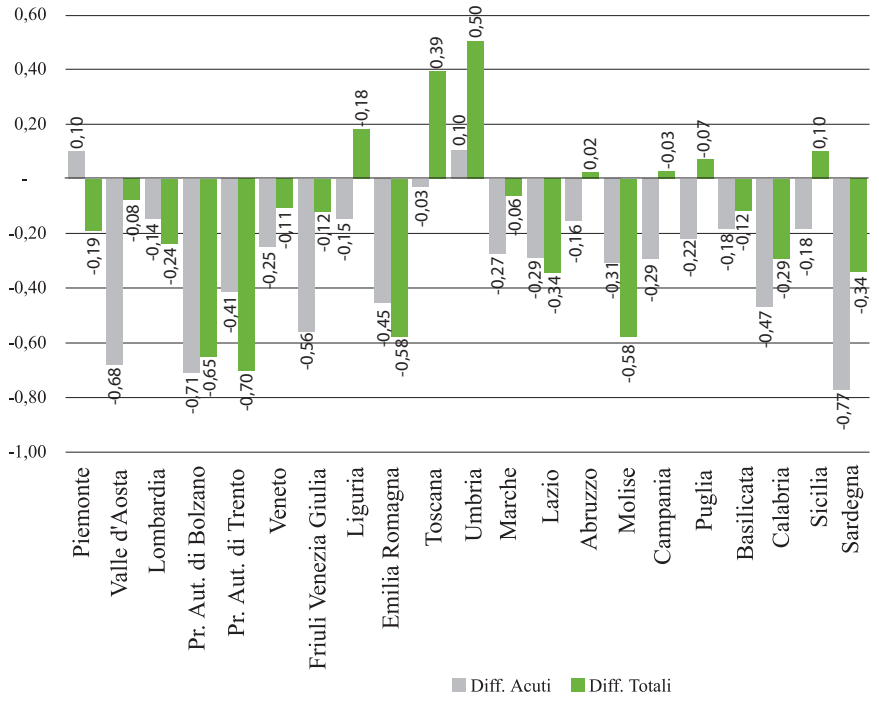
Figura 5.7 - Posti letto totali (acuzie e post-acuzie): tetto e tasso effettivo
Valori per 1.000 abitanti, anno 2012



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Secondo il Ministero solo l'Umbria avrebbe una carenza di posti letto sia per acuti che in post-acuzie.
Per le altre Regioni si evidenziano situazioni diversificate.
Il Sud ha in generale una forte carenza di letti di post-acuzie e un eccesso in acuzie; con Molise e Sardegna che sono le più distanti dal *target* prefissato.
Nel Nord, di contro l'eccesso per Lombardia, P.A. di Trento e, specialmente, Emilia Romagna e Piemonte si evidenzia come un eccesso di post-acuzie.
Nel Centro, a parte l'Umbria di cui si è detto, Marche e specialmente il Lazio devono ridurre l'offerta, mentre la Toscana ha carenza di post-acuzie.

Figura 5.8 - Posti letto in acuzie e post-acuzie: eccessi e carenze
Valori per 1.000 abitanti, anno 2012



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Appare evidente che le politiche si annunciano differenziate e di diverso impatto: nel Sud si pone un problema di mobilità del personale e anche di ridestinazione delle strutture; nel Nord solo Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna hanno un significativo *gap* di letti da ridurre; peraltro Emilia Romagna, Piemonte in parte Lombardia hanno eccesso in post-acuzie che può essere indicativo di un maggior livello di servizi: presumibilmente potrà essere foriero di una mera riclassificazione delle strutture.

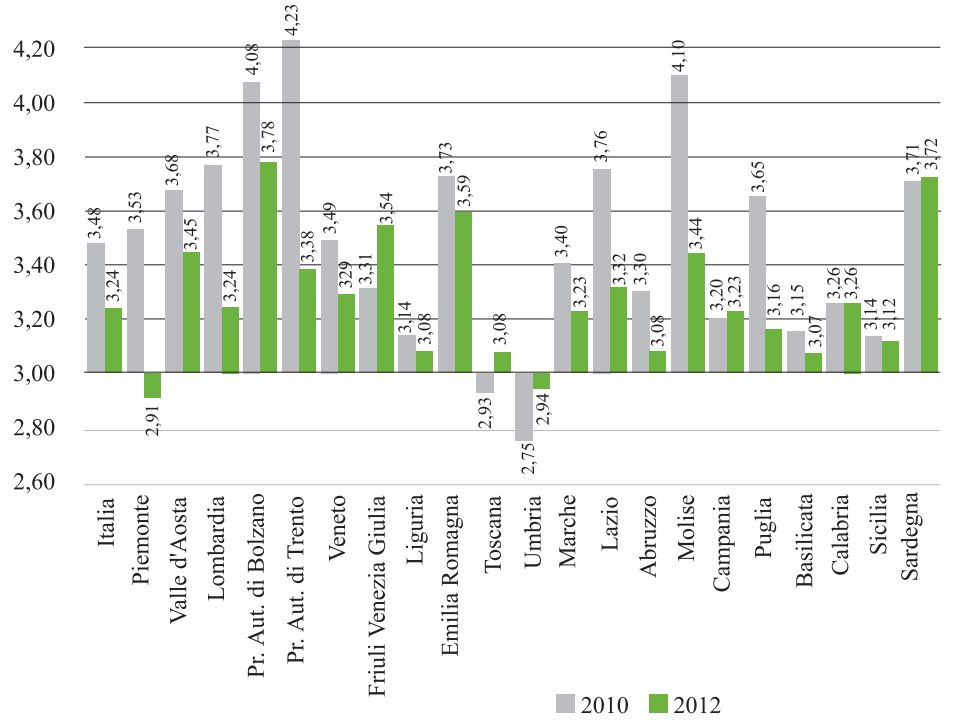
Gli esercizi riportati dimostrano quanto sia rilevante l'effetto demografico nel *benchmarking*; considerando che è in corso un ribaltamento della struttura demografica regionale, e che come segnalato nel primo capitolo del Rapporto, la transizione demografica del Sud si preannuncia molto più veloce di quella già sperimentata nel Centro-Nord, ci sembra lecito il dubbio che una forte dismissione di posti letto potrebbe in un decennio diventare un problema per le Regioni meridionali, incentivando ulteriormente la mobilità passiva.

Appare anche in qualche modo discutibile, in un contesto di regolamentazione generale, che sia scontata la correzione per gli effetti di mobilità, che andrebbe invece sostanzialmente ridotta (almeno quella per prestazioni non di alta complessità e/o inappropriate).

Si è quindi voluto ricalcolare i tetti (per gli acuti) considerando la sola correzione in base

alla struttura demografica, quindi utilizziamo la popolazione pesata[7]: in tale contesto, solo Umbria e Piemonte sarebbero coerenti con il tetto del 3% (in media nazionale), fermandosi al 2,91 e 2,94.
Escludendo le Regioni a statuto speciale, gli eccessi maggiori si rilevano in Sardegna ed Emilia Romagna.

Figura 5.9 - Posti letto per acuti a popolazione pesata
Valori per 1.000 abitanti, anni 2010-2012



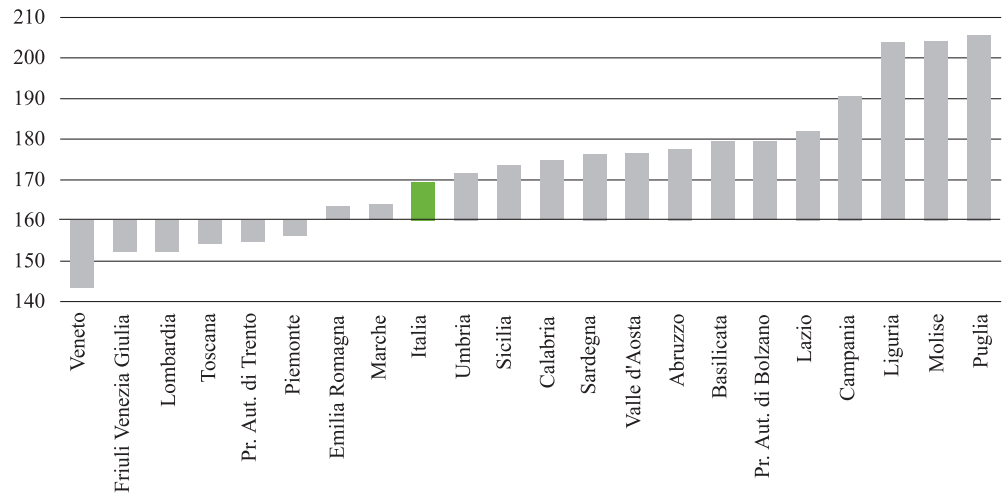
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

[7] *Pesi Assistenza Ospedaliera, delibere CIPE.*

5.3. Domanda di assistenza in Italia

La citata Legge n. 135/2012 si basa su un tasso di ospedalizzazione complessivo per acuti, che dovrebbe essere pari a 160 per 1.000, di cui il 25% per ricoveri in regime diurno.

Figura 5.10 - Tassi di ospedalizzazione in acuzie
Valori per 1.000 abitanti, anno 2010

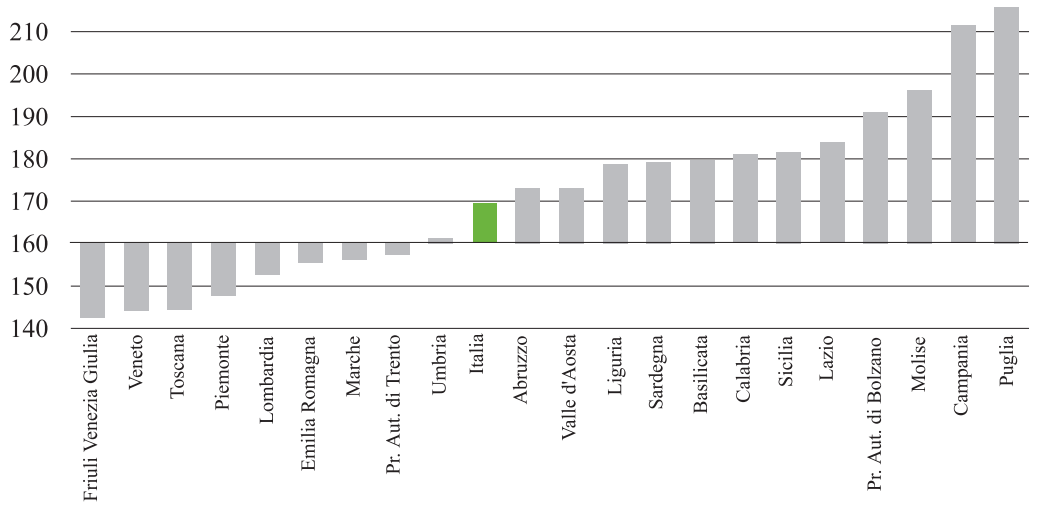


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati SDO-Ministero della Salute

Anche in questo caso l'applicazione del *benchmark*[8] senza correzioni mostra una situazione estremizzata, in cui solo il Nord-Est, con Lombardia e Piemonte, rispettano il tetto. Appare quindi più convincente analizzare i tassi di ospedalizzazione standardizzati per l'età, utilizzando la popolazione pesata secondo i pesi ministeriali. I tassi e il rispetto del tetto in questo modo cambiano significativamente: anche Emilia Romagna, Marche e Umbria rientrano nel tetto. Gli scarti maggiori si rilevano in Campania e Puglia, seguite da Lazio e Molise.

[8] *L'analisi è stata svolta sulle sole strutture pubbliche del SSN (in particolare, su Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi di ASL) Non è stato possibile includere il dato per le altre tipologie di strutture pubbliche così come intese nella riclassificazione CREA Sanità (v. nota 4).*

Figura 5.11 - Tassi di ospedalizzazione in acuzie a popolazione pesata
Valori per 1.000 abitanti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati SDO Ministero della Salute

Quasi tutte le Regioni rispettano anche la prescrizione di effettuare un quarto dei ricoveri in regime diurno: non hanno ancora raggiunto il *target* la Lombardia (21,98%), Marche ed Umbria (24,04% e 24,05%).

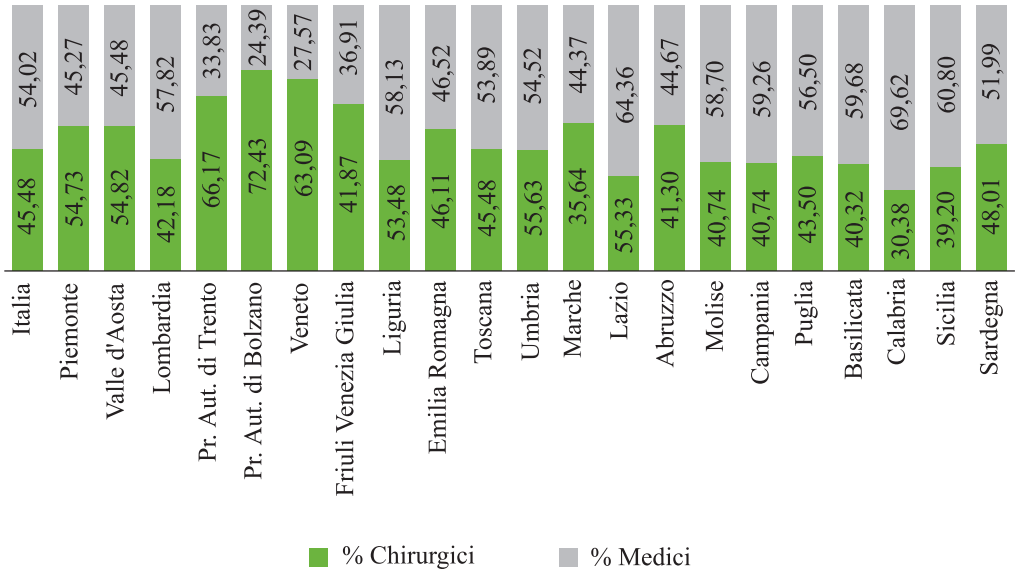
Tabella 5.2 - Tassi di ospedalizzazione per acuti - Ordinari e diurni
Valori per 1.000 abitanti, anno 2010

Regioni	Acuti ordinari	Acuti diurni	Totale	Diurni % su acuti
Italia	120	49	169	29,09
Piemonte	112	44	156	28,30
Valle d'Aosta	127	50	177	28,23
Lombardia	119	33	152	21,98
Pr. Aut. di Bolzano	130	50	179	27,80
Pr. Aut. di Trento	99	55	155	35,68
Veneto	104	40	143	27,67
Friuli Venezia Giulia	114	38	152	25,14
Liguria	122	82	204	40,36
Emilia Romagna	122	42	163	25,64
Toscana	115	39	154	25,20
Umbria	130	41	172	24,05
Marche	124	39	164	24,04
Lazio	123	59	182	32,55
Abruzzo	126	51	177	28,90
Molise	141	63	204	30,93
Campania	124	67	191	34,95
Puglia	146	60	206	28,94
Basilicata	114	65	179	36,23
Calabria	123	51	175	29,42
Sicilia	114	60	173	34,51
Sardegna	125	51	176	28,99

Fonte: Elaborazione CREA Sanitò su dati SDO-Ministero della Salute

L'indicazione appare però discutibile, non considerando l'appropriatezza dei ricoveri diurni e, in particolare, il trasferimento degli stessi in regime ambulatoriale.
Appare evidente che Regioni come la Calabria, con il 69,62% di casi in regime diurno medici, oppure il Lazio con il 64,36%, presentino un rischio di inappropriatezza rilevante.

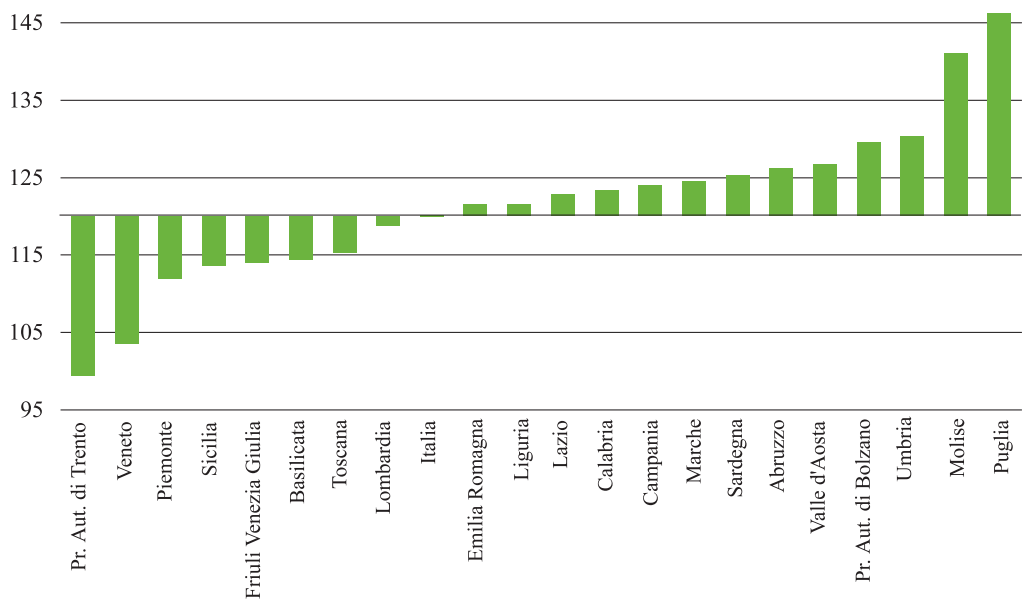
Figura 5.12 - Ricoveri diurni, casi medici e chirurgici – Quota sul totale casi
Valori %, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Concentrandosi sul dato di ospedalizzazione in regime ordinario, e raffrontandolo con il tetto del 120 per 1.000 abitanti, Molise e Puglia risultano avere il livello di ospedalizzazione più elevato e lontano dal tetto fissato (146 e 141).
La P.A. di Trento (per la quale i ricoveri diurni sembrano "appropriatamente" sostituirsi agli ordinari rappresentando il 35,68% dei ricoveri totali, e con solo il 24,39% di questi per DRG medici), di contro, è quella maggiormente sotto il tetto.

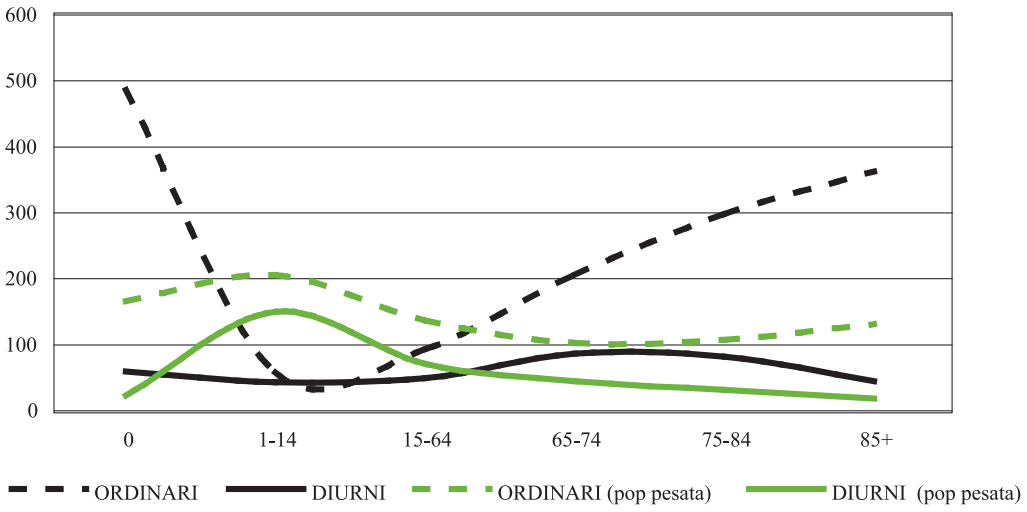
Figura 5.13 - Tassi di ospedalizzazione in acuzie (regime ordinario)
Valori per 1.000 abitanti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Considerando l'andamento dei tassi di ospedalizzazione (mostrato nella figura seguente), che sono fortemente correlati all'età, appare anche in questo caso opportuno standardizzare il dato.

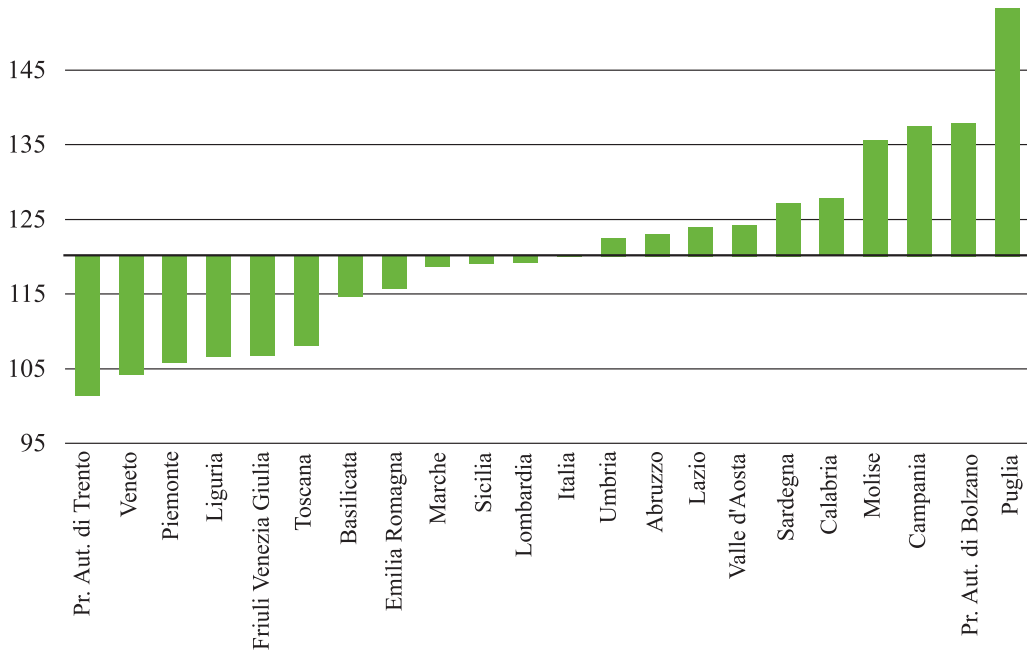
Figura 5.14 - Tassi di ricovero acuti - Per tipologia di attività e classe di età Valori per 1.000 abitanti (popolazione pesata e non), anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Anche standardizzando per età si conferma l'"efficienza" del Nord-Est, della Toscana, ma anche della Basilicata e, al contrario, le problematiche di accesso di Puglia, Campania, Molise e Calabria, ivi compresa peraltro la P.A. di Bolzano.

Figura 5.15 - Tassi di ospedalizzazione in acuzie (in regime ordinario) a popolazione pesata
Valori per 1.000 abitanti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

5.4. Risorse assorbite

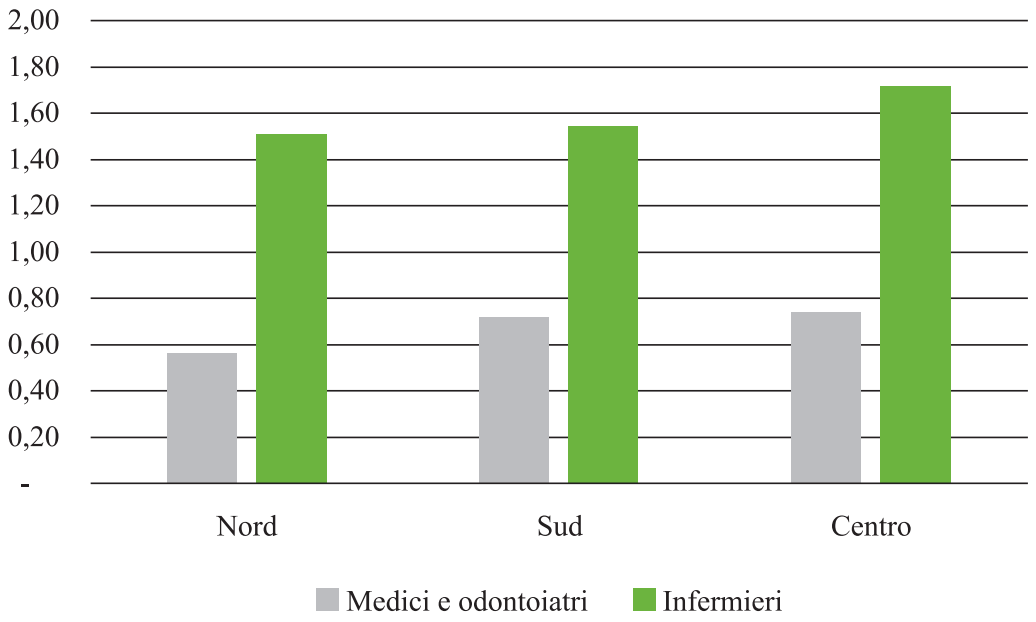
Appare evidente che i *target* di offerta imposti dalla *spending review* sono finalizzati ad ottenere risparmi per il SSN.

Da questo punto di vista, va esplicitato che la principale risorsa assorbita a livello ospedaliero rimane quella del personale: quindi più che la presenza di posti letto, in termini finanziari conta quella di personale[9].

Il macro-dato che emerge immediatamente è che nel Centro sono impiegati più medici e odontoiatri per posto letto rispetto al Nord, mentre gli infermieri sono di più al Sud e nel Centro.

[9] *L'analisi è stata svolta sulle sole strutture pubbliche del SSN (in particolare, su Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi di ASL). Non è stato possibile includere il dato per le altre tipologie di strutture pubbliche così come intese nella riclassificazione CREA Sanità (v. nota 4).*

Figura 5.16 - Personale per posto letto* - Per ripartizione geografica, anno 2010

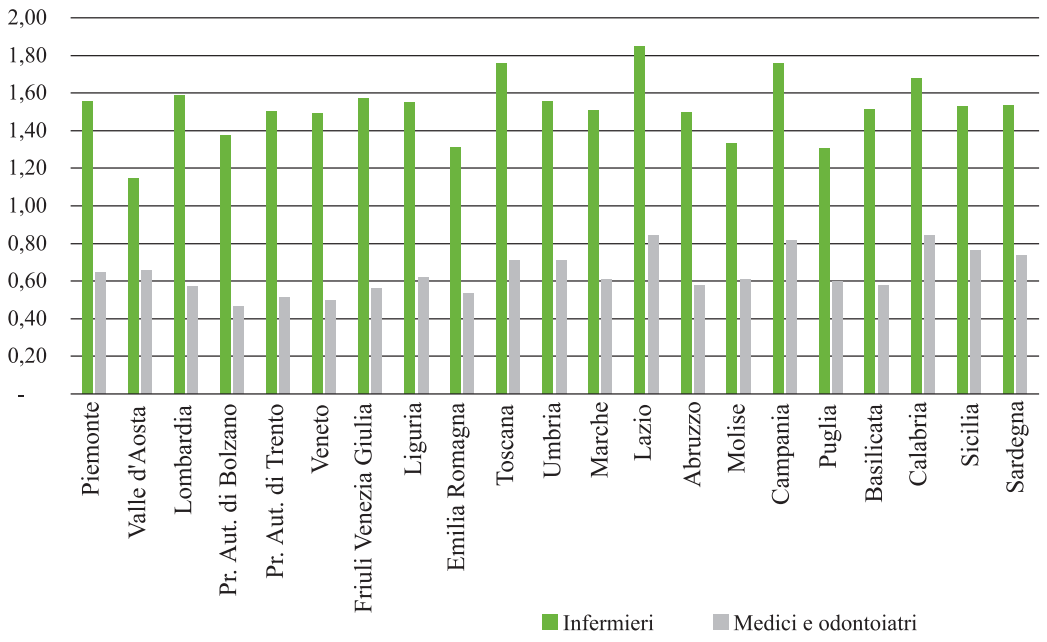


**Si considera sia il personale (medici e odontoiatri e infermieri) del SSN che quello universitario delle Aziende ospedaliere e degli Ospedali a gestione diretta presidi di ASL.*

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Il livello più elevato di personale per posto letto, sia per medici che per infermieri, si registra nel Lazio, con 1,85 infermieri per posto letto e 0,84 medici e odontoiatri.
Anche Toscana, Campania e Calabria hanno un numero rilevante di infermieri, mentre Campania e Calabria di medici.
Le Regioni che presentano invece il minor numero di infermieri per posto letto sono la Valle d'Aosta e la Puglia, rispettivamente con 1,14 e 1,31.
Relativamente a medici e odontoiatri i valori più bassi sono quelli della Provincia Autonoma di Bolzano e del Veneto, rispettivamente con 0,47 e 0,50 infermieri per posto letto, seguiti dalla Basilicata.

Figura 5.17 - Personale per posto letto* - Per Regione, anno 2010



**Si considerano Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi ASL.*

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 5.3 - Posti letto e personale per posto letto* - Per Regione, anno 2010

Regione	Posti letto per 1000 abitanti	Infermieri/PL	Medici e odontoiatri/PL
Italia	2,02	1,56	0,64
Piemonte	2,12	1,56	0,65
Valle d'Aosta	3,12	1,14	0,66
Lombardia	2,12	1,59	0,57
Pr. Aut. di Bolzano	3,27	1,38	0,47
Pr. Aut. di Trento	2,89	1,50	0,51
Veneto	2,56	1,49	0,50
Friuli Venezia Giulia	1,65	1,57	0,56
Liguria	2,90	1,55	0,62
Emilia Romagna	2,20	1,31	0,54
Toscana	1,76	1,76	0,71
Umbria	2,67	1,55	0,71
Marche	2,85	1,51	0,61
Lazio	1,36	1,85	0,84
Abruzzo	2,66	1,50	0,58
Molise	2,72	1,33	0,61
Campania	1,50	1,76	0,82
Puglia	1,81	1,31	0,60
Basilicata	2,79	1,51	0,58
Calabria	1,95	1,68	0,84
Sicilia	1,63	1,53	0,76
Sardegna	2,27	1,53	0,74

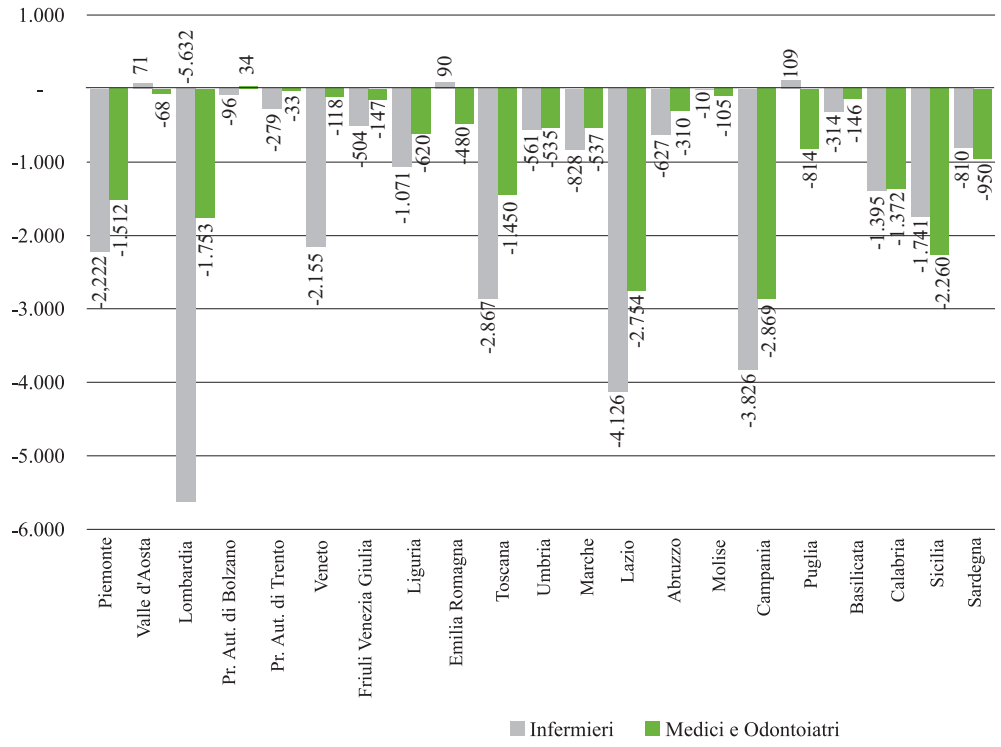
**Si considerano Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi ASL.*

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Il Lazio ha quindi una dotazione di medici e odontoiatri superiore del 44% rispetto alla dotazione della Regione con il minor numero di medici e odontoiatri per posto letto, cioè la Pr. Aut. di Bolzano.
Mentre, rispetto alla dotazione di infermieri, sempre la più elevata a livello regionale, ha il 38% di personale in più della Valle d'Aosta.
Prendendo a riferimento la media delle tre Regioni (esclusa la prima che appare un *outlier*) con un minor numero di personale infermieristico per posto letto, si ottiene uno "*standard*" di 1,32 infermieri; considerando inoltre il numero medio di medici per infermiere dalla media delle 5 Regioni con rapporto minore (pari a 0,37), si arriva a uno "*standard*" di 0,49 medici per posto letto.
Pur considerando che l'analisi è distorta in quanto non tiene in considerazione il diverso *case mix* dei ricoveri, e neppure l'effetto del diverso ricorso ai contratti di servizio, riportando tutte le Regioni agli "*standard*" previsti, già con i posti letto attuali si ottiene una stima di esubero di circa 28.800 infermieri e 18.800 medici.

Evidentemente con l'ulteriore taglio di letti previsto dalla *spending review* la forbice si allargherebbe.

Figura 5.18 - Esuberi potenziali del personale* , anno 2010



**Si considerano Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi ASL.*

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Ci sembra interessante notare come la "geografia" degli esuberi dei posti letto (che già non coincideva regionalmente fra acuzie e post-acuzie) non coincida neppure con quella del personale, ad indicare la necessità di politiche assolutamente personalizzate per ogni specifica realtà.

Ma indica, ancora, che razionalizzare finanziariamente il sistema attraverso la riduzione dei posti letto è probabilmente un incentivo distorsivo; il blocco del *turn over*, peraltro, essendosi prolungato oltre ogni limite inizialmente prevedibile, produce ormai più danni che benefici: la soluzione del problema passa per una fortissima opera di mobilità, che richiede evidentemente un accordo politico forte.

5.5. Valore della produzione nazionale

Come anticipato, le analisi precedenti possono essere distorte dal diverso *case mix trattato*, ovvero dalla complessità dei ricoveri.

Pur consci del limite di una standardizzazione del *case mix* operata sul valore tariffario dei ricoveri[10], si è proceduto in tal senso, analizzando i ricoveri valorizzati con le tariffe del nomenclatore ex D.M. 18.10.2012.

La Regione che ha ricoveri per acuti mediamente meno complessi è la Campania (€ 2.221), quella invece che presenta il maggior livello di complessità è la Toscana (€ 3.086). Si avvicinano di più alla media nazionale (€ 2.703) Liguria (€ 2.705), Umbria (€ 2.751) ed Abruzzo (€ 2.749).

Tabella 5.4 - Valore medio della produzione di ricoveri per acuti Valori assoluti (€), anno 2010

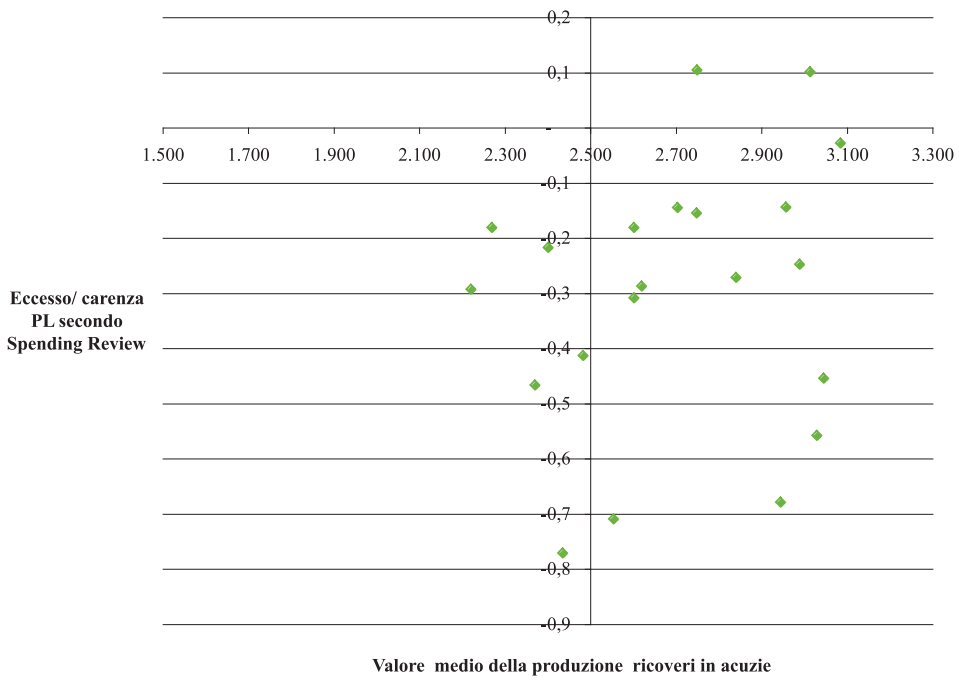
Regione	Valore medio (€)
Italia	2.703
Piemonte	3.015
Valle d'Aosta	2.946
Lombardia	2.958
Pr. Aut. di Bolzano	2.555
Pr. Aut. di Trento	2.484
Veneto	2.990
Friuli Venezia Giulia	3.031
Liguria	2.705
Emilia Romagna	3.047
Toscana	3.086
Umbria	2.751
Marche	2.842
Lazio	2.621
Abruzzo	2.749
Molise	2.603
Campania	2.221
Puglia	2.402
Basilicata	2.602
Calabria	2.372
Sicilia	2.271
Sardegna	2.436

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

[10] *L'analisi è stata svolta sulle sole strutture pubbliche del SSN (in particolare, su Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi di ASL) Non è stato possibile includere il dato per le altre tipologie di strutture pubbliche così come intese nella riclassificazione CREA Sanità (v. nota 4).*

Come si vede dalla figura seguente, non appare esserci alcuna relazione statistica fra *case mix* trattato ed eccesso/carenza di posti letto.

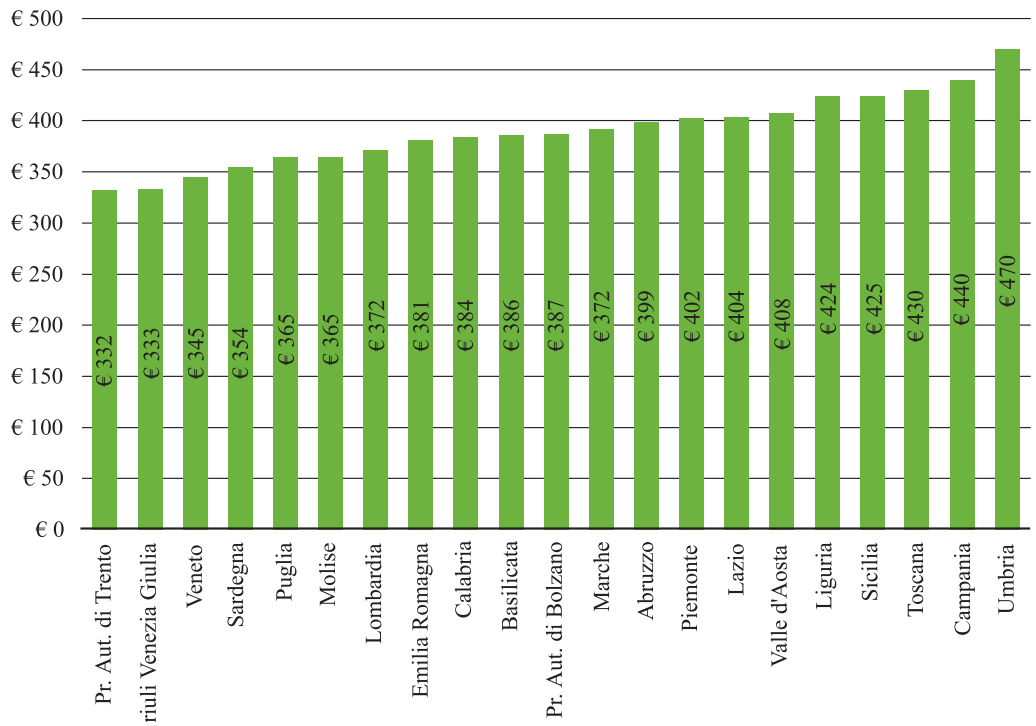
Figura 5.19 - Case mix ospedaliero ed eccesso/carenza di posti letto Anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

La Campania e la Sicilia sono le uniche Regioni che accompagnano un *case mix* poco complesso ad una bassa dotazione di posti letto. Le Province Autonome di Trento e di Bolzano, insieme alla Sardegna, sono le Regioni dove si nota un *case mix* basso rispetto alla media accompagnato però da un'elevata numerosità di posti letto per abitante. L'Umbria è l'unica Regione con *case mix* elevato e pochi posti letto.
Di seguito si riporta il valore medio della produzione (ricoveri in acuzie) per giornata di degenza: anche in questo caso si evidenziano *ranking* di non immediata lettura, con valori elevati in Regioni spesso additate per eccessi di inappropriatezza, quali Campania e Sicilia, e valori inferiori in Regioni ad altra attrattività come Emilia Romagna e Lombardia.

Figura 5.20 - Valore medio della produzione di ricoveri per acuti per giornata di degenza, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

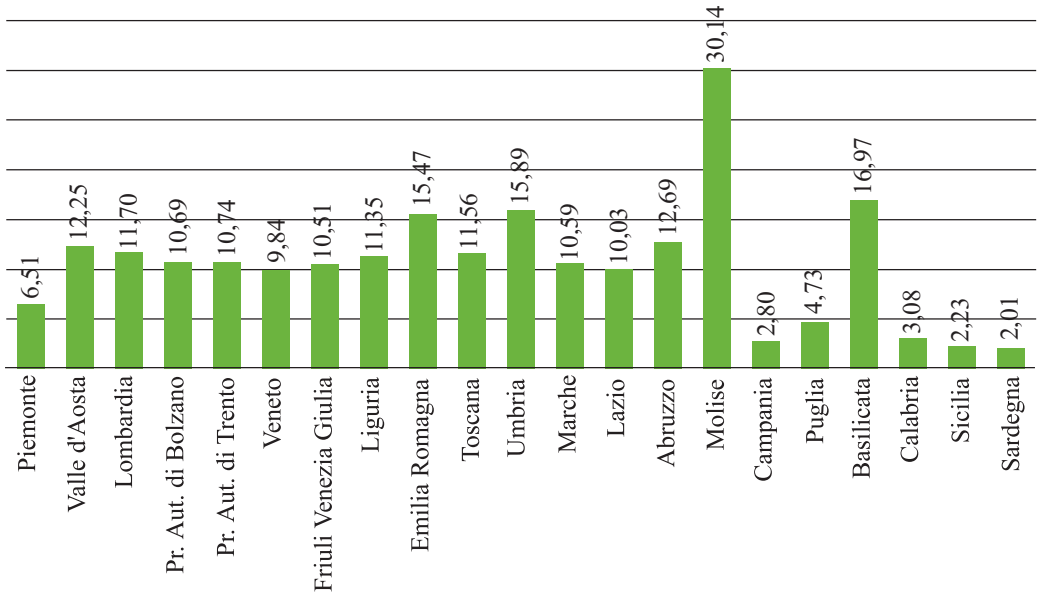
5.6. Mobilità regionale

La Regione che in assoluto ha una maggiore quota di entrate (convenzionali) da mobilità attiva è il Molise, per la quale il 30,14% del valore della produzione è attribuibile a non residenti[11].

Per il resto è evidente come la mobilità attiva rappresenti una quota rilevante delle entrate in tutte le Regioni del Nord, con punte in Emilia Romagna e Umbria; solo la Basilicata al Sud ha una mobilità attiva rilevante.

[11] *L'analisi è stata svolta sulle sole strutture pubbliche del SSN (in particolare, su Aziende ospedaliere e Ospedali a gestione diretta presidi di ASL) Non è stato possibile includere il dato per le altre tipologie di strutture pubbliche così come intese nella riclassificazione CREA Sanità (v. nota 4).*

Figura 5.21 - Quota della produzione attribuibile ai non residenti Valori %, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su SDO Ministero della Salute e Tariffe D.M. 18 ottobre 2012

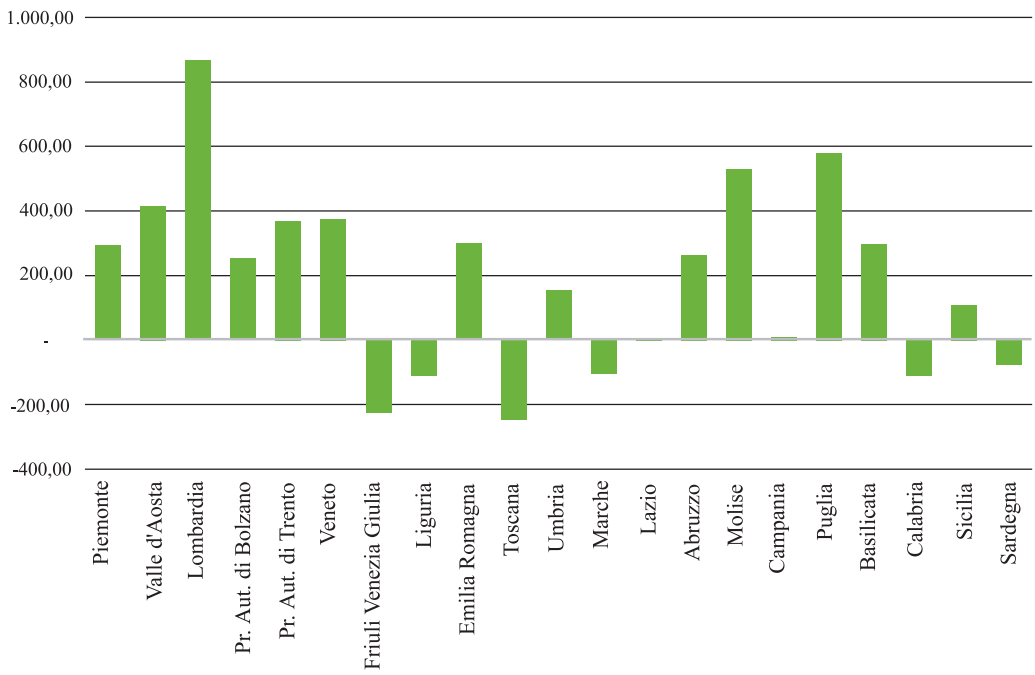
Come è lecito aspettarsi il valore medio dei ricoveri dei non residenti è maggiore di quelli "interni": in Molise € 2.994,31 contro € 2.463,64 (+21,54%).
La Regione che però presenta il divario maggiore tra la complessità assistenziale rivolta ai residenti e non è la Lombardia: l'11,70% del valore della produzione è attribuibile ai ricoveri dei non residenti, che hanno un valore medio di € 3.743,88 contro € 2.878,29 degli "interni" (+30,7%).
Si noti che Friuli Venezia Giulia, Liguria, ma anche la Toscana, oltre a Calabria e Sardegna hanno, al contrario, un valore medio dei ricoveri dei non residenti inferiore a quello dei residenti. Per il Lazio i valori si equivalgono.

Tabella 5.5 - Valore medio della produzione dei ricoveri - Residenti e non Valori assoluti (€) e %, anno 2010

Regioni	Produzione % non residenti rispetto al totale dei ricoveri	Valore medio della produzione residenti	Valore medio della produzione non residenti	Complessità dei ricoveri per non residenti rispetto a quelli per residenti
Piemonte	6,51	2.997,15	3.290,89	+ 293,74
Valle d'Aosta	12,25	2.900,77	3.315,42	+ 414,65
Lombardia	11,70	2.878,29	3.743,88	+ 865,60
Pr. Aut. di Bolzano	10,69	2.529,66	2.783,41	+ 253,75
Pr. Aut. di Trento	10,74	2.449,08	2.818,64	+ 369,56
Veneto	9,84	2.957,00	3.331,72	+ 374,73
Friuli Venezia Giulia	10,51	3.056,08	2.829,83	- 226,25
Liguria	11,35	2.717,76	2.605,72	- 112,04
Emilia Romagna	15,47	3.004,08	3.303,66	+ 299,58
Toscana	11,56	3.116,80	2.868,93	- 247,87
Umbria	15,89	2.727,35	2.881,06	+ 153,71
Marche	10,59	2.853,02	2.748,30	- 104,73
Lazio	10,03	2.621,02	2.621,78	- 0,76
Abruzzo	12,69	2.717,99	2.981,64	+ 263,65
Molise	30,14	2.463,64	2.994,31	+ 530,67
Campania	2,80	2.221,15	2.230,48	+ 9,33
Puglia	4,73	2.379,84	2.960,30	+ 580,46
Basilicata	16,97	2.556,36	2.853,79	+ 297,43
Calabria	3,08	2.375,39	2.265,79	- 109,59
Sicilia	2,23	2.268,55	2.377,06	+ 108,51
Sardegna	2,01	2.438,02	2.362,63	- 75,39

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Figura 5.22 - Differenze della complessità del *case-mix* dei residenti e non residenti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su SDO Ministero della Salute e Tariffe D.M. 18 ottobre 2012

5.7. Conclusioni

Dai dati esposti si evince come utilizzando indicatori diversi si ottengano "geografie" regionali alquanto difformi e spesso contraddittorie.

Questa evidenza porta a due riflessioni principali: la prima è che la valutazione delle *performance* è fortemente dipendente dagli indicatori obiettivo prescelti; la seconda è che la complessità dei sistemi di assistenza ospedaliera richiede politiche assolutamente personalizzate per ogni specifica realtà.

Quanto sopra porta con sé che i tentativi di razionalizzazione finanziaria del sistema che passano per *standard* nazionali rischiano fortemente di risultare inefficaci, quand'anche non distorsivi.

La reiterata richiesta di riduzione dei posti letto (pur in astratto ineccepibile) è, probabilmente, un esempio di incentivo distorsivo; se non altro perché la liberazione di risorse passa per una riqualificazione delle piante organiche che non è immediata conseguenza delle eventuali chiusure di posti letto.

D'altra parte, il blocco del *turn over*, ormai prolungatosi oltre ogni limite inizialmente prevedibile, produce più danni che benefici, distorcendo gli equilibri fra qualifiche e competenze e disincentivando il cambiamento organizzativo.

Gli *standard* previsti appaiono inoltre statici e rischiano di creare problemi a fronte della modifica demografica in corso, che vedrà rapidamente il Sud superare per età media il Nord.
Anche la mobilità gioca un ruolo distorsivo: e andrebbe maggiormente regolata, legandola ad accordi bilaterali fra le Regioni, che mettano in condizione sia quelle di attrazione, che le altre, di poter programmare la propria attività e i propri livelli di offerta.
In definitiva, la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera passa tanto per la possibilità di investire in riqualificazione delle strutture, quanto in una rilevante riallocazione del personale, che richiede evidentemente un accordo politico forte e di medio-lungo periodo.

Riferimenti bibliografici

- D.M. 18 Ottobre 2012, *Nomenclatore tariffario assistenza ospedaliera.*
- ISTAT (2010 – 2011), *Dati demografici su www.istat.it*.
- Legge n. 135/2012 (*Spending review*).
- Ministero della Salute (2012), *Attività Gestionali ed economiche delle A.S.L e delle Aziende Ospedaliere - Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* – Anno 2010.
- Ministero della Salute (2012), *Personale delle A.S.L. e degli Istituti di cura pubblici* – Anno 2010.
- Ministero della Salute (2012), *Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera: i numeri Regione per Regione, su www.salute.gov.it.*
- Ministero della Salute (2012), *Schede di Dimissione Ospedaliera* – Anno 2010.

Capitolo 6

Assistenza primaria di base: sistemi di remunerazione e incentivi per lo sviluppo

6 - Assistenza primaria di base: sistemi di remunerazione e incentivi per lo sviluppo

Lista V.[1]

6.1 Sistema del P4P e confronti internazionali

Il "Decreto "Balduzzi"[2] ha sancito, con l'art. 1, la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, ribadendo e istituzionalizzando il concetto di associazionismo medico già previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del 2009 e del 2010. L'art. 1 del Decreto, nello specifico, prevede la riorganizzazione dell'assistenza primaria di base secondo modalità operative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e di altre figure professionali, tra cui infermieri, tecnici della riabilitazione, etc. Le Regioni assicurano l'adesione obbligatoria dei medici a tale assetto organizzativo; i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) devono garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana (h24).
Quanto stabilito, prima dall'ACN 2009 e successivamente dalla riforma Balduzzi, ha l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale e di promuovere l'integrazione multiprofessionale nella tutela del diritto alla salute del cittadino/paziente.
La nuova legislazione impone, ora più che mai, la necessità di introdurre sistemi più innovativi, tesi al monitoraggio delle *performance* e all'appropriatezza dei servizi erogati dai professionisti sanitari all'interno delle UCCP.
La necessità di misurare le *performance* delle strutture e dei professionisti sanitari nasce anche da un paziente/cittadino sempre più informato ed esigente sugli aspetti legati alle cure. Questo porta alla nascita di nuove esigenze di *accountability*, che richiedono una maggiore attenzione al controllo e al monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate.
A tal proposito, sono stati sviluppati molteplici strumenti volti a misurare la *performance* di ospedali e di professionisti sanitari, associandoli a sistemi che configurano incentivi finanziari al raggiungimento di obiettivi di salute e non, fissati ex ante.
Uno dei sistemi maggiormente impiegato è il *Pay for performance* (P4P), il quale associa il compenso alla qualità e all'efficienza dell'assistenza. Tale sistema è stato inizialmente introdotto negli ospedali (Specchia M.L. et al., 2011) con l'obiettivo di fornire uno strumento trasparente per il rimborso delle prestazioni erogate dalle strutture ed ha portato

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *D.L. n. 158/2012, (pubblicato in GU 13 settembre 2012, n. 214), coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".*

ad un superamento della concezione ancorata al finanziamento delle stesse sulla base della spesa storica o sulla sola quantità dei servizi erogati.
In Italia, a livello ospedaliero, è stato avviato negli ultimi anni un programma nazionale di valutazione delle attività di assistenza di tutti gli ospedali italiani, pubblici e privati accreditati, anche se ancora non è legato al sistema di remunerazione degli stessi, denominato "Programma nazionale esiti – PNE". Il Programma è gestito dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S), in collaborazione con il Ministero della Salute. Si tratta di un *database* che permette di avere un'immagine reale della situazione complessiva dei servizi erogati dal Servizio sanitario nazionale nel 2011. L'analisi è condotta su 46 indicatori raggruppati in 9 aree cliniche: cardiologia, chirurgia, gastroenterologia, ortopedia, pneumologia, neurologia, ginecologia/ostetricia, assistenza territoriale e oncologia, tenendo conto delle diverse caratteristiche e della gravità dei pazienti. Le misure del Programma nazionale esiti sono importanti strumenti di valutazione a supporto di programmi di *auditing* clinico e organizzativo che hanno come scopo il miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.
Tra gli esempi di misurazione delle *performance* a livello internazionale, nell'ambito dell'assistenza primaria di base, si riportano due esperienze significative provenienti dal mondo anglosassone (Regno Unito e Australia), che più di altre hanno evidenziato una capacità di sviluppare gli elementi che compongono il sistema di misurazione e valutazione, legate ad una ormai lunga tradizione culturale.

6.1.1 Regno Unito – Il sistema di remunerazione: *Quality and Outcomes Framework* (QOF)

In Gran Bretagna, con la nascita del *Quality and Outcomes Framework* (QOF), il sistema di P4P è stato esteso dal contesto ospedaliero a quello distrettuale. Il Regno Unito è stato, infatti, il primo Paese che ha utilizzato un sistema di remunerazione per incentivi nell'ambito dell'assistenza primaria di base. Il QOF è stato introdotto nel 2004, prevedendo l'adesione volontaria da parte dei *General Practitioners* (GPs).
La remunerazione dipende sostanzialmente dal numero dei pazienti per i quali sia stato raggiunto un determinato obiettivo di processo o di *outcome*, quindi la remunerazione dei GPs dipende anche dalla qualità delle cure erogate. Il nuovo sistema valuta la *performance* dei singoli GPs sulla base di 134 indicatori (al 2011) suddivisi in quattro domini:
- clinico (86 indicatori);
- organizzativo (36 indicatori);
- servizi addizionali (9 indicatori);
- esperienza del paziente (3 indicatori).

Ogni area è divisa in sottogruppi, ciascuno dei quali si articola in una serie di indicatori di *performance*.
Il dominio clinico si compone di 86 indicatori, facenti capo a 20 aree cliniche, per un valore massimo di 697 punti (69,7% del totale); il dominio organizzativo consta di 36 indicatori, suddivisi in cinque aree organizzative, per un valore massimo di 167,5 punti (16,8% del totale); il dominio "servizi addizionali" è composto da 9 indicatori, suddivisi in quattro aree di servizio, per uno score massimo di 91,5 punti (9,2% del totale); il dominio "espe-

rienza del paziente" si compone di tre indicatori relativi ad un'unica area, con un punteggio massimo ottenibile di 44 punti (4,4% sul totale).
Il QOF prevede al suo interno uno strumento che consente di escludere dalla misurazione della *performance* i pazienti che non presentano le caratteristiche necessarie per il calcolo degli indicatori di qualità. Per inciso, si noti che un'importante novità nel sistema di remunerazione è rappresentata dall'introduzione dei cosiddetti "servizi addizionali". Ogni GP è tenuto ad erogare i servizi essenziali, come gli altri medici, ma può anche singolarmente contrattare con il proprio *Primary Care Trust* (PCT)[3] di riferimento l'offerta di altri servizi utili alla popolazione, come ad esempio la sorveglianza sui minori e i servizi per la maternità. In tal modo i PCT assumono sempre più la reale funzione di presidi del *National Health System* (NHS) e punti di riferimento della popolazione per i bisogni sanitari.

[3] *Paragonabile ad una ASL italiana.*

Tabella 6.1 - Il QOF, sistema britannico di remunerazione dei GPs Domini, Aree e indicatori

Domini	Dominio clinico	Dominio organizzativo	Servizi addizionali	Esperienza dei pazienti
Aree (n. indicatori)	1. Patologia cardiaca coronarica (10) 2. Malattie cardiovascolari (prevenz. primaria) (2) 3. Insufficienza cardiaca (4) 4. Ictus ed attacco ischemico transitorio (8) 5. Ipertensione (3)	1. Registrazione dei pazienti e corretta gestione delle informazioni ad essi relative (12) 2. Comunicazione (informazioni per i pazienti (2) 3. Istruzione e formazione (aggiornamento professionale) (7)	1. Pap test, screening cervicale (4) 2. Sorveglianza salute dei minori (1) 3. Servizi per la maternità (1) 4. Contraccezione (salute sessuale) (3)	1. Durata delle consultazioni e indagine sulla soddisfazione dei pazienti (3)
	6. Diabete mellito (17) 7. Bronco pneumo-patia cronica ostruttiva (5) 8. Epilessia (4)	4. Gestione dell'ambulatorio (7) 5. Gestione dei farmaci (8)		
	9. Ipotiroidismo (2) 10. Cancro (2) 11. Cure palliative (2)			
	12. Salute mentale (6) 13. Asma (4) 14. Demenza (2)			
	15. Depressione (3)			
	16. Malattie croniche dell'infanzia (5) 17. Fibrillazione atriale (3) 18. Obesità (1)			
	19. Disturbi dell'apprendimento (1)			
	20. Fumo (2)			
Totale indicatori	*86*	*36*	*9*	*3*
Totale punteggio	*697*	*167,5*	*91,5*	*44*

Fonte: Specchia M.L. et al., 2011

6.1.2 Australia – Gli indicatori clinici del *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP)

Sull'esempio inglese, sono state condotte diverse esperienze internazionali, tra cui merita di essere menzionata quella australiana. Il *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP) ha sviluppato, nel 2012, una serie provvisoria di 22 indicatori clinici per i medici di medicina generale. Gli indicatori proposti riguardano esclusivamente la sicurezza e la qualità delle cure cliniche fornite dai GPs australiani e prevedono un'adesione volontaria. Il progetto è ancora in fase sperimentale: i GPs hanno inviato un loro *feedback* sul set di indicatori proposti. Per lo più si è trattato di *feedback* positivi che hanno permesso di perfezionarne alcuni. A dicembre 2012 è stata avviata la fase pilota ed ora ci vorrà un po' di tempo per osservarne gli effetti. Gli indicatori clinici proposti potrebbero integrarsi con il sistema di indicatori già presente in Australia, denominato *Practice Incentives Program* (PIP)[4], che attualmente fornisce degli incentivi finanziari per le pratiche cliniche che conseguono misure di *outcome* in aree come il diabete, lo *screening* per il cancro alla cervice uterina, l'asma, etc.

Tabella 6.2 - Australia – Indicatori clinici proposti dal *Royal Australian College of GPs* (RACGP)

Set di indicatori clinici
1. Infrastrutture per sostenere la sicurezza e la qualità della cura del paziente
2. Politica di prescrizione di farmaci che creano dipendenza
3. Sistema per il triage di pazienti con malattia acuta
4. Sistema per sostenere le cure palliative e l'assistenza in fase terminale
5. Valutazione del rischio cardiovascolare
6. Screening per l'abitudine al fumo
7. Screening per il consumo di alcol
8. Screening per il cancro della cervice uterina
9. Tassi di immunizzazione nell'infanzia
10. Screening per Clamidia
11. Migliorare la documentazione clinica della malattia renale cronica
12. Screening per la retinopatia nei pazienti con diabete
13. Screening per la nefropatia nei pazienti ad alto rischio
14. Terapia anticoagulante nei pazienti con malattia coronarica
15. Gestione di insufficienza ventricolare sinistra
16. Gestione dei lipidi nella malattia coronarica
17. Accesso dei pazienti alla terapia cognitivo comportamentale
18. Gestione degli antibiotici
19. Audit dei pazienti con nuova diagnosi di tumore maligno
20. Uso della radiologia nel trattamento della lombalgia
21. Riduzione del consumo di tabacco nei pazienti con BPCO
22. Interventi per ridurre l'uso di benzodiazepine in pazienti di 60 anni o più

Fonte: RACGP clinical indicators for Australian general practice, June 2012.

[4] *Il PIP è gestito dall'Australian Government Department of Human Services (Human Services) per conto del Department of Health and Ageing (DoHA).*

La recente implementazione degli indicatori di qualità clinica da parte del RACGP ha suscitato un rinnovato dibattito sul ruolo dei programmi *P4P* e sulla loro potenziale utilità nella medicina generale australiana. I programmi di *P4P* rimangono, dunque, una priorità nell'agenda del governo federale australiano.

6.1.3 Considerazioni conclusive sulle esperienze internazionali

Per i programmi di *P4P* nelle cure primarie, è dimostrato il loro effetto "positivo" sui comportamenti professionali dei GPs, ma va prudentemente aggiunto che sussistono minori evidenze che questi programmi, nella loro forma attuale, possano migliorare la salute o la qualità del sistema sanitario (Wright, 2012).
La letteratura è, infatti, concorde nell'affermare che le possibili spiegazioni per questa discrepanza siano riconducibili al concetto che non tutto può essere misurato in modo rigoroso. Questi aspetti considerati non misurabili includono la continuità delle cure, la facilità di accesso all'assistenza sanitaria, la forza del rapporto medico-paziente e la soddisfazione del paziente.

6.1.4 Italia – Incentivi e sistema di remunerazione

I programmi di *P4P*, come già evidenziato, servono principalmente ad indirizzare il comportamento dei professionisti verso un miglioramento della qualità e dell'efficienza complessiva delle prestazioni erogate al proprio assistito. I sistemi di indicatori, per espletare la loro funzione di incentivo, devono essere collegati ad un beneficio per il professionista. La letteratura esistente è concorde nel ritenere che la reputazione del medico sia l'elemento chiave e che essa possa essere garantita attraverso la pubblicizzazione dei risultati, ritenendo quest'ultima condizione necessaria per il successo professionale (Fung CH, 2008; Ketelaar NA, 2011).
Nelle esperienze a livello internazionale l'incentivazione della *performance* è legata anche ad un ritorno economico, e quindi al sistema di remunerazione stesso; ovviamente i due aspetti sono strettamente legati poiché l'incentivo economico deve sommarsi alla remunerazione dell'attività svolta senza distorsioni. In altri termini la remunerazione dovrà tener conto tanto dei risultati raggiunti quanto dell'effettivo carico di lavoro del medico.
Ai fini del successo della riforma dell'assistenza primaria di base, in Italia, il sistema remunerativo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta dovrebbe essere in linea con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi (quota capitaria) e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali (quota variabile). La principale carenza rinvenibile nell'attuale sistema di remunerazione è quella di rimanere ancorata ad una logica di finanziamento dell'offerta, senza essere capace di premiare, invece, la soddisfazione della domanda.
La quota capitaria a livello di singolo medico, in un ambito di associazionismo, risulta essere un sistema di remunerazione potenzialmente superato e poco appropriato per il contesto che va delineandosi. Se il carico di assistiti di ciascun MMG viene condiviso con altri medici che operano all'interno di una stessa UCCP (come previsto dal Decreto Balduzzi), la remunerazione di ognuno potrebbe essere rivista in un'ottica di "gruppo".

Risulta, quindi, opportuno analizzare le aggregazioni e i loro compensi, superando un'ottica legata alla pratica del singolo professionista.
Come noto ad oggi la remunerazione del MMG è la risultante di due componenti: una fissa ed una variabile. La quota capitaria (prevista dall'ACN 2009 e 2010) è pari a € 40,05 ponderata per gli anni di convenzionamento del medico con un adeguamento per numero di assistiti. Per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età viene corrisposto un compenso aggiuntivo annuo pari a € 20,29. Per gli assistiti di età inferiore ai 14 anni, invece, viene corrisposto, con riferimento alle scelte in carico, il compenso annuo aggiuntivo di € 18,95. Questo tipo di ponderazione risponde all'assunto che l'età descriva il maggior assorbimento di risorse assistenziali professionali ed economiche.
La quota variabile del compenso è legata principalmente a tre aspetti: l'attività in una delle forme previste dalla legge (medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo, forme sperimentali), che consente un incremento del compenso in una quota che può variare tra i € 2,58 e i € 7,00 per assistito a seconda della forma associativa di cui il medico fa parte; l'assunzione di un collaboratore di studio o di personale infermieristico dà diritto a ulteriori € 3,50-4,00 per assistito; l'adesione ad eventuali sistemi informatici implementati dalla Regione di appartenenza dà diritto ad un compenso forfettario aggiuntivo pari a € 77,47 mensili. La remunerazione è, quindi, ripartita come indicato nella tabella 6.3.

Tabella 6.3 - Remunerazione del MMG – Quota fissa + Quota variabile

Quota fissa			
Quota capitaria annua	Quota capitaria aggiuntiva di ingresso	Compenso aggiuntivo (assistiti > 75 anni)	Compenso aggiuntivo (assistiti < 14 anni)
€ 40,05	€ 13,46	€ 20,29 (dal 1.1.2008)	€ 18,95 (dal 1.1.2008)

Quota variabile					
Indennità informatica	Medicina di gruppo	Medicina in rete	Medicina in associazione	Indennità per Collaboratore di studio	Indennità per infermiere professionale
€ 77,47/mese	€ 7,00	€ 4,70	€ 2,58	€ 3,50	€ 4,00

Fonte: ACN 2009-2010

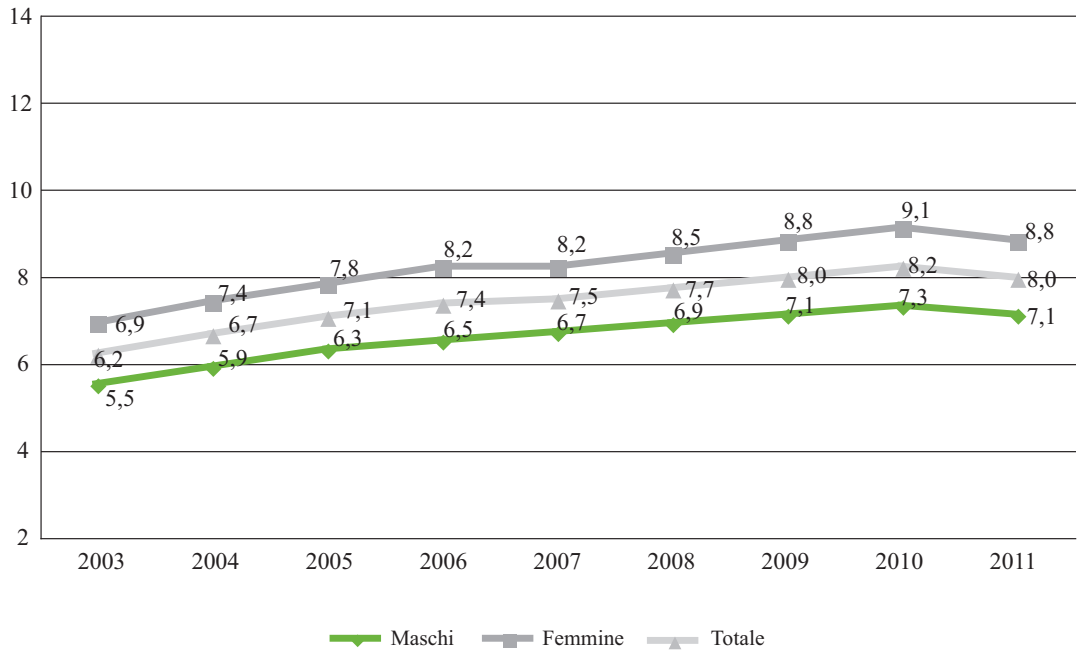
Nel paragrafo che segue abbiamo provato ad analizzare le componenti che vanno ad incidere maggiormente sul "carico di lavoro" del MMG, provando ad ipotizzare una nuova quota capitaria "pesata" che tenga conto anche di questi elementi.

6.2 Prospettive del sistema di remunerazione del MMG

In questo paragrafo si è cercato di valutare quali sono le attività per il MMG che assorbono maggiori risorse. Ad oggi, infatti, non è mai stata condotta un'analisi dettagliata del carico di lavoro reale dei medici di famiglia, mancando in effetti un modello organizzativo *standard* nell'assistenza primaria di base.

Il numero di contatti con i propri assistiti ha registrato un costante incremento negli ultimi anni. Dal 2003 al 2011 il numero medio di contatti per assistito con il proprio MMG[5] è passato da 6,2 a 8,0, con qualche lieve differenza di genere. Le donne nel 2011 hanno, infatti, registrato un valore pro-capite di 8,8 mentre il numero di contatti per gli uomini è in media pari a 7,1 (*Health Search*, 2012).

Figura 6.1 - MMG, numero medio di contatti per paziente - Distribuzione per sesso Valori assoluti, anni 2003-2011

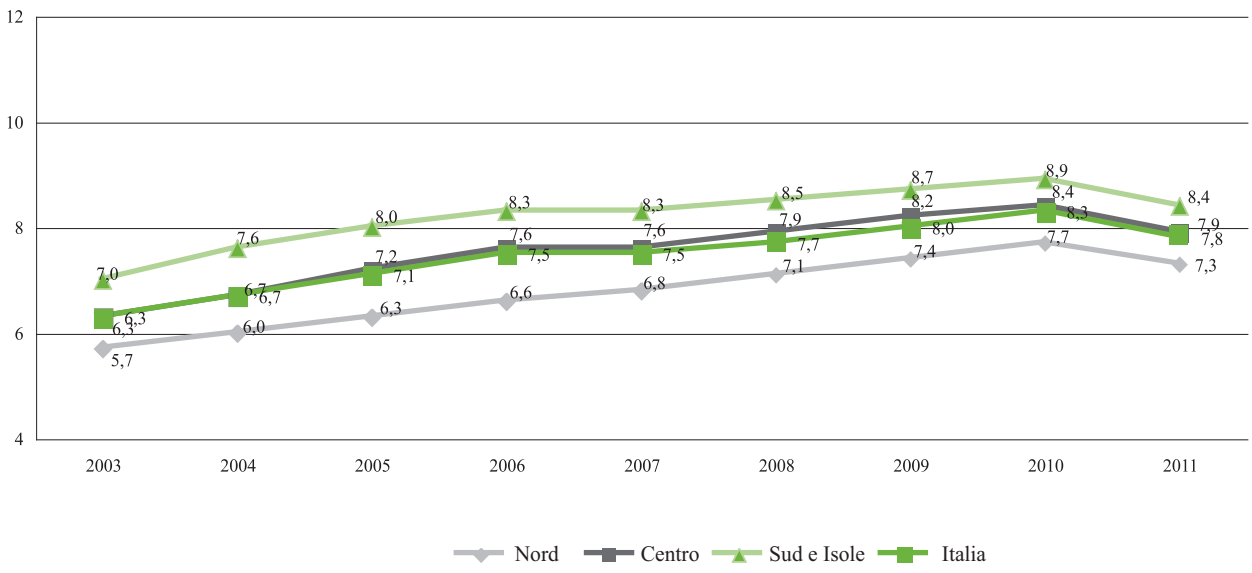


Fonte: Health Search, 2012.

[5] *Per contatti si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (Health Search 2012).*

A livello di area geografica il numero di contatti per paziente è più elevato nelle Regioni meridionali, con un valore nel 2011 pari a 8,4, contro i 7,9 e i 7,3 contatti rispettivamente nelle Regioni del Centro e del Nord (figura 6.2). Il *trend* omogeneo in crescita ha subìto un'inversione di tendenza a partire dal 2010, dove il numero di contatti per assistito ha iniziato a decrescere in tutte le aree geografiche: in media è sceso da una quota di 8,3 contatti ad una pari a 7,8.

Figura 6.2 - MMG, numero medio di contatti per paziente
Distribuzione per area geografica
Valori assoluti, anni 2003-2011



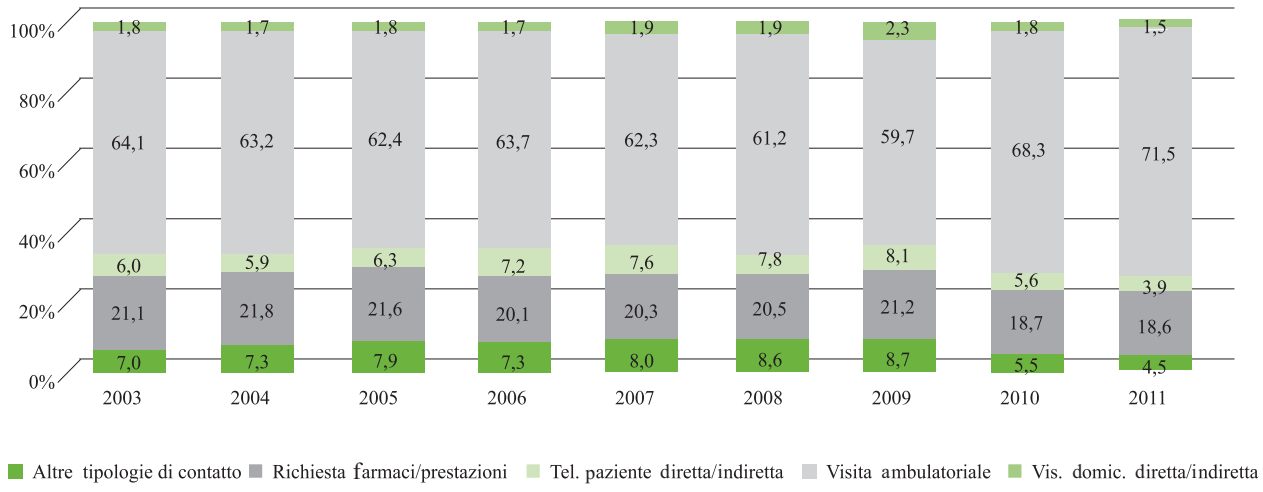
Fonte: Health Search, 2012.

I contatti con il MMG sono stati classificati in cinque principali tipologie (*Health Search*):

- richiesta farmaci/prestazioni;
- telefonata paziente diretta/indiretta;
- visita ambulatoriale;
- visita domiciliare diretta/indiretta;
- altro.

La maggior parte dei contatti effettuati dal MMG avviene per lo più presso il proprio ambulatorio (71,5% nel 2011); seguono le richieste di farmaci o prestazioni (vedi figura 6.3). Dal 2003 al 2011 è diminuito il carico dovuto alle telefonate del paziente, dirette o tramite familiari (da 6,0 a 3,9). Infine le visite domiciliari, nel 2011, rappresentano appena l'1,5% di tutti i contatti (circa il 2% dei contatti totali). La richiesta di farmaci/prestazioni, nell'orizzonte temporale osservato, registra una diminuzione di 2,5 punti percentuali, pur rimanendo significativa.

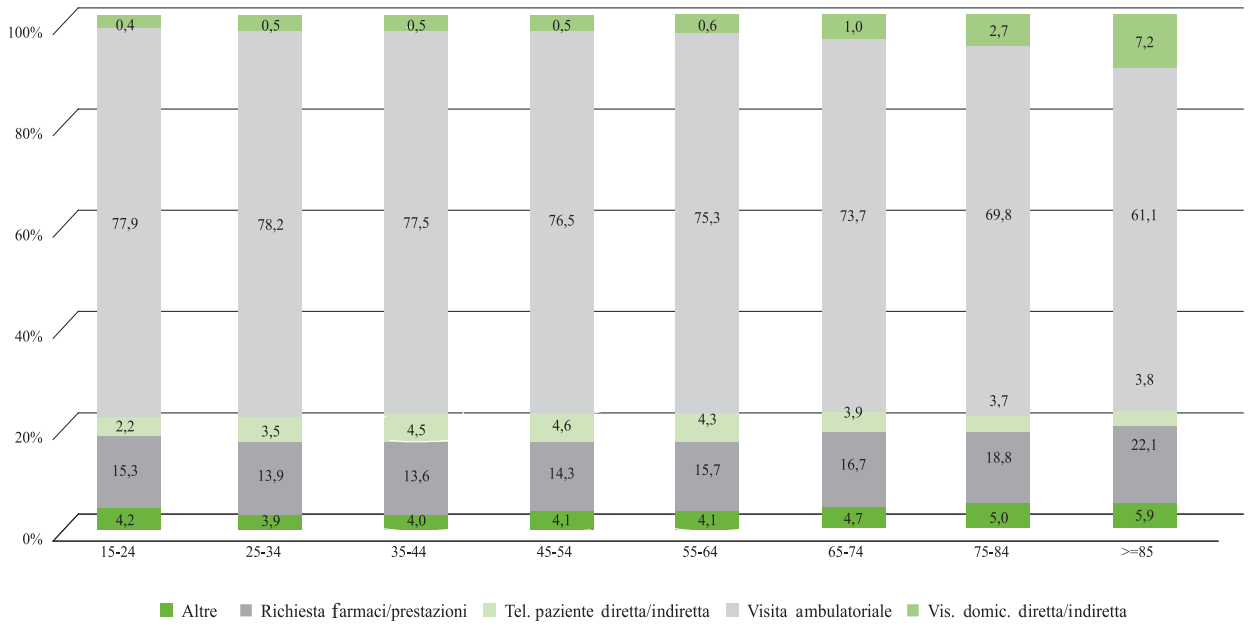
Figura 6.3 - MMG, contatti con i pazienti – Distribuzione per tipologia di contatto
Valori %, anni 2003-2011



Fonte: Health Search, 2012.

Analizzando lo stesso dato disaggregato anche per fascia di età (anno 2011), dalla figura 6.4 si evidenziano alcune differenze nella distribuzione percentuale dei contatti, legate ovviamente all'età dell'assistito. In tutte le fasce considerate la maggior parte dei contatti si concretizza in una visita ambulatoriale con un andamento decrescente che va dal 77,9% nella fascia di età 15-24, al 61,1% per gli ultra 84enni. A seguire troviamo la richiesta di farmaci/prestazioni che oscilla in un *range* compreso tra il 15,3% (15-24 anni) e il 22,1% (≥ 85 anni). L'incremento percentuale è legato probabilmente all'insorgenza di patologie croniche in età più avanzate, che comporta una maggiore necessità di farmaci. Un altro dato degno di nota è sicuramente quello sulle visite domiciliari, che raggiungono una quota significativa, pari al 7,2% dei contatti complessivi solo negli ultra 84enni.

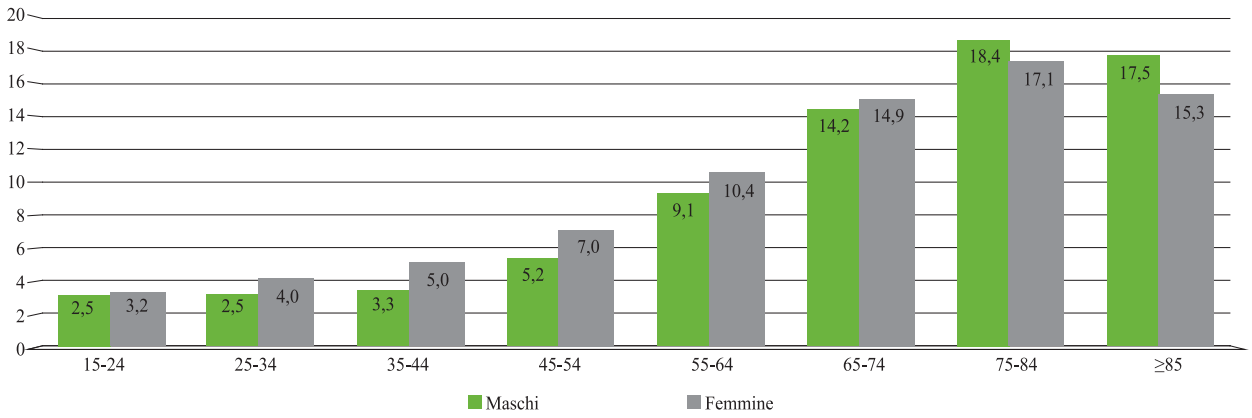
Figura 6.4 - MMG, contatti con i pazienti
Distribuzione per tipologia di contatto e per fascia di età del paziente
Valori %, anno 2011



Fonte: Health Search, 2012.

La figura seguente mette, invece, in relazione l'età degli assistiti e il carico di lavoro dei MMG, distinguendo tra maschi e femmine (anno 2011). Il numero medio di contatti annui, come era facilmente prevedibile, cresce proporzionalmente al crescere dell'età dei pazienti: a fronte di 2,9 contatti per paziente (valore medio tra maschi e femmine) registrati nella fascia di età 15-24 si arriva a 16,4 contatti negli ultra 84enni, con un picco nella fascia di età 75-84 (17,8 contatti/anno). È interessante notare come le donne facciano registrare un maggior numero di contatti in tutte le fasce d'età fino a 74 anni; viceversa, nelle classi di età superiori, si registra un'inversione di tendenza con un maggior numero di contatti per il sesso maschile. I dati sembrerebbero confermare, dunque, l'esistenza di una forte correlazione positiva tra età degli assistiti e carico di lavoro, concentrandosi tra gli anziani ultra 64-enni più del 60% del numero di contatti con il MMG per paziente.

Figura 6.5 - MMG, numero medio di contatti per paziente – Distribuzione per sesso e fascia di età
Valori assoluti, anno 2011



Fonte: Health Search, 2012.

L'analisi svolta non tiene però conto della tipologia dei contatti. Infatti, come già sopra menzionato, i contatti con il MMG possono concretizzarsi in cinque differenti tipologie:

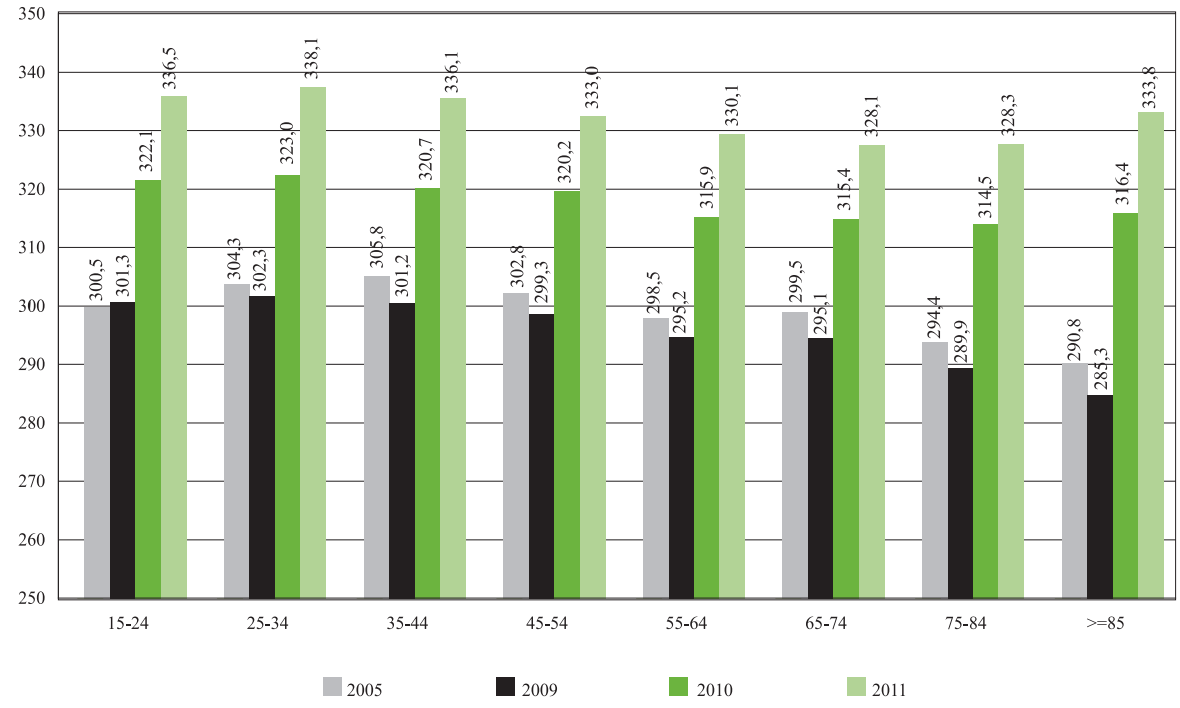
- richiesta farmaci/prestazioni;
- telefonata paziente diretta/indiretta;
- visita ambulatoriale;
- visita domiciliare diretta/indiretta;
- altro.

È evidente che ciascuna fattispecie richiede un impegno diverso; una telefonata o una semplice prescrizione, ad esempio, possono richiedere pochi minuti (circa 5), diversamente da una visita ambulatoriale per la quale il MMG può impiegare almeno 15-20 minuti, o da una visita domiciliare, che può richiedere anche 30-40 minuti.

Per tenere conto di quanto sopra è stato attribuito un peso ad ogni tipologia di contatto. Nella simulazione, effettuata per il periodo 2005-2011, è stato assegnato peso 8 alle visite domiciliari, 4 a quelle ambulatoriali e 1 alle restanti tipologie (pesi assegnati in base alla tempistica ipotizzata).

La figura seguente mostra i risultati ottenuti dalla simulazione.

Figura 6.6 - MMG, contatti con i pazienti – Distribuzione pesata per fasce di età
Valori assoluti, anni 2005-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Health Search, 2012

Come si evince dalla figura 6.6, la distribuzione del carico di lavoro del MMG risulta profondamente diversa da quella che si poteva immaginare utilizzando i contatti complessivi "grezzi". Solo per la fascia di età ≥85 il risultato rispecchia quanto già emerso dai grafici precedenti, ossia un elevato assorbimento di risorse. Il dato più sorprendente è quello relativo alla quota ingente di contatti che si concentrano tra le fasce di età più giovani, in particolare nella fascia 25-34; il dato è rimasto invariato nel corso degli ultimi anni, mostrando sempre una maggior concentrazione dei contatti nelle fasce di età comprese tra i 15 e i 44 anni.

Come si osserva nella figura 6.6, negli ultimi due anni (2010 e 2011) si registra un numero più elevato di contatti, fattore probabilmente imputabile anche ad una più attenta registrazione e ad un'estensione del campione di MMG aderenti al *database Health Search*. È interessante, altresì, osservare come il maggior numero dei contatti si distribuisca nelle fasce di età più giovani 15-44 anni), con un picco nella fascia 25-34 anni, con circa 338 contatti registrati nel 2011.

Ovviamente va sottolineato che si tratta di una simulazione e va prudentemente letta come tale.

Con i *caveat* sopra espressi emerge che il carico massimo del MMG si concentra all'inizio, nelle fasce di età più giovani. Ciò che cresce, invece, di più con l'aumentare dell'età dell'assistito sono solo le richieste di prescrizioni e (per le età estreme) le visite domiciliari.

6.3 Conclusioni

La riforma dell'assistenza primaria di base, per dar piena attuazione ad un vero progetto di cambiamento e di innovazione, dovrebbe prevedere adeguati incentivi alla realizzazione e al miglioramento dell'attività dei medici di famiglia.

Il *P4P* è la strada intrapresa in tal senso a livello internazionale. È un sistema che lega la remunerazione del medico al raggiungimento di un determinato obiettivo di processo o di *outcome*, collegando, quindi, la remunerazione alla qualità delle cure erogate.

Esistono vari sistemi di indicatori a livello internazionale; sicuramente il più celebre è il sistema inglese denominato "*Quality and Outcomes Framework*" (QOF). Il Regno Unito è stato, infatti, il primo Paese che ha utilizzato un sistema di remunerazione per incentivi nell'ambito dell'assistenza primaria di base, associando il compenso dei GPs alla qualità e all'efficienza dell'assistenza.

Per l'Italia, gli indicatori proposti da *Health Search* potrebbero rappresentare una buona *proxy* della qualità dell'attività svolta dal medico di base anche se si tratta di soli indicatori clinici. Il set di indicatori proposti andrebbe sicuramente integrato, come per il QOF del Regno Unito, con misure di carattere organizzativo, legate ai servizi addizionali eventualmente offerti e in ultimo alla qualità percepita dal paziente.

In prospettiva va però anche cambiato il sistema di remunerazione legandolo alle *performance*, oltre che agli effettivi carichi di lavoro, sull'esempio di quanto già avviene in altri Paesi, in particolare in quelli anglosassoni dove la "misurazione" delle attività è ormai una pratica diffusa e radicata.

Sicuramente, ad oggi, in Italia molto è stato fatto per adeguare la remunerazione del MMG al nuovo contesto, epidemiologico e non solo, che si è andato delineando negli ultimi anni (vedi anche la riforma Balduzzi), ma sembra non risultare ancora adeguata alle nuove esigenze; la quota capitaria attuale non è una misura esaustiva del quadro assistenziale che si è ormai delineato, non rispecchiando, dunque, il reale carico di lavoro del medico né tantomeno delle loro aggregazioni.

Nel tentativo di contribuire con elementi di conoscenza ad una riforma dell'attuale sistema di remunerazione della medicina di base, si sono analizzati i carichi di lavoro dei medici, a partire dai contatti con i pazienti.

Si consideri che nell'analisi svolta, che si basa sui contatti misurati in base all'età dei pazienti e alla tipologia di attività svolta, sfugge però larga parte dell'attività burocratica quotidiana dei MMG, che viene stimata in oltre il 50% del tempo dedicato (*Health Search*).

L'analisi svolta ha, comunque, evidenziato come l'età dei pazienti influisca in modo non determinante sul carico di lavoro dei MMG. La distribuzione ponderata dei contatti (figura 6.6) non mostra, infatti, una correlazione significativa con l'età dei pazienti.

L'unica esclusione è legata all'area di fragilità dei "grandi vecchi", che si concretizza principalmente in una maggiore necessità di interventi domiciliari, che raggiungono il 7,2% dei contatti complessivi negli ultra 84enni (vedi figura 6.4).

Alla luce di queste considerazioni, appare evidente come il fenomeno rilevante sia non tanto l'età, e in termini dinamici l'invecchiamento della popolazione, quanto altri fattori in larga misura ancora non esplorati.

Possiamo certamente citare la deprivazione e il livello di istruzione delle popolazioni afferenti, come sembra poter essere suggerito da alcune differenze di tipo geografico nel numero effettivo dei contatti. Peraltro le differenze socio-economiche, definite in base all'istruzione, all'occupazione e al reddito, sono spesso associate ad alcune malattie e a diversi fattori di rischio per la salute (ISS, 2011).
Ma il carico di lavoro è, altresì, strettamente legato ad alcuni specifici percorsi di presa in carico, come sembra essere suggerito dalla concentrazione dei contatti nelle fasi iniziali (età centrali) della presa in carico.
Considerando che sarebbe, inoltre, auspicabile fornire maggiori incentivi e finanziamenti per quelle tipologie di assistenza, come quella domiciliare (per la quale attualmente è già peraltro previsto un incentivo monetario per il MMG pari a € 18,90/assistito/anno – ACN 2009), che si rivolgono a soggetti fragili con disabilità, ne emerge l'opportunità di superare la logica delle indennità per le attività strumentali (quali l'informatica), concentrando le risorse sull'incentivo ad adottare comportamenti assistenziali appropriati.
Quindi in prospettiva il sistema di remunerazione delle aggregazioni dovrebbe basarsi, oltre che sulla quota capitaria, sulla valorizzazione di specifiche attività, tipicamente di prevenzione primaria e secondaria, sull'esecuzione di prestazioni specifiche (ad esempio l'assistenza domiciliare ai non-autosufficienti) e sul raggiungimento, a livello di associazione, di *target* condivisi di condizioni cliniche.
Appare paradossale che ancora oggi la maggiore frequenza di prescrizioni non sia apparentemente associata ad una parallela revisione delle condizioni cliniche del paziente (utilizzando come *proxy* le visite); configurando, così, una attività di stampo sostanzialmente burocratico, resa necessaria da norme sulle prescrizioni (quali il numero massimo di pezzi per ricetta) che sembrano tanto inefficaci sul versante dell'incentivazione dell'appropriatezza, quanto fonte di un inutile appesantimento burocratico dell'attività dei medici, oltre che finanziario (per effetto dei *ticket*) sui pazienti più anziani.

Riferimenti bibliografici

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2009, 29 luglio 2009 *(http://www.sisac.info/)*.
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Age.Na.S. (2012), *Programma nazionale esiti – P.N.E.*
- Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158, coordinato con la Legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" *("Decreto Balduzzi").*
- Fung CH et al. (2008), *Systematic review: the evidence that publishing patient are performance data improves quality of care*, Ann Intern Med. 2008 Jan 15;148(2):111-23.
- Ketelaar NA et al. (2011), *Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations, Cochrane Database Syst Rev*.
- Società Italiana di Medicina Generale – SIMG (2012), *VII Report Health Search*.
- Specchia M.L. et al. (2011), *Pay for performance in primary care*, Ig Sanita Pubbl. 2011 Sep-Oct;67(5):531-40.

- Royal Australian College of General Practitioners (2012), RACGP – *Clinical indicators for Australian general practice* (www.racgp.org.au/).
- Wright M. (2012), *Pay-for-performance programs. Do they improve the quality of primary care?*, Aust Fam Physician. 2012 Dec;41(12):989-91.
- Medicare Australia (2013) (http://www.medicareaustralia.gov.au).

Capitolo 7

Assistenza residenziale: prime evidenze dalle basi informative

7 - Assistenza residenziale: prime evidenze dalle basi informative

Giordani C.[1], Spandonaro F.[2]

7.1. Introduzione

Le strutture residenziali (e semi-residenziali) sono un presidio fondamentale dell'assistenza primaria e condizione necessaria affinché si realizzi compiutamente l'obiettivo della deospedalizzazione e anche quello della presa in carico della non-autosufficienza.
Le statistiche su questo settore di assistenza sono peraltro storicamente carenti: le ragioni, a parte una probabile non sufficiente attenzione per il settore, possono essere ricondotte a tre questioni fondamentali:

- la difficoltà di circoscriverne il "perimetro"
- la grande eterogeneità delle finalità e delle tipologie di utenza
- la difficoltà di definirne il prodotto.

Sul primo punto, vale la pena di osservare che la struttura residenziale di fatto si "definisce per differenza": si distingue dall'ambulatorio, in quanto prevede una presa in carico, e quindi una permanenza nella struttura dell'utente (non necessariamente il pernotto, che non è previsto nelle strutture semi-residenziali); differisce dalla struttura ospedaliera, per una presenza medica non preminente (a livello internazionale ricadono per lo più nella categoria delle *nursing facilities*): ovviamente quale sia il discrimine fra struttura ospedaliera e residenziale è questione convenzionale, dipendente dalle regolamentazioni (in particolare gli accreditamenti) regionali. È difficile ci siano dubbi di delimitazione fra struttura residenziale e struttura ospedaliera per acuti, ma questo non è affatto ovvio per le lungodegenze e, eventualmente, per le riabilitazioni.
Alla prima complessità si sovrappone quella della finalità assistenziale, considerando che, in aggiunta, le strutture possono ospitare anche tipologie diverse di pazienti: certamente pazienti con problemi psichici e pazienti terminali sono categorie facilmente delimitabili; molto meno facilmente definibili sono le altre categorie: ad esempio la voce Anziani contiene un coacervo di situazioni diverse, che vanno dalle disabilità dovute all'*Alzheimer* ai postumi di *Stroke*. Non meno discutibile è la suddivisione fra disabili e non, che può essere fatta in base a diverse scale e metodi.
In ogni caso, le strutture possono ospitare diverse tipologie di utenti, rendendo ancora più complessa la situazione.
Sebbene le giornate di presenza (o le ore nel caso delle strutture semi-residenziali) possano essere un discreto indicatore dei livelli di assistenza erogati (migliorabile se magari disaggregate per età o livello di non-autosufficienza degli utenti), un ulteriore fattore di complessità è dato dalle diverse intensità e la diversa qualità delle prestazioni rese;

[1] *CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".*
[2] *Università di Roma "Tor Vergata".*

molte Regioni, ad esempio, classificano le strutture per livelli di complessità (per cui va tenuto presente che una giornata di presa in carico ha un "senso" diverso a seconda delle struttura); analogamente, appare ancora complicato ricostruire il quadro complessivo delle strutture, in quanto le rilevazioni del Ministero riguardano solo le strutture che hanno una componente sanitaria, mentre quelle Istat riguardano quelle che erogano prestazioni sociali, ma l'auspicabile incremento della integrazione socio sanitaria, rende artificiale e speciosa la separazione.
In sostanza, la misura dei fenomeni legati alla residenzialità è un fatto complesso e le statistiche sono sempre da interpretarsi con una certa cautela. Pur non trattandosi di questioni completamente risolte, negli ultimi anni il flusso informativo è però migliorato significativamente (anche se è ancora piuttosto in ritardo nella pubblicazione dei dati): cercheremo in questo capitolo, tenendo sempre presenti i caveat espressi, di riassumere alcuni dei dati essenziali ad oggi disponibili.

7.2. Offerta

Strutture

L'annuario del Ministero della Salute[3] censisce Residenze Sanitarie per Anziani (RSA), Case Protette, Hospice e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale sanitario; sono censite anche le strutture semi-residenziali, essenzialmente centri diurni psichiatrici. Il censimento comprende strutture pubbliche e private accreditate.
Nel 2010 sono state censite in Italia 6.153 strutture residenziali (+7,7% rispetto al 2009): la variazione media annua dal 2005 è pari al +6,0%.
Le strutture di tipo semi-residenziale censite sono 2.644 (+5,3% rispetto al 2009), con una variazione media annua dal 2005 pari al +3,6%.

[3] *A cura della Direzione generale dei sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di Direzione statistica.*

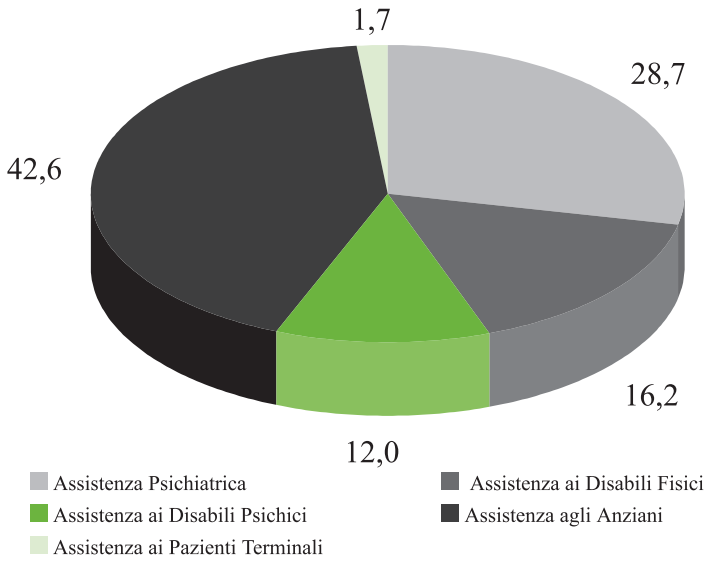
Tabella 7.1 - Strutture residenziali e semi-residenziali per ripartizione geografica
Variazioni %, anno 2010 vs. 2009 e 2010 vs. 2005

Regioni	2010 vs. 2009 var%	2010 vs. 2005 var media annua
Italia		
Strutture residenziali	7,7	6,0
Strutture semi-residenziali	5,3	3,6
TOT	7,0	5,2
Nord		
Strutture residenziali	10,0	6,7
Strutture semi-residenziali	7,3	4,2
TOT	9,1	5,9
Centro		
Strutture residenziali	1,3	3,6
Strutture semi-residenziali	-3,4	0,8
TOT	-0,2	2,7
Sud e Isole		
Strutture residenziali	1,5	4,4
Strutture semi-residenziali	4,7	3,3
TOT	2,3	4,1

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Si può osservare che nel Nord si registra l'aumento maggiore di strutture (sia nell'ultimo anno che nel medio periodo), malgrado sia noto che in tale ripartizione l'offerta sia maggiore.
Si nota, inoltre, come la tendenza sia ad aumentare proporzionalmente di più le strutture residenziali: quelle semi-residenziali nel Centro addirittura diminuiscono nel 2010 rispetto all'anno precedente.
Con riferimento alla tipologia di assistenza erogata, quasi la metà, il 42,6%, delle strutture (residenziali e semi-residenziali, pubbliche e private accreditate) eroga assistenza agli anziani (per la quasi totalità non-autosufficienti).
Un'altra area importante è quella della Salute Mentale: il 28,7% delle strutture offre assistenza psichiatrica e il 12% assiste disabili psichici.
Per il resto le strutture sono classificate per l'erogazione di assistenza ai disabili fisici (16,2%), o a pazienti terminali (1,7%).
Si tratta con ogni probabilità di dati sottostimati, perché in alcuni casi le tipologie di assistenza erogata si sovrappongono.

Figura 7.1 - Strutture residenziali e semi-residenziali in Italia per tipologia di assistenza erogata
Valori %, anno 2010



Nota: il totale non fa 100 perché le tipologie di assistenza erogate dalle strutture si possono sovrapporre in alcuni casi

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute

L'Istat effettua la rilevazione dei presidi residenziali[4] socio-assistenziali e socio-sanitari, ovvero di quelle strutture che erogano attività di assistenza rivolte alla persona, che sono finalizzate sia al soddisfacimento di bisogni di natura sociale, legati al disagio e all'emarginazione, sia di bisogni sociali con rilevanza sanitaria, legati all'invecchiamento della popolazione e alla disabilità.
Si consideri che secondo le rilevazioni ISTAT, sempre riferite al 2010, in Italia le strutture (che comprendono sia le pubbliche che le private) che erogano prestazioni residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali sono 12.808 (0,21 per 1.000 abitanti), senza variazioni di rilievo rispetto al 2009, ed accolgono prevalentemente anziani non-autosufficienti[5].

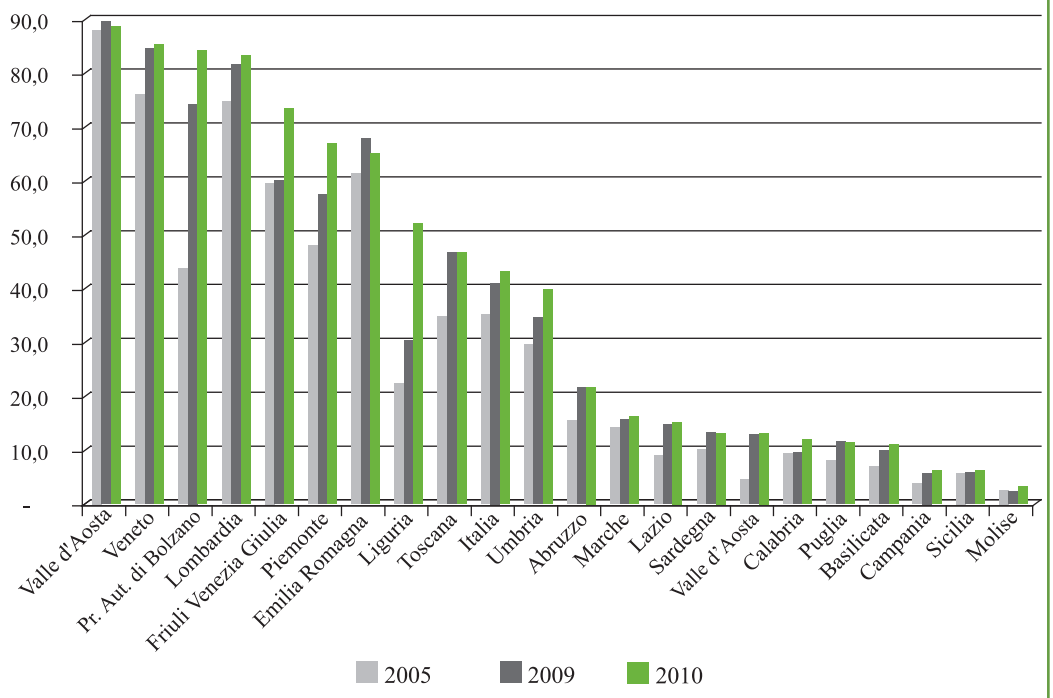
[4] *Struttura pubblica o privata che eroga servizi residenziali (ospitalità assistita con pernottamento) di tipo socio-assistenziale e/o socio-sanitario a persone in stato di bisogno.*

[5] *Sono così definite le persone di età superiore a 65 anni che sono dichiarati non-autosufficienti a seguito di valutazione multidimensionale da parte di un'équipe multidisciplinare.*

Posti letto

Stando alle rilevazioni del Ministero della Salute raccolte nell'Annuario statistico 2010, i posti letto nelle strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate sono pari a 260.654 (erano 206.027 nel 2005 e 246.729 nel 2009).
La figura 7.2, evidenziando il numero di posti letto per 10.000 abitanti (43,2 per la media Italia), dimostra come l'assistenza residenziale e semi-residenziale socio-sanitaria sia maggiormente sviluppata nel Nord Est, e scarsissima nel Sud.

Figura 7.2 - Posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate
Valori per 10.000 abitanti, anni 2005-2010

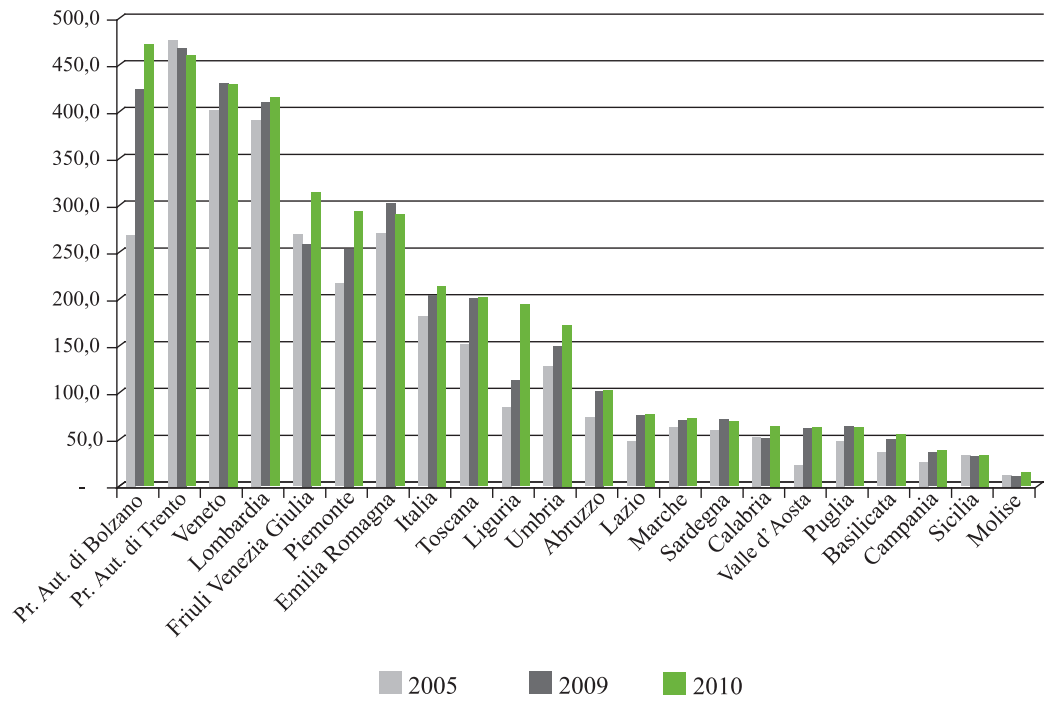


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Nel 2010, sono tutte del Nord le Regioni che registrano il maggior numero di posti letto per 10.000 abitanti: P.A. di Trento (88,6), Veneto (85,3), P.A. Bolzano (84,3), Lombardia (83,3) e Friuli Venezia Giulia (73,5). All'altro estremo troviamo Puglia (11,4), Basilicata (11,1), Campania (6,2), Sicilia (6,2) e Molise (3,3): il *gap* fra la prima e l'ultima è di circa 30 volte, e non è evidentemente spiegabile con le differenze di età.
Tanto che, come si può osservare nella figura che segue, se si calcola il numero di posti letto per 10.000 abitanti anziani (*over*65), la classifica non cambia molto, e il *gap* tra la

prima (P.A Bolzano con 472,0 posti letto) e l'ultima (sempre il Molise con 15,2 posti) continua ad essere di circa 30 volte.

Figura 7.3 Posti letto in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate
Valori per 10.000 abitanti anziani (*over*65), anni 2005-2010

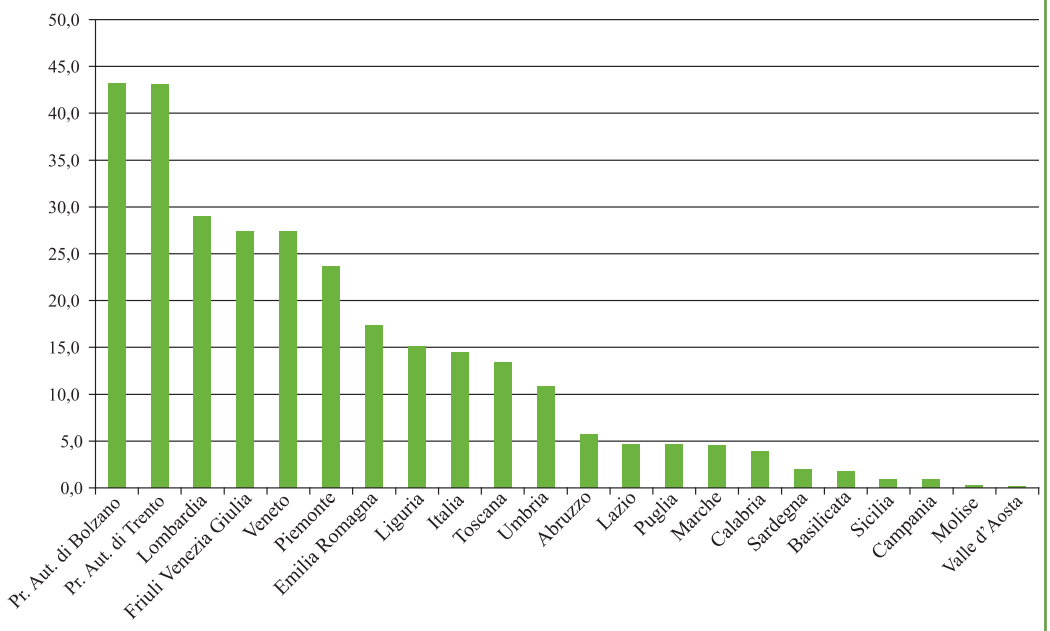


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Considerando la variazione percentuale del numero di posti letto per 10.000 abitanti (considerando quindi la popolazione totale) dal 2009 al 2010, si può almeno osservare come alcune Regioni del Sud abbiano effettivamente cercato di ridurre il gap: citiamo ad esempio il Molise (che pur essendo fanalino di coda nel 2010, ha registrato rispetto all'anno precedente una crescita del numero di letti del +39,2) e la Calabria (+25,6%). Spicca anche il dato (+71,4%) della Liguria, Regione che registra anche uno dei valori più alti di variazione media nell'ultimo quinquennio (+18,3% nel 2010 rispetto al 2005), preceduta solo dalla Valle d'Aosta (+23,7%).
Alla fine di agosto 2013 il Ministero della Salute[6] ha diffuso alcune tavole statistiche con aggiornamento dei dati al 2011. In particolare, il numero di posti letto residenziali per

[6] *Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario - Ufficio di statistica.*

Figura 7.4 - Posti residenziali per assistenza agli anziani *over*65 nelle strutture territoriali, per Regione
Valori per 1.000 residenti anziani, anno 2011



Fonte: Ministero della Salute

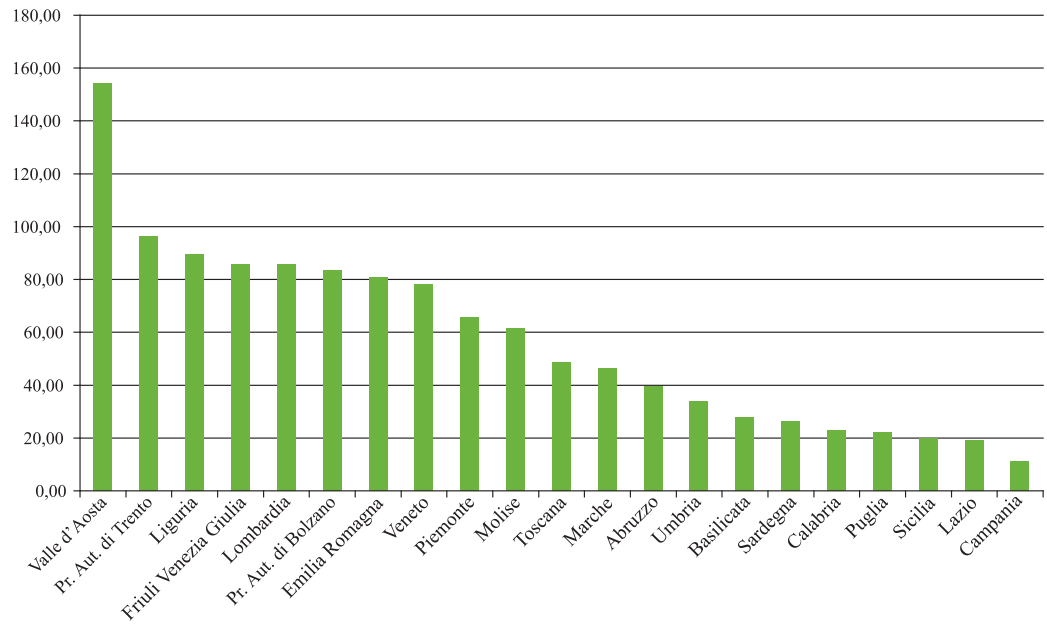
assistenza agli anziani *over*65 nelle strutture territoriali (per 1.000 abitanti anziani). A livello Italia, il *trend* dell'ultimo triennio è crescente; la situazione regionale, piuttosto disomogenea, viene illustrata nella figura 7.4.

Come si evince dalla figura 7.4, sono sempre del Nord le Regioni con un numero maggiore di posti letto: in particolare P.A. di Bolzano (42,2 posti letto residenziali per assistenza agli anziani *over*65 per 1.000 abitanti anziani), P.A. di Trento (43,1)e Lombardia (29,0). Al di sotto dell'unità Regioni del Sud (Sicilia e Campania con 0,9 posti, e Molise con 0,3), con l'eccezione del fanalino di coda: la Valle d'Aosta con 0,2 posti letto per 1.000 abitanti.

In base alle rilevazioni Istat, che ricordiamo tenere in considerazione i presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali, sia pubblici che privati, in complesso i posti letto disponibili in Italia nel 2010 risultano essere 424.705 (70 ogni 10.000 residenti), quindi circa il doppio di quelli censiti dal Ministero (come più volte evidenziato, i dati rilevati da quest'ultimo non sono confrontabili con quelli Istat, anche perché l'Istat rileva anche i posti per prestazioni socio-assistenziali).

La grande maggioranza dei posti letto (306.186, pari al 72,1%) è destinata a prestazioni socio-sanitarie. Anche considerando solo questi, si tratta comunque di un numero superiore rispetto a quello rilevato dal Ministero (presumibilmente a causa della differenza nei criteri di rilevazione).
A seguire, il 13,3% del posti serve per una prevalente accoglienza abitativa, il 5,92% è destinata a prestazioni socio-educative. Seguono la funzione tutelare (4,67%), l'accoglienza di emergenza (2,38%) e la funzione educativo-psicologica (0,98%).
Le differenze territoriali restano elevate e invariate rispetto all'anno precedente: nelle Regioni del Nord si colloca il 66% dei posti letto complessivi, con un tasso di 100 posti letto ogni 10.000 residenti, contro i 30 del Sud.
In particolare, nel Nord si registra l'offerta più elevata di servizi a carattere socio-sanitario, con 80 posti letto ogni 10.000 residenti, contro i 20 posti letto del Mezzogiorno.
Sempre stando ai dati Istat, nel 2010, i dati regionali sui posti letto disponibili nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni socio-sanitarie sono quelli illustrati nella figura che segue.

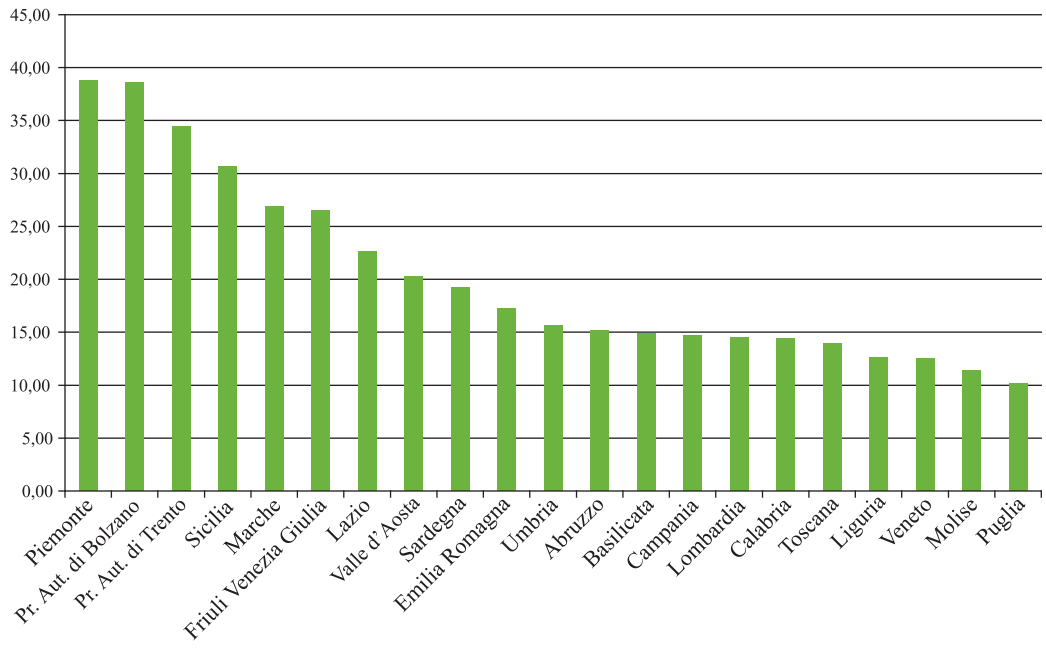
Figura 7.5 - Posti letto in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni socio-sanitarie
Valori per 10.000 abitanti, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Si conferma quanto già rilevato dai dati ministeriali, ossia la prevalenza di posti letto destinati a prestazioni socio-sanitarie nelle Regioni del Nord; secondo i dati Istat, si tratta in particolare di Valle d'Aosta (154,39 posti letto ogni 10.000 abitanti), P.A. di Trento (96,28), Liguria (89,58), Friuli Venezia Giulia (85,71) e Lombardia (85,54); in fondo alla classifica, sotto quota 25 posti letto per 10.000 abitanti, ci sono Calabria (22,96), Puglia (21,96), Sicilia (19,73), Lazio (18,97) e Campania (11,14).
Per quanto concerne i posti letto destinati ad altre funzioni di protezione sociale (accoglienza di emergenza, prevalente accoglienza abitativa, prevalente funzione tutelare, socio-educativa, educativa psicologica), non considerando quelli destinati ai minori, sono tutti largamente riconducibili alla sfera della non-autosufficienza.
Complessivamente si tratta di 19,18 posti letto ogni 10.000 residenti.

Figura 7.6 - Posti letto in presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali destinati a funzioni di protezione sociale differenti dalle socio-sanitarie Valori per 10.000 abitanti, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

La composizione regionale vede in testa diverse Regioni del Nord, ma spicca il dato della Sicilia (30,63 posti letto per 10.000 abitanti destinati a funzioni di protezione sociale diverse da quelle socio-sanitarie e presenti nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali), delle Marche (26,92) e del Lazio (22,64). Tra le ultime posizioni in classifica, spiccano invece i dati relativi al Regioni del Nord quali Veneto (12,54) e Liguria (12,64).
Un ulteriore elemento interessante è che secondo l'Istat, oltre il 60% dei titolari delle strutture residenziali sono enti privati (il 40,9% del totale è rappresentato da enti non profit, il 20,0% da enti profit).
Si consideri che una parte delle strutture pubbliche non sono gestite direttamente: nel Centro e nel Mezzogiorno la gestione è più spesso affidata al settore privato (rispettivamente nel 54% e nell'83% dei casi).

7.3. Utilizzo

Nei presidi residenziali l'Istat ha censito 394.374 persone assistite, di cui circa 295.000 (75%) anziani e 19.000 minori (5%).
Gli anziani sono in larga misura non-autosufficienti (74%) e hanno, nella metà dei casi, oltre 85 anni.
Le persone residenzializzate sono in larghissima misura donne (75%) e con patologie psichiatriche (69%). Si noti che il 4% sono stranieri.
Dei minori il 25% ha problemi di tossicodipendenza e il 16% risulta avere problemi di salute mentale o disabilità.
Nelle strutture censite dal Ministero gli utenti 2010 sono, invece, risultati 406.553.
Di essi 276.835 (68,1%) sono anziani; 84.073 (20,7%) hanno ricevuto assistenza psichiatrica o sono disabili psichici; 18.883 (4,6%) sono pazienti terminali e i restanti 26.762 (6,6%) sono classificati come disabili fisici.
La tabella 7.2 mostra le differenze regionali relativamente alla composizione per tipologia di assistenza.
Tra le difformità regionali, spiccano alcune peculiarità: ad esempio, la percentuale di anziani che hanno usufruito del servizio di assistenza sul totale degli utenti dei vari servizi, è ovviamente maggiore nelle Regioni più anziane, ma non rispecchia fedelmente il dato demografico, raggiungendo il massimo nelle PP.AA. di Trento e Bolzano; di contro la percentuale è irrisoria in Molise.
Con riferimento poi all'assistenza psichiatrica, emergono poi le percentuali di utenti di tale servizio (sul totale utenti) di Campania (69,30%), Sicilia (43,81%), Sardegna (40,54%) e Basilicata (40,17%), significativamente superiori alla media nazionale (15,92%).
Da segnalare come in Valle d'Aosta il 66,28% dell'utenza sia rappresentato da disabili fisici (contro una media nazionale del 6,58%), mentre in Molise il 64,16% degli utenti dei servizi di assistenza siano malati terminali (contro una media Italia del 4,64%).
Appare evidente che si evidenziano anche problemi di classificazione dell'utenza.
A riprova di ciò, nella tabella seguente, che illustra invece la prevalenza sulla popolazione residente, si conferma una significativa variabilità regionale.
Non si può non rimarcare che il livello di attendibilità dei dati non è ancora forse sufficiente.

Tabella 7.2 – Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate, composizione per tipologia di assistenza
Valori %, anno 2010

Regioni	Assistenza Psichiatrica	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza ai Disabili Fisici
Italia	15,92	68,09	4,64	4,76	6,58
Nord	12,60	72,50	3,78	4,15	6,98
Nord-Ovest	11,55	75,37	3,57	2,21	7,31
Nord-Est	13,84	69,09	4,01	6,45	6,60
Centro	20,16	61,03	9,61	5,45	3,75
Sud e Isole	40,94	37,37	4,59	9,56	7,55
Sud	39,97	37,69	5,11	9,90	7,34
Isole	42,90	36,71	3,53	8,87	7,99
Piemonte	12,86	71,74	5,04	6,76	3,59
Valle d'Aosta	9,09	5,95	0,00	18,68	66,28
Lombardia	11,06	76,15	2,94	0,71	9,13
Pr. Aut. di Bolzano	12,45	81,19	0,00	4,53	1,83
Pr. Aut. di Trento	10,66	87,30	1,89	0,15	0,00
Veneto	10,67	67,67	2,35	14,78	4,53
Friuli Venezia Giulia	12,49	77,89	3,59	1,43	4,60
Liguria	12,05	80,37	4,75	1,80	1,04
Emilia Romagna	18,55	63,67	6,73	0,04	11,02
Toscana	12,89	70,91	3,87	7,25	5,08
Umbria	16,37	67,71	4,51	5,82	5,58
Marche	15,59	65,07	10,06	5,06	4,21
Lazio	33,21	43,57	19,19	2,91	1,13
Abruzzo	26,16	64,84	0,00	4,49	4,51
Molise	29,01	5,46	64,16	1,37	0,00
Campania	69,30	12,73	1,46	10,22	6,30
Puglia	27,10	42,57	12,73	10,37	7,24
Basilicata	40,17	34,06	3,91	13,65	8,21
Calabria	25,64	44,35	2,20	14,80	13,01
Sicilia	43,81	44,03	1,23	5,10	5,82
Sardegna	40,54	17,64	9,51	18,68	13,63

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute

Tabella 7.3 – Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate, per tipologia di assistenza
Valori per 100.000 abitanti, anno 2010

Regioni	Assistenza Psichiatrica	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza ai Disabili Fisici	TOTALE Utenti
Italia	**107**	**459**	**31**	**32**	**44**	**674**
Nord	145	835	43	48	80	1.152
Nord-Ovest	124	812	39	24	79	1.078
Nord-Est	174	867	50	81	83	1.255
Centro	95	288	45	26	18	472
Sud e Isole	64	59	7	15	12	157
Sud	62	58	8	15	11	155
Isole	69	59	6	14	13	160
Piemonte	109	609	43	57	30	849
Valle d'Aosta	43	28	0	88	314	473
Lombardia	132	906	35	8	109	1.190
Pr. Aut. di Bolzano	130	845	0	47	19	1.040
Pr. Aut. di Trento	109	889	19	2	0	1.018
Veneto	129	817	28	178	55	1.208
Friuli Venezia Giulia	237	1.475	68	27	87	1.894
Liguria	129	864	51	19	11	1.075
Emilia Romagna	219	752	79	0	130	1.181
Toscana	89	487	27	50	35	687
Umbria	106	440	29	38	36	650
Marche	63	264	41	21	17	405
Lazio	106	140	61	9	4	320
Abruzzo	90	223	0	15	16	344
Molise	27	5	59	1	0	91
Campania	78	14	2	12	7	113
Puglia	37	58	17	14	10	137
Basilicata	71	61	7	24	15	178
Calabria	49	84	4	28	25	190
Sicilia	68	68	2	8	9	154
Sardegna	72	32	17	33	24	179

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero Salute

Inoltre, in buona misura le differenze dipendono anche dall'offerta disponibile, evidenziando specie nel Sud problemi di equità di accesso.
Il dato esposto risente, evidentemente, anche della diversa intensità assistenziale, espressa in misura molto approssimata dalle giornate per utente di assistenza.
La composizione di queste ultime mostra come la permanenza nelle strutture dei pazienti terminali si attestino intorno al mese, mentre per le altre forme di assistenza la presa in carico è sostanzialmente continuativa.
La tabella 7.4 illustra la situazione a livello regionale.

Tabella 7.4 – Giornate per utente nelle strutture residenziali e semi-residenziali, per tipologia di assistenza, anno 2010

Regioni	Assistenza Psichiatrica		Assistenza Anziani		Assistenza Pazienti Terminale		Assistenza Disabili Psichici		Assistenza Disabili Fisici	
	semi-res	res	semi-res	res	semi-res	res	semi-res	res	semi-res	res
Italia	**70**	**188**	**136**	**221**	**6**	**22**	**171**	**281**	**196**	**225**
Piemonte	57	267	108	205	6	21	165	300	197	176
Valle d'Aosta	77	319		28			101	236		26
Lombardia	75	210	129	254		18	145	339	200	316
Pr. Aut. di Bolzano	57	179		311				62		363
Pr. Aut. di Trento	38	203		340		19		335		
Veneto	73	265	126	237		22	189	287	188	132
Friuli Venezia Giulia	38	84	251	150		16	76	293	4	26
Liguria	62	286	111	160		21	151	230	204	228
Emilia Romagna	84	95	159	204		21		334	205	300
Toscana	87	211	131	231	7	18	146	263	161	165
Umbria	129	201	131	151		16	170	338	200	144
Marche	113	245	136	122		21	107	297	147	42
Lazio	76	115	145	214		24	48	306		310
Abruzzo	132	224	57	168		0		291	403	263
Molise	325	331		365		14		365		
Campania	43	183	82	241		23	116	316	117	335
Puglia	245	312	100	215		20	174	316	260	355
Basilicata	98	267		166		18		115		45
Calabria	18	282		267	5	21	287	312		62
Sicilia	51	253		61		23	89	256	179	108
Sardegna	37	250	123	224		76	176	218	184	105

Fonte: Ministero Salute

Il dato sulle giornate per utente dovrebbe essere, allo stato attuale, la migliore informazione sull'effettiva utilizzazione delle strutture.
Non di meno, si notano valori certamente anomali (come i 365 giorni per anziano assistito in Molise o i 76 giorni per paziente terminale in Sardegna).
A livello regionale: senza contare i valori nulli (dati presumibilmente non disponibili), per l'assistenza psichiatrica nelle strutture semi-residenziali si passa dalle 18 giornate per utente della Calabria alle 325 del Molise, mentre nelle residenziali si va dalle 84 giornate del Friuli alle 331 del Molise; per l'assistenza agli anziani, nelle strutture semi-residenziali si passa dalle 57 giornate utente per l'Abruzzo alle 251 del Friuli Venezia Giulia, mentre nelle residenziali dalle 28 giornate della Valle d'Aosta alle 365 del Molise.
Ancora, per l'assistenza ai pazienti terminali, nelle strutture semi-residenziali solo in tre Regioni (Toscana, Calabria e Piemonte) si registrano, come è lecito aspettarsi, pochissime giornate utente (6 in media), mentre nelle residenziali si va dalle 14 giornate del Molise alle 76 della Sardegna; per l'assistenza ai disabili psichici, nelle strutture semi-residenziali

si passa dalle 48 giornate per utente nelle strutture del Lazio alle 287 della Calabria, mentre nelle residenziali dalle 62 giornate utente nella P.A. di Bolzano alle "anomale" 365 del Molise.
Infine, per l'assistenza ai disabili fisici, nelle strutture semi-residenziali si passa dalle sole 4 giornate per utente del Friuli Venezia Giulia alle 403 dell'Abruzzo, mentre nelle residenziali si va dalle 26 del Friuli alle 363 della P.A. di Bolzano.
I dati esposti confermano certamente le grandi differenze organizzative a livello regionale, ma anche, come già rilevato e come risulta piuttosto evidente, un livello di attendibilità del dato ancora insufficiente.

7.4. Hospice e Centri di terapia del dolore

Due recenti studi permettono un approfondimento per quanto concerne Hospice e Centri di terapia del dolore.
Ricordiamo che la Legge 39/99, che metteva a disposizione delle Regioni cospicui finanziamenti perché sviluppassero gli Hospice (o centri residenziali di cure palliative per malati terminali), ha modificato in maniera consistente la Rete delle cure palliative italiane: l'applicazione della Legge, infatti, ha permesso di passare dai soli 5 Hospice attivi nel 1999 ai 105 funzionanti nel 2006 fino ai 165 funzionanti nel 2009 (con 1.888 posti letto), secondo quanto rilevato dalla monografia "Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010", a cura di Furio Zucco, realizzato nell'ambito del progetto "Rete degli Hospice italiani (Italian Hospice Network), in partnership tra Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani.
Nella monografia viene specificato che dei 165 Hospice operanti nel 2009:

- 90 sono pubblici, con 842 posti letto (gestiti esclusivamente da enti pubblici: Aziende sanitarie, AO, IPAB (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficienza), ASP (Aziende di servizi alla persona) di diritto pubblico, IRCCS pubblici, Policlinici universitari, Enti locali (es. Comuni) e altre Istituzioni di diritto pubblico (es. Fondazioni pubbliche);
- 12 sono privati, con 210 posti letto (gestiti esclusivamente da Enti, Società, Ospedali o Cliniche private organizzate in società di capitale o di persone;
- 35 sono del terzo settore, con 518 posti letto (gestiti esclusivamente da enti e Organizzazioni che operano principalmente senza scopo di lucro, basando la propria *mission* sui principi dell'utilità sociale e del bene collettivo: Fondazioni di diritto privato, Associazioni, Cooperative Sociali, Organizzazioni di volontariato, Enti religiosi e IRCCS di diritto privato;
- 28 sono di tipo misto, con 318 posti letto (gestiti da almeno due Enti o Organizzazioni appartenenti alle precedenti categorie (Enti pubblici, Enti privati, Enti del Terzo Settore).

La maggior parte (47,3%) degli Hospice operativi nel 2009 sono collocati all'interno di strutture ospedaliere; il 27,3% si trova invece in strutture dedicate, autonome e logisticamente indipendenti; il 14,6% è situato all'interno di strutture socio sanitarie o socio assistenziali; infine, il 10,8% degli Hospice si trova all'interno di centri polifunzionali non ospedalieri.
La monografia citata ha rilevato che gli Hospice attivi nel 2009 sono organizzati in tre modelli assistenziali differenti. In particolare:

- il 55% rispecchia il modello residenziale: il personale garantisce al paziente l'assistenza residenziale, eventualmente integrata con i servizi ambulatoriali e/o di *day hospital*, ma non prevede la presa in carico a livello domiciliare;
- il 27% è organizzato in base a un modello misto residenziale e domiciliare: non garantiscono però l'assistenza ambulatoriale e il *day hospital;*
- solo il 18% è organizzato in base al modello cosiddetto UCP (Unità di Cure Palliative): è il modello più completo, in quanto vengono gestiti tutti i livelli assistenziali necessari a garantire la massima continuità assistenziale al paziente.

Per il 2008, il numero medio annuo di pazienti presi in carico dagli Hospice è stato pari a 153, mentre la durata media della presa in carico dei pazienti è risultata pari a 20,7 giorni.
Più recentemente, la innovativa Legge 38/2010 ha dato "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore". Tale norma, tra le prime e più avanzate in Europa a fornire risposte ai bisogni della popolazione in tema di cure palliative e di dolore cronico (e principalmente a riconoscere il diritto all'accesso alla terapia del dolore), la Legge stabilisce la presenza di due Reti di assistenza che devono rispondere alle esigenze e ai bisogni sia del paziente che necessita di cure palliative sia del paziente affetto da dolore cronico. Inoltre, presta particolare attenzione al paziente pediatrico, definendo una rete per la quale la presa in carico e l'assistenza è indirizzata al bambino e alla sua famiglia, riconoscendolo come paziente con bisogni ed esigenze specifici.
Questa Legge ha avuto difficoltà a trovare applicazione, in larga misura attribuibili alla carenza di indicazioni cogenti sul suo finanziamento, e il cammino da percorrere per il pieno raggiungimento degli obiettivi è ancora lungo. Proprio per illustrare lo stato di attuazione della Legge, il 20 giugno 2013 il Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin ha inviato alle Camere la "Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 38/2010".
Come precisato dal Ministero, «*le analisi della Relazione nell'anno 2012 scaturiscono dall'elaborazione dei dati provenienti dal sistema informativo per il monitoraggio dello stato di attuazione della rete assistenziale di cure palliative e di quella di terapia del dolore; per quanto attiene il monitoraggio della rete di cure palliative e di terapia del dolore rivolta al paziente in età pediatrica le informazioni necessarie per la stesura del Rapporto sono state richieste alle Regioni tramite un questionario inviato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni. In particolare, in questa edizione della Relazione, hanno fornito un contributo sempre più associazioni appartenenti al terzo settore e rappresentanze dei professionisti della sanità*».
Stando ai risultati di questa indagine, 11 Regioni su 21 hanno formalmente deliberato la creazione della Rete pediatrica, e solamente 4 Regioni dichiarano di averla già arrivata. In cinque è in via di organizzazione.
Sempre secondo quanto evidenziato dal Ministero della Salute, con riferimento alle Reti regionali di cure palliative i dati censiti dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale per l'anno 2011 (elaborazione dell'Ufficio di Statistica) mostrano come la media nazionale del numero di posti letto in Hospice per 100 deceduti per tumore sia pari a 1,27. Questo valore, in aumento rispetto al 2010 (+1,15) e al 2009 (+1,05), conferma lo sviluppo della Rete nazionale di offerta residenziale delle cure palliative che per l'anno 2011 conta comples-

sivamente 217 strutture, in crescita rispetto al 2010 (+204) e rispetto al 2009 (+182).
Per l'anno 2011, in Calabria, Campania, Abruzzo e Toscana e nella Provincia Autonoma di Trento si registra ancora un numero di posti letto in Hospice inferiore alla soglia di accettabilità (0,5 secondo la c.d. "griglia LEA").
Gli Hospice sono costituiti presso strutture ospedaliere o strutture residenziali sanitarie territoriali, in maniera difforme tra le Regioni: in Lombardia, Lazio, Basilicata e Sicilia essi risultano localizzati prevalentemente all'interno delle strutture di ricovero e cura o ne costituiscono articolazioni organizzative.

Tabella 7.5 – Posti letto per attività di hospice in strutture residenziali, posti letto di degenza ordinaria in reparti ospedalieri per cure palliative, posti letto attivi in Hospice sul totale deceduti per tumore, anno 2011

Regione	Posti letto per attività di hospice in strutture territoriali residenziali	Posti letto di degenza ordinaria in reparti ospedalieri dedicati alle cure palliative	Posti letto attivi in Hospice sul totale deceduti per tumore (per 100)
Piemonte	109	-	0,74
Valle d`Aosta	-	7	1,86
Lombardia	245	362	2,00
Prov. Auton. Bolzano	-	12	1,00
Prov .Auton. Trento	7	-	0,48
Veneto	103	3	0,76
Friuli Venezia Giulia	59	-	1,33
Liguria	53	12	1,05
Emilia Romagna	248	-	1,73
Toscana	46	9	0,45
Umbria	17	-	0,61
Marche	61	-	1,30
Lazio	358	21	2,36
Abruzzo	12	-	0,34
Molise	10	-	1,15
Campania	25	-	0,18
Puglia	96	-	0,97
Basilicata	6	24	2,05
Calabria	7	-	0,16
Sicilia	19	67	0,70
Sardegna	200	-	4,40
ITALIA	**1.681**	**517**	**1,27**

Fonte: Ministero della Salute

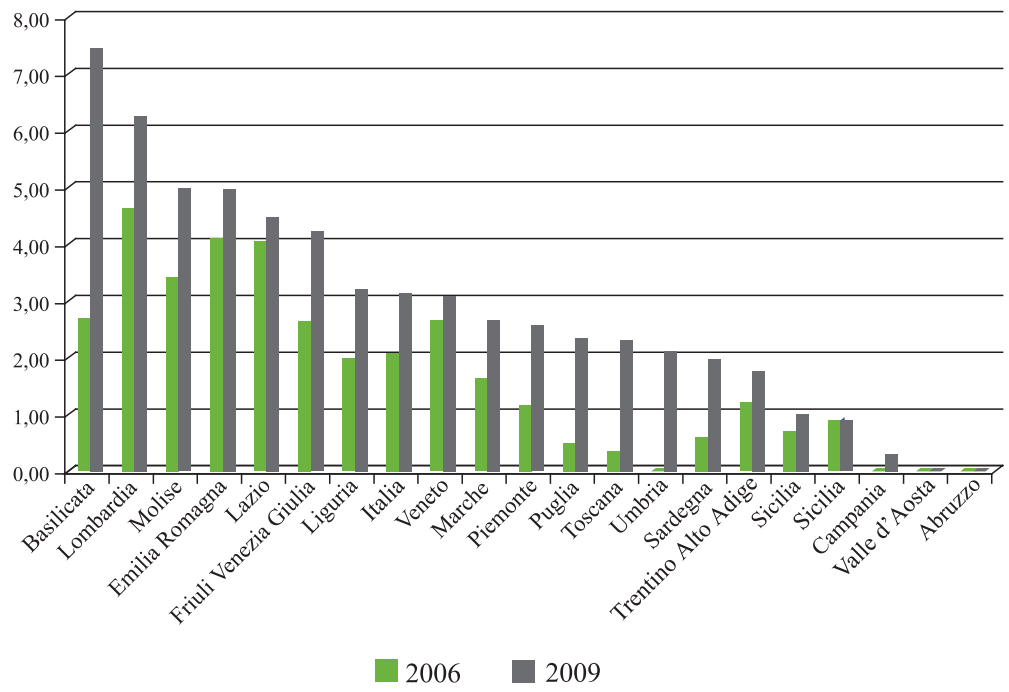
Nell'ambito della terapia del dolore, con l'Intesa del 25 luglio 2012 sono stati individuati i requisiti minimi ai quali devono rispondere i centri *Hub* e i centri *Spoke*, e diviene sempre più urgente la necessità di individuare un codice disciplina dedicato, che identifichi i Centri nell'ambito del Sistema informativo Sanitario del Ministero della Salute. In assenza di tale codice, nelle analisi ministeriali sono state selezionate alcune prestazioni ospedaliere e ambulatoriali significative per evidenziare i progressi nei processi assistenziali erogati in questo settore.
Nel giugno 2013 il Ministero della Salute (D.G. della comunicazione e delle relazioni istituzionali) ha poi condotto un'indagine ad hoc per rilevare gli Hospice operanti sul territorio italiano, ma ha anche rilevato per la prima volta i Centri di terapia del dolore (che mirano a rimuovere il sintomo grazie all'impiego di farmaci in grado di annullarlo, senza residenzializzazione) attivi.
Nella tabella che segue viene riportata la dislocazione regionale, confrontata con quella risultante nel giugno 2009 (solo per gli Hospice).

Tabella 7.6 - Numero di Hospice e Centri di terapia del dolore attivi. Anni 2006-2009-2013

Regioni/Anno/ Tipologia	2006 Hospice	2009 Hospice	2013 Hospice	2013 Centri terapia dolore
ITALIA	105	165	264	296
Piemonte	5	11	13	29
Valle d'Aosta	-	-	1	1
Lombardia	38	51	70	23
Trentino Alto Adige	2	2	4	3
Veneto	14	17	21	40
Friuli Venezia Giulia	2	4	8	16
Liguria	3	5	6	7
Emilia Romagna	14	18	22	26
Toscana	2	12	18	28
Umbria	-	2	3	8
Marche	3	5	7	5
Lazio	11	15	26	48
Abruzzo	-	-	6	6
Molise	1	1	1	3
Campania	-	2	7	8
Puglia	2	6	7	15
Basilicata	2	4	8	6
Calabria	2	2	18	6
Sicilia	3	5	10	9
Sardegna	1	3	8	9

Fonte: Ministero della Salute e "Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010"

**Figura 7.7 - Posti letto negli Hospice attivi
Valori per 100.000 abitanti, anni 2006 e 2009**



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati "Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010"

Analizzando il numero di posti letto per 100.000 abitanti, al 2009, spicca la Basilicata con 7,45 posti, seguita da Lombardia (6,26), Molise (4,99), Emilia Romagna (4,98), Lazio (4,48), Friuli Venezia Giulia (4,22) e Liguria (3,22). La media nazionale risulta pari a 3,14 posti per 100.000 abitanti. Il fanalino di coda è la Campania, con 0,31. Valle d'Aosta e Abruzzo nel 2009 non risultano avere posti letto a disposizione per cure palliative a malati terminali. Tuttavia, dalla rilevazione del Ministero della Salute, risulta che nel 2013 in Valle d'Aosta è stato attivato un Hospice, mentre sono sei quelli funzionanti in Abruzzo. Se si considera la variazione media annua occorsa tra il 2006 e il 2009 nelle varie Regioni, la percentuale di incremento maggiore si registra in Toscana (+86,2%), seguita da Puglia (+68,6%) e Sardegna (+48,4%). La variazione media annua inferiore viene registrata dal Lazio (+3,4%), che comunque resta la quinta Regione per posti letto in Hospice.

7.5. Conclusioni

Come premesso, nel presente capitolo si è voluto provare a fare un primo punto su un aspetto fondamentale per lo sviluppo dell'assistenza primaria, quale è quello dell'assistenza residenziale, sia sanitaria, che sociale (per la presa in carico della non-autosufficienza), sfruttando la disponibilità di alcune rilevazioni del Ministero della Salute e dell'Istat.

Come era prevedibile, emergono varie discrasie nei dati, che indicano come sia ancora necessario migliorare di molto la qualità dell'informazione, come anche la sua tempestività. In particolare, appare debole l'informazione sulla utilizzazione delle strutture e sulla efficienza delle stesse: a tal fine sarebbe opportuno sviluppare sistemi di classificazione delle prestazioni rese, che permettano confronti fra aggregati più omogenei.
Con i dati disponibili, due sono le evidenze che emergono: la prima è che i servizi sono mediamente insufficienti, e in oltre metà del Paese piuttosto lontani da livelli accettabili, provocando certamente problemi di equità di accesso e incidendo negativamente sulla possibilità di una concreta de-ospedalizzazione.
Tra l'altro, la permanenza media nelle strutture residenziali appare di lunghissima durata, tranne che per gli Hospice, legittimando il dubbio che abbia seno mantenere ancora in vita le strutture ospedaliere di lungodegenza, che per lo più appaiono duplicati (inefficienti?) delle strutture residenziali.
L'altra informazione, tendenzialmente positiva, è che con oltre un decennio di ritardo, le Regioni si stanno, seppure con temi e metodi diversi, finalmente attrezzando per dare esigibilità ai diritti sanciti dalla L. 39/1999 per i pazienti terminali e le loro famiglie. Importanti passi avanti, nonostante un percorso da compiere ancora piuttosto lungo, sono poi stati fatti attraverso l'emanazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, che ha rappresentato un traguardo importante nel panorama sanitario italiano ed europeo, e con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 25.7.2012, per la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. Il documento ha permesso di definire dettagliatamente le caratteristiche necessarie per l'accreditamento delle strutture residenziali, domiciliari, ospedaliere ed ambulatoriali che possono operare nella rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente adulto e pediatrico, salvaguardando la tutela per «*l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato […], al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze*».
Appare evidente che il processo di potenziamento delle rete residenziale è quanto meno iniziato: diventa a maggior ragione necessario potenziare anche i sistemi informativi, per garantire l'*accountability* del settore e per incentivarne uno sviluppo coerente con le esigenze della popolazione.

Riferimenti bibliografici

- Furio Zucco (2010) (a cura di), *Hospice in Italia – Seconda rilevazione ufficiale 2010*, progetto "Rete degli Hospice italiani (Italian Hospice Network), in partnership tra Società Italiana di Cure Palliative (SICP), Fondazione Isabella Seràgnoli e Fondazione Floriani.
- Istat (2012), *I presidi residenziali socio-assistenziali*.
- Istat (2013), *Tavole varie* su www.istat.it.
- Ministero della Salute (2013), *D.G. del Sistema informativo e Statistico Sanitario*, Annuario 2010.
- Ministero della Salute (2013), *Mappa dei centri di cure palliative e terapia del dolore*, su www.salute.gov.it.
- Ministero della Salute (2013), *Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 38/2010.*
- Ministero della Salute (2013), *Tavole varie* a cura dell'Ufficio di Statistica su www.salute.gov.it .

Capitolo 8

Prestazioni specialistiche ambulatoriali e tariffe: variabilità regionale ed impatto economico del nomenclatore 2012

8. Prestazioni specialistiche ambulatoriali e tariffe: variabilità regionale ed impatto economico del nomenclatore 2012

Ploner E.[1]

8.1. Nuovo nomenclatore nazionale

Il quadro normativo relativo alle modalità di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato definito dal D. Lgs. n. 502/1992 e in particolare dall'art. 8. Il Decreto sottolinea la necessità di un governo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie da parte delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. In termini di finanziamento, definisce come modalità generale il "pagamento a prestazione", la c.d. "tariffa", da cui deriva la necessità di individuare le prestazioni erogabili nell'ambito del SSN e le loro relative tariffe (da utilizzare nei rapporti con le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate).

L'elenco delle prestazioni previste dal SSN e le relative tariffe (indicate nel cd. "nomenclatore nazionale") sono state poi indicate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 luglio 1996. Il 18 ottobre 2012 il Ministero ha provveduto altresì, con ulteriore Decreto, all'aggiornamento del previgente nomenclatore e delle correlate tariffe.

Per poter effettuare una analisi dell'impatto del nuovo nomenclatore, ai due documenti abbiamo applicato il criterio previsto dall'Emilia Romagna, che dal 2001 ha ideato una classificazione delle voci di prestazione denominata FA-RE, dall'acronimo delle due autrici (Fadda e Repetto), il quale, seguendo un criterio di affinità clinica, attribuisce in modo sistematico ed univoco ogni prestazione ad uno specifico raggruppamento. Ne è scaturito un raggruppamento "ad albero" che prevede un primo livello con cinque grandi tipologie di prestazioni (Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione) dalle quali si perviene a livelli di dettaglio crescente, fino ad un terzo livello che descrive caratteristiche operative utili per specifici scopi (monitoraggio dei tempi di attesa, livello di costo degli esami di laboratorio, ecc.).

In questa sede daremo ragione dei risultati emersi nell'analisi del terzo livello, ovvero quello che prevede da 1 a 5 raggruppamenti delle classi individuate nel secondo livello[2].

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *Nel primo livello, come su esposto, vengono individuate 5 categorie; per ciascuna categoria, il secondo livello distingue da un minimo di 2 ad un massimo di 9 classi; nel terzo livello, per ogni classe vengono individuati da un minimo di 1 ad un massimo di 5 raggruppamenti.*

Tabella 8.1 - Prestazioni ex DM 1996 e ex DM 2012 aggregate per categoria (Livello III) Valori assoluti, anni 1996 e 2012

Categoria	N. prestazioni ex DM 1996	N. prestazioni ex DM 2012	Differenza n. prestazioni 1996 vs. 2012
Totale	1.715	1.702	13
V10 - Prima visita	8	8	0
V20 - Visita di controllo	2	2	0
V30 - Osservazione Breve Intensiva	0	0	0
L11 - Prelievo Sangue Venoso	1	1	0
L12 - Prelievo Sangue Arterioso	1	1	0
L13 - Prelievo Sangue Capillare	1	1	0
L14 - Prelievo Microbiologico	1	1	0
L15 - Prelievo Citologico	1	1	0
L21 - Chimica Clinica di Base	115	115	0
L29 - Chimica clinica	184	184	0
L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	22	22	0
L39 - Ematologia/Coagulazione	40	40	0
L41 - Immunoematologia e trasfusionale Di Base	4	4	0
L49 - Immunoematologia e trasfusionale	28	28	0
L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	46	46	0
L59 - Microbiologia/Virologia	169	169	0
L60 - Anatomia ed Istologia Patologica	49	49	0
L70 - Genetica/Citogenetica	72	72	0
D11 - Radiologia tradizionale RX	88	88	0
D12 – Tac	33	33	0
D13 - Diagnostica Vascolare	17	17	0
D14 - Medicina Nucleare	59	59	0
D21 – Ecografia	24	24	0
D22 – Ecocolordoppler	12	12	0
D23 – Elettromiografia	10	10	0
D24 – Endoscopia	18	18	0
D25 – RM	29	29	0
D29 - Altra diagnostica strumentale	87	87	0
D30 – Biopsia	57	57	0
D90 - Altra diagnostica strumentale	72	72	0
T10 – Radioterapia	33	33	0
T20 – Dialisi	17	17	0
T30 – Odontoiatria	37	37	0
T40 – Trasfusioni	7	7	0
T50 - Chirurgia Ambulatoriale	190	190	0
T90 - Altre prestazioni terapeutiche	108	108	0
R10 – Diagnostiche	14	14	0
R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	11	11	0
R31 - Terapia Fisica (LEA)	8	8	0
R32 - No LEA	18	5	13
R90 - Altra riabilitazione	22	22	0

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

In primo luogo, si osservi che delle 1.715 prestazioni previste dal nomenclatore del 1996, nel 2012 ne sono state confermate ben 1.702. Le 13 prestazioni eliminate appartengono alla categoria della terapia fisica che già da tempo la stessa Emilia Romagna aveva definito come non appartenenti ai LEA[3].
L'analisi della variazione delle tariffe ha evidenziato, invece, significative variazioni; in generale, sono state rimodulate verso il basso tutte le tariffe di quelle prestazioni che prevedono un grosso ausilio di macchinari/dispositivi, mentre, di contro, sono "rincarate" tutte quelle prestazioni che per il loro espletamento richiedono un cospicuo contributo umano. Così, ad esempio, tutte le prestazioni rientranti nella categoria TAC hanno subìto un taglio medio di € 10,28, che equivale ad una diminuzione media del 10,00% circa, mentre quelle rientranti nella categoria Prelievo Sangue Capillare mediamente sono aumentate in termini nominali di € 4,42, il che tradotto in termini di variazione percentuale tra i due anni equivale ad un incremento del 171,32%. È altresì da evidenziare come, in termini nominali, la maggior parte delle categorie non abbia subìto modifiche tariffarie da un periodo all'altro (2012 vs. 1996).

[3] *Nello specifico, le prestazioni eliminate sono le seguenti: 93.31.1 esercizio assistito in acqua; 93.31.2 esercizio assistito in acqua; 93.31.3 idromassoterapia; 93.33.1 ginnastica vascolare in acqua; 93.33.2 ginnastica vascolare in acqua; 93.34.1 diatermia ad onde corte e microonde; 93.35.1 agopuntura con moxa revulsivante; 93.35.4 ipetermia NAS; 93.39.1 massoterapia distrettuale riflessogena; 93.39.3 pressoterapia o presso depressoterapia intermittente; 93.43.1 trazione scheletrica; 99,27 ionoferesi; 99,88 fotoferesi terapeutica.*

Tabella 8.2 - Tariffe delle prestazioni – Differenza media e variazione media 2012 vs. 1996 (in termini nominali)
Valori assoluti (€) e valori %

Categoria	Differenza media tariffa 2012 vs. tariffa 1996 (€)	Variazione % media tariffa 2012 vs. tariffa 1996
V10 - Prima visita	-	-
V20 - Visita di controllo	-	-
V30 - Osservazione Breve Intensiva	n.d.	n.d.
L11 - Prelievo Sangue Venoso	-	-
L12 - Prelievo Sangue Arterioso	0,56	10,85
L13 - Prelievo Sangue Capillare	4,42	171,32
L14 - Prelievo Microbiologico	-	-
L15 - Prelievo Citologico	1,54	59,69
L21 - Chimica Clinica di Base	-1,69	-16,39
L29 - Chimica clinica	-0,00	10,13
L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	0,07	16,31
L39 - Ematologia/Coagulazione	0,63	5,15
L41 - Immunoematologia e trasfusionale Di Base	-	-
L49 - Immunoematologia e trasfusionale	-	-
L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	1,17	28,70
L59 - Microbiologia/Virologia	-1,21	6,51
L60 - Anatomia ed Istologia Patologica	-	-
L70 - Genetica/Citogenetica	5,04	4,57
D11 - Radiologia tradizionale RX	-	-
D12 – Tac	-10,28	-9,99
D13 - Diagnostica Vascolare	-	-
D14 - Medicina Nucleare	-	-
D21 – Ecografia	-	-
D22 – Ecocolordoppler	-	-
D23 – Elettromiografia	-	-
D24 – Endoscopia	19,80	37,81
D25 – RM	-55,34	-24,99
D29 - Altra diagnostica strumentale	-	-
D30 – Biopsia	18,62	39,96
D90 - Altra diagnostica strumentale	-	-
T10 – Radioterapia	45,79	25,04
T20 – Dialisi	-	-
T30 – Odontoiatria	-	-
T40 – Trasfusioni	-	-
T50 - Chirurgia Ambulatoriale	11,36	20,03
T90 - Altre prestazioni terapeutiche	-	-
R10 – Diagnostiche	-	-
R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	-	-
R31 - Terapia Fisica (LEA)	-	-
R32 - No LEA	-	-
R90 - Altra riabilitazione	-	-

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

In termini reali[4], sono le prestazioni ricomprese nella categoria della Radioterapia quelle che presentano un incremento medio maggiore (+€ 8,46), seguite dalle categorie: Endoscopia, Biopsia (per entrambe +€ 7,99 mediamente per ogni prestazione ricompresa in dette categorie), Prelievo Sangue Capillare (+€ 3,28) ed infine Prelievo Citologico e Chirurgia Ambulatoriale; gli importi di tutte le altre tariffe hanno subìto delle decurtazioni più o meno importanti. Ciò non di meno, gran parte delle categorie che in termini nominali hanno avuto variazioni di segno positivo, in termini reali in effetti si riducono; ad esempio, la categoria Prelievo Sangue Arterioso se a prezzi nominali ha avuto una variazione positiva del 10,85%, in termini reali subisce una decurtazione del 7,22%; allo stesso modo, l'Ematologia/Coagulazione a fronte di un segno positivo nominale del 5,15%, sconta invece una variazione negativa del 12,00%. Medesima sorte ha interessato la Chimica Clinica, l'Ematologia/Coagulazione di Base e, infine, la Genetica/Citogenetica.

[4] *È stato scelto come anno base il 1996, ovvero le tariffe in termini reali sono calcolate a prezzi 1996.*

Tabella 8.3 - Tariffe delle prestazioni – Differenza media e variazione media 2012 vs. 1996 (in termini reali)
Valori assoluti (€) e valori %

Categoria	Differenza media tariffa 2012/1996 in termini reali (€)	Variazione % media tariffa tariffa 2012/1996 in termini reali
V10 - Prima visita	-3,84	-16,31
V20 - Visita di controllo	-2,11	-16,31
V30 - Osservazione Breve Intensiva	n.d.	n.d.
L11 - Prelievo Sangue Venoso	-0,42	-16,31
L12 - Prelievo Sangue Arterioso	-0,37	-7,22
L13 - Prelievo Sangue Capillare	3,28	127,08
L14 - Prelievo Microbiologico	-0,42	-16,31
L15 - Prelievo Citologico	0,87	33,65
L21 - Chimica Clinica di Base	-2,84	-30,03
L29 - Chimica clinica	-1,73	-7,83
L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	-0,67	-2,66
L39 - Ematologia/Coagulazione	-1,62	-12,00
L41 - Immunoematologia e trasfusionale Di Base	-1,11	-16,31
L49 - Immunoematologia e trasfusionale	-10,45	-16,31
L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	-0,09	7,71
L59 - Microbiologia/Virologia	-3,77	-10,86
L60 - Anatomia ed Istologia Patologica	-5,23	-16,31
L70 - Genetica/Citogenetica	-12,53	-12,48
D11 - Radiologia tradizionale RX	-6,75	-16,31
D12 - Tac	-25,38	-24,67
D13 - Diagnostica Vascolare	-33,97	-16,31
D14 - Medicina Nucleare	-28,87	-16,31
D21 - Ecografia	-5,65	-16,31
D22 - Ecocolordoppler	-7,91	-16,31
D23 - Elettromiografia	-3,00	-16,31
D24 - Endoscopia	7,99	15,34
D25 - RM	-82,43	-37,22
D29 - Altra diagnostica strumentale	-6,15	-16,31
D30 - Biopsia	7,99	17,14
D90 - Altra diagnostica strumentale	-3,51	-16,31
T10 - Radioterapia	8,46	4,65
T20 - Dialisi	-21,46	-16,31
T30 - Odontoiatria	-6,51	-16,31
T40 - Trasfusioni	-39,71	-16,31
T50 - Chirurgia Ambulatoriale	0,25	0,46
T90 - Altre prestazioni terapeutiche	-3,14	-16,31
R10 - Diagnostiche	-2,19	-16,31
R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	-1,43	-16,31
R31 - Terapia Fisica (LEA)	-0,76	-16,31
R32 - No LEA	-0,53	-16,31
R90 - Altra riabilitazione	-2,09	-16,31

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

8.2. Variabilità dei nomenclatori regionali

Passando ad analizzare la variabilità regionale dei nomenclatori tariffari, possiamo osservare che le modifiche apportate dalle Regioni sono riassumibili in due grandi tipologie:

- variazioni delle tariffe (prevalentemente incrementi tariffari in relazione all'aumento dei costi del personale, del materiale e all'evoluzione tecnologica e scientifica, etc..);
- accorpamenti di prestazioni, introduzione di nuove prestazioni o revisione di gruppi di prestazioni (branche specialistiche) in termini di classificazione e di tariffe relative per branca specialistica[5].

Oltre a ciò, pare doveroso ricordare come il Decreto del Ministero della Salute del 2006 abbia stabilito che, se la tariffa indicata nel nomenclatore regionale è superiore alla tariffa nazionale, l'importo eccedente resta a carico dei bilanci regionali, così come lo sono le eventuali nuove prestazioni introdotte. La tariffa indicata nel nomenclatore regionale è la quota che la Regione riconosce alla struttura che eroga la prestazione. Se per le strutture pubbliche questa quota può essere considerata "formale", ed è piuttosto un riferimento per il controllo di gestione, per le strutture private accreditate la tariffa corrisponde al prezzo che la Regione riconosce effettivamente alla struttura che eroga il servizio.
Il confronto tra i valori tariffari nazionali e regionali del 2011 (con riferimento alle sole prestazioni previste dal nomenclatore ex DM 1996) ha messo in rilievo come le tariffe di alcune prestazioni arrivano a presentare differenziali di 86 volte; è il caso, ad esempio, della prestazione "Fotoferesi Terapeutica" che, benché sia prevista solo in 15 Regioni, presenta una tariffa minima di € 7,70 a fronte di una tariffa massima di € 665,00; segue, ed è prevista in tutte le Regioni, la prestazione "Inseminazione Artificiale" che presenta una tariffa massima ben oltre 61 volte superiore a quella minima; analogamente, per quanto riguarda la prestazione "Linfografia Addominale", la tariffa minima è inferiore di oltre 32 volte rispetto alla tariffa massima.

[5] *CEIS Fondazione Economia "Tor Vergata" (2009), Sanità e sviluppo economico (Rapporto Sanità 2009), Health Communication.*

Tabella 8.4 - Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima Valori assoluti, anno 2011

Rango	Prestazione	Tariffa naz. ex DM 96	Tariffa reg. Max.	Tariffa reg. Min.	Tariffa reg. Media	Tariffa Max./ Tariffa Min.	N° Regioni che prevedono la prestazione	N° Regioni che applicano la tariffa ministeriale
1	FOTOFERESI TERAPEUTICA	7,75	665,00	7,70	51,71	86,36	15,00	10,00
2	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	77,47	475,15	7,78	117,02	61,07	21,00	8,00
3	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	9,71	400,00	9,50	28,67	42,11	21,00	11,00
4	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	34,86	220,63	6,66	43,88	33,13	21,00	9,00
5	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	126,02	164,00	5,00	126,44	32,80	21,00	10,00
6	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	11,78	13,90	0,51	11,32	27,42	19,00	8,00
7	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	8,78	42,00	1,55	10,25	27,10	21,00	11,00
8	TRAINING PRENATALE	122,56	175,76	6,80	123,54	25,85	21,00	11,00
9	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	59,29	84,80	3,75	59,43	22,61	21,00	9,00
10	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE	70,50	113,00	5,00	72,03	22,60	21,00	13,00
11	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	87,80	112,00	5,00	86,24	22,40	21,00	14,00
12	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	87,80	125,60	6,02	88,54	20,86	21,00	14,00
13	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	73,85	103,00	5,00	74,51	20,60	21,00	11,00
14	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	13,32	17,10	0,85	12,78	20,12	21,00	7,00
15	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	32,54	41,60	2,10	32,28	19,81	21,00	9,00
16	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	72,30	92,20	5,00	72,49	18,44	21,00	13,00
17	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	41,83	223,80	12,19	51,00	18,36	21,00	10,00
18	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	53,71	91,00	5,00	55,22	18,20	21,00	10,00
19	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	68,69	91,00	5,00	69,09	18,20	21,00	10,00
20	URETROGRAFIA	43,90	91,00	5,00	45,97	18,20	21,00	13,00

Fonte: Centro Studi Assobiomedica

Variabilità così ampie non risultano facilmente comprensibili, sebbene la determinazione regionale delle tariffe possa essere frutto della valutazione di molteplici fattori, quali la numerosità delle strutture che erogano quella prestazione (e quindi la presenza o meno di un mercato concorrenziale), la maggior o minor presenza sul territorio di un tipo di struttura piuttosto che di un'altra (pubbliche o private accreditate) e alla loro efficienza (capacità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse), i costi oggettivi per sostenere la prestazione (che non necessariamente sono uguali in tutte le Regioni)[6].
L'esame della dinamica temporale 2009-2011 delle tariffe delle predette prestazioni, ha messo in rilievo come i relativi valori abbiano subìto delle variazioni talvolta consistenti nell'arco temporale considerato. Così, ad esempio, la tariffa massima della prestazione "Porfirine" ha subìto un incremento di circa il 26,00% e quella minima ha riportato, invece, una variazione negativa superiore al 90,00%; contestualmente, sono diminuite anche le Regioni che applicano la tariffa ministeriale (-12,50%).

[6] *Il costo di produzione di una prestazione è influenzato da molteplici fattori; dipende, innanzitutto, dal costo di approvvigionamento del dispositivo/macchinario che serve per eseguire la prestazione, che può variare sia per la diversità del brand che per il diverso prezzo praticato dai fornitori; ma è influenzato, senza pretesa di esaustività, anche dal numero di prestazioni effettuate con il dispositivo/macchinario nel suo ciclo di vita, e dal costo del personale che, a parte le variazioni regionali del costo unitario, varia in base alla quantità e qualità delle risorse utilizzate.*

Tabella 8.5 - Prime 20 prestazioni per rapporto tra tariffa (regionale) massima e minima Valori % - Variazioni 2011 vs. 2009

Prestazione	Var. % tariffa reg. Max.	Var. % tariffa reg. Min.	Var. % tariffa reg. Media	Var. % n. Regioni che prevedono la prestazione	Var. % n. Regioni che applicano la tariffa ministeriale
FOTOFERESI TERAPEUTICA	0,00	0,00	-29,83	50,00	100,00
INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	0,00	0,00	19,16	0,00	-20,00
INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	0,00	0,00	-6,04	10,53	0,00
INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	0,00	0,00	0,02	0,00	-10,00
LINFOGRAFIA ADDOMINALE	0,00	-96,03	-4,55	5,00	-9,09
TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	6,51	-94,54	-4,20	5,56	0,00
TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	-48,31	-96,20	-80,96	0,00	22,22
TRAINING PRENATALE	2.914,75	83,78	2.865,29	162,50	175,00
ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	0,00	-78,16	-1,01	0,00	-10,00
RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE	0,00	-92,91	-4,41	5,00	-7,14
BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	0,00	-94,31	-4,49	5,00	-6,67
SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	-2,48	-89,40	13,74	0,00	40,00
CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	0,00	-93,23	-4,45	5,00	-8,33
PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	25,27	-90,65	32,81	0,00	-12,50
TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	-49,88	-94,98	-38,84	0,00	0,00
CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	0,00	-93,08	-4,40	5,00	-7,14
ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	101,99	-20,48	-34,76	0,00	0,00
CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	0,00	-90,69	-4,33	5,00	-9,09
CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	0,00	-92,72	-4,41	5,00	-9,09
URETROGRAFIA	0,00	-88,61	-4,26	5,00	-7,14

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Centro Studi Assobiomedica e Agenas

8.3. Stima dell'impatto economico del nuovo nomenclatore

Con riferimento alla precedente dimensione di analisi – la variabilità dei tariffari impiegati nei diversi contesti regionali – abbiamo condotto un ulteriore approfondimento relativamente allo scostamento tra il valore delle prestazioni (con la sola considerazione di quelle enucleate nel nomenclatore ex DM 1996) rese nel 2010 – valutate dunque secondo le tariffe regionali vigenti nell'anno considerato – e le medesime rivalutate sulla base dei valori dei tariffari nazionali del 1996 e del 2012.

In termini assoluti, il totale del valore delle prestazioni rese nel 2010 sia dai soggetti pubblici che privati accreditati[7] è stimato in € 8.437,53 mln. qualora si valorizzino le attività rese secondo le tariffe regionali vigenti nel 2010. Tale valore sarebbe stato di € 7.720,98 mln. (-8,49%) se tutte le Regioni avessero allineato le loro tariffe ai valori del nomenclatore nazionale del 1996 e si sarebbe abbassato ulteriormente a € 7.723,14 mln. (-13,20%) se la valutazione fosse stata fatta con le nuove tariffe entrate in vigore a fine 2012.

[7] *Dal computo sono escluse le sole prestazioni erogate in regime di Pronto Soccorso. Inoltre, in questa prima fase dell'analisi, per quanto concerne il valore delle prestazioni effettuate dal settore privato accreditato, questo si considera senza lo sconto entrato in vigore con la Finanziaria del 2007, che stabilisce una riduzione del 20,00% per il valore delle prestazioni di laboratorio e del 2,00% per le rimanenti.*

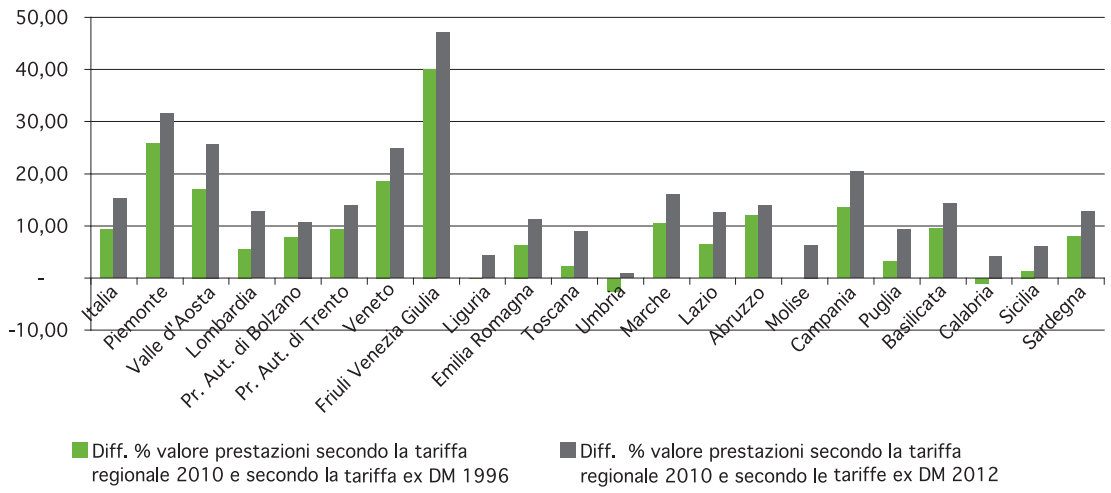
Tabella 8.6 - Valore delle prestazioni 2010 - A tariffe regionali 2010 e a tariffe nazionali 1996 e 2012
Valori assoluti (€ mln.), anno 2010

Regioni	Valore a tariffa regionale 2010	Valore a tariffa nazionale 1996 non scontata	Valore a tariffa nazionale 2012
Italia	8.437,53	7.720,98	7.323,14
Piemonte	929,39	739,02	706,60
Valle d'Aosta	13,89	11,86	11,04
Lombardia	1.486,38	1.407,44	1.317,94
Pr. Aut. di Bolzano	67,07	62,24	60,59
Pr. Aut. di Trento	66,72	61,04	58,55
Veneto	795,16	670,52	636,63
Friuli Venezia Giulia	197,22	140,75	134,17
Liguria	190,67	191,04	182,69
Emilia Romagna	712,57	670,10	640,50
Toscana	443,51	433,96	407,34
Umbria	121,98	125,23	120,87
Marche	150,03	135,87	129,23
Lazio	934,85	877,47	830,88
Abruzzo	132,58	118,49	116,37
Molise	56,28	56,28	52,93
Campania	633,41	557,79	525,97
Puglia	497,02	481,72	454,49
Basilicata	98,52	89,92	86,12
Calabria	190,49	192,51	182,77
Sicilia	512,18	505,51	483,40
Sardegna	207,62	192,22	184,06

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Le differenze rilevate scaturiscono dal fatto che le Regioni, pur nel rispetto degli indirizzi nazionali, sono libere, come detto, di definire il meccanismo di remunerazione più congruo da adottare all'interno del proprio territorio, ovvero, le azioni di programmazione e/o controllo dei volumi e della spesa collegati a prestazioni tariffate sono gestite direttamente dalle singole Regioni. Questo implica che lo scarto tra il valore delle prestazioni con tariffa regionale dell'anno e con tariffa ministeriale 1996 e 2012 resta, almeno sulla carta, a totale carico dei bilanci regionali (ovvero il 9,28% del valore delle prestazioni rese nel 2010 se il confronto viene effettuato tra le tariffe regionali 2010 e le tariffe ministeriali del 1996, il 15,22% qualora il confronto venisse effettuato tra le tariffe regionali 2010 e le tariffe ministeriali del 2012) (Figura 8.1).

Figura 8.1: Valore prestazioni 2010 a tariffe regionali 2010 - Differenza con tariffe nazionali 1996 (non scontate) e 2012
Valori %, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Lo scarto tra il valore della produzione a livello nazionale con l'applicazione delle tariffe 1996 non scontate e quello ottenuto mediante l'impiego delle tariffe 2012 ammonta a circa € 400,00 mln., ovvero l'applicazione delle tariffe '96 non scontate in luogo di quelle 2012 avrebbe comportato un aggravio del valore complessivo della produzione del 5,15%. Gli scarti fra i valori riconosciuti alla produzione a livello regionale, inoltre, sono differenziati: in Valle d'Aosta, Lombardia e Toscana l'applicazione delle tariffe 2012 in luogo di quelle non scontate del '96 comporterebbe un abbattimento del valore delle prestazioni di oltre il 6,00%; all'estremo opposto l'Abruzzo (-1,78%).

Tabella 8.7 - Impatto nuove tariffe 2012 contro tariffe 1996 non scontate Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2010

Regioni	Impatto tariffe 2012 vs. tariffe 1996 non scontate (€ mln.)	Impatto % tariffe 2012 vs. tariffe 1996 non scontate
Italia	-397,84	-5,15
Piemonte	-32,43	-4,39
Valle d'Aosta	-0,81	-6,86
Lombardia	-89,50	-6,36
Pr. Aut. di Bolzano	-1,65	-2,65
Pr. Aut. di Trento	-2,50	-4,09
Veneto	-33,89	-5,05
Friuli Venezia Giulia	-6,58	-4,68
Liguria	-8,36	-4,37
Emilia Romagna	-29,60	-4,42
Toscana	-26,61	-6,13
Umbria	-4,36	-3,48
Marche	-6,64	-4,89
Lazio	-46,59	-5,31
Abruzzo	-2,11	-1,78
Molise	-3,35	-5,96
Campania	-31,81	-5,70
Puglia	-27,24	-5,65
Basilicata	-3,80	-4,22
Calabria	-9,74	-5,06
Sicilia	-22,11	-4,37
Sardegna	-8,17	-4,25

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

In ogni caso il segno delle politiche tariffarie è chiaramente quello di indicare una progressiva riduzione delle necessità di finanziamento del settore specialistico, che assume un significato emblematico se consideriamo che in termini reali la riduzione media è molto rilevante, e pari al 20,61%[8].

Peraltro, nelle elaborazioni sin qui svolte, non si teneva in considerazione lo sconto attualmente vigente nei confronti degli erogatori privati accreditati, sancito dalla Legge Finanziaria del 2007, che prevedeva una decurtazione del 20,00% degli importi dovuti per le prestazioni di laboratorio e del 2,00% per le restanti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, poi riassorbita nel nuovo nomenclatore. L'apprezzamento di tale voce ridimensiona l'importanza dei risultati in termini nominali. In particolare, il valore della produzione complessiva aumenterebbe di circa €190,00 mln., ovvero l'applicazione delle tariffe ex DM 96 "scontate" in luogo di quelle 2012 genererebbe un aggravio del 2,53% per l'intero sistema. Le Regioni che vedrebbero maggiormente aumentare il valore delle prestazioni rese sarebbero: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Toscana; di con-

[8] *È stato scelto come anno base il 1996, ovvero le tariffe in termini reali sono calcolate a prezzi 1996.*

tro, Sicilia e Campania ne trarrebbero un beneficio, ovvero conseguirebbero un taglio della predetta voce di spesa rispettivamente pari a +1,06% e +0,79.
Ma la svalutazione nominale tariffaria descritta, ottenuta mediante la rimodulazione delle prestazioni rese con tariffa 2012, non rende l'effettivo impatto della manovra: in termini reali le tariffe 2012 comportano un "taglio" ben maggiore e rispettivamente del 18,42%.

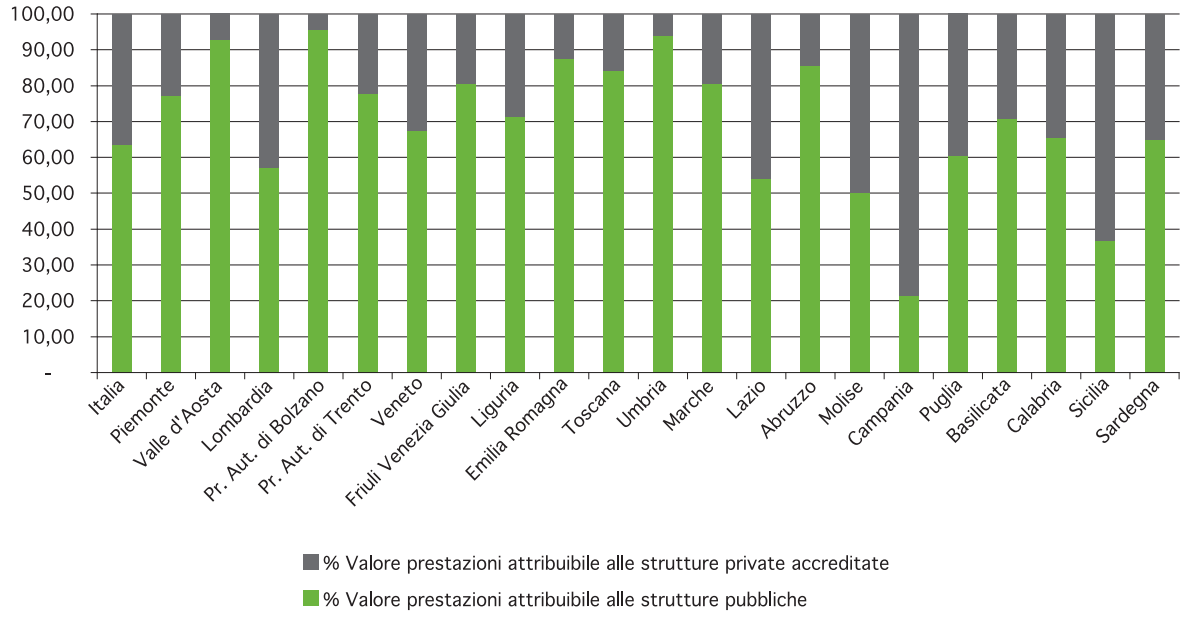
Tabella 8.8 - Impatto nuove tariffe 2012 contro tariffe 1996 scontate Valori assoluti (€ mln.) e %, anno 2010

Regioni	Impatto tariffe 2012 vs. tariffe 1996 scontate (€ mln.)	Impatto % tariffe 2012 vs. tariffe 1996 scontate
Italia	-189,86	-2,53
Piemonte	-23,98	-3,28
Valle d'Aosta	-0,80	-6,72
Lombardia	-43,38	-3,19
Pr. Aut. di Bolzano	-1,59	-2,56
Pr. Aut. di Trento	-1,86	-3,07
Veneto	-21,39	-3,25
Friuli Venezia Giulia	-6,00	-4,28
Liguria	-4,32	-2,31
Emilia Romagna	-27,18	-4,07
Toscana	-24,82	-5,74
Umbria	-4,11	-3,29
Marche	-3,99	-2,99
Lazio	-13,74	-1,63
Abruzzo	-0,63	-0,53
Molise	-2,25	-4,07
Campania	4,12	0,79
Puglia	-9,45	-2,04
Basilicata	-2,18	-2,47
Calabria	-3,16	-1,70
Sicilia	5,05	1,06
Sardegna	-4,21	-2,24

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Infine, impiegando la valorizzazione delle prestazioni erogate nel 2010 con le tariffe 1996 scontate, è possibile stimare la quota del valore della produzione attribuibile alle strutture pubbliche e private accreditate, ovvero stimare la quota di spesa attribuibile a ciascuno dei due aggregati di ambulatori e laboratori; nello specifico, l'analisi ha evidenziato che al settore pubblico è attribuibile oltre il 64,00% del valore totale delle prestazioni rese. Sono evidentemente significative le differenze regionali, dipendenti dalle logiche di accreditamento: in Valle d'Aosta, nella Provincia Autonoma di Bolzano ed in Umbria la componente privata accreditata non raggiunge il 10,00% del totale, mentre tocca i suoi valori massimi in Campania (circa il 78,00% del totale) e Sicilia (62,09% del totale).

Figura 8.2 - Prestazioni del settore pubblico e privato accreditato (prestazioni 2010 con tariffa 1996 scontata) - Incidenza sul valore totale
Valori %, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

Impiegando nell'analisi il valore di tutte le prestazioni rese nel 2010[9] e il costo sostenuto per la specialistica accreditata nel medesimo anno[10], è stato possibile ottenere una stima, sebbene approssimativa[11], del costo della specialistica erogata dalle strutture pubbliche. In particolare, della spesa totale che ammonta a circa € 9,5 mld., ovvero l'8,36% della spesa sanitaria pubblica totale, il 52,28% è attribuibile alle prestazioni rese nelle strutture pubbliche ed il rimanente 47,72% a quelle effettuate nei centri privati accreditati. Per quanto attiene alla componente pubblica, le percentuali più elevate si osservano in Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano ed Umbria. Di contro la componente privata accreditata raggiunge i suoi valori massimi in Sicilia, Calabria, Molise e Lazio. Si noti, tuttavia, che le stime devono essere assunte con prudenza, in quanto i dati non appaiono del tutto coerenti: la spesa privata accreditata, nel 2010, ammonta a circa € 4,5 mld.

[9] *Si fa riferimento al valore complessivo di tutte le prestazioni, e quindi non solo a quelle riconducibili al nomenclatore tariffario del 1996, erogate dalle Regioni e valorizzate secondo le tariffe regionali vigenti nel 2010. Dal computo continuano ad essere escluse le prestazioni effettuate in regime di Pronto Soccorso. La fonte del dato è il Sistema Tessera Sanitaria.*

[10] *Si fa riferimento alla spesa privata accreditata che si ricava dalla "Relazione generale sulla situazione economica del Paese nel 2010" elaborata dalla Corte dei Conti sulla base dei dati trasmessi dal Ministero della Salute.*

[11] *Si tratta di una stima approssimativa in quanto i costi del settore pubblico possono divergere, tanto per difetto quanto per eccesso, rispetto al valore della tariffa. Si è ritenuto, tuttavia, che il valore della tariffa rappresentasse una buona proxy del costo sostenuto dalle strutture pubbliche per l'erogazione delle prestazioni.*

(€ 4,8 mld. se consideriamo quella che si desume dai modelli CE), mentre quella che si ottiene applicando alle prestazioni rese nel 2010 – seppur con la sola considerazione di quelle previste nel nomenclatore nazionale del 1996 – le tariffe scontate 1996 in luogo di quelle regionali, si ferma a circa € 2,7 mld.

Tabella 8.9 - Spesa pubblica e privata accreditata per prestazioni specialistiche
Stima della quota sulla spesa totale (per prestazioni specialistiche)
Valori %, anno 2010

Regioni	Spesa pubblica	Spesa privata accreditata
Italia	52,28	47,72
Piemonte	73,86	26,14
Valle d'Aosta	86,76	13,24
Lombardia	43,46	56,54
Pr. Aut. di Bolzano	92,47	7,53
Pr. Aut. di Trento	67,79	32,21
Veneto	61,78	38,22
Friuli Venezia Giulia	79,80	20,20
Liguria	73,26	26,74
Emilia Romagna	77,44	22,56
Toscana	72,46	27,54
Umbria	88,40	11,60
Marche	76,64	23,36
Lazio	45,18	54,82
Abruzzo	63,93	36,07
Molise	41,13	58,87
Campania	-16,60	116,60
Puglia	52,28	47,72
Basilicata	75,69	24,31
Calabria	41,11	58,89
Sicilia	13,90	86,10
Sardegna	50,85	49,15

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

In termini pro-capite, per quanto attiene alle strutture pubbliche, le Regioni che spendono di più per ciascun residente sono Piemonte (€ 177,86 pro-capite), Friuli Venezia Giulia (€ 167,83 pro-capite) e Basilicata (€ 138,72 pro-capite). Come era lecito attendersi, all'estremo opposto Sicilia e Calabria, rispettivamente con € 16,14 e € 40,34 pro-capite. La considerazione della spesa delle strutture private accreditate evidenzia che Molise, Lombardia e Sicilia sono le Regioni che hanno una spesa maggiore per residente.

Tabella 8.10 - Spesa pubblica e privata accreditata per prestazioni specialistiche, pro-capite - Stima
Valori assoluti (€), anno 2010

Regioni	Spesa pubblica pro-capite	Spesa privata accreditata pro-capite
Italia	81,79	74,65
Piemonte	177,86	62,96
Valle d'Aosta	107,65	16,42
Lombardia	78,40	102,00
Pr. Aut. di Bolzano	136,40	11,10
Pr. Aut. di Trento	100,53	47,77
Veneto	120,07	74,27
Friuli Venezia Giulia	167,83	42,48
Liguria	94,90	34,64
Emilia Romagna	136,75	39,84
Toscana	99,15	37,68
Umbria	134,61	17,66
Marche	89,96	27,42
Lazio	75,93	92,13
Abruzzo	64,45	36,36
Molise	73,89	105,77
Campania	-18,09	127,04
Puglia	63,82	58,26
Basilicata	138,72	44,55
Calabria	40,34	57,78
Sicilia	16,14	100,03
Sardegna	68,76	66,47

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute.

8.4. Conclusioni

Il 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute, con proprio Decreto, ha provveduto ad aggiornare il previgente nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, sia per quanto riguarda la previsione delle prestazioni erogabili nell'ambito del SSN, sia con riferimento alle correlate tariffe. L'analisi comparativa dei due documenti ha evidenziato come per l'aggiornamento delle tariffe, in generale sia stato prescelto come parametro discriminante quello della preponderanza o meno della componente tecnologica, piuttosto che di quella umana: tutte le tariffe di quelle prestazioni che per il loro espletamento richiedono un elevato assorbimento di risorse umane sono state rimodulate verso l'alto, mentre quelle che necessitano di un importante apporto tecnologico sono state ritoccate verso il basso.

Com'è noto, rimanendo lo scarto tra il valore delle prestazioni con tariffa regionale dell'anno e con tariffa ministeriale (1996 o 2012) a carico dei bilanci regionali, se applicassimo alle prestazioni del 2010 le tariffe nazionali del 1996 anziché quelle regionali, a livello

nazionale si genererebbe un abbattimento del valore del 9,28%; l'abbassamento del valore delle prestazioni sarebbe stato del 15,22% se tutte le Regioni avessero praticato le tariffe nazionali del 2012.
L'applicazione delle tariffe previste dal nomenclatore nazionale entrato in vigore a fine 2012 alle prestazioni erogate nel 2010 in luogo di quelle previste dal previgente (1996), qualora non si applicassero gli sconti previsti a partire dal 2007 al settore privato accreditato, opera un taglio del 5,15% del valore delle prestazioni erogate. L'abbattimento del valore delle prestazioni scende al 2,53% se nel confronto teniamo conto degli sconti. Ma tutto ciò solo in termini nominali; in termini reali il taglio operato sulla specialistica ambulatoriale è certamente significativo: -20,61% qualora non considerassimo gli sconti e -18,42% se li conteggiassimo.
Da quanto appena esposto appare lecito affermare che negli anni il contenimento della spesa pubblica, notoriamente avvenuto soprattutto con il taglio della spesa farmaceutica (tanto in termini nominali quanto in termini reali), ha ricevuto un importante contributo in termini reali anche dalla specialistica ambulatoriale.
Infine, la considerazione del valore complessivo delle prestazioni erogate nel 2010 ci ha permesso di effettuare una stima approssimativa della spesa attribuibile al settore pubblico e privato (accreditato) che ammonta rispettivamente a circa il 52,30% e al 47,70% della spesa totale.

Riferimenti bibliografici

- CEIS – Fondazione Economia "Tor Vergata" (2009), *Sanità e Sviluppo Economico (Rapporto Sanità 2009)*, VII Edizione, Health Communication.
- Emilia Romagna (2013), www.saluter.it, il Portale del Servizio sanitario regionale.
- Ministero della Salute (anni vari), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, www.salute.gov.it.
- Ministero della Salute, Decreto 18 ottobre 2012, *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*.
- Ministero della Salute (2012), *Relazione Tecnica sull'impatto finanziario del Decreto del 18 Ottobre 2012*, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del SSN, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.
- Ministero della Sanità, Decreto 22 luglio 1996, *Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*.

Capitolo 9

Assistenza farmaceutica: gli effetti delle politiche di contenimento

9 - Assistenza farmaceutica: gli effetti delle politiche di contenimento

Bernardini A.C.[1]

Il presente contributo mira ad analizzare l'impatto delle politiche di contenimento della spesa farmaceutica sulle dinamiche del settore. A tal fine, risulta fondamentale confrontare le tendenze in atto in Italia con quelle internazionali (EU15), evitando così che le analisi siano distorte da una visione chiusa nelle specifiche problematiche italiane, condizionate dai noti problemi di finanza pubblica.

9.1. Spesa farmaceutica: evoluzione e confronti internazionali

Secondo gli ultimi dati OECD[2], l'evoluzione della spesa farmaceutica in Italia risulta essere in controtendenza rispetto agli altri Paesi EU15[3], con un calo del 5% (si passa infatti da € 24,8 mld. nel 2007 a € 23,7 mld. nel 2011) a fronte di un aumento medio generale del 6%.

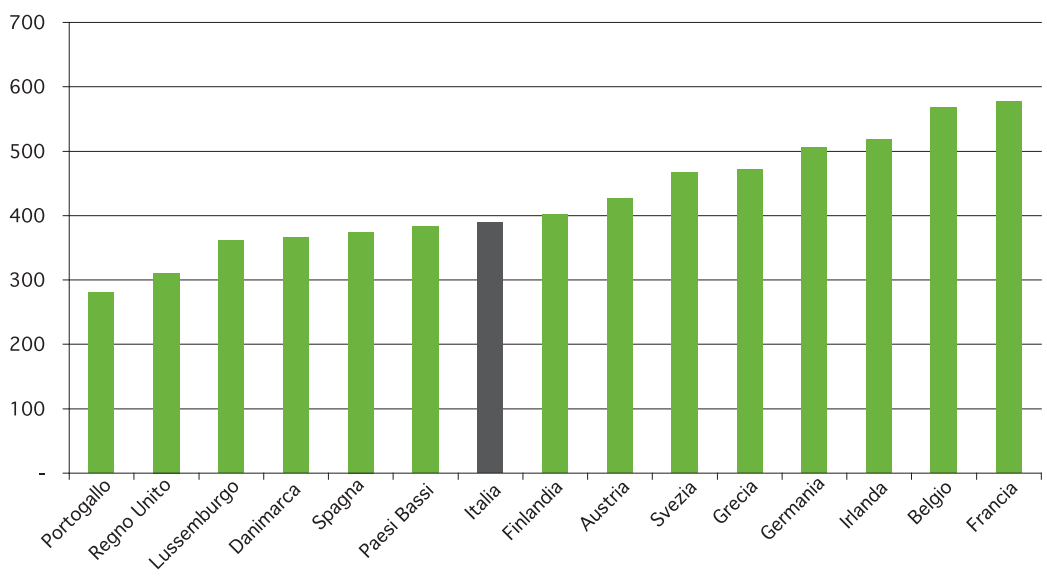
Analizzando il dato in termini pro-capite, possiamo osservare come a partire dal 2007, e poi per gli anni successivi in misura crescente, la spesa farmaceutica italiana pro-capite si ponga sotto la media della spesa nei Paesi EU15; nel 2011 questa risulta pari a € 389,9, valore al di sotto della media EU15 del 14,5% (€ 56,4 pro-capite).

[1] *CREA Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *Organisation for Economic Co-operation and Development; ultimi dati disponibili: anno 2011.*

[3] *Paesi EU15: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito.*

Figura 9.1 - Spesa farmaceutica pro-capite - Paesi EU15
Valori in €, anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

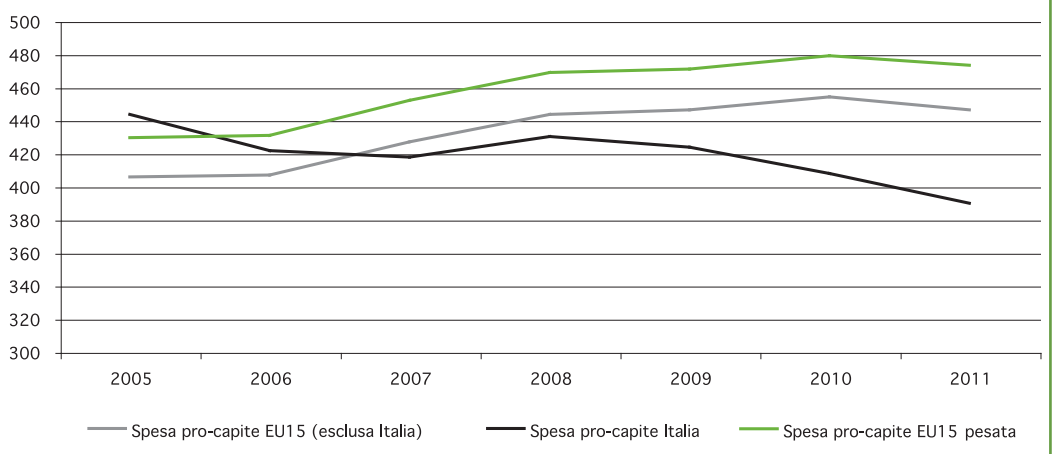
La spesa italiana è quindi superiore a quella dei Paesi Bassi, Spagna, Danimarca, Lussemburgo, Regno Unito e Portogallo, mentre è inferiore a quella della Francia (-48%), del Belgio (-46%9), dell'Irlanda (-33%), della Grecia (-21%), della Svezia (-20%), dell'Austria (-9%) e della Finlandia (-3%)[4].

Si tenga conto che il confronto è altresì distorto per effetto dalla diversa composizione per età delle popolazioni, per cui il divario reale è certamente maggiore, essendo l'Italia uno dei Paesi più vecchi in Europa. Inoltre, il dato non coglie le misure di taglio della spesa farmaceutica pubblica e le altre politiche di razionalizzazione introdotte proprio a partire dal 2011, che implicano anch'esse una sottostima del *gap* fra Italia e EU15.

Per effettuare un confronto maggiormente significativo, si è quindi calcolata la spesa farmaceutica pro-capite dei Paesi EU15 "pesandola" però per il diverso bisogno espresso dalle popolazioni, come peraltro è invalso fare nel sistema sanitario italiano, quando si confrontano i dati a livello regionale. I pesi per età adottati sono quelli del Ministero della Salute, utilizzati anche dall'OsMed (Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali).

[4] *I dati OECD relativi alla spesa farmaceutica italiana sono probabilmente sovrastimati a causa di due motivi: 1) nella voce di spesa sono inclusi anche "altri beni non durevoli" che rappresentano in Italia una quota consistente rispetto agli altri Paesi; 2) nella voce di spesa non è stata probabilmente scorporata la quota del payback.*

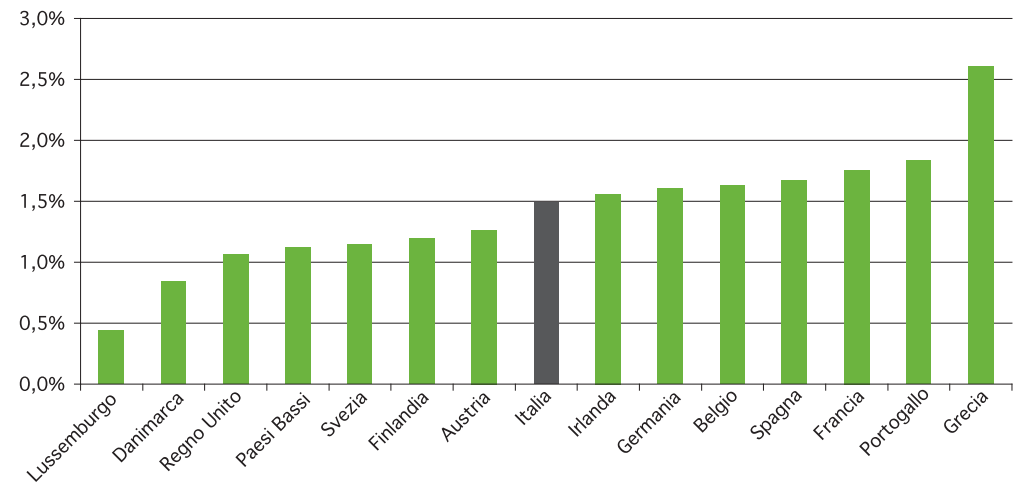
Figura 9.2 - Spesa farmaceutica pro-capite – Italia vs. Paesi EU15
Valori in €, anni 2005-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2012/2013 e Rapporto OsMed 2011

Utilizzando il dato pesato per età, la spesa pro-capite in Italia risulta inferiore agli altri Paesi EU considerati già dal 2006, ed il divario risulta essere nettamente maggiore arrivando ad un *gap* del 21,4% nel 2011 (un differenziale del 6,9% rispetto al confronto non "pesato").
L'incidenza della spesa farmaceutica sul PIL (GDP – *Gross Domestic Product*) risulta invece in media con gli altri Paesi EU15.

Figura 9.3 - Spesa farmaceutica EU15 - Quota sul PIL
Valori %, anno 2011



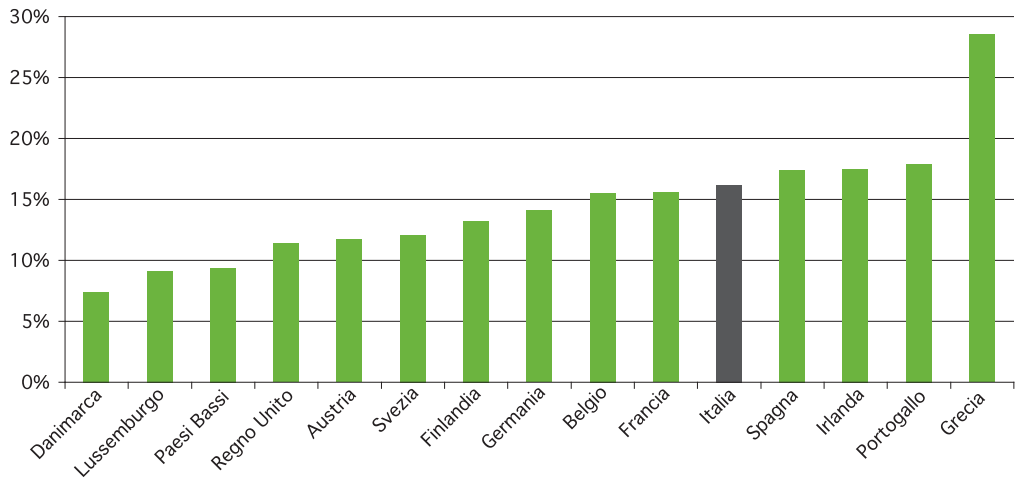
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

Come è, infatti, possibile osservare, l'Italia, con una incidenza dell'1,5% del PIL, è in una posizione intermedia; la dispersione è, però, alta: si passa da valori inferiori all'1% in Lussemburgo e Danimarca, a valori intorno al 2% in Portogallo e Francia (1,8%), fino al 2,6% della Grecia.

L'incidenza della spesa farmaceutica sulla spesa sanitaria nazionale, scendendo al 16,2% nel 2011 (-2% rispetto al 2010 e 26% dal 2000) presenta, invece, un valore significativamente superiore alla media EU15, che è attestata sul 14,5%. Gli ultimi dati disponibili[5] comprovano un ulteriore calo nel 2012 (-3%). Si evidenzia come l'incidenza sia maggiore nei Paesi con minore reddito.

[5] *OECD Health Data 2013, Health expenditure and financing.*

Figura 9.4 - Spesa farmaceutica EU15 - Quota sulla spesa sanitaria
Valori %, anno 2011



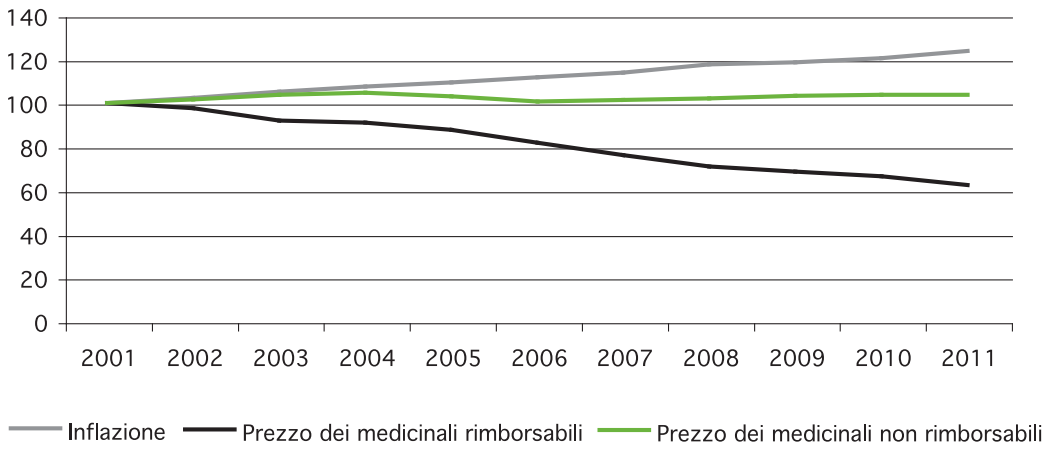
Fonte: OECD Health Data 2013

9.2. Analisi del mercato italiano: prezzi e consumi

I dati precedentemente esposti dimostrano che il *gap* di spesa farmaceutica italiana vs. EU è ormai rilevante nel suo complesso. Questo divario si è ampliato negli anni per effetto delle manovre di contenimento della spesa che, come è noto, hanno prevalentemente agìto sui prezzi.

Sin dal 2001, il prezzo medio dei farmaci in Italia ha avuto un andamento decrescente; la diminuzione complessiva registrata tra il 2001 ed il 2011 è del 27,6%, a fronte di un aumento dell'inflazione del 23,9% (nel grafico non si considerano gli ulteriori tagli intervenuti nel 2012).

**Figura 9.5 - Inflazione e prezzo medio dei medicinali in Italia
Numeri indice (2001=100), anni 2001-2011**



Fonte: Farmindustria – Indicatori farmaceutici 2012

Il calo dei prezzi osservato riguarda esclusivamente i farmaci rimborsabili, che sono diminuiti del 38%, mentre risultano sostanzialmente stabili i farmaci di fascia C. Un calo dei prezzi si è avuto anche negli altri Paesi EU15, ma di minore entità (ad eccezione della Spagna: +5,8% rispetto all'Italia nel periodo 2001-2011)[6]. Secondo le rilevazioni OsMed, nel 2011 la spesa farmaceutica nazionale totale è cresciuta dell'1% raggiungendo € 26,3 mld., di cui circa 3/4 (pari a € 20 mld.) a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
Secondo le rilevazioni OsMed dei primi nove mesi del 2012, la spesa farmaceutica nazionale totale è stata pari a € 19,2 mld.
Per quanto riguarda gli indicatori di consumo in quantità (ricette, confezioni), il consumo farmaceutico territoriale nazionale evidenzia nel periodo 2006-2011:

- un aumento delle confezioni consumate (+1,7% medio annuo in termini assoluti e +0,5% in termini pro-capite, per un totale di +9% nel periodo considerato);
- un aumento delle confezioni di classe A (+3% medio annuo in valori assoluti e +0,5% considerando il dato pro-capite, per un totale di +16% nel periodo considerato);
- una contrazione per i farmaci di classe C (-1% medio annuo in termini di confezioni complessive e -2,2% in termini pro-capite, per un totale di -5% nel periodo considerato);
- una diminuzione dei farmaci per automedicazione (-0,7% media annua in valori assoluti e -1,8% in confezioni pro-capite, per un totale di -4% nel periodo considerato).

[6] *Elaborazione Farmindustria su Associazioni Nazionali, Eurostat.*

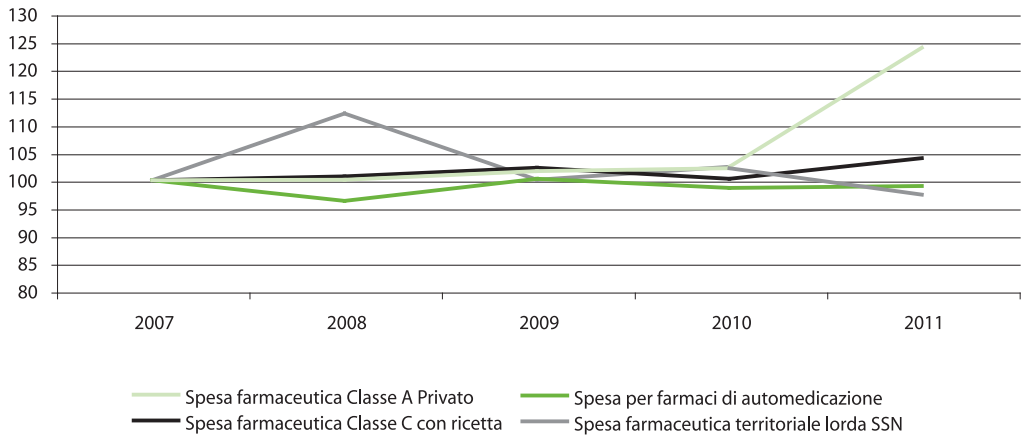
**Tabella 9.1 - Consumo territoriale nazionale di farmaci
Confezioni per classi di rimborsabilità
Valori assoluti (anno 2011) e variazioni % (anni 2006-2011)**

Classi	Confezioni		Confezioni pro-capite	
	2011 € mln.	Var. media annua (2006/2011)	2011 € mln.	Var. media annua (2006/2011)
Totale classe A	**1.235**	**3,0%**	**20**	**1,8%**
Totale Confezioni	**1.819**	**1,7%**	**30**	**0,5%**
Classe A SSN	1.089	2,7%	18	1,6%
Classe A Privato	146	6,1%	2	4,9%
Classe C con ricetta	284	-1,0%	5	-2,1%
Automedicazione	300	-0,7%	5	-1,8%

Fonte: OsMed

Le confezioni acquistate complessivamente nel 2011 sono oltre 1,8 miliardi (30 confezioni di farmaco in media per abitante).
Si consideri che i dati relativi ai primi nove mesi del 2012 mostrano una leggera flessione (-0,2%) rispetto ai primi nove mesi dell'anno precedente in termini di confezioni.
In particolare, le confezioni di classe A (A-SSN + A-privato) sono passate da 1 miliardo nel 2006 a 1,2 mld. nel 2011; si noti che se la classe A-SSN ha registrato un aumento del 14,3% (da 953 mln. ad oltre 1 mld. di confezioni), la classe A sul mercato privato ha registrato un incremento doppio (+29%).
Come detto, l'effetto congiunto del taglio dei prezzi, dei *trend* in quantità e del cosiddetto effetto *mix*, ha comportato che la spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN, pari a € 12,4 mld. nel 2011, abbia registrato un calo del 4,6% (+0,7% in termini di DDD/1000 ab die).
Nei primi 9 mesi del 2012 si è registrata una ulteriore riduzione del 6,8% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.
La spesa per medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, pari a € 7,6 mld. nel 2011 (+8,1% rispetto al 2010), nei primi 9 mesi del 2012 registra una crescita dell'8,7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (3,3% in termini di DDD/1000 ab die).
La spesa territoriale privata (farmaci di fascia A acquistati privatamente, fascia C con ricetta e farmaci per automedicazione) pari a € 6,3 mld. nel 2011 ha registrato un aumento del 5,0% (+2% in termini di confezioni); la voce che maggiormente ha contribuito all'aumento della spesa privata è la classe A privato (+21%), segue la classe C con ricetta (+4%) e l'automedicazione (SOP e OTC) (+0,4%). Nei primi 9 mesi del 2012 si è registrata una riduzione dello 0,9%, dovuta alla diminuzione della spesa per i farmaci di classe C con ricetta (-8,3%), quasi compensata dall'aumento della spesa per compartecipazione (+7,8%), dall'aumento della spesa per i farmaci di classe A (+2,6%) e dalla crescita della spesa dei farmaci per automedicazione (+3,3%).

Figura 9.6 - Spesa farmaceutica nazionale territoriale Numeri indice (2007=100), anni 2007-2011

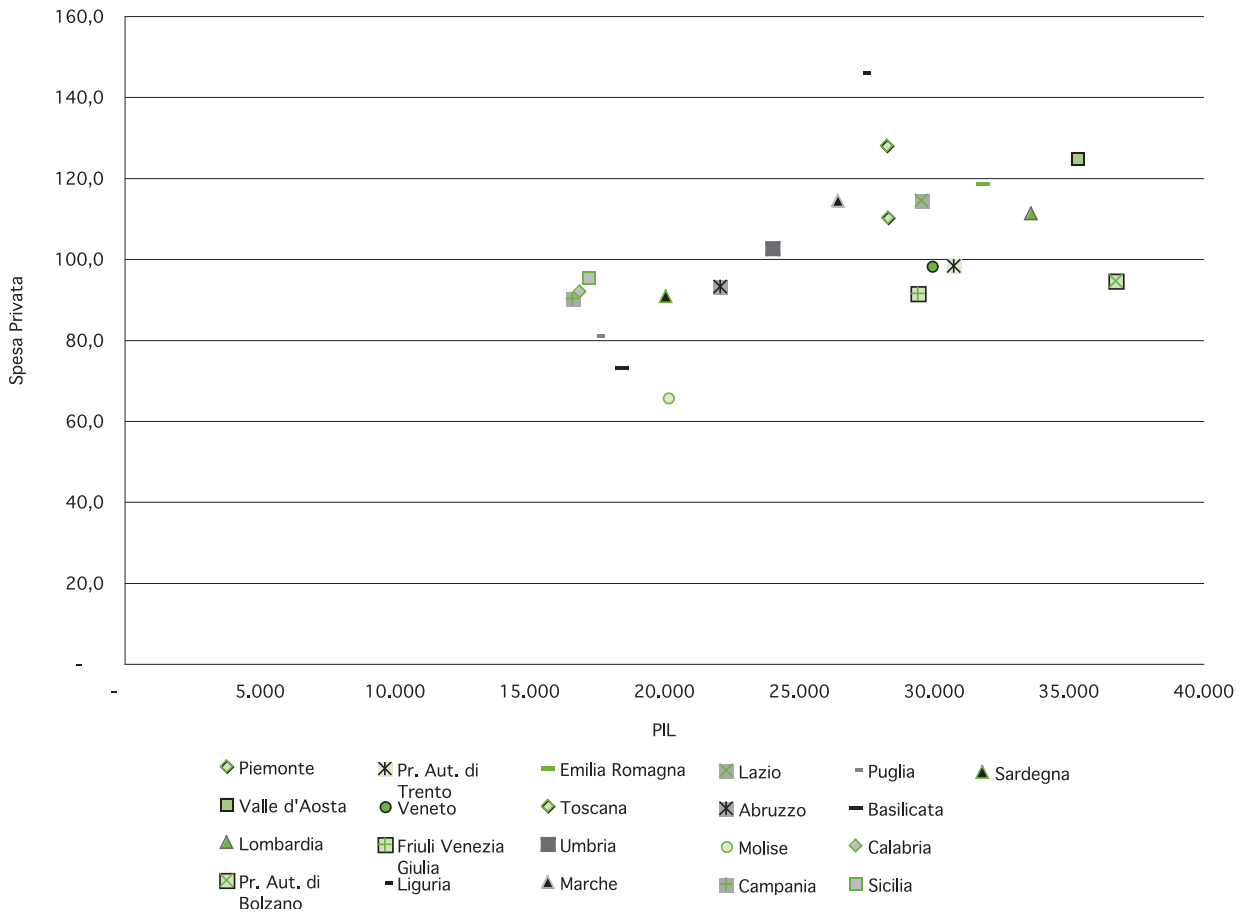


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su Rapporto OsMed 2011

Si noti che la spesa farmaceutica privata risulta piuttosto variabile a livello regionale, in relazione con i diversi livelli di reddito.
L'incidenza della quota di spesa privata sul PIL passa, infatti, dallo 0,26% della P.A. di Bolzano allo 0,56% della Sicilia. Analizzando invece l'incidenza delle componenti della spesa privata sulla spesa farmaceutica totale si registrano i seguenti valori[7]: per la classe A privato si passa dal 2% di Puglia e Sardegna al 7% della Valle d'Aosta, per la classe C con ricetta i valori più bassi si registrano in Puglia, Basilicata e Molise (11%) contro il 16% della Liguria ed infine per l'Automedicazione si passa da un'incidenza del 7% in Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna al 13% delle P.A. di Bolzano e Trento.
Il dato della Liguria sembra suggerire anche un serio problema di accesso da parte degli anziani, dato che la Regione "più vecchia" registra un consumo privato notevolmente superiore a quello atteso in base al suo reddito medio. Simili note si possono esprimere per la Toscana.

[7] *Rapporto OsMed 2011.*

Figura 9.7 - PIL e spesa farmaceutica privata pro-capite
Valori in €, anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OsMed ed ISTAT 2011

La maggiore copertura pubblica si registra, invece, nella Provincia Autonoma di Bolzano. La crescente importanza della spesa di classe A privata, che ha raggiunto ormai l'8% del totale della classe (il 16% della spesa territoriale privata), merita un ulteriore approfondimento.

Evidentemente può essere imputata all'aumento delle forme di compartecipazione, come anche al costo-opportunità di doversi far fare la prescrizione sulla modulistica del SSN.

Di fatto la classe A privata rappresenta uno sgravio finanziario per i SSR, ma di entità molto difforme, passando dal 13,8% del totale della classe A in Toscana, al 3,9% della Puglia; analizzando la correlazione tra reddito delle famiglie (usando come *proxy* il PIL pro-capite) e il consumo farmaceutico privato a livello regionale, emerge una stretta relazione positiva: nelle Regioni mediamente più ricche (tipicamente del Nord), i SSR "ricevono" un significativo vantaggio relativo al consumo privato.

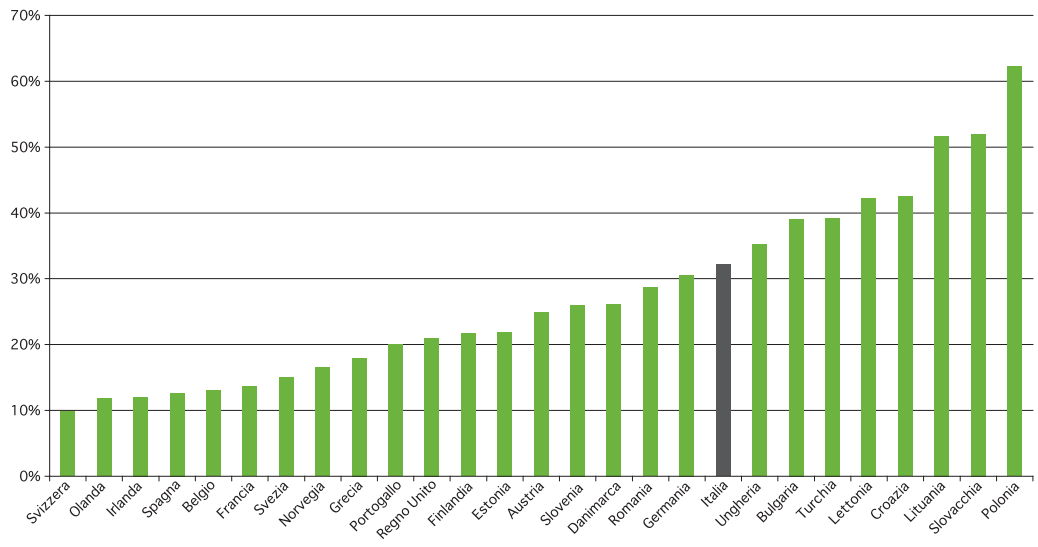
9.3. Mercato dei farmaci generici

Il mercato mondiale dei farmaci generici o equivalenti è in continua crescita: questo fenomeno è legato sia allo scadere dei brevetti di farmaci *blockbuster*, sia all'impegno per il contenimento dei costi da parte dei Governi. Il mercato dei medicinali equivalenti non ha lo stesso grado di sviluppo nei vari Paesi, e ciò dipende dalle differenti politiche adottate che possono incidere sull'offerta (prezzo, rimborsabilità) e sulla domanda (incentivi diretti o indiretti ai medici prescrittori, ai farmacisti e ai pazienti).

Dal confronto internazionale emerge che la quota di mercato dei farmaci equivalenti[8] è significativamente superiore nei nuovi Stati Membri dell'EU caratterizzati da minore reddito e da livelli storicamente bassi di protezione della proprietà intellettuale.

Come è possibile osservare, l'Italia ha una quota in valore degli equivalenti largamente superiore a tutti gli altri principali Paesi EU, con il 32,2%[9] (un aumento del 6% rispetto al 2010), seguita dalla Germania con il 30,6% (+1% rispetto al 2010). Le quote decisamente più basse si osservano in Svizzera ed Olanda (rispettivamente 9,8 ed 11,8%).

Figura 9.8 - Farmaci equivalenti - Quota in valore sul mercato (prezzo *ex-factory*)
Valori %, anno 2011



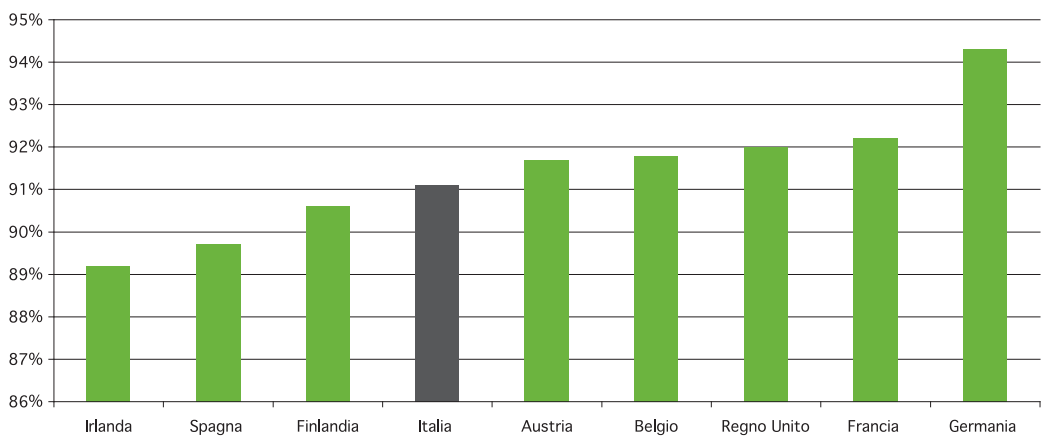
Fonte: EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industry Associations, 2013

[8] *EFPIA nel confronto utilizza la seguente definizione per indicare i generici: "generic means a medicine based on an active substance that is out off patent and which is marketed under a different name from that of the original branded medicine (generics data do not include those generics marketed by the originator)".*

[9] *Va segnalato che la rilevazione EFPIA non è peraltro omogenea fra i Paesi; per l'Italia il dato coincide peraltro con quello OSMED comprensivo degli originator.*

Il dato Italia dell'EFPIA risulta sottostimato; secondo OsMed, infatti, il 32,2% del mercato si riferisce all'intero mercato dei farmaci a brevetto scaduto, comprendendo sia gli *ex originator* che i farmaci "generici equivalenti", e non soltanto a questi ultimi.
I dati in termini di confezioni, che pur non permettono un confronto reale in termini di quantità di principio attivo effettivamente consumato, evidenziano una sostanziale omogeneità (circa il 90%) della quota di mercato *off-patent* (quindi comprensivo degli *originator*) nei principali Paesi europei.

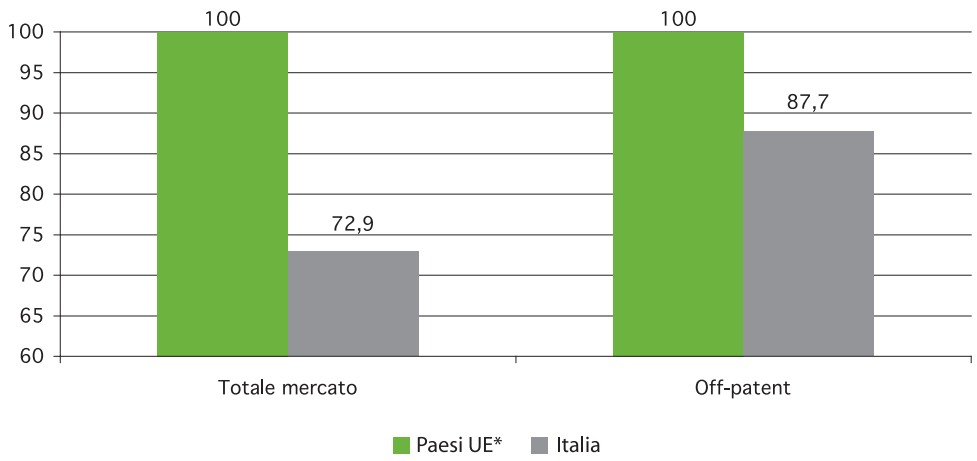
Figura 9.9 - Medicinali non coperti da brevetto (confezioni) - Quota sul mercato
Valori %, anno 2011



Fonte: Farmindustria – Indicatori farmaceutici 2012

Ricordando che si è precedentemente mostrato che i prezzi dei farmaci in Italia sono significativamente minori rispetto ai Paesi EU, indicazioni analoghe valgono per gli equivalenti. Pur considerando che il dato raccolto riguarda il valore medio per confezione in prezzo al pubblico, l'Italia ha un prezzo medio inferiore a quello medio degli altri grandi Paesi europei del 12% (per il totale del mercato il *gap* è del 27%).

**Figura 9.10 - Spesa farmaceutica totale (pubblica e privata)
Valore medio per confezione
Numeri indice (valori principali Paesi UE*=100), anno 2011**

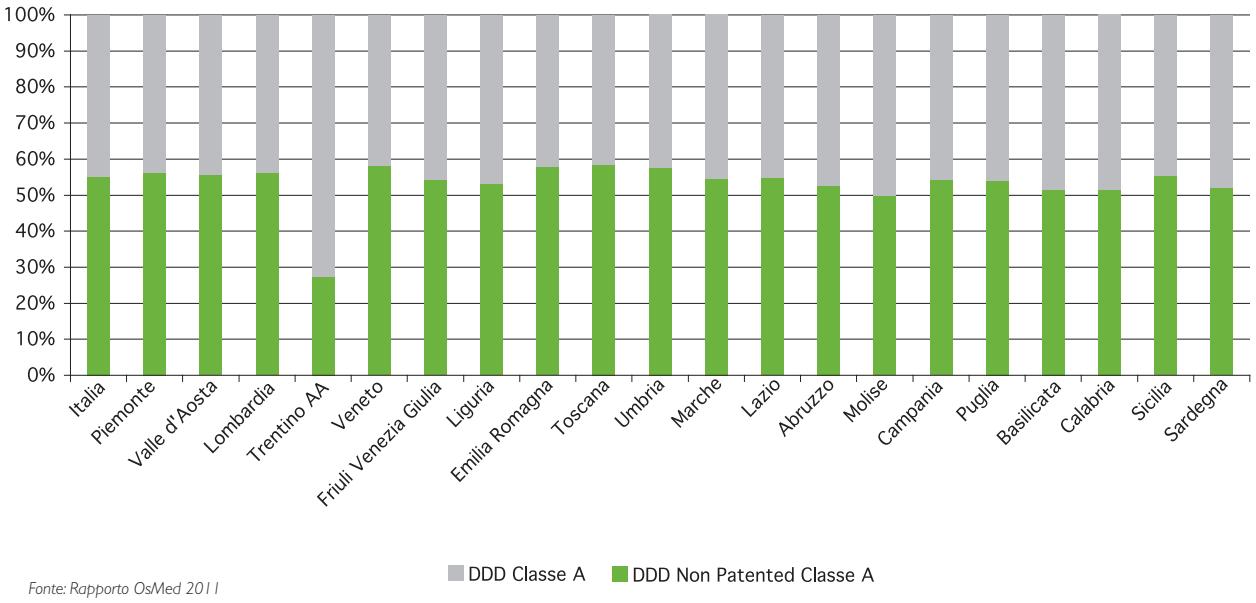


**Germania, Francia, Spagna, Regno Unito, Italia*

Fonte: Elaborazione Farmindustria su dati IMS 2012

Appare quindi evidente che il mercato dei farmaci *off-patent* in Italia si sia sviluppato notevolmente, e forse anche più che negli altri Paesi europei. Rimane, piuttosto, una forte variabilità regionale.

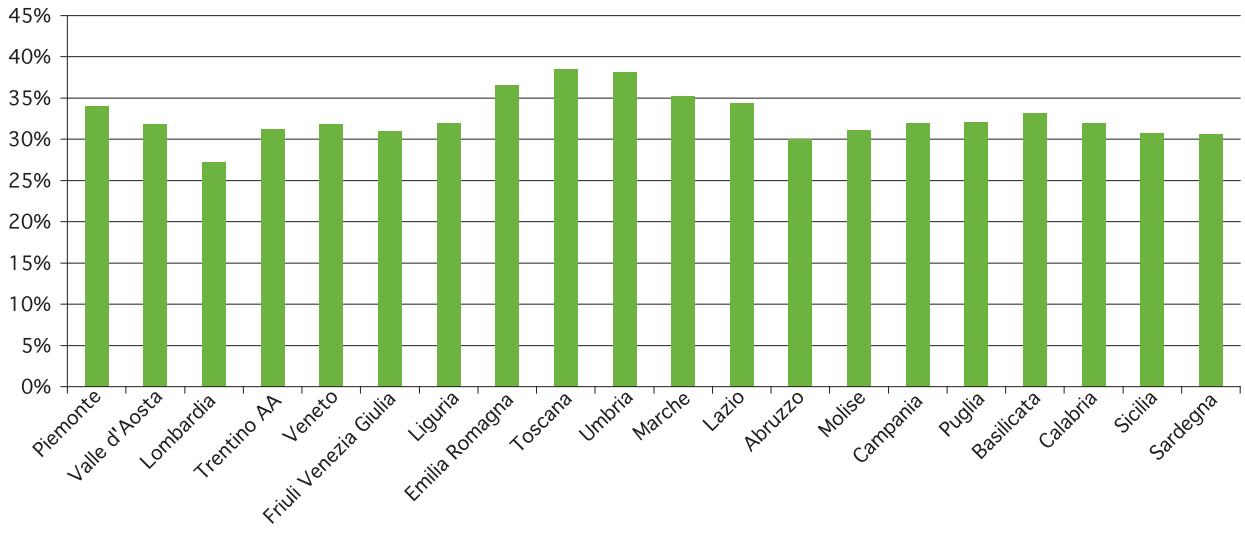
Figura 9.11 - Farmaci equivalenti di classe A-SSN - Consumo territoriale regionale Valori % - DDD/1.000 ab die, anno 2011



Fonte: Rapporto OsMed 2011

In termini di quantità, l'andamento temporale delle DDD/1000 ab die dei farmaci equivalenti di classe A-SSN mostra un incremento di quasi il 100% dal 2007 al 2011, sostanzialmente omogeneo in tutte le Regioni; ma i livelli appaiono ancora difformi passando dal 58% (Emilia-Romagna, Umbria e Toscana) al 27% (Trentino Alto Adige).
Analogamente, in termini di valore l'incidenza dei farmaci equivalenti nella spesa di classe A-SSN presenta valori che vanno dal 27% della Regione Lombardia al 38% di Toscana ed Umbria.

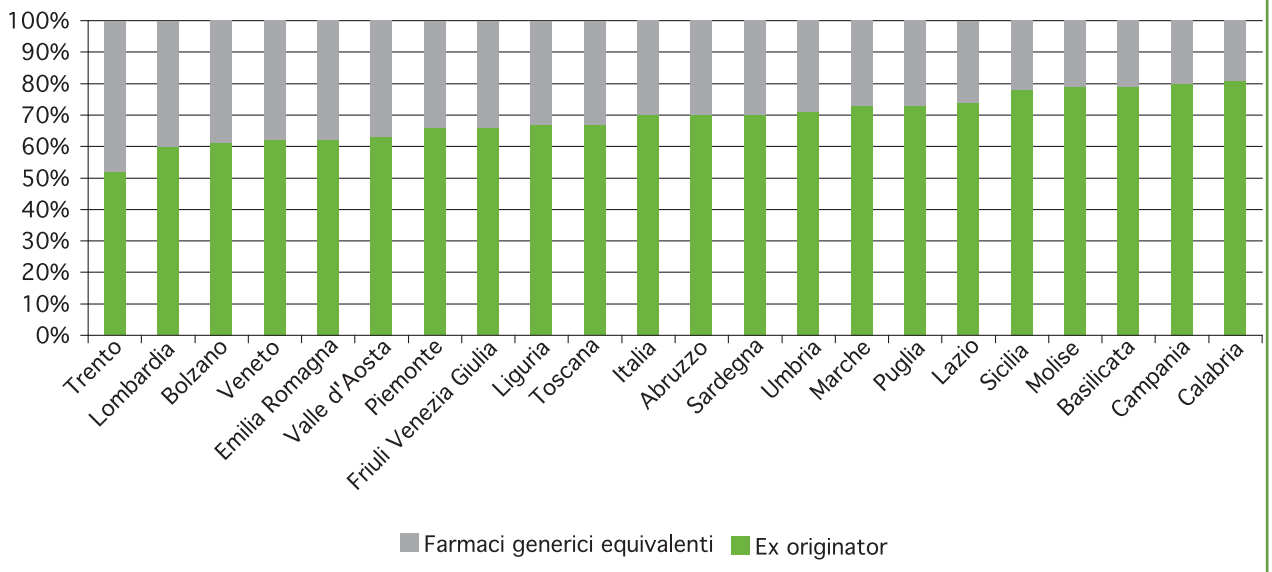
Figura 9.12 - Spesa territoriale regionale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN
Quota sul totale spesa netta territoriale
Valori %, anno 2011



Fonte: Rapporto OsMed 2011

La composizione della spesa netta per i farmaci equivalenti rivela come la quota degli *ex originator* rispetto ai generici equivalenti (come definiti dall'OsMed) sia paradossalmente più elevata nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord, dove sarebbe invece lecito attendersi che un livello di reddito più basso faccia propendere per una minore disponibilità a pagare il differenziale fra farmaco *originator* e prezzo di riferimento.

Figura 9.13 - Spesa netta per farmaci equivalenti di classe A-SSN - Composizione per Regione
Valori %, anno 2011



Fonte: Rapporto OsMed 2011

Si consideri che, a parte quanto appena argomentato, la quota di *originator* sul mercato *off-patent* risulta di relativo interesse: nullo dal punto di vista finanziario per il SSN (vigendo il prezzo di riferimento), e di poco interesse nel complesso, dato che il valore sociale della genericazione risiede nella liberazione di risorse derivante dalla riduzione di prezzo; riduzione che riguarda evidentemente tanto l'equivalente che l'*originator.*

Risulta in definitiva evidente che le numerose politiche di incentivazione all'uso degli equivalenti, messe in atto con l'obiettivo principale di risanare la spesa sanitaria, siano state un successo. Proprio per tale motivo non risulta del tutto chiaro l'obiettivo di una pressione normativa tesa a favorire ulteriormente l'uso dell'equivalente in quanto tale, in particolare nella misura in cui "discrimina" l'*originator off-patent*. Recentemente, un ulteriore incentivo di questo tipo è stato introdotto con il D.L. n. 158/2012, imponendo al medico prescrittore di indicare nella ricetta del SSN la sola denominazione del principio attivo (sebbene con la possibilità di poter apporre la "clausola di non sostituibilità" per indicare uno specifico medicinale)[10]. Un'ulteriore politica in tal senso è desumibile dall'Accordo sulle nuove remunerazioni per farmacisti e grossisti (Accordo tra l'Agenzia

[10] *La norma non si applica sulle terapie croniche in atto ove non deve essere effettuato un cambio di terapia.*

Italiana del Farmaco-Aifa e le Organizzazioni del settore, con la partecipazione della Federazione Ordini Farmacisti Italiani-FOFI), il quale avrebbe previsto per la farmacia una quota premiale di € 0,10 per la distribuzione di ogni confezione di farmaco equivalente. Non ultime, ricordiamo le regolazioni sulle quote di farmaci "equivalenti", definite a livello regionale per alcune categorie di farmaci.
Va segnalata, da questo punto di vista, la confusione esistente nella normativa italiana, derivante dalla carenza di una definizione normativa della classe degli *off-patent*. Di fatto, in Italia si introduce il concetto di medicinale "generico" rispetto ad un originatore con brevetto scaduto con la Legge n. 549/1995. Il termine "medicinale generico" viene presto sostituito con la formula "medicinale equivalente" (Legge n. 149/2005[11]). Bisogna fare attenzione, quindi, che ogni norma che richiama il medicinale equivalente, implicitamente non contiene l'*originator*, di fatto spesso discriminandolo.
La carenza di una categoria per gli *off-patent*, obbliga ad esempio OsMed ad usare, a fini statistici, la denominazione "Farmaci generici equivalenti" per indicare gli equivalenti al "netto" dell'*originator*: ma tale definizione rischia di creare ulteriore confusione[12].

9.4. Conclusioni

La spesa farmaceutica in Italia mostra ormai valori significativamente inferiori rispetto agli altri Paesi europei; il *gap* è principalmente legato al basso prezzo medio dei farmaci, ma anche alla quota rilevante di farmaci *off-patent* consumati.
Le politiche tese quindi a perseguire ulteriori contenimenti della spesa farmaceutica devono essere attentamente ponderate, come anche ogni regolazione che rischia di creare distorsioni interne al mercato (come quella fra farmaci *off-patent originator* ed equivalenti).
Il rischio è che una politica attenta esclusivamente al contenimento della spesa pubblica, sia squilibrata sul versante assistenziale e specialmente industriale, come i dati sulle perdite occupazionali (per le quali si rimanda al capitolo 11) sembrano suggerire, con l'effetto di una perdita complessiva di *Welfare* a livello nazionale.

Riferimenti bibliografici

- AIFA (vari anni), *Rapporto OsMed.*
- Farmindustria (vari anni), *Indicatori Farmaceutici*.
- OECD (2012-2013), *Health data statistics on line*.
- Assogenerici.
- EFPIA, *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*.

[11] *Il termine "generico" poteva indurre nella popolazione l'idea che si trattasse di specialità meno efficaci o ad azione non specifica.*

[12] *La definizione di farmaco generico/equivalente non è sempre coerente neppure nei differenti Paesi.*

Capitolo 10

Non-autosufficienza: (non) definizioni e stima delle misure di protezione socio-assistenziale

10 - Non-autosufficienza: (non) definizioni e stima delle misure di protezione socio-assistenziale

Ploner E.[1]

10.1. Premessa

Di integrazione fra Sanità e Sociale si parla molto e numerose sono state le normative che hanno affrontato il tema: in modo solo parzialmente soddisfacente, come cercheremo di argomentare nel presente capitolo.
In tutto il Rapporto abbiamo cercato di allargare l'orizzonte della trattazione dalla Sanità in senso stretto, al socio-sanitario: definirne i confini è peraltro complesso.
Come già argomentato nel capitolo 3 dedicato alla spesa socio-sanitaria, è evidente che non tutta l'assistenza sociale è collegabile alla Sanità; nello stesso tempo il termine "integrazione" non sembra adatto a comprendere prestazioni sociali che, pur non prevedendo attività sanitarie, sono comunque attinenti al settore.
Il punto (convenzionale) di discrimine che proponiamo, lo ricordiamo, è legato al concetto di non-autosufficienza: quindi anche in questo capitolo analizziamo lo sviluppo dei servizi in favore di soggetti giudicati non-autosufficienti.
Si comprendono in tale ambito sia le prestazioni integrate con quelle sanitarie, per lo più erogate in natura, che quelle (tipicamente di assistenza sociale) erogate in denaro o con *voucher*.

10.2. Non-autosufficienza: gli orientamenti in tema di valutazione

Per quanto in premessa, appare fondamentale definire l'ambito della non-autosufficienza, operazione tutt'altro che banale, in quanto rimane indefinito il suo perimetro, che spesso è confuso con quello della disabilità o della invalidità.
Nel 1980, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH)[2], ha definito la disabilità come «…l'incapacità a svolgere una o più attività fondamentali del vivere quotidiano (*Activities of Daily Living ADL*), come mangiare, lavarsi, alzarsi dal letto, ecc.., e/o l'incapacità di svolgere una o più importanti attività strumentali del vivere quotidiano (*Instrumental Activities of Daily Living IADL*), come preparare i pasti, andare a fare commissioni, deambulare per casa, etc. ».

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap.*

L'Istat, facendo propria la codifica adottata dall'OMS, ha definito la persona disabile come colei che «…escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle tre dimensioni considerate (dimensione fisica, la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane, la dimensione della comunicazione), pur tenendo conto dell'ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, etc..)».
Ancorché nel tempo si sia tentato di estrapolare dal concetto di disabilità quello di non-autosufficienza[3], utilizzando il criterio della gravità, il "passaggio" fra disabilità e non-autosufficienza non trova ancora una sua chiara definizione, né un riscontro statistico.
Considerando la crescente importanza dei servizi di natura sanitaria o assistenziale denominati a favore delle persone non-autosufficienti, tipicamente ma non necessariamente anziani, sembra evidente che il confine sia labile in quanto dettato dalla definizione del criterio utilizzato per definire il diritto alla esigibilità dei servizi pubblici.
La mancanza, in aggiunta, di un provvedimento a livello centrale in tema di non-autosufficienza, e quindi di definizione puntuale della stessa parallelamente alla modifica del Titolo V della Costituzione riguardante l'assistenza sociale[4], ha determinato un "vuoto legislativo" in tema di esigibilità dei diritti soggettivi da parte dei cittadini non-autosufficienti. La conseguenza è che, per tentare di definire l'ambito della non-autosufficienza sembra, di fatto, necessario passare per l'analisi delle normative regionali che regolano gli interventi di tipo pubblico, e quindi per la rilevazione statistica dei casi riconosciuti come tali dalle Commissioni deputate ad accertare la sussistenza dei diritti.

[3] *Nel 2005, ad esempio, le Organizzazioni sindacali dei pensionati, presentando una proposta di legge di iniziativa popolare, associarono la non-autosufficienza a situazioni di disabilità permanenti che impediscono al soggetto di compiere autonomamente le normali attività sia quotidiane che relazionali.*

[4] *Il D.P.C.M. del 29 Novembre 2001, benché abbia elencato con estrema precisione le prestazioni ricomprese nell'area dell'integrazione socio sanitaria ed abbia precisato che l'erogazione delle prestazioni vada regolata tenendo conto del diverso grado di fragilità sociale e dell'accessibilità, definendo, quindi, come fondamentale elemento di unitarietà i Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti a tutti i cittadini, sul versante sociale non esiste ancora una disposizione normativa che determini da un punto di vista univoco i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (i cosiddetti LIVEAS) in attuazione a quanto previsto dalla L. n. 328/2000. In particolare, la predetta legge sottolinea che gli interventi in campo socio assistenziale sono di competenza dei Comuni mentre quelli socio sanitari sono condivisi a livello locale tra Comuni ed ASL. In buona sostanza, questa legge ha creato un modello di Welfare sempre più municipalizzato ed orientato alla creazione di un sistema di servizi e prestazioni sociali sulla rete delle autonomie locali, affidando di fatto la disciplina dei servizi sociali alla legislazione esclusiva delle Regioni. Ed infatti, il nuovo testo del Titolo V attribuisce alle Regioni la potestà legislativa esclusiva nella materia socio-assistenziale in pratica nella definizione dei LIVEAS ossia non limitata da princìpi della legislazione statale, ma soltanto al rispetto del dettato costituzionale.*

Tabella 10.1 - Gli approcci regionali alla definizione di non-autosufficienza

Regione	Norma	Definizione non-autosufficienza	Strumenti di valutazione	Organismi di valutazione
Piemonte	L.R. 1/2004 "Norme per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"; DGR 14 26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani". Unità di Valutazione Geriatrica"; L. R. 10/2010 "Servizi domiciliari per persone non-autosufficienti"	Nell'ultima legge sono definite non-autosufficienti le persone in varie condizioni o età che soffrono di una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia fisica, psichica o sensoriale con la conseguente incapacità di compiere atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone.	ADL5, IADL[6], SPMSQ[7], DMI[8]	UVG[9]
Lombardia	Circ. Reg. 6/2004 "Indicazione per l'attivazione ed erogazione dei Buoni e voucher sociali"; L.r. 23/99 "Politiche per la famiglia"	Nelle norme non esiste una definizione di non-autosufficienza; nella circolare regionale si parla dell'attivazione di Buoni socio sanitari destinati tra l'altro a sostenere al proprio domicilio i soggetti fragili, mentre nella legge regionale si fa riferimento all'istituzione di un fondo per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati per il sostegno al proprio domicilio delle persone disabili gravi	SOSIA[10];SIDi [11]	UVG
P. A. Bolzano	L.P. 9/2007 "Interventi per l'assistenza alle persone non-autosufficienti"	L'art. 2, comma 1, definisce non-autosufficiente una persona incapace in misura rilevante e permanente, a causa di patologie o disabilità fisiche, psichiche o mentali, di svolgere le attività della vita quotidiana negli ambiti costituiti da alimentazione, igiene personale, funzioni escretorie, mobilità, vita psico-sociale e conduzione dell'economia domestica, e che necessita	VITA	UVM[12]

Segue

Tabella 10.1 - Gli approcci regionali alla definizione di non-autosufficienza

Regione	Norma	Definizione non-autosufficienza	Strumenti di valutazione	Organismi di valutazione
		pertanto dell'aiuto regolare di un'altra persona		
P. A. Trento	L.P. 6/1998	All'art. 2, comma 3 vengono definiti non-autosufficienti i soggetti che non sono in grado di provvedere alla cura della propria persona e al mantenimento di una normale vita di relazione senza l'aiuto di altre persone	VAMA[13]	UVM
Veneto	DGR 3979/1999 "Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano"; DGR 1133/2008 "Assistenza alle persone anziane non-autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale"	Nelle DGR non viene definito che cosa si intenda per non autosufficienza, ma viene introdotta la scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (SVAMA) in base alla quale viene definito il profilo assistenziale della persona non-autosufficiente	SVAMA[14]	UVMD[15]
Friuli Venezia Giulia	L.R. 6/2006 "Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"	L'art. 41 comma 1 definisce la condizione di non-autosufficienza come quello stato nel quale la persona non può provvedere alla cura di sé ed al mantenimento di una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri	BINA[16]	UVD
Liguria	L.R. 12/2006 "Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari"	All'art. 46 comma 1, vengono definite non-autosufficienti le persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni della vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane esociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione	AGED PLUS[17]	UVG
Emilia-Romagna	Deliberazione dell'Assemblea legislativa della Re-	La valutazione della condizione di non-autosufficienza è	BINA	UVG

Segue

Tabella 10.1 - Gli approcci regionali alla definizione di non-autosufficienza

Regione	Norma	Definizione non-autosufficienza	Strumenti di valutazione	Organismi di valutazione
	gione 175/2008 "Piano sociale e sanitario 2008-	svolta secondo i criteri e le modalità previste nel Piano		
Toscana	2010" L.R. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non-autosufficienza"	Si considerano non-autosufficienti le persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Le condizioni di non-autosufficienza possono presentarsi sotto forma di disabilità psicofisica e mentale.	Valutazione del grado di non-autosufficienza	UVM
Lazio	L.R. 20/2006 "Fondo regionale per la non-autosufficienza"	L'art. 2 comma 1, definisce non-autosufficiente la persona anziana o il disabile o qualsiasi altro soggetto che, anche in maniera temporanea, non può provvedere alla cura della propria persona né mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri	Scheda di valutazione socio-economica	UVTO[18]
Abruzzo	L.R. 6/2007 "Linee guida per la redazione del Piano Sanitario Regionale 2007-2009"	Non esiste una definizione esplicita di non-autosufficienza, ma nel Piano si fa riferimento a pazienti con pluripatologie includendo gli anziani non-autosufficienti, le disabilità psico sensoriali, le disabilità fisiche	VAOR[19]	UVG
Puglia	L.R. 19/2006 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità ed il benessere delle donne e degli uomini in Puglia"	Non viene definita la non-autosufficienza, ma viene comunque istituito l'assegno di cura per le situazioni di fragilità derivanti da non-autosufficienza e disabilità	SVAMA VAOR	UVT

Segue

Tabella 10.1 - Gli approcci regionali alla definizione di non-autosufficienza

Regione	Norma	Definizione non-autosufficienza	Strumenti di valutazione	Organismi di valutazione
Basilicata	L.R. 4/2007 "Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale"	L'art. 4, comma 2, definisce non-autosufficienti le persone che, a causa delle patologie e delle disabilità, anche correlate all'età, da cui affette, non possono provvedere alla cura di se stesse e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri		UVG
Sardegna	L.R. 2/2007 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (legge finanziaria 2007)"	L'art. 34, comma 3, identifica come non-autosufficiente la persona anziana o disabile che non può provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri		UVT

[5] *Activities of Daily Living.*
[6] *Instrumental Activities of Daily Living.*
[7] *Short Portable Mental Status Questionnaire.*
[8] *Indice Medico di Non-Autosufficienza.*
[9] *Unità di Valutazione Geriatrica.*
[10] *Scheda di osservazione intermedia di assistenza.*
[11] *Scheda Individuale del Disabile.*
[12] *Unità di Valutazione Multidimensionale.*
[13] *Valutazione Multidimensionale dell'Anziano.*
[14] *Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano.*
[15] *Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale.*
[16] *Breve Indice di Non-Autosufficienza.*
[17] *Assessment of geriatric disabilities.*
[18] *Unità Valutativa Territoriale.*
[19] *Scheda di Valutazione dell'anziano ospite di residenza.*

Fonte: elaborazione CREA Sanità su normativa regionale

La lettura della tabella mostra con evidenza come, nelle diverse realtà regionali, si siano venute configurando, di fatto, tre diverse linee di indirizzo circa la definizione di non-autosufficienza. La prima fornisce una definizione puntuale di non-autosufficienza identificandola con l'incapacità dell'individuo a compiere i normali atti della vita quotidiana e a mantenere la rete dei rapporti sociali, sposando quindi l'approccio statistico alla definizione di disabilità. La seconda linea di indirizzo non definisce che cosa si intenda per non-autosufficienza, ma rimanda la determinazione della stessa a particolari strumenti di valutazione (SVAMA, BINA, VAOR, etc.); la terza, infine, associa lo stato di non-autosufficienza alla presenza di pluri-patologie.
Ulteriori differenze riscontrate tra le diverse Regioni riguardano sia le unità deputate alla valutazione dello stato di non-autosufficienza, che le metodologie impiegate. Per quan-

to concerne le unità valutative, non solo queste ultime hanno assunto una terminologia non uniforme (Tabella 10.1), ma anche nella loro composizione sono rintracciabili diverse varianti organizzative: pur essendo il nucleo centrale composto sempre da un medico, un infermiere professionale ed un assistente sociale, la maggior parte delle Regioni aggiunge a queste tre figure stabili il medico di medicina generale, mentre altre prevedono, in caso di persona anziana, ad esempio, il geriatra. Sul fronte, poi, delle metodiche di valutazione, le difformità regionali appaiono ancor più evidenti; la condizione di non-autosufficienza viene per lo più valutata mediante l'ausilio di particolari schede: la AGED, la BINA, la SVAMA, etc… La molteplicità delle metodiche impiegate per indagare il medesimo fenomeno, evidentemente, comporta una difficoltà nel confrontare la prevalenza regionale di non-autosufficienza.

Ne consegue che la delimitazione della sfera dei soggetti che compongono la popolazione dei non-autosufficienti, e quindi di coloro eligibili al diritto delle prestazioni socio-assistenziali a tale titolo, si configura come un'operazione complessa, che necessita della definizione di metodologie appropriate e della selezione di criteri di riferimento che, in assenza di parametri universalmente condivisi, variano a seconda del tipo e della finalità della rilevazione statistica e soprattutto di chi la effettua. Potremmo concludere affermando che i soggetti non-autosufficienti sono tanti quanti le Regioni vogliono che siano.

Da ultimo, si rimarca come l'insieme di prestazioni sociali e sanitarie a domicilio, erogate in forma continuativa sotto forma di servizi, denaro o *voucher* o indennità di accompagnamento, in favore di non-autosufficienti, siano in larga misura considerabili parte della cosiddetta copertura *Long Term Care* (LTC), termine invalso nei confronti internazionali.

Infatti, secondo Laing (1993), la LTC comprende «tutte le forme di cura della persona e di assistenza sanitaria, e gli interventi di cura domestica associati, che abbiano natura continuativa. Tali interventi sono forniti a domicilio, in centri diurni o in strutture residenziali ad individui non-autosufficienti»[20].

Le politiche di LTC si sostanziano, quindi, fondamentalmente in tre diversi tipi di assistenza: gli interventi a livello domiciliare, residenziale (che entrambi possono avere un carattere sanitario o sociale, a seconda della natura del servizio reso e la fonte di finanziamento), e prestazioni monetarie; fra queste ultime possono, ad esempio, essere ricomprese le indennità di accompagnamento; natura intermedia va assegnata agli assegni di cura/*voucher* socio-sanitari, per lo più erogati dalle ASL o dai Comuni.

[20] *Anche l'Institute of Medicine, nel 1986, aveva definito la LTC come «la varietà di servizi ed interventi, sociali e sanitari, forniti con continuità a persone che hanno bisogno di assistenza permanente a causa di disabilità fisica psichica. Questi possono essere erogati in strutture residenziali, a domicilio o nel territorio e comprendono assistenza informale offerta da familiari o da altri così come prestazioni monetarie e servizi professionali forniti da singoli o da organizzazioni».*

10.3. Il fenomeno della disabilità: una stima

Una programmazione efficace delle misure di protezione socio assistenziale per essere realizzata necessita di una previa conoscenza della dimensione della popolazione a cui, potenzialmente, dette misure dovrebbero indirizzarsi: in prima battuta almeno un'informazione attendibile sulle cifre della disabilità, benché, come analizzato in premessa, quest'ultima non sia assolutamente coincidente con la condizione di non-autosufficienza, nel senso che qui interessa per le implicazioni in termini di accesso ai servizi socio-assistenziali.

A tal fine, in carenza di informazioni statistiche prodotte routinariamente, si è proceduto ad una stima autonoma, con la seguente metodologia:

- è stata ipotizzata, a livello nazionale, la medesima variazione del numero dei disabili ricavabile dalle Indagini sulla salute 1999-2000 e 2004-2005 prodotte dall'Istat per classi di età avvenuta tra il 2000 ed il 2005;
- è stato supposto che nel 2010 la distribuzione dei disabili per Regione fosse la medesima di quella osservata nel 2005.

Secondo, dunque, le nostre stime, le persone disabili di età pari e superiore a 6 anni potrebbero ammontare, nel 2010, a circa 2,5 mln., rimanendo sostanzialmente sugli stessi livelli del 2005 (un decremento del -1,86%). Le realtà dove si stima una diminuzione più consistente, tra il 2005 ed il 2010, della platea dei disabili sono state: Campania (-5,41%), Puglia (-4,51%), Calabria (-3,88%) e Sardegna (-3,24%). Il Molise, che si colloca all'estremo opposto, si ferma a uno -0,21%. In diverse Regioni, invero, sono stati stimati incrementi dei disabili (nel Nord, Provincia Autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria ed Emilia Romagna e nel Centro, le Marche).

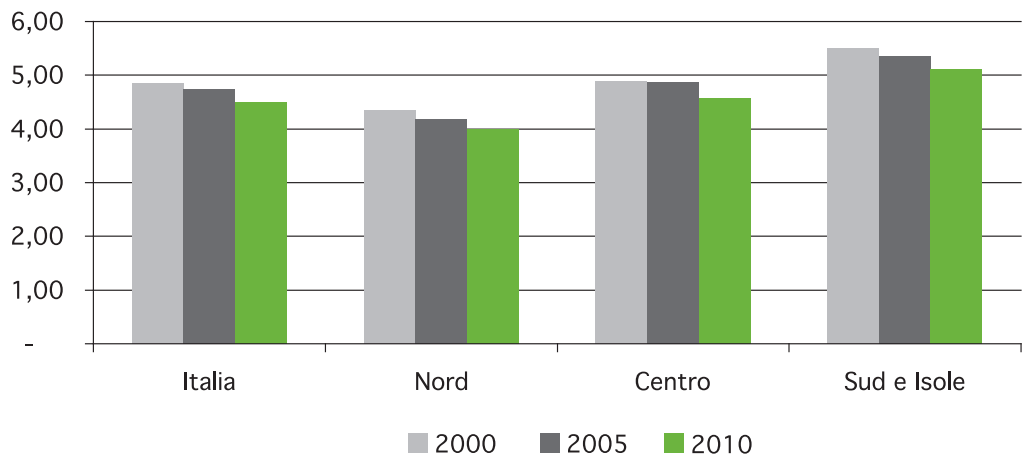
**Tabella 10.2 - Persone disabili di 6 anni e più
Valori assoluti e variazioni %, anni 2005-2010**

Regioni	N° disabili Anno 2010	Variazione % n° disabili 2010/2005
Italia	2.562.434	-1,86
Piemonte	189.333	-0,35
Valle d'Aosta	4.870	-2,60
Lombardia	328.694	-2,46
Pr. Aut. di Bolzano	10.848	-1,39
Pr. Aut. di Trento	14.492	3,51
Veneto	180.819	-0,65
Friuli Venezia Giulia	51.087	0,17
Liguria	87.333	1,55
Emilia Romagna	173.498	0,87
Toscana	178.544	-0,25
Umbria	47.502	-1,04
Marche	75.116	0,15
Lazio	212.401	-2,12
Abruzzo	65.873	-1,68
Molise	17.963	-0,21
Campania	238.357	-5,41
Puglia	202.436	-4,51
Basilicata	32.193	-2,45
Calabria	100.925	-3,88
Sicilia	280.489	-1,58
Sardegna	69.664	-3,24

Fonte: stima e elaborazione CREA Sanità su dati Istat

I confronti tra ripartizioni geografiche mettono in rilievo per tutti gli anni considerati (2000, 2005 e 2010) l'esistenza di un gradiente tra le Regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. In effetti l'incidenza dei disabili sulle relative popolazioni di riferimento è sempre maggiore nel Sud e nelle Isole rispetto agli altri territori. In sintesi, dunque, a livello territoriale, si evidenzia un quadro fortemente disomogeneo rispetto alla prevalenza: la disabilità è più diffusa nell'Italia insulare e nel Sud (5,12% nel 2010), mentre nel Nord la percentuale di persone con disabilità si ferma al 4,00%; in aggiunta, il gradiente osservato si è mantenuto sostanzialmente stabile negli ultimi due anni.

Figura 10.1 - Persone disabili di 6 anni e più - Incidenza sulla popolazione di 6 anni e più
Valori %, anni 2000-2010



Fonte: stima e elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

La perdita di autonomia funzionale aumenta all'avanzare dell'età, quando le patologie cronico-degenerative invalidanti si cumulano al normale processo di invecchiamento dell'individuo. Infatti, nella classe di età 75 e più la quota di persone con disabilità raggiunge il 30,02% della popolazione *over* 74 (0,90% nella classe 6-64 e 5,76% nella classe 65-74 – v. tabella 10.3). Inoltre, le differenze a livello regionale sono assai marcate: in Sicilia il 42,98% degli ultra settantaquattrenni è disabile, mentre nella Provincia Autonoma di Bolzano il valore dell'indicatore supera di poco il 18,00%.

**Tabella 10.3 - Persone disabili di 6 anni e più per classe di età
Incidenza su popolazione
Valori %, anno 2010**

Regioni	Da 6 a 64	65-74	75 e +
Italia	0,90	5,76	30,02
Piemonte	0,81	4,42	28,23
Valle d'Aosta	0,81	5,73	25,79
Lombardia	0,74	4,68	24,36
Pr. Aut. di Bolzano	0,40	3,30	18,37
Pr. Aut. di Trento	0,39	1,55	24,19
Veneto	0,69	4,52	28,30
Friuli Venezia Giulia	0,86	3,18	27,64
Liguria	0,62	5,64	30,69
Emilia Romagna	0,60	4,28	26,43
Toscana	0,85	5,39	30,02
Umbria	0,94	7,12	31,52
Marche	0,67	6,59	30,92
Lazio	0,88	4,59	27,50
Abruzzo	0,92	7,53	31,27
Molise	0,64	9,83	34,86
Campania	1,37	6,19	32,83
Puglia	1,15	10,26	35,30
Basilicata	1,20	8,41	35,70
Calabria	1,14	9,83	34,14
Sicilia	1,11	8,31	42,98
Sardegna	1,01	6,04	31,11

Fonte: elaborazione e stima CREA Sanità su dati Istat.

Dai dati fin qui citati, appare, dunque, evidente come la disabilità sia un fenomeno che coinvolge soprattutto, ma non esclusivamente, gli anziani (*over* 74); infatti, circa i due terzi delle persone con disabilità, oltre 1,8 mln. nel 2010, ha 75 anni o più. Sarà, pertanto, in questo periodo della loro vita che le persone avranno un maggior bisogno di servizi socio-assistenziali personalizzati, integrati ed efficienti.

Tale concentrazione della disabilità nella classe di età *over* 74, inoltre, appare coerente con le ipotesi demografiche che vedono posticiparsi l'età dell'"insorgenza dell'invecchiamento" (cfr. cap. 1). In base a tali stime, infatti, è possibile ipotizzare che la disabilità, così come l'insorgenza di alcune patologie, rimarrà concentrata nello stesso numero di anni che saranno però con il passare del tempo posticipati; ovvero, è lecito ipotizzare che in un prossimo futuro, nonostante l'incremento del numero di *over* 64 e 74, i disabili non aumenteranno proporzionalmente.

La disabilità, inoltre, risulta essere più diffusa tra le donne; in effetti, in tutti gli anni per i quali si dispone dei dati (2000, 2005 e 2010), la quota di donne disabili tende quasi a raddoppiare quella degli uomini, seppure lievemente in aumento nel 2010 rispetto ai due

anni precedenti. Peraltro, in letteratura viene sottolineato come mentre le donne presentano peggiori condizioni di salute, gli uomini, invece, sono soggetti a rischi di morte molto più elevati in tutte le classi di età[21].

L'Istat, nell'ambito di uno studio sulla tematica della "Non-autosufficienza" del 2005, ha cercato di individuare all'interno della platea dei disabili[22] coloro che avessero un livello di gravità tale da poter essere definiti come non-autosufficienti. In particolare, impiegando i dati dell'Indagine Multiscopo 1999-2000, ha stimato che le persone con disabilità fossero 6.980.000 (circa il 13,00% della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia) e tra questi ha identificato come non-autosufficienti coloro che avessero un punteggio di gravità superiore ad un determinato percentile arbitrario e scelto a priori[23]. A questo scopo sono stati impiegati l'85° e il 90° percentile della distribuzione; tagliando la distribuzione all'85° percentile ne sono scaturite 1.048.000 (circa il 15,00% del totale dei disabili) persone non-autosufficienti, mentre tagliandola al 90° percentile i non-autosufficienti si fermavano a 698.000 (ovvero il 10,00% dei disabili). Se per il 2010 assumiamo le stesse ipotesi di base del 2000[24], è possibile ottenere una stima, seppur estremamente approssimativa, di coloro che potrebbero essere giudicati non-autosufficienti, ovvero 1.109.995 nel caso in cui si considerasse l'85° percentile e 739.996 se il percentile considerato fosse il 90° (rispettivamente il 43,00% e il 28,90% del totale dei disabili stimati).

10.4. Le prestazioni per la non-autosufficienza

Come sopra esposto, la mancanza di una disposizione nazionale e la potestà acquisita dalle Regioni con la riforma del titolo V della Costituzione in materia di assistenza sociale, in particolare di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) e Sanitaria (LEA)[25] ha fatto sviluppare politiche socio-assistenziali assai diverse, soprattutto sul piano delle prestazioni erogabili ed esigibili per coloro che si trovano in una situazione di non-autosufficienza.

Tuttavia, come rimarcato in premessa, le risposte ai bisogni dei soggetti non autosufficienti si sono sostanzialmente indirizzate verso lo sviluppo sia di benefici in natura (quali assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, servizi di assistenza domiciliare) che di benefici economici (indennità di accompagnamento, assegni di cura, *voucher*), sebbene con modalità e intensità assolutamente differenti all'interno dei diversi contesti regionali.

[21] *Si rimanda alla lettura del cap. 1.*

[22] *Ai fini dello studio l'Istat ha identificato come disabili coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado o di avere molta difficoltà nello svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, etc…).*

[23] *Al variare del percentile varia ovviamente la numerosità dei non-autosufficienti.*

[24] *In termini di incidenza di disabili e di non-autosufficienti.*

[25] *Si tratta di competenza concorrente, con piena autonomia sugli assetti organizzativi dei servizi sanitari, nell'ambito dei principi generali adottati a livello nazionale.*

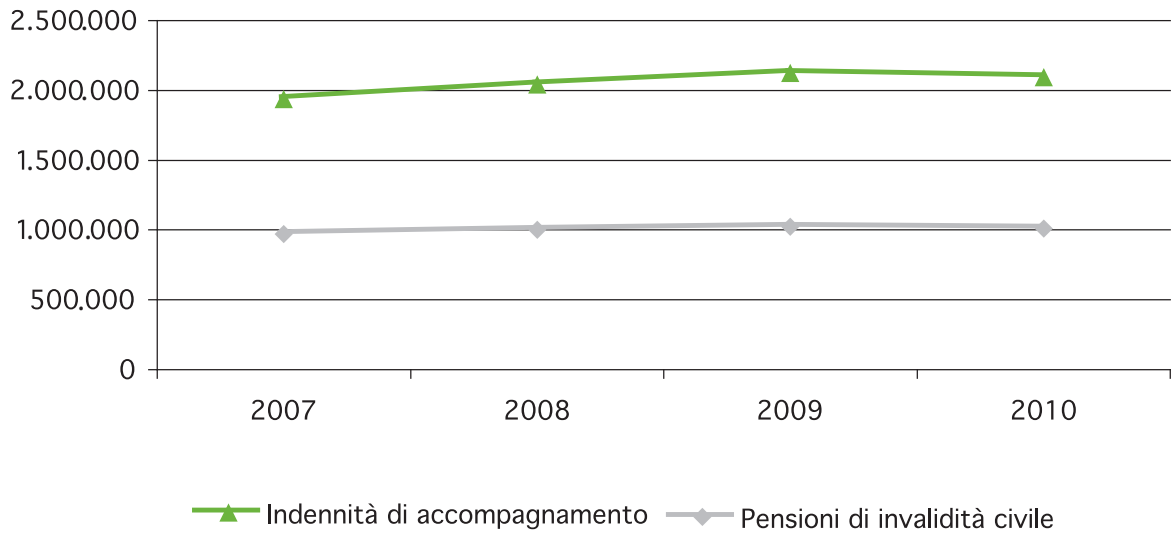
In questa sede esporremo, quindi, i principali risultati emersi dallo studio dei trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento[26], pensioni di invalidità civile[27], assegni di cura e *voucher*) e dei servizi domiciliari di natura integrata garantiti sia dalle ASL (ADI) che dai Comuni (Servizi di assistenza domiciliare).
Fatte queste premesse, l'analisi congiunta dei dati relativi ai percettori di indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile mostra che per entrambe le tipologie di beneficiari si è registrato un *trend* (2007-2010) lievemente crescente, seppur con un lieve decremento nel 2010 rispetto all'anno precedente. Inoltre, nell'ultimo anno considerato, se facciamo la somma dei beneficiari delle due provvidenze economiche, questa supera del 21,00% il totale dei disabili[28].

[26] *Le informazioni statistiche sui beneficiari dell'Indennità di accompagnamento sono state ricavate utilizzando i database dell'Inps e dell'Istat che ogni anno pubblicano sia i dati relativi ai trattamenti pensionistici che quelli riguardanti i beneficiari di detti trattamenti. L'ammontare complessivo dei beneficiari dell'Indennità di accompagnamento è stato ottenuto sommando i beneficiari di pensioni di invalidità civile con Indennità di accompagnamento con i beneficiari di sola Indennità di accompagnamento. Questo scaturisce dal fatto che il numero dei beneficiari non coincide con quello delle pensioni, in quanto lo stesso soggetto può beneficiare di più trattamenti pensionistici.*

[27] *Le informazioni statistiche sui beneficiari delle pensioni di invalidità civile sono state ricavate utilizzando i database dell'Inps e dell'Istat che ogni anno pubblicano sia i dati relativi ai trattamenti pensionistici che quelli riguardanti i beneficiari di detti trattamenti. L'ammontare complessivo dei beneficiari delle pensioni di invalidità civile è stato ottenuto sommando i beneficiari di pensioni di invalidità civile con indennità di accompagnamento con i beneficiari di pensioni di invalidità civile senza indennità di accompagnamento. Questo scaturisce dal fatto che il numero dei beneficiari non coincide con quello delle pensioni, in quanto lo stesso soggetto può beneficiare di più trattamenti pensionistici.*

[28] *Tale differenza è sostanzialmente attribuibile al fatto che la platea dei disabili di cui stiamo trattando è quella che ha un'età superiore a 6 anni e che vive in famiglia, conseguentemente, il numero effettivo dei diversamente abili è certamente superiore a quello stimato; nella determinazione dei beneficiari delle due misure economiche, invece, sono ricompresi i soggetti di tutte le età che percepiscono una delle due provvidenze.*

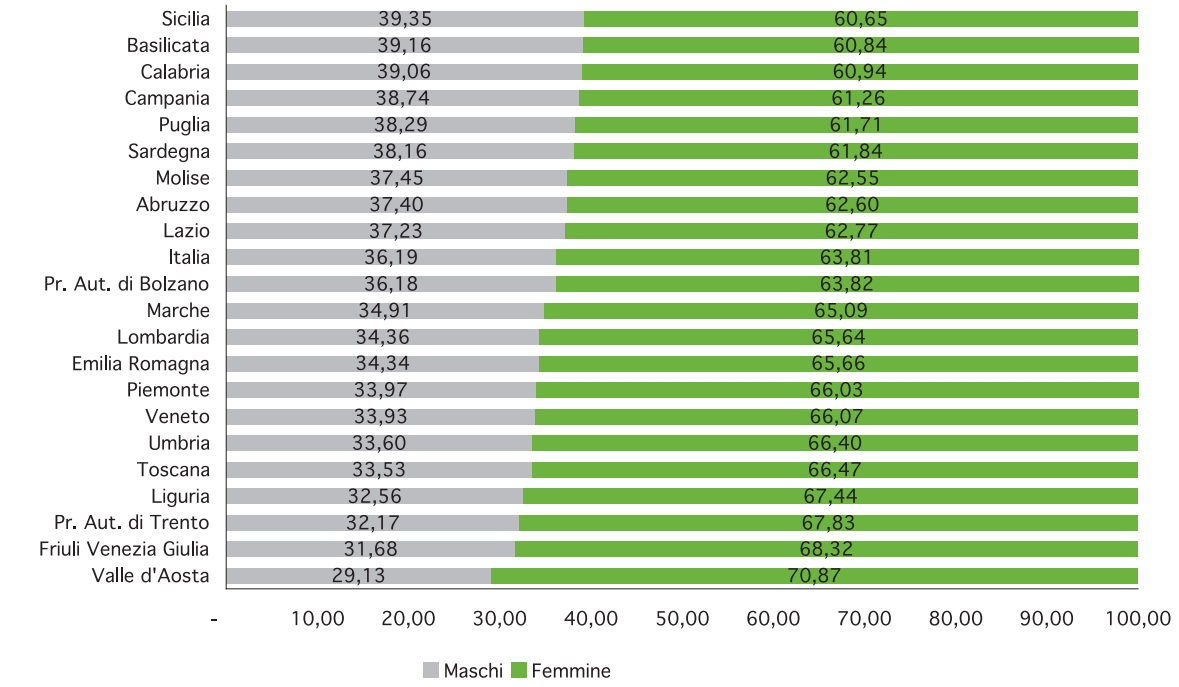
Figura 10.2 - Beneficiari di indennità di accompagnamento e di pensioni di invalidità civile Valori assoluti, anni 2007-2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

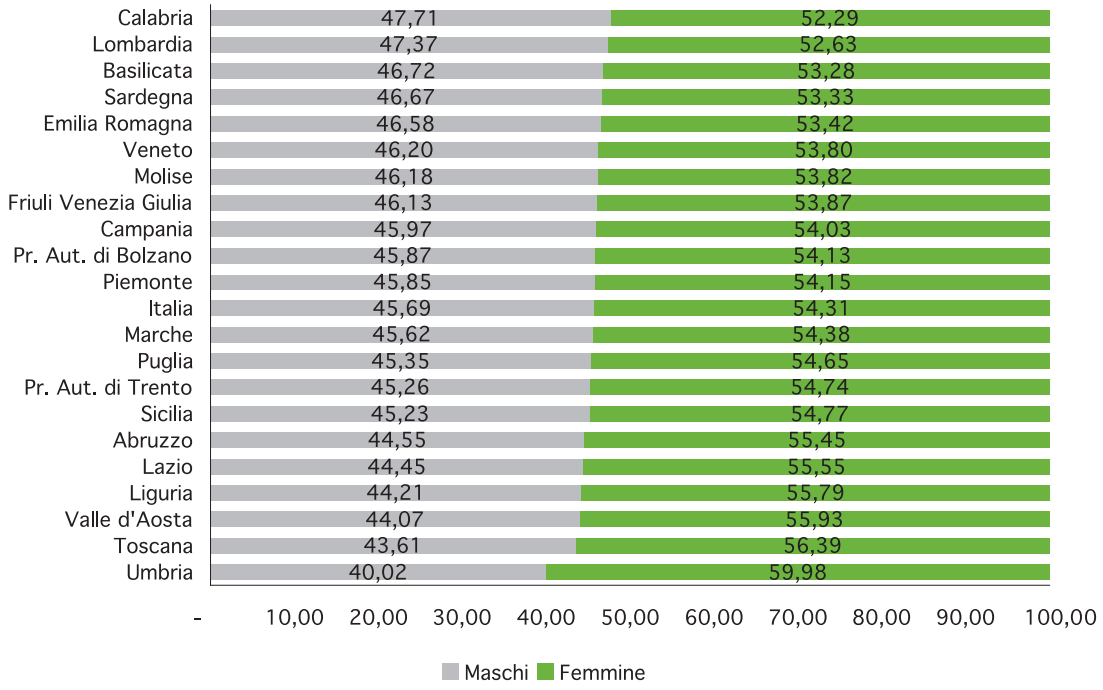
Come era lecito aspettarsi, per effetto della diversa prevalenza della disabilità a livello di genere, anche la distribuzione dei benefici è concentrata sul genere femminile. Nello specifico, per l'indennità di accompagnamento lo scarto di "trattamento" tra uomini e donne è molto più accentuato nelle Regioni centro-settentrionali che non in quelle meridionali: si passa, infatti, dal valore minimo della Valle d'Aosta dove la percentuale di maschi che percepisce l'indennità (sul totale dei beneficiari) è di circa il 29,00%, al valore massimo della Sicilia, comunque inferiore al 40,00%. Sul fronte delle pensioni di invalidità civile, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti, sono meno marcate rispetto alla precedente dimensione di analisi; in aggiunta, in questo caso, non sono apprezzabili differenze legate alla ripartizione geografica di residenza.

Figura 10.3 - Beneficiari di indennità di accompagnamento - Distribuzione per genere Valori %, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

Figura 10.4 - Beneficiari delle pensioni di invalidità civile - Distribuzione per sesso Valori %, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

La lettura della tabella che segue, congiuntamente alla considerazione che a livello nazionale circa il 66,00% dei disabili appartiene al genere femminile, apre la strada ad una serie di interrogativi. In prima battuta, per quanto riguarda l'indennità di accompagnamento, sembrerebbe che solamente le Regioni settentrionali tendano a replicare nella concessione del beneficio economico in oggetto la prevalenza della disabilità a livello di genere; in effetti, mentre nel Nord il 66,09% dei beneficiari appartiene al genere femminile e il 33,91% a quello maschile, nelle rimanenti ripartizioni, ed in particolar modo nel Sud, le quote di ripartizione dell'indennità di accompagnamento tra maschi e femmine tendono a privilegiare i maschi a discapito delle donne, allontanandosi, dunque, dalla prevalenza della disabilità a livello di genere. La conclusione di tutto ciò potrebbe essere che le donne disabili, pur essendo in numero maggiore rispetto agli uomini, o sono affette da patologie meno gravi o sono più discriminate; e questo, risulta essere particolarmente vero nelle Regioni centrali e soprattutto meridionali.

Tabella 10.4 - Beneficiari di indennità di accompagnamento e di pensioni di invalidità civile - Distribuzione per sesso e per ripartizione geografica
Valori %, anno 2010

	Indennità di accompagnamento		Pensioni di invalidità civile	
Ripartizione	**Maschi**	**Femmine**	**Maschi**	**Femmine**
Italia	36,19	63,81	45,69	54,31
Nord	33,91	66,09	46,42	53,58
Centro	35,48	64,52	44,00	56,00
Sud e Isole	38,68	61,32	45,84	54,16

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

L'analisi congiunta dei dati relativi al genere e all'età dei percettori delle due misure economiche ha messo in risalto la differenza sostanziale che intercorre tra le due tipologie di prestazioni. Infatti, mentre la pensione di invalidità civile è una misura di sostegno per i soggetti (tanto uomini quanto donne) con un'età compresa tra 0 e 64 anni, al contrario, l'indennità di accompagnamento registra un progressivo aumento correlato all'invecchiamento della popolazione (*over* 74), in particolar modo del genere femminile. Non di meno, le invalidità civili "crollano" tra gli *over* 64 per poi aumentare nuovamente, sebbene in modo modesto, tra coloro che hanno 75 anni e più.

Tabella 10.5 - Beneficiari di indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile
Distribuzione per sesso e per età
Valori %, anno 2010

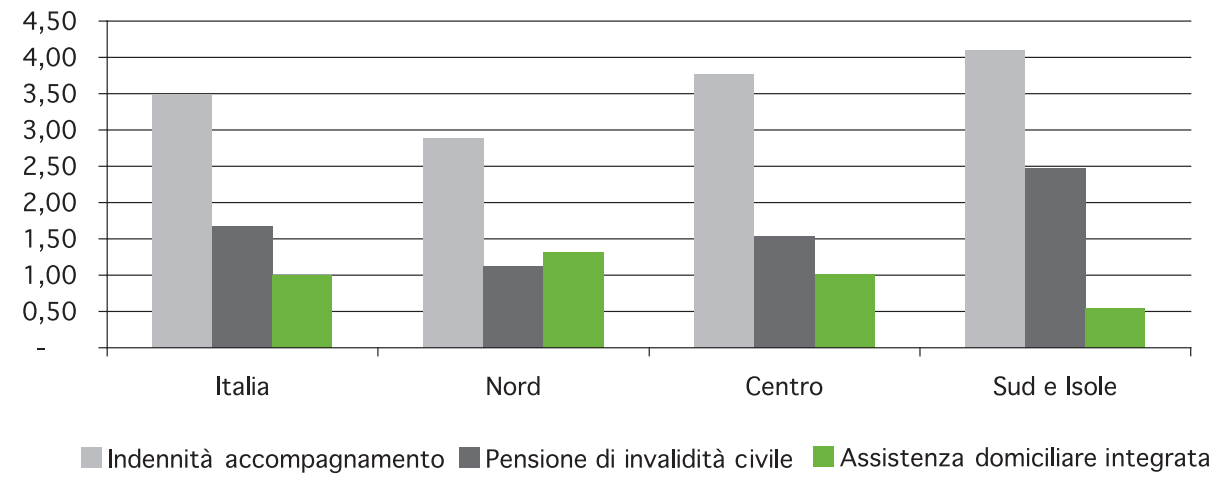
	Indennità di accompagnamento			Pensioni di invalidità civile		
Età/Sesso	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
0-64	40,55	19,24	26,95	95,66	90,35	92,78
65-74	13,85	10,20	11,52	1,14	2,02	1,62
75 e +	45,60	70,56	61,53	3,20	7,62	5,60

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

Se rapportiamo i beneficiari delle due misure economiche sin qui analizzate, oltre che i beneficiari dell'assistenza domiciliare integrata, al totale delle popolazioni residenti nei vari "aggregati regionali", sono osservabili delle significative differenze. In primis, l'incidenza dei percettori sia dell'indennità di accompagnamento che delle pensioni di invalidità civile è superiore rispetto a quella dei beneficiari dell'assistenza domiciliare integrata: nel 2010, il 3,47% della popolazione italiana riceve l'indennità di accompagnamento, l'1,67% la pensione di invalidità civile e solo lo 0,99% cure integrate al proprio domicilio. Sempre con riferimento al 2010, è possibile osservare come, sulla base dei dati esposti, che rapportando alle nostre stime della popolazione disabile i benefici, l'81,78% dei disabili potrebbe ricevere l'indennità di accompagnamento e il 39,43% la pensione di

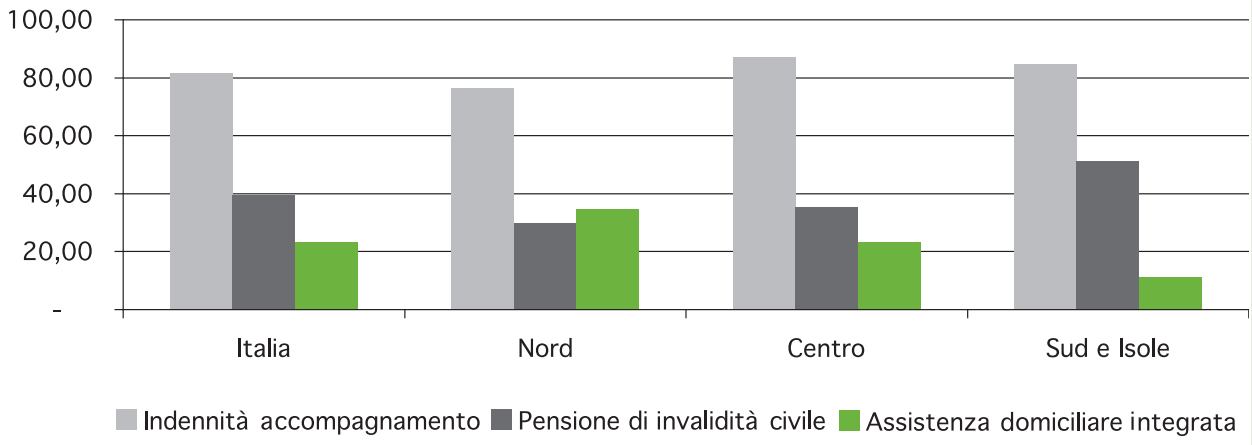
invalidità civile: appare evidente che sembra esserci una erogazione poco attenta ai bisogni reali; se, inoltre, confrontiamo questi ultimi risultati con quelli relativi alla quota dei disabili che vengono assistiti in ADI nel medesimo anno, se ne deduce che solo una quota esigua dei disabili è invece valutata eleggibile alle prestazioni domiciliari (23,30% a livello nazionale). In secondo luogo, lo scostamento esistente nell'accesso ai benefici economici tra le Regioni del Centro-Nord e quelle del Sud tra i residenti del Nord il 2,88% riceve l'indennità di accompagnamento e l'1,13% la pensione di invalidità civile, tra quelli del Centro il 3,77% l'indennità di accompagnamento e l'1,53% la pensione di invalidità e, infine, tra quelli del Sud il 4,09% la prima provvidenza economica e il 2,48% la seconda spiegabile solo in parte dal diverso contesto sociale, farebbe emergere il paradosso secondo cui sono più numerosi i percettori di prestazioni in denaro nelle Regioni con popolazione più "giovane" e quindi con una minor incidenza di *over* 74, rispetto alle Regioni più "vecchie"; ma, se tale paradosso su un fronte potrebbe essere parzialmente giustificato dal fatto che nelle Regioni dell'Italia insulare e meridionale vi è una maggior prevalenza del fenomeno della disabilità dall'altro, di contro, risulterebbe sostanzialmente confermato dal momento che in dette Regioni la percentuale di disabili che riceve l'ADI è nettamente inferiore a quella del resto dell'Italia (nel Nord 34,88 disabili su 100 beneficiano dell'ADI, nel Centro 23,31 e nel Sud e nelle Isole solo 11,34) (Figura 10.7).
Ne discende, concludendo, che nelle Regioni meridionali la cura della persona portatrice di fragilità e disabilità, e più in generale non-autosufficiente, al proprio domicilio risulta essere un fenomeno meno radicato rispetto al resto del territorio nazionale, mentre la distribuzione di benefici economici (nello specifico pensione di invalidità civile) molto più diffusa.

Figura 10.5 - Beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni di invalidità civile e di assistenza domiciliare integrata - Quota sulla popolazione totale
Valori %, anno 2010



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

Figura 10.6 - Beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni di invalidità civile e di assistenza domiciliare integrata - Quota sul totale dei disabili
Valori %, anno 2010



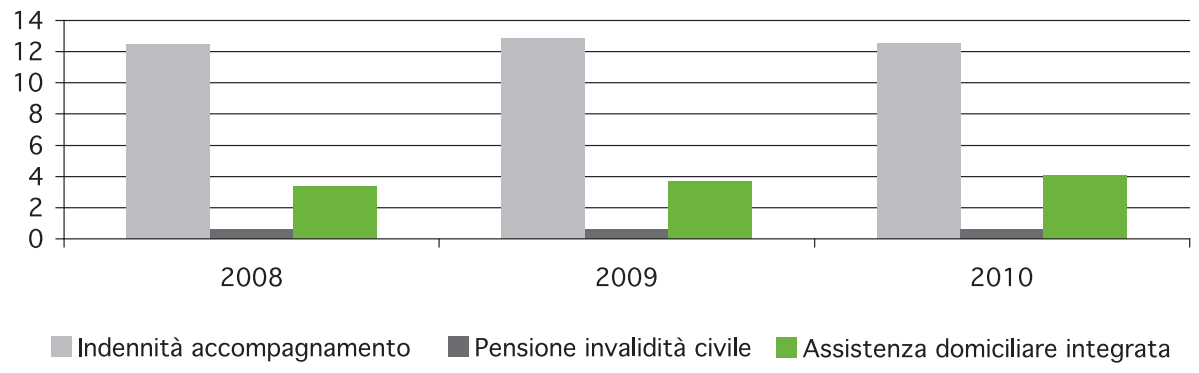
Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat.

Da quanto esposto appaiono evidenti le differenze che intercorrono tra le diverse misure analizzate. In particolare, se il bisogno assistenziale costituisce il requisito principe necessario ad ottenere un sostegno di tipo economico, in particolare l'indennità di accompagnamento, non essendo prevista la valutazione di ulteriori parametri legati, ad esempio, all'età o al reddito dell'aspirante beneficiario o del suo nucleo di appartenenza, il medesimo bisogno assistenziale non costituisce assolutamente un requisito per poter accedere al sistema delle cure domiciliari; infatti, per poter beneficiare di un'assistenza continuativa a domicilio è necessario essere non-autosufficienti, ma i criteri di individuazione del requisito impiegati nei diversi contesti regionali sono eterogenei e, sovente, le normative regionali demandano la determinazione di tali criteri a singoli Enti (ASL e/o Comuni) o a dispositivi. L'indennità di accompagnamento, dunque, sebbene alla sua "nascita" fosse stata pensata come un contributo forfettario per il rimborso delle spese conseguenti alla situazione di invalidità[29] assegnato esclusivamente, come su esposto, sulla base del bisogno del richiedente, contrariamente all'ADI, nel corso degli anni, ha ampliato notevolmente il proprio bacino di utenza sia in termini qualitativi che quantitati-

[29] *Originariamente, l'indennità di accompagnamento fu riservata agli invalidi civili che non avevano la possibilità di deambulare senza l'aiuto continuo di altri oppure che non riuscivano a compiere i normali atti della vita quotidiana. L'indennità di accompagnamento nasce, quindi, come sostegno economico nei confronti degli invalidi civili che necessitano di un'assistenza continuativa.*

vi; infatti se inizialmente era stata concepita come uno strumento a sostegno della disabilità di giovani ed adulti e riservata ad una platea relativamente contenuta di beneficiari, attualmente sembra essere diventata, seppur con diversa intensità nei vari territori, un sussidio a favore della non-autosufficienza in generale, ed in particolar modo delle persone anziane (*over* 64) assumendo le caratteristiche di strumento quasi universalistico, rivolto cioè alla totalità dei non-autosufficienti.

Figura 10.7 - *Over* 64 beneficiari di indennità di accompagnamento, di pensioni di invalidità civile e di assistenza domiciliare integrata - Quota su totale popolazione *over* 64 Valori %, anno 2010

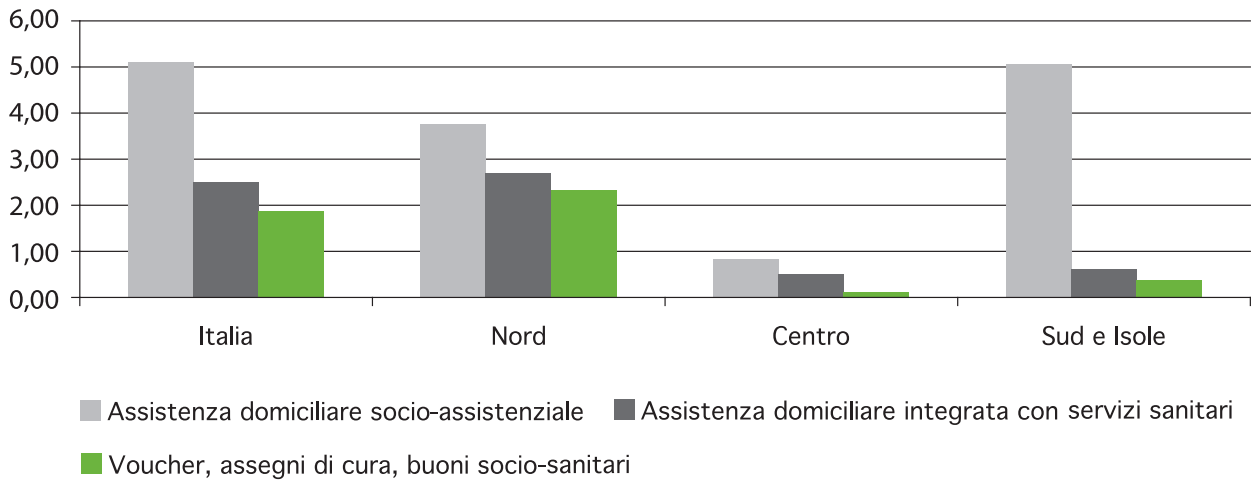


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute e Istat.

Con riferimento all'assistenza domiciliare (SAD), di competenza comunale, a livello nazionale, nel 2010, ha avuto accesso al servizio il 5,10% della popolazione anziana; il valore si riduce nel caso di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari attestandosi al 2,51%; infine, dei trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura, buoni socio-sanitari) beneficia solamente l'1,88% del totale degli *over* 64.

Il dettaglio dell'assistenza domiciliare socio assistenziale tra ripartizioni è abbastanza variabile: si va dal Sud che offre il servizio in oggetto al 5,06% della popolazione anziana residente, al Centro che eroga questa prestazione solo allo 0,84% degli *over* 64. Percentuali modestissime si registrano anche nel caso di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari: le Regioni con le più alte quote di anziani sul totale della popolazione appartenente a questa fascia di età che beneficiano di qualche forma di assistenza integrata sono quelle della ripartizione settentrionale (2,70%); le rimanenti ripartizioni si attestano su valori notevolmente inferiori all'1,00% (Centro 0,51% e Sud 0,62%). Analoga situazione si rileva nel caso dei trasferimenti monetari: il Nord prevede trasferimenti monetari a favore di 2,32 anziani ogni 100, il Centro a 0,13 e il Sud a 0,39.

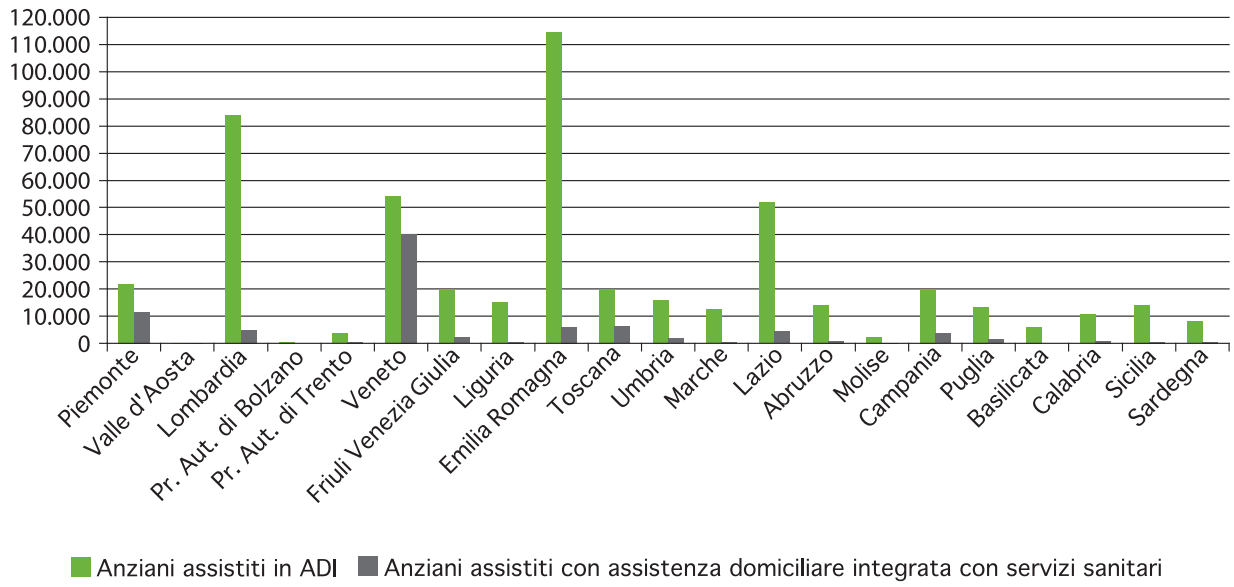
Figura 10.8 - Prestazioni per anziani trattati con SAD - Quota sul totale della popolazione *over* 64
Valori %, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento dei casi trattati in ADI, è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali resta l'obiettivo prioritario e più complesso da raggiungere. La competenza dei servizi di assistenza domiciliare continua ad essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti congiuntamente. Soprattutto non esistono condizioni uniformi di offerta su tutto il territorio nazionale; ancora poche sono le Regioni che hanno stabilito principi e criteri definiti e condivisi dell'integrazione di compiti e responsabilità fra il sociale ed il sanitario. Infatti, nel 2010, su 501.663 anziani trattati in ADI, sono stati solo 86.381 quelli che hanno effettivamente ricevuto l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

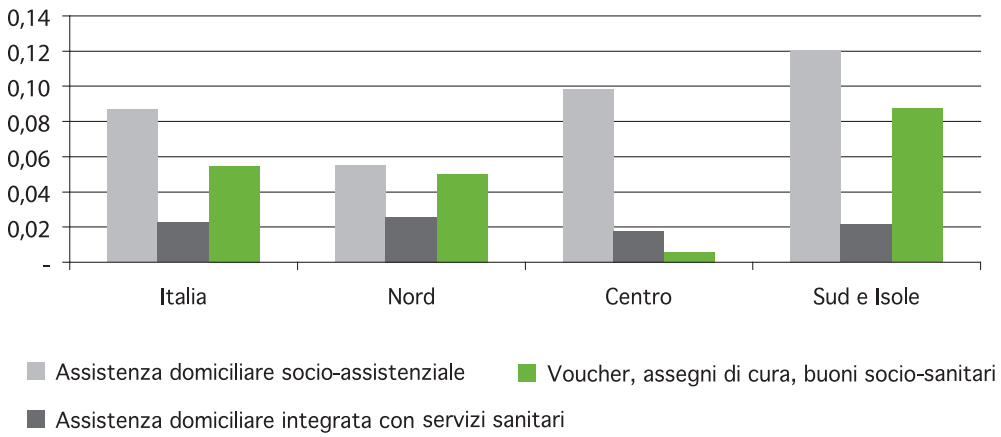
Figura 10.9 - Anziani assistiti in ADI e con assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari
Valori assoluti, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

In merito alle quote di fruizione da parte dei disabili del servizio di assistenza domiciliare, dall'analisi dei dati 2010 risulta che, a livello nazionale, sul totale della popolazione con meno di 65 anni solo lo 0,09% dei disabili riceve l'assistenza domiciliare socio-assistenziale, mentre lo 0,02% riceve l'assistenza integrata con servizi sanitari e lo 0,03% beneficia di indennità economiche. In tutte le ripartizioni e per tutte le tipologie di assistenza analizzate, si evidenziano quote di disabili assistiti sul totale della popolazione *under* 65 nettamente inferiori all'1,00%.

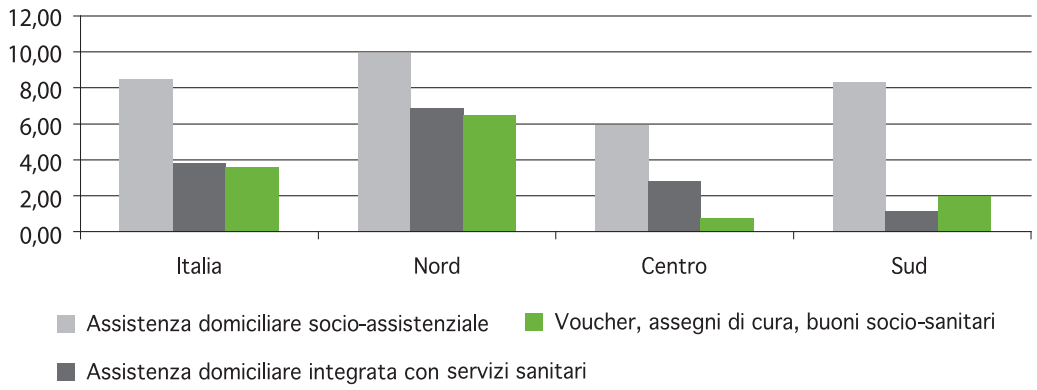
Figura 10.10 - Prestazioni a favore di disabili trattati con SAD
Quota sul totale della popolazione *under* 65
Valori %, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

Se consideriamo congiuntamente sia i disabili che gli anziani, che nel loro complesso ci forniscono indicazioni circa il ricorso ai servizi di assistenza domiciliare da parte dei soggetti non-autosufficienti, e rapportiamo il dato al totale della popolazione disabile, così come è stata stimata, emerge che, nel 2010, in Italia l'8,49% dei disabili riceve assistenza di tipo socio-assistenziale, il 3,80% quella integrata con servizi sanitari ed il 3,55% beneficia di sussidi economici. I valori sono, comunque, variabili tra le ripartizioni: nell'anno considerato, le Regioni settentrionali sono state in grado di fornire il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale al 9,96% dei disabili, mentre nelle Regioni centrali solo il 5,89% dei disabili ha usufruito del servizio in oggetto. Le Regioni della ripartizione settentrionale sono altresì quelle che hanno assistito un maggior numero di disabili con forme integrate con i servizi sanitari (6,86%), mentre all'estremo opposto il Sud che non ha raggiunto il 2,00%. Sul fronte dei benefici economici sono nuovamente le Regioni del Nord quelle che hanno presentato le più alte percentuali con questo tipo di assistenza (6,48%), seguite dal Sud (1,96%), mentre le Regioni centrali si sono collocate al di sotto della soglia dell'1,00%.

Figura 10.11 - Prestazioni a favore di disabili e anziani trattati con SAD
Quota sul totale dei disabili
Valori %, anno 2010



Fonte: stima e elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

10.5. Conclusioni

L'accezione di non-autosufficienza può essere più o meno estesa, in assenza di criteri universalmente validi e condivisi e questo genera forti asimmetrie regionali nelle risposte assistenziali; ciò è aggravato anche dalla mancanza di una esplicitazione dei LIVEAS; in effetti, il "vuoto legislativo" per quanto concerne l'aspetto sociale delle misure assistenziali ha generato la nascita a livello locale e soprattutto regionale di interventi socio assistenziali differenziati, causando un quadro nazionale alquanto disomogeneo e difficilmente confrontabile.

Scendendo nel dettaglio, allo stato attuale, la misura di sostegno più diffusa a favore dei disabili, in qualche modo non-autosufficienti, è l'indennità di accompagnamento, seguita dalle pensioni di invalidità civile, ovverosia misure di tipo economico, per di più limitatamente influenzate dalle condizioni reddituali del beneficiario[30]; sono il "fanalino di coda" le cure prestate al domicilio del soggetto giudicato non-autosufficiente. Inoltre, insistono, a tutt'oggi, profonde disparità nell'accesso ai diversi tipi di benefici: le prestazioni di tipo economico, se rapportate al totale delle popolazioni residenti, hanno una maggior diffusione nell'Italia meridionale che non altrove, mentre l'assistenza domiciliare integrata è molto più radicata al Centro-Nord che non al Sud. Tuttavia, se consideriamo che circa il 67,00% dei disabili appartiene al genere femminile e consideriamo la distribuzione del-

[30] *L'indennità di accompagnamento spetta al solo titolo della minorazione indipendentemente dall'età e dalle condizioni reddituali. Per l'ottenimento delle pensioni di invalidità civile, invece, sono previsti dei limiti reddituali che ogni anno l'INPS provvede ad aggiornare.*

l'indennità di accompagnamento, emerge che solamente nelle Regioni del Nord si tende a replicare nella concessione del beneficio economico la prevalenza delle disabilità a livello di genere. La conclusione di tutto ciò potrebbe essere che le donne disabili, pur essendo in numero maggiore rispetto agli uomini, o sono affette da patologie meno gravi e quindi giudicate non idonee all'ottenimento della summenzionata provvidenza economica, o sono più discriminate; e questo, risulta essere particolarmente vero nelle Regioni centrali e soprattutto meridionali.

Se è vero che la positiva tendenza di questi ultimi anni è stata quella di un aumento dei casi trattati in ADI, è però anche vero che l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali resta l'obiettivo prioritario e più complesso da raggiungere. La competenza dei servizi di assistenza domiciliare continua ad essere separata tra Comuni e Regioni, e sono ancora una piccola percentuale i casi che vengono gestiti congiuntamente. Infatti, nel 2010, su 501.663 anziani trattati in ADI, sono stati solo 86.381 quelli che hanno effettivamente ricevuto l'assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

In questo quadro sarebbe, dunque, auspicabile una definizione unica dei LIVEAS e una integrazione dei diversi tipi di provvidenze, per dare inizio ad una nuova fase che garantisca un livello di prestazioni assistenziali uniforme in tutto il Paese, superando le profonde diversità ad oggi esistenti.

In conclusione, in questo contesto così variegato e disomogeneo, l'obiettivo principale dovrebbe diventare quello della identificazione delle strade che portino in primo luogo alla condivisione di un lessico comune tra tutti gli attori della filiera socio-assistenziale, tale da garantire confrontabilità dei dati ed esigibilità dei diritti. Infatti, solo gli sforzi congiunti e la collaborazione tra le varie istituzioni coinvolte possono portare all'implementazione delle migliori pratiche così da aumentare la qualità, l'efficienza, l'accessibilità, l'efficacia e l'usabilità dei servizi tanto sanitari quanto sociali implementati per gli stati di non-autosufficienza. È quindi fondamentale identificare una vera e propria *roadmap*, che parta dalla definizione delle priorità e, quindi, delle aree dove si possano ottenere i maggiori vantaggi non solo in un contesto frammentato, ma anche nella pratica abituale.

Riferimenti bibliografici

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, *www.agenas.it.*
- CEIS – Fondazione Economia "Tor Vergata" (2009), *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche* (Rapporto Sanità VIII Edizione), Health Communication.
- Istat (vari anni), *Indagini multiscopo e altri database, www.istat.it.*
- Istat (anni vari), *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, www.istat.it.
- Istat (anni vari), *Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni*, www.istat.it.
- Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH).*

Capitolo 11

Focus: evoluzione del settore industriale e prospettive

11 - Focus: evoluzione del settore industriale e prospettive

***d'Angela D.*[1], *Galiano M.*[1]**

11.1. Introduzione

La Sanità e le attività di assistenza sociale[2] ad essa correlate rappresentano un settore vitale per il nostro Paese: il valore aggiunto generato da questi settori rappresenta infat-

Tabella 11.1 - Valore aggiunto della Sanità e assistenza sociale Quota sul valore aggiunto totale - Valori %, anni 2000-2010

Regioni	2000	2005	2010
Italia	4,99	5,37	5,87
Nord	4,59	4,94	5,38
Nord-Ovest	4,65	4,92	5,33
Nord-Est	4,51	4,96	5,46
Centro	4,77	4,87	5,46
Sud e Isole	6,14	6,86	7,45
Piemonte	5,29	5,85	6,06
Valle d'Aosta	5,43	5,50	6,26
Lombardia	4,26	4,37	4,83
P. A. Bolzano	5,41	5,78	6,72
P. A. Trento	5,72	6,01	6,84
Veneto	4,37	4,30	4,77
Friuli V. G.	5,07	5,66	6,00
Liguria	5,52	6,17	7,00
Emilia Romagna	4,25	5,27	5,72
Toscana	4,78	4,55	5,56
Umbria	5,31	5,51	6,01
Marche	5,25	5,41	5,80
Lazio	4,57	4,85	5,24
Abruzzo	4,96	6,16	6,55
Molise	6,03	5,81	7,12
Campania	6,16	7,23	7,34
Puglia	6,40	6,04	7,24
Basilicata	5,89	6,98	7,28
Calabria	6,99	7,27	7,25
Sicilia	5,87	7,20	7,90
Sardegna	6,50	7,01	8,15

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

[1] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[2] *Nel presente Rapporto si prende in considerazione la spesa sociale correlata alla Sanità: i criteri convenzionalmente adottati sono esplicitati nel capitolo 10; sul piano della produzione è risultato impossibile nettare la spesa per assistenza sociale dalle quote non attinenti alla Sanità, quindi i dati esposti riguardano il totale dell'assistenza sociale.*

ti il 5,9% di quello totale prodotto; valore in crescita dello 0,5% rispetto al 2005 e dello 0,9% rispetto a 10 anni prima. Il valore aggiunto generato è più alto al Sud (7,5%) rispetto al Centro (5,5%) e al Nord (5,4%) dato che conferma che la maggiore produzione nel settore si riscontra nel Sud Italia.

Il valore aggiunto pro-capite della Sanità e dell'assistenza sociale è pari, nel 2010, a € 1.354,10, ed è cresciuto del +2,7% medio annuo nell'ultimo quinquennio.

Le Regioni con il maggiore valore aggiunto pro-capite generato dalla Sanità e assistenza sociale sono le Province Autonome di Bolzano e di Trento (€ 2.238,10 e € 1.897,70), la Valle d'Aosta (€ 1.892,20) e la Liguria (€ 1.684,20); quelle col più basso valore sono la Campania (€ 1.067,50), la Calabria (€ 1.067,90) e la Puglia (€ 1.101,40).

Seppure in misura diversa quando ci si sposta da una Regione ad un'altra, appare evidente l'elevato contributo del settore alla crescita del PIL del Paese.

Tabella 11.2 - Valore aggiunto della Sanità e assistenza sociale - Pro-capite Valori assoluti (€), anni 2000-2010

Regioni	2000	2005	2010
Italia	939,11	1.187,04	1.354,10
Nord	1.063,55	1.319,66	1.495,95
Nord-Ovest	1.072,33	1.318,76	1.496,48
Nord-Est	1.051,13	1.320,92	1.495,22
Centro	982,85	1.200,04	1.379,37
Sud e Isole	762,27	1.010,80	1.152,32
Piemonte	1.118,02	1.441,17	1.503,67
Valle d'Aosta	1.236,33	1.536,53	1.892,21
Lombardia	1.049,95	1.241,75	1.457,21
P. A. Bolzano	1.423,14	1.733,75	2.238,13
P. A. Trento	1.337,63	1.566,77	1.897,72
Veneto	990,88	1.124,70	1.268,55
Friuli V. G.	1.105,01	1.431,74	1.572,11
Liguria	1.064,94	1.423,30	1.684,16
Emilia Romagna	1.026,12	1.434,00	1.593,82
Toscana	971,51	1.075,05	1.385,85
Umbria	986,51	1.152,81	1.279,87
Marche	996,08	1.205,82	1.348,53
Lazio	986,23	1.291,43	1.399,37
Abruzzo	804,05	1.113,95	1.258,93
Molise	877,89	997,24	1.293,70
Campania	717,90	1.009,54	1.067,45
Puglia	803,76	875,84	1.101,43
Basilicata	775,15	1.057,11	1.160,35
Calabria	804,69	1.019,79	1.067,89
Sicilia	700,16	1.039,53	1.190,84
Sardegna	892,08	1.154,37	1.442,21

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat

11.2. Industria farmaceutica e dei dispositivi medici (DM)

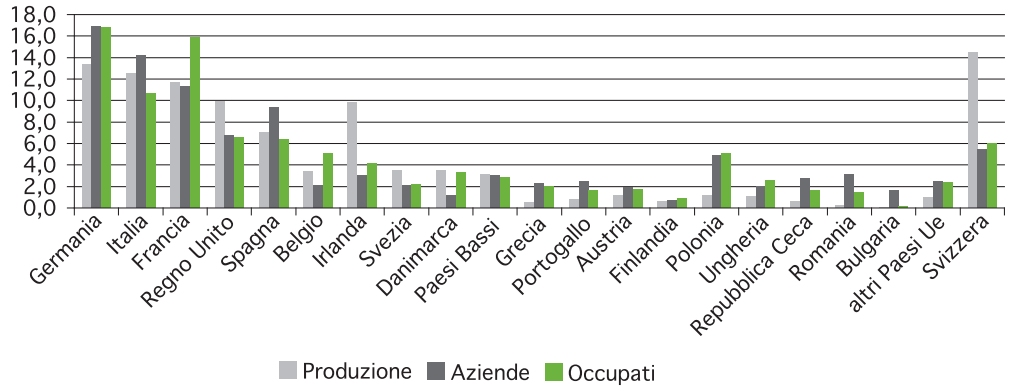
L'industria farmaceutica e dei dispositivi medici (DM) rappresentano sicuramente le industrie più sviluppate della branca Sanità e rappresentano anche settori economici di vitale importanza per la crescita del Paese.
Secondo quanto riportato da Confindustria, il loro valore aggiunto rappresenta circa lo 0,7% del PIL del Paese, ovvero il 6,4% di quello prodotto dall'intera filiera della salute (circa 11% incluso l'indotto). Il presente capitolo, in particolare, si pone l'obiettivo di analizzare le dinamiche di questi due settori industriali a livello internazionale e nazionale, in termini di produzione, dimensione d'impresa ed innovazione.
In particolare, verranno analizzati gli effetti dei recenti provvedimenti legislativi di contenimento della spesa sanitaria pubblica sulla produzione industriale di farmaci e dispositivi medici (DM). L'industria, che rappresenta un'opportunità di crescita per il Paese, un volàno per lo sviluppo economico e sociale, produce risorse che potrebbero eventualmente essere destinate alla Sanità. Una riduzione delle imprese, delle vendite, degli occupati, comporterebbe un freno alla crescita del Paese che, in questo modo, non avrebbe risorse sufficienti da destinare alla Sanità e ad altre aree del *Welfare* per far fronte al futuro scenario demografico ed epidemiologico.

11.3. Produzione e dimensione dell'industria

Le industrie hanno dimensioni diverse: la produzione mondiale dell'industria farmaceutica è circa quattro volte superiore a quella dei DM; nel 2010 ad una produzione farmaceutica di € 597 mld. se ne affianca una di DM pari a € 172 mld.[3]
Ma la distribuzione tra i diversi Paesi è la stessa nei due settori: la produzione americana rappresenta circa il 40% di quella mondiale, seguita da quella europea che ricopre circa il 30% e da quella giapponese con circa il 10%; anche il resto dell'Oriente contribuisce alla produzione per circa il 12% nel settore farmaceutico e per circa il 10% in quello dei DM.
La produzione italiana rappresenta circa il 12,5% (€ 25.161 mln. nel 2011) di quella europea (€ 201.057 mln.) per i farmaci e poco meno per i DM: il 12,0%, pari a € 6.211 mln. di quella europea (€ 20.621 mln.).
L'Italia nel 2010 risulta essere in Europa al terzo posto per la produzione di farmaci dopo la Germania (€ 26.381 mln. nel 2010) e la Svizzera (€ 26.225 mln. nel 2010); conserva il terzo posto anche nel 2011 pur presentando un tasso di crescita decisamente inferiore (+0,7% del 2011 contro il +10,7% del 2010) rispetto a Svizzera e Germania, la cui produzione è invece cresciuta nello stesso anno rispettivamente del +11,3% e +1,9%.
Nella produzione di DM, l'Italia è invece il quarto Paese europeo, con un valore nel 2010 pari a € 5,9 mld., dopo Germania, Inghilterra e Francia con valori rispettivamente pari a € 11,1 mld., € 7,8 mld. e € 6,4 mld.
La Svizzera rappresenta il Paese che, in Europa, contribuisce in maggior misura alla produzione farmaceutica (14,5%): in essa sono concentrati il 5,4% delle aziende farmaceutiche europee ed il 6,0% degli impiegati europei del settore; la Germania è però il Paese dove si concentra il maggior numero di aziende ed occupati nel settore farmaceutico (16,8% e 16,9% rispettivamente).

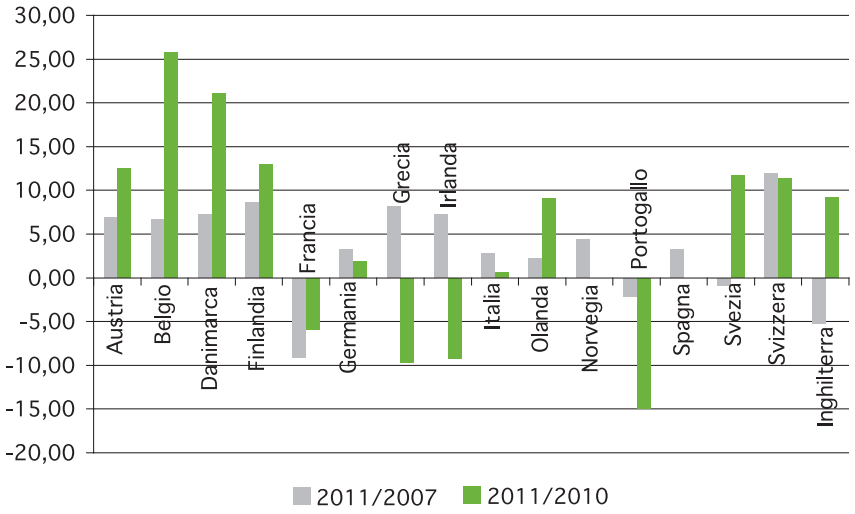
[3] *IMS Midas 2011 e Eucomed 2011.*

Figura 11.1 - Produzione, aziende e occupati nel settore farmaceutico in Europa
Valori %, anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

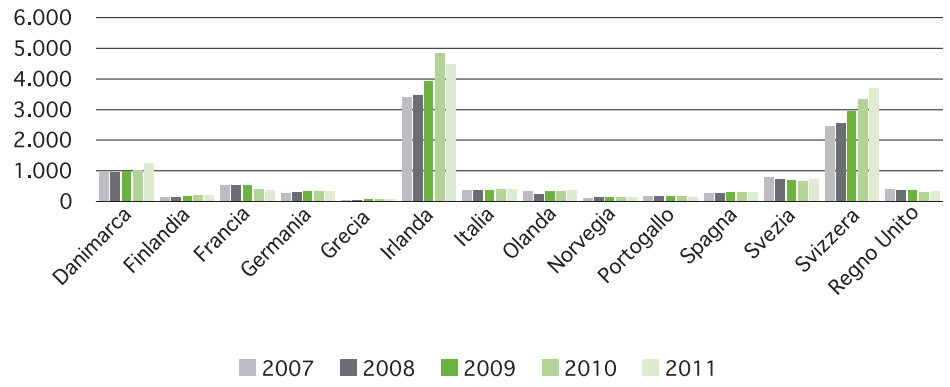
Figura 11.2 - Produzione farmaceutica - Variazioni
Valori %, anni 2007 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati EFPIA 2012

Nel settore dei DM la quota maggiore di produzione europea è detenuta dalla Germania (21,5%), dove ha sede il 49,0% delle aziende europee del settore, con il 34,0% degli occupati.
In Italia è presente il 14,2% delle aziende farmaceutiche europee con il 10,6% degli occupati, e l'8,5% delle aziende europee di DM con il 4,0% degli occupati.

Figura 11.3 - Produzione farmaceutica - Valore in € mln. per 1.000.000 ab. Valori assoluti (€), anni 2007-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria e OECD

La dimensione media dell'industria italiana rispetto a quella europea è quindi minore per il settore dei DM.

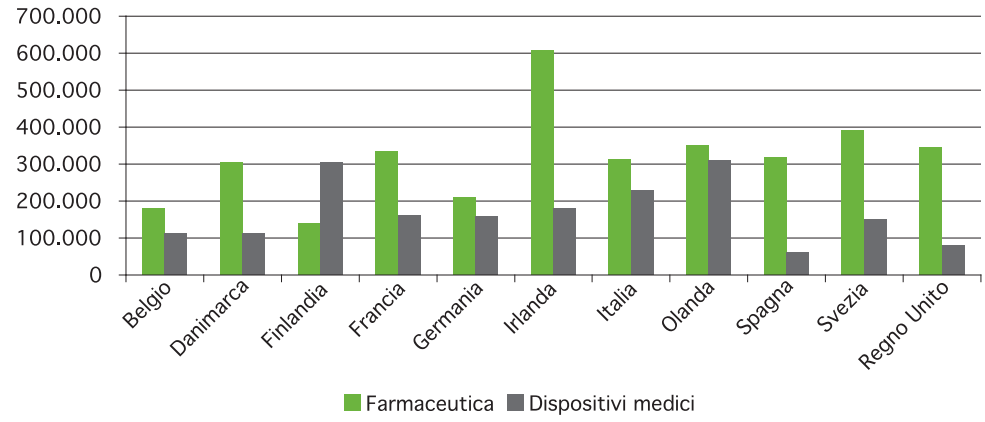
Rapportando il valore di produzione farmaceutica alla popolazione, l'Irlanda risulta essere al primo posto con una produzione pari a € 4.483 mln. per milione di abitanti nel 2011, seguita dalla Svizzera con € 3.701 mln. e dalla Danimarca con € 1.258 mln. La produzione italiana per milione di abitanti è di poco superiore a quella francese (€ 371 mln.) e tedesca (€ 330 mln.), e pari a € 426 mln. (quasi un decimo della produzione irlandese).

Nel 2011, la produttività per occupato nel settore farmaceutico in Svizzera è pari a € 795.504 per addetto, in Irlanda a € 788.000, in Svezia a € 504.901; troviamo l'Italia al quarto posto con un valore di produzione per occupato pari a quasi la metà di quella prodotta da un occupato svizzero (€ 387.108), ma comunque superiore a quella degli inglesi (€ 298.418), dei tedeschi (€ 260.522) e dei francesi (€ 240.514).

Ad eccezione del Portogallo, della Francia e dell'Inghilterra in cui il valore di produzione per occupato si è ridotto dal 2007 al 2011 con una variazione media annua rispettivamente del -29,8%, -7,8% e -3,6%, in tutti gli altri Paesi europei questa è aumentata e soprattutto in Finlandia (+12,4%) e in Svizzera (+9,8%). In Italia il valore di produzione farmaceutica per occupato è aumentato, passando da € 313.486 del 2007 a € 387.108 del 2011.

La produttività per occupato nel settore dei DM è mediamente più bassa rispetto a quella del settore farmaceutico: in Italia, nel 2007, il valore di produzione per occupato è pari a € 238.370. La Finlandia risulta essere l'unico Paese ad avere un valore di produzione di DM per occupato pari a più del doppio di quello riscontrato nel settore farmaceutico.

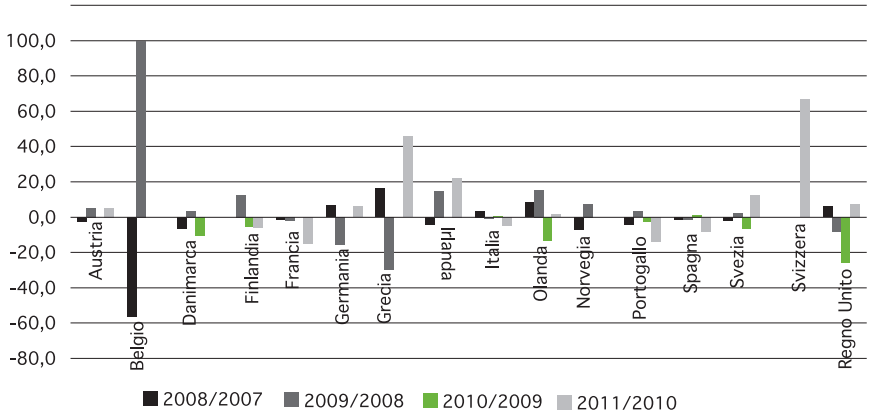
Figura 11.4 - Produttività nel settore farmaceutico e dei DM
Per occupato
Valori assoluti (€), anno 2007



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati EFPIA, Eucomed, Oecd

In Italia, nel settore farmaceutico, operano il 39,0% di imprese a capitale italiano, il 39% a capitale europeo e giapponese e il 22% a capitale USA.
Nel mercato dei dispositivi medici, in Europa, operano per l'80% piccole e medie imprese. Ne consegue che in Italia il numero di imprese del settore DM è superiore rispetto a quello delle farmaceutiche: nel 2008 risultano esserci 566 aziende produttrici di cui 507 italiane e 59 multinazionali (italiane ed estere), oltre a 1.170 distributori.
Nei Paesi con il maggior valore di produzione di prodotti farmaceutici è presente anche un maggior numero di aziende: nel 2011 la Germania è al primo posto con 379 aziende, l'Italia al secondo con 318.
Rispetto al 2010 solo in Svizzera, Grecia, Irlanda, Svezia e Inghilterra è aumentata la presenza di aziende, rispettivamente del +66,7, +45,7%, +22,2%, +12,2% e +7,0%; si è invece ridotta in Francia (-15,4%), Portogallo (-13,8%), Finlandia (-5,9%) e Italia (-4,8%).
La Svizzera risulta essere anche il Paese con la maggior densità di aziende di dispositivi medici (174 per 1.000.000 ab.), seguita da Germania (135), Inghilterra (44), Spagna (24) e Francia (18).

Figura 11.5 - Aziende farmaceutiche – Variazioni annue
Valori %, anni 2007 – 2011



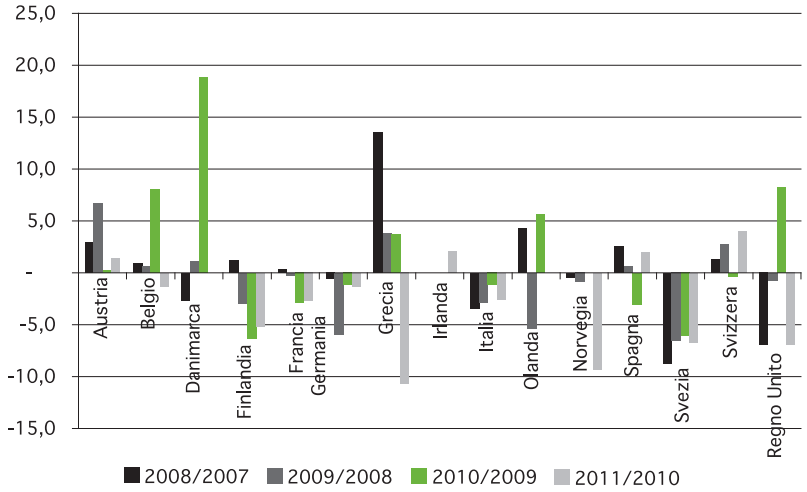
Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

Irlanda e Svizzera, nel settore farmaceutico, sono anche i Paesi con la maggior quota di occupati nel settore contando, nel 2011, rispettivamente 5.689 e 4.652 addetti ogni milione di abitanti, seguiti dal Portogallo e dalla Danimarca con 3.783 e 3.643.

L'occupazione italiana nel settore farmaceutico conta nel 2012 63.500 addetti (-2,3% rispetto al 2011); in rapporto alla popolazione, è pari ad un quinto di quella irlandese (1.100 addetti per 1.000.000 ab.) e leggermente superiore a quella inglese (1.085) e spagnola (891).

Il numero di addetti nel settore farmaceutico in rapporto alla popolazione è pari a più del doppio di quello degli addetti al settore dei DM. La "distanza" degli occupati in Italia nelle aziende di DM dall'Irlanda (che ha ancora la maggiore quota di occupati) è molto maggiore (5.609 addetti per 1.000.000 ab. in Irlanda e 500 addetti per 1.000.000 ab. in Italia).

Figura 11.6 - Occupati aziende farmaceutiche – Variazioni annue Valori %, anni 2007- 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

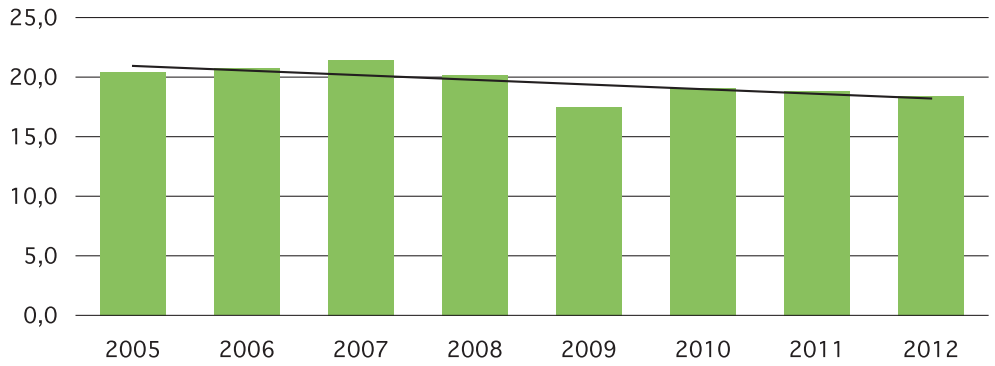
Nei Paesi come Irlanda e Svizzera, che registrano il più alto valore di produzione farmaceutica per occupato, la maggiore densità di aziende, nonché di occupati, dal 2001 ad oggi si è verificato un significativo aumento del numero di occupati: rispettivamente del +56,3% e +40,1%; una riduzione si è invece riscontrata in Svezia (-26,3%), Finlandia (-21,7%) e Italia (-17,5%). Nell'ultimo decennio l'Italia ha raggiunto il suo picco massimo di occupati nel 2003, contando 84.088 addetti, registrando poi una riduzione media annua degli stessi del -1,3%, in linea con quella riscontrata nell'intero settore industriale.

Focalizzando l'attenzione sull'ultimo quinquennio il settore farmaceutico ha subìto una riduzione media annua degli occupati del -2,5%, sebbene minore rispetto a quella registrata nell'intero comparto industriale, pari al -3,2%. In Italia l'80% degli occupati nel settore farmaceutico si trova in Lombardia (47,3%), Lazio (22,8%) e Toscana (10,3%). In Lombardia risultano nel 2011 3.102 occupati ogni milione di abitanti, in Lazio 2.584 ed in Toscana 1.781.

Ad eccezione di Puglia e Basilicata, dove negli ultimi cinque anni c'è stato un aumento di occupati nel settore farmaceutico, con una variazione media annua complessiva del +5,7%, in tutte le altre Regioni si è avuta una riduzione: maggiore in Sicilia, Friuli Venezia Giulia - Trentino (dati accorpati) e Campania (rispettivamente con -9,5%, -5,9% - 5,7%); in Lombardia, Lazio e Toscana la riduzione media annua è stata rispettivamente del -2,1%, -3,3% e -1,5%. L'industria farmaceutica si caratterizza per il più alto valore aggiunto per addetto nel settore manifatturiero (+155% rispetto alla media del manifatturiero). Questo è passato da € 6.771 mln. del 2002 a € 8.872 mln. del 2012.

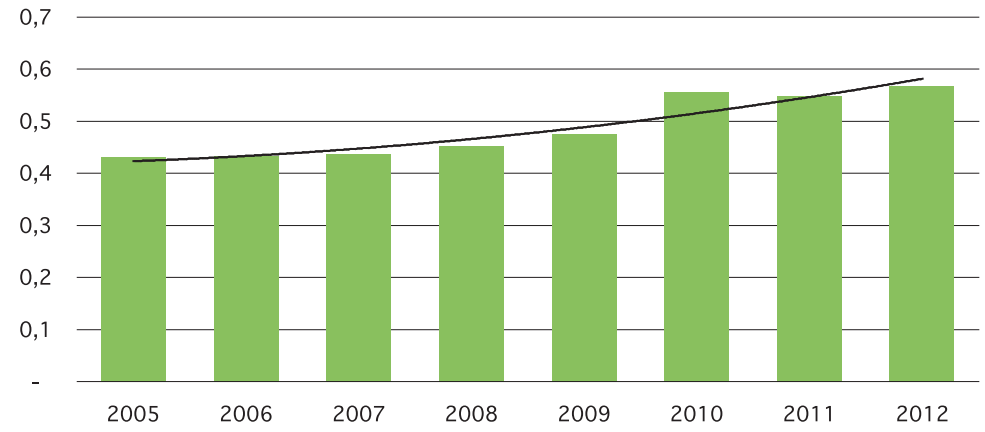
La quota del valore aggiunto dell'industria sul PIL nell'ultimo decennio ha raggiunto il valore massimo nel 2007 (21,4%) e poi si è progressivamente ridotta rappresentando nel 2012 il 18,8% del PIL; la quota invece del valore aggiunto dell'industria farmaceutica sul PIL nell'ultimo decennio è cresciuta raggiungendo il picco massimo nel 2012, pari allo 0,6% (0,5% nel 2002).

Figura 11.7 - Valore aggiunto industria - Quota su PIL
Valori %, anni 2005 – 2012



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria e ISTAT

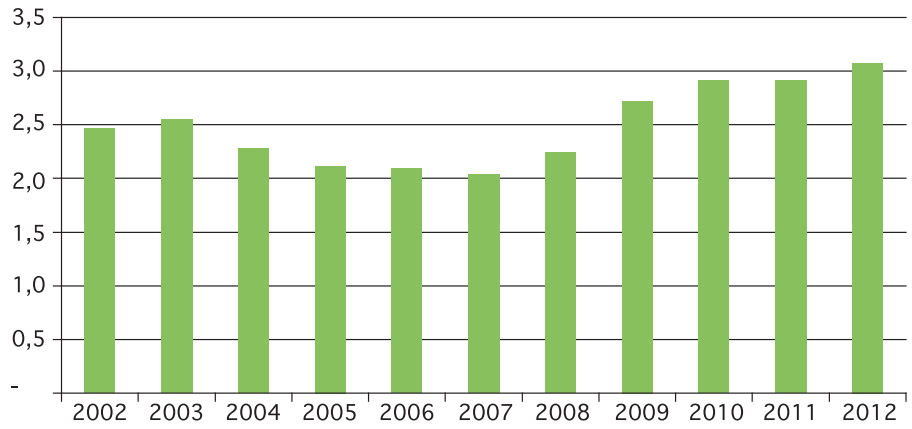
Figura 11.8 - Valore aggiunto industria farmaceutica - Quota su PIL
Valori in %, anni 2005 – 2012



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

Il contributo del valore aggiunto dell'industria farmaceutica sull'industria totale, dopo una riduzione rilevata nel periodo 2004-2008, è progressivamente aumentato, raggiungendo il 3,1% nel 2012.

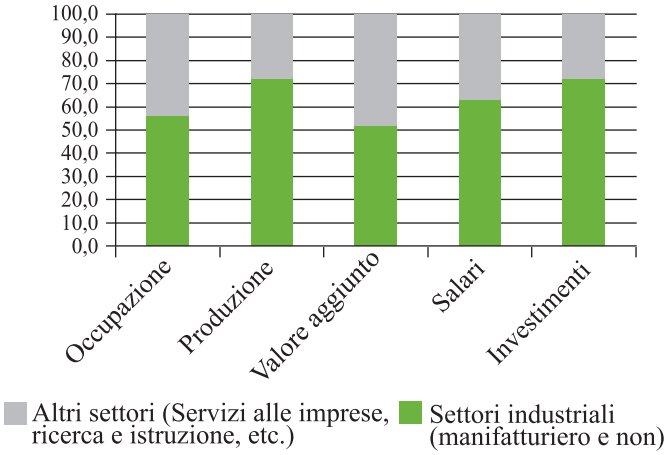
**Figura 11.9 - Valore aggiunto dell'industria farmaceutica
Quota su industria totale
Valori %, anni 2002 – 2012**



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

In termini di investimenti l'industria farmaceutica ha le più alte spese per il personale per addetto (+79% rispetto alla media del manifatturiero), i più alti investimenti per addetto (+223%), soprattutto in ricerca e sviluppo – R&S (+638%), in protezione dell'ambiente (+168%) e in produzione (+79%).
In particolare, gli investimenti del settore farmaceutico in R&S sono aumentati nell'ultimo decennio del +39,3% anche se molto meno rapidamente dal 2007 in poi, in cui questi sono passati da € 1,20 mld. del 2007 a € 1,23 mld. del 2012). La loro quota sugli investimenti in R&S sull'industria manifatturiera si è ridotta dal 12,1% del 2002 all'11,0% del 2012.
Si consideri, infine, che l'industria farmaceutica genera un indotto notevole in settori industriali quali Meccanica e macchine, Chimica, Apparecchiature elettriche ed elettroniche, Vetro, Editoria e stampa, Costruzioni, Plastica, Carta, Energia ed industria estrattiva, e altri settori quali servizi alle imprese, Ricerca e istruzione, etc.
Dai dati dell'Osservatorio *Pharmintech* di Farmindustria emerge che, nel 2011, i settori attivati con gli acquisti diretti hanno un totale di 60.871 addetti, € 11.216 mln. di produzione, € 3.667 mln. di valore aggiunto e € 1.394 mln. di stipendi, oltre a € 470 mln. di investimenti che si sommano al contributo diretto della farmaceutica.
Se si considera anche la filiera di distribuzione, cioè il segmento a valle della farmaceutica, bisogna considerare che in quella intermedia (compreso il suo indotto) lavorano oltre 12.000 addetti e i lavoratori nelle farmacie sono 85.000. Sommando gli addetti diretti, l'indotto e la filiera di distribuzione si superano i 223.000 addetti.

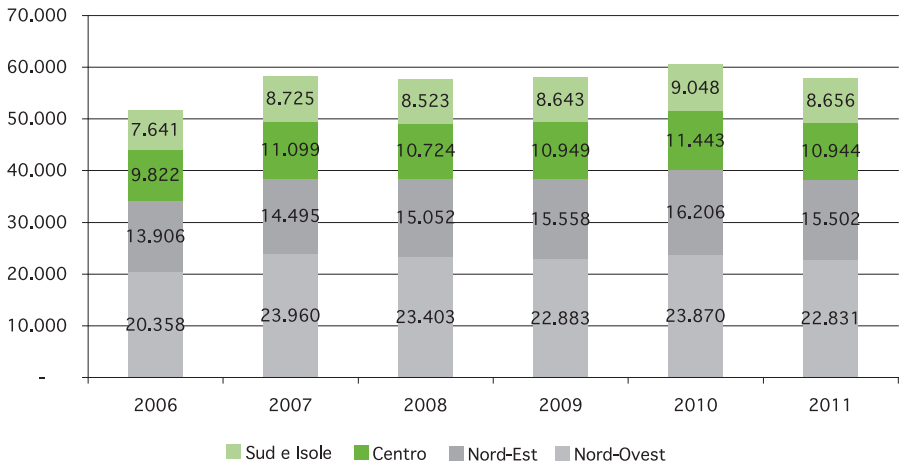
Figura 11.10 - Indotto industria farmaceutica - Composizione
Valori %, anno 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

Su quasi € 60 mld. di indotto, più dei due terzi sono nel Nord del Paese, i restanti sono ripartiti quasi equamente tra il Centro ed il Sud. Nella figura 11.11 è possibile notare che, sebbene l'indotto sia aumentato passando da € 51.727 mln. del 2006 a € 57.933 mln. del 2011, in quest'ultimo anno si è ridotto rispetto al precedente del -4,4%.

Figura 11.11 - Industria farmaceutica - Valore indotto
Valori assoluti (€ mln.), anni 2006 – 2011



Fonte: Farmindustria

11.4. *Import*, *export* e bilancia commerciale

Nel settore dei DM, la Germania e la Francia risultano essere i Paesi con la maggiore quota di esportazione: nel 2009, secondo i dati riportati da *Espicom Business Intelligence*, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 16,0 mld., seguita dalla Francia con circa € 7,0 mld.; Germania e Francia risultano essere anche i Paesi europei con il maggior valore di importazione, rispettivamente pari a € 10,1 mld. e € 7,5 mld. (2009).

L'Italia, nello stesso anno, ha esportato DM per un valore pari a € 2,5 mld., ed importato per un valore quasi pari al doppio (€ 4,5 mld.).

Uno scenario simile si riscontra per l'industria farmaceutica: Germania, Belgio e Francia sono i Paesi con il maggior valore di esportazione di farmaci (€ 33,2 mld., € 25,7 mld. e € 19,2 mld.), con volumi di esportazione pari a più del doppio di quelli del settore dei DM. L'Italia è il sesto Paese con un valore di esportazione pari a € 12,1 mld., per il 78,8% farmaci. È interessante notare come l'esportazione di farmaci sia aumentata notevolmente nel biennio 2010-2011 (+11,3%) a fronte di un aumento medio annuo del +4,3% riscontrato nel quinquennio 2005-2010.

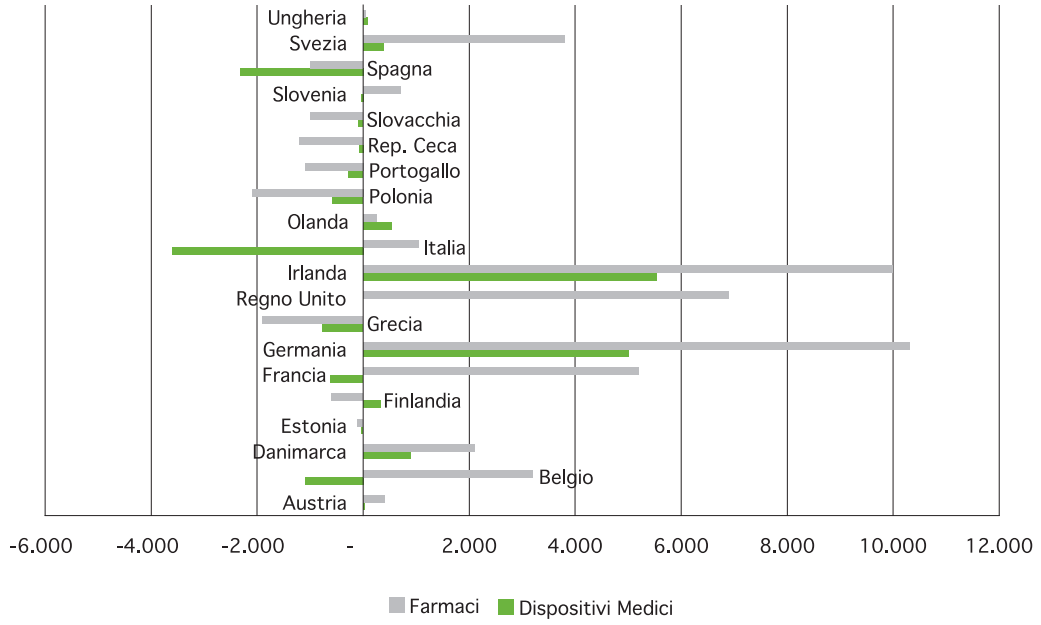
Situazione opposta si è invece verificata in Belgio, Francia e Germania, Paesi nei quali si è verificato un rallentamento delle esportazioni di farmaci.

Nel 2011 la Germania risulta essere il Paese con il più alto valore di importazione di farmaci, pari a € 19,6 mld., seguito dal Belgio con € 11,8 mld., dalla Francia con € 14,2 mld. e dall'Inghilterra con € 13,6 mld.; l'Italia è al quinto posto con € 11,8 mld. (61,8% farmaci, 1,6% e 36,6% altri prodotti farmaceutici).

In Italia nel biennio 2010-2011 si è avuto un aumento del valore di importazione dei prodotti farmaceutici pari al +9,7%, maggiore di quello riscontrato nel quinquennio 2005-2010 (+7,9%), in controtendenza con Paesi quali Belgio, Germania e Francia nei quali il fenomeno si è ridotto (-20,9%, -8,6% e -2,9%).

Analizzando congiuntamente le dinamiche di *import* ed *export* dei due settori industriali, è possibile vedere come Paesi quali Germania, Irlanda, Danimarca e Svezia, presentano un saldo positivo della bilancia commerciale: il saldo maggiore per l'industria farmaceutica si registra in Germania, Irlanda e Belgio; per i DM in Irlanda, Germania e Danimarca. L'Italia risultava avere un saldo negativo nel settore dei DM (-€ 3,6 mld. nel 2007) e positivo in quello farmaceutico (+€ 1,1 mld. nel 2007).

Figura 11.12 - Industria farmaceutica e DM - Saldo bilancia commerciale
Valori assoluti (€ mln.), anno 2007



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Eucomed e Farmindustria

Non si è reperito l'aggiornamento per il settore dei DM, ma nel 2011 il saldo della bilancia commerciale dei farmaci in Italia, pur continuando a rimanere positivo, si è ridotto notevolmente raggiungendo i +€ 297 mln.

11.5. Innovazione

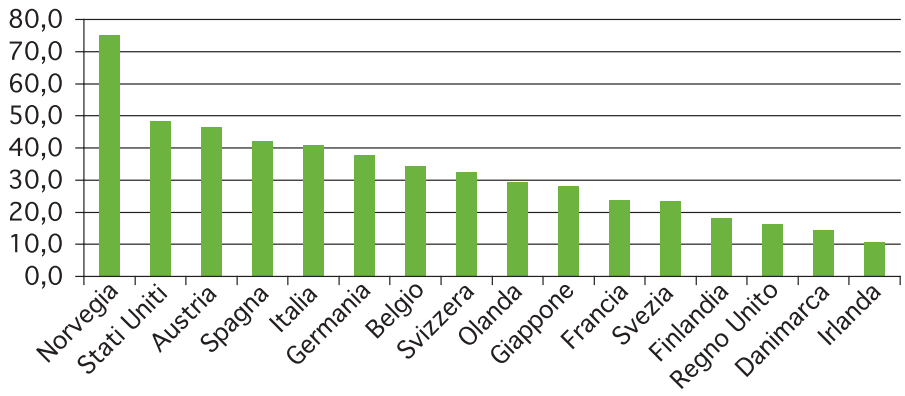
L'Inghilterra nel 2011 risulta essere il Paese con la maggiore quota di addetti alla R&S nel settore farmaceutico (37,3% degli occupati nel settore), seguita dalla Danimarca con il 36,9% e dalla Svezia con il 33,6%; Francia e Germania impiegano rispettivamente il 22,7% e 18,7% degli addetti al settore R&S; Irlanda e Italia il 10,4% e 9,2% rispettivamente.

Considerando quale indicatore del livello di innovazione nel settore di un Paese il numero di brevetti registrati, la Germania risulta essere nel 2010 il Paese europeo che detiene il maggior numero di brevetti per farmaci presso l'EPO (*European Patent Office*) e l'USPTO (*United States Patent and Trademark Office*) con 763 brevetti (82 USPTO e 681 EPO), seguita dalla Francia con 528 brevetti (58 USPTO e 470 EPO) e dall'Inghilterra con 424 (75 USPTO e 349 EPO). L'Italia è quinta dopo la Svizzera con 248 brevetti di cui 24 USPTO e 223 EPO.

Rapportando il numero di brevetti alla popolazione, è la Svizzera il Paese europeo con il maggior livello di innovazione nel settore farmaceutico (35,2 brevetti per milione di abi-

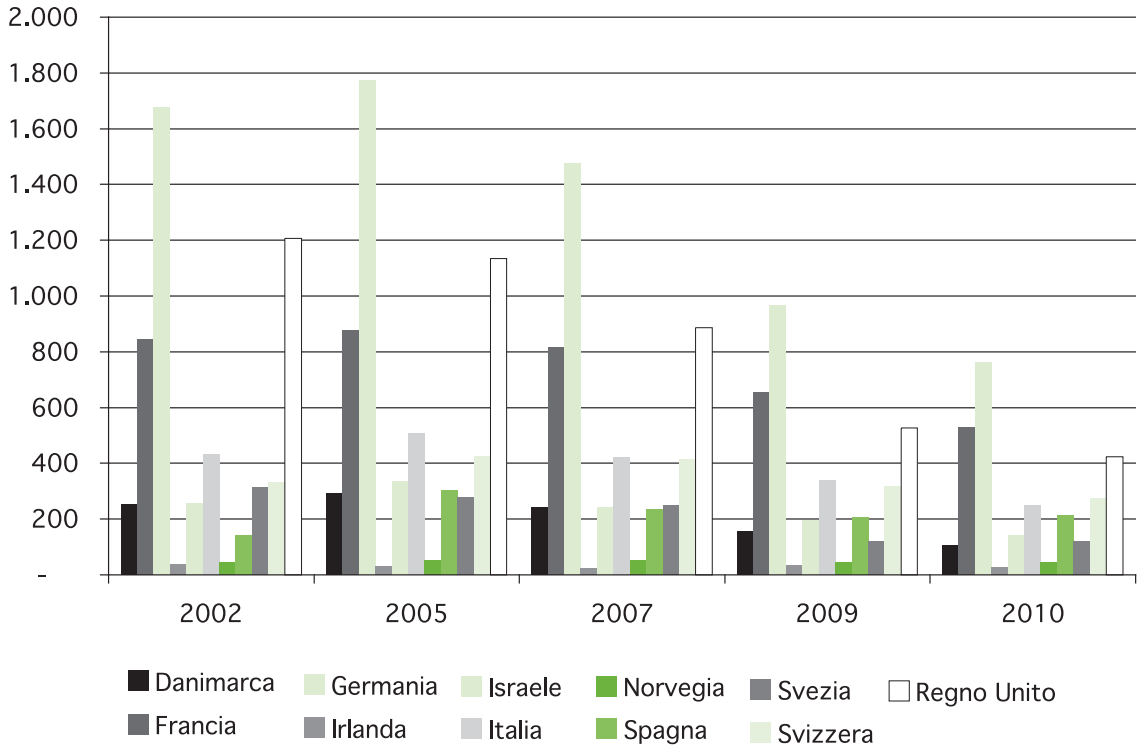
tanti di cui 4,7 USPTO e 30,4 EPO) seguita dalla Danimarca (19,4 brevetti per milione di abitanti di cui 2,6 USPTO e 17,8 EPO), da Israele (18,7 brevetti per milione di abitanti di cui 2,2 USPTO e 16,4 EPO), e dalla Svezia (12,9 brevetti ogni milione di abitanti di cui 2,4 USPTO e 10,4 EPO). L'Italia ha prodotto nel 2010 4,1 brevetti per milione di abitanti (di cui 2,2 USPTO e 16,4 EPO), circa un quinto di quelli prodotti dalla Danimarca e poco meno della metà di quelli tedeschi.
Non a caso, i Paesi con il maggior numero di brevetti sono anche quelli con la maggiore quota di addetti in ricerca e sviluppo ed un saldo della bilancia commerciale positivo.
Rapportando il numero di brevetti prodotti al numero di addetti alla R&S notiamo che gli Stati Uniti producono 48,5 brevetti per farmaci ogni 1.000 addetti; in Europa al primo posto abbiamo invece la Norvegia con 75,2, seguita dall'Austria (46,6), dalla Spagna (42,1) e dall'Italia (41,0).

Figura 11.13 - Brevetti per farmaci – Quota su 1.000 addetti alla R&S
Valori %, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati USPTO, EPO e Farmindustria

Figura 11.14 - Brevetti per farmaci
Valori assoluti, anni 2002 – 2010

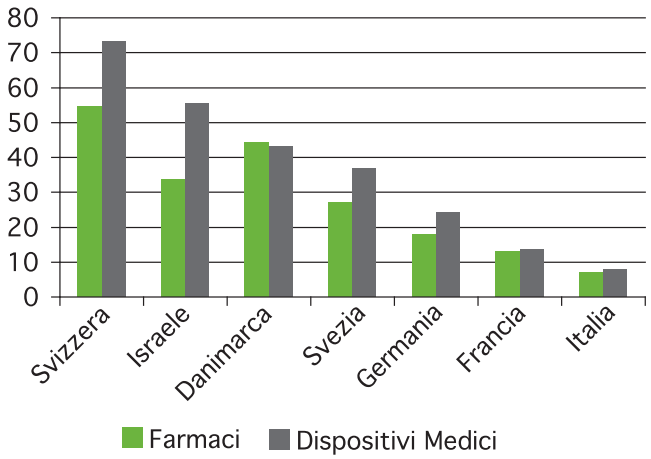


Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati USPTO ed EPO

I Paesi con il maggior numero di brevetti per DM per abitante risultano essere Svizzera (73,1 per milione di abitanti), Israele (55,3), Danimarca (43,1), Svezia (36,9), Germania (24,4) e Francia (13,5). Il livello di innovazione degli Stati Uniti è pari a quello della Germania. L'Italia ha un livello d'innovazione pari ad un terzo circa di quello tedesco (7,9 brevetti per milione di abitanti).

In generale, il numero di brevetti in ambito di dispositivi medici risulta più alto di quello in ambito farmaceutico: ad esempio la Svizzera che ha il maggior numero di brevetti in rapporto alla popolazione in entrambi i settori industriali, ne ha 54,8 per milione di abitanti per i farmaci e 73,1 per i DM. Si osserva come l'Italia, producendo circa 7 brevetti ogni milione di abitanti in entrambi i settori, ha un livello di innovazione nel settore farmaceutico superiore rispetto a quello dei DM.

Figura 11.15 - Brevetti per farmaci e dispositivi medici
Quota su 1.000.000 abitanti
Valori assoluti, anno 2007



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Eurostat

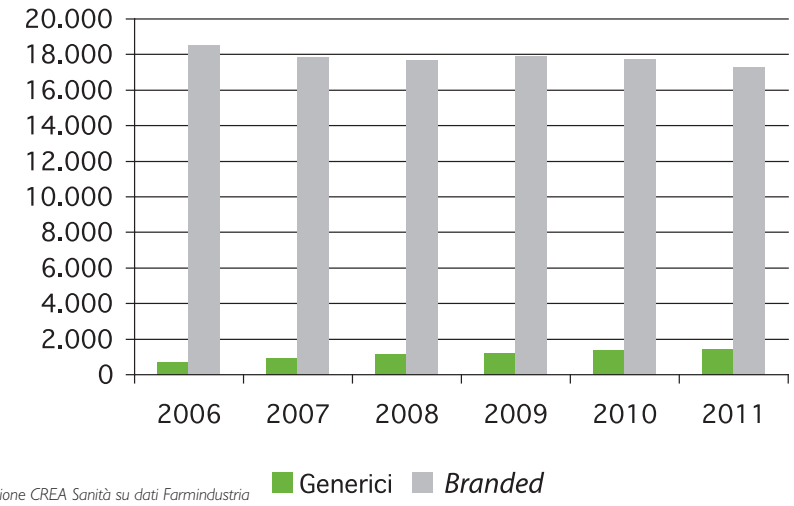
Nel 2012 in Italia il 10,7% degli impiegati nel settore farmaceutico sono addetti alla R&S e, se nel biennio 2005-2007 sono aumentati del +3,6%, in controtendenza con la riduzione complessiva degli occupati riscontrata nello stesso periodo (-2,7%), poi si sono progressivamente ridotti, anche se in minor misura. Dato, questo, probabilmente indicativo di una necessità di ridurre i costi agendo sul personale, ma con un tentativo evidente di proteggere l'innovazione.
Anche l'Inghilterra, nonostante rappresenti il Paese europeo con la più alta quota di addetti nell'area R&S farmaceutica, dal 2008 al 2011 ne ha ridotto la quota sugli occupati totali di oltre dieci punti percentuali (47,8% nel 2008); negli altri Paesi è invece aumentata: in particolare in Svizzera è passata dal 19,5% del 2008 al 23,1% del 2011, in Irlanda dall'8,2% al 10,4%.
Dai dati nazionali riportati da Farmindustria per l'Italia, Veneto ed Emilia Romagna risultano essere le Regioni con la maggiore quota di occupati nel settore farmaceutico addetti alla R&S, rispettivamente 14,2% e 14,0% nel 2011, Piemonte e Marche quelle con la quota più bassa (6,6% e 5,3%).
Rispetto al 2008, ad eccezione di Veneto e Campania nelle quali si è avuta nel 2011 una significativa riduzione della quota di addetti alla R&S (-40,2% e -50,6% rispettivamente), c'è stato un aumento degli occupati addetti alla R&S, soprattutto in Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Piemonte.

11.6. Industria italiana dei farmaci equivalenti

L'interesse industriale per i farmaci equivalenti è duplice: da una parte, grazie alla scadenza di numerosi brevetti, si creano opportunità di allargamento del mercato, dall'altra si creano invece le condizioni per un maggior controllo della spesa farmaceutica pubblica.

Secondo i dati riportati nel Rapporto OsMed 2011, la quota della spesa farmaceutica territoriale Classe A-SSN per gli equivalenti (generici ed *originator*) è aumentata passando dal 20,3% del 2007 al 32,2% del 2011 (la quota del consumo negli stessi anni è passata dal 30,7% al 55,7%). In Italia, il mercato dei farmaci generici si concentra in 6 Aziende (Teva, Mylan, Sandoz, DOC Generici, EG, Ratiopharm); secondo i dati di Assogenerici, risultano 4.456 addetti afferenti alle aziende ad essa associate di cui 1.401 afferenti a genericiste pure, 1.085 a non genericiste in senso stretto (produttori di medicinali generici e non, terzisti, galenici, nutraceutici etc.) e 1.970 a non genericiste.
La quota del valore di produzione associata ai generici è cresciuta negli anni passando dallo 0,7% del 2000 all'8,4% del 2011. L'aumento complessivo del valore di *sell-out* dei farmaci del +3,2% rispetto al 2006 è stato dovuto ad un aumento del +6,5% degli equivalenti e ad una riduzione del -2,4% dei farmaci *branded*.
Considerando gli addetti delle genericiste pure e non solo (2.486 unità) il valore di *sell-out* per occupato delle genericiste nel 2011 è pari € 580.071, ovvero il doppio circa di quello registrato nelle aziende non genericiste (€ 276.325).

Figura 11.16 - Farmaci generici e *branded* - Valore di *sell-out*
Valori assoluti (€ mln.), anni 2006 – 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Farmindustria

11.7. Conclusioni

Le azioni previste dai recenti provvedimenti legislativi di contenimento della spesa sanitaria pubblica non possono prescindere da una analisi a livello macro-economico degli impatti sulle dinamiche industriali del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.
La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci e dei DM è simile in entrambi i settori e rappresenta circa il 12% di quella europea.
La Germania risulta essere il Paese europeo con il maggior valore di produzione in

entrambi i settori, solo per il farmaceutico è preceduta dalla Svizzera. In questi Paesi (Germania e Svizzera) si concentra anche il maggior numero di imprese ed occupati europei in rapporto alla popolazione rispettivamente per DM e farmaci.
L'Italia è al terzo posto in Europa per la produzione di farmaci, dopo Irlanda e Svizzera producendo, però, circa un decimo di quanto produce l'Irlanda in rapporto alla popolazione; nel 2011 è stato riscontrato un rallentamento della crescita della produzione farmaceutica italiana.
Nella produzione di DM l'Italia è invece il quarto Paese europeo, dopo Germania, Inghilterra e Francia.
Nei Paesi con maggior produzione si riscontra anche il maggior numero di aziende e di occupati in rapporto alla popolazione: l'Italia è al terzo posto dopo la Svizzera e l'Irlanda per le aziende farmaceutiche ed al sesto per quelle dei DM, dopo Svizzera, Germania, Inghilterra, Spagna e Francia.
In Italia il numero di occupati in rapporto alla popolazione nel settore farmaceutico è pari al doppio di quelli nel settore dei DM.
Dal 2001 ad oggi il numero di occupati nell'industria farmaceutica è aumentato nei Paesi con il maggior numero di aziende ed occupati nel farmaceutico in rapporto alla popolazione, come in Irlanda e Svizzera; in Italia si sono invece ridotti di quasi il 20%, con una perdita nel settore di oltre 17.000 addetti.
Analizzando le dinamiche di *import* ed *export* dei due settori industriali, Paesi quali Germania, Irlanda, Danimarca e Svezia, presentano un saldo positivo della bilancia commerciale: il saldo maggiore per l'industria farmaceutica si registra in Germania, Irlanda e Belgio; per i DM in Irlanda, Germania e Danimarca.
L'Italia risulta avere un saldo negativo nel settore dei DM (-€ 3,6 mld. nel 2007) e positivo ma in decisa riduzione in quello farmaceutico (+€ 1,1 mld. nel 2007, +€ 297 mln. nel 2011).
Il maggior livello di innovazione in termini di brevetti prodotti in rapporto alla popolazione si riscontra per entrambi i settori in Svizzera, Danimarca e Svezia, ma considerando i brevetti prodotti in rapporto al numero di addetti in R&S il nostro Paese, con circa 40 brevetti annui ogni 1.000 addetti, è quarto dopo Norvegia, Austria e Spagna.
Appare quindi sostanzialmente evidente come i Paesi nei quali il settore maggiormente contribuisce al benessere della nazione sono quelli in cui è forte il sistema di R&S.
L'Italia, pur dotata di una buona "produttività" dei propri ricercatori, sembra non avere una rete ben strutturata di R&S.
Questa debolezza strutturale, unita alla diminuzione dei margini di profitto derivanti dai tagli dei prezzi imposti dalle politiche assistenziali per salvaguardare gli equilibri di bilancio pubblico, sono evidenti: ciò comporta fra le altre cose una perdita occupazionale di assoluto rilievo.
Nel biennio 2010-2011, il fenomeno si è accelerato con una riduzione del numero di aziende farmaceutiche pari al -4,8% e degli occupati pari al -2,3%.
Anche il settore dell'innovazione farmaceutica in Italia ne ha risentito: dal 2007 ad oggi si è ridotta la quota di addetti alla R&S, il numero di brevetti prodotti e la quota degli investimenti in R&S.

Nello stesso biennio sono stati rilevati i primi effetti sull'indotto dell'industria farmaceutica italiana: il suo valore ha subìto una contrazione del -4,4%.
Malgrado ciò, dall'analisi svolta, è emerso che l'industria farmaceutica continua ad essere uno dei settori industriali che meglio fronteggia la crisi.
Il contributo del suo valore aggiunto sull'industria totale, dopo una riduzione rilevata nel periodo 2004-2008, è progressivamente aumentato raggiungendo il 3,1% nel 2012 e la sua quota sul PIL se si è ridotta per il settore industriale, è rimasta invariata per quello farmaceutico; la perdita di occupati nella farmaceutica registrata nell'ultimo quinquennio è stata minore (-2,5%) rispetto a quella dell'industria globale (-3,2%).
Dal 2001 il valore della produzione farmaceutica italiana è cresciuto complessivamente del 28%, a fronte di una crescita del 72% delle esportazioni e di un calo del -9% delle vendite interne. In particolare, dal 2008 al 2011 si è avuto un aumento dell'*export* che ha comportato un aumento, se pur minimo, del valore della produzione, che diversamente avrebbe subìto una riduzione del -4,7%.
Il *trend* di crescita dei volumi di *export*, già registratosi in maniera evidente nel 2011 per il settore farmaceutico, in condizioni di scarsa profittabilità potrebbe però spingere le aziende a disinvestire sul territorio italiano, spostando la loro produzione all'estero, e questo rappresenterebbe un ulteriore fallimento delle politiche industriali e una perdita notevole di benessere per l'Italia.
Va infine considerato come il mercato si stia modificando al suo interno.
Ad esempio, nell'industria farmaceutica non si può ignorare la presenza sempre più forte delle aziende genericiste, a cui sono state di fatto indirizzate gran parte delle politiche di incentivo derivanti dalle politiche sanitarie; sebbene la promozione dell'utilizzo di farmaci *off-patent* rappresenti una ovvia e meritevole iniziativa, non di meno non si può notare che il valore di *sell-out* per occupato delle genericiste è pari a circa il doppio di quello delle aziende dei farmaci *branded*, suggerendo che i margini di profitto siano ben diversi.
Politiche industriali (e anche e, forse soprattutto, politiche sanitarie sul versante assistenziale) più attente al valore dell'innovazione sembrano quindi un doveroso impegno a livello nazionale per promuovere (nel settore specifico) le condizioni per un rilancio complessivo dell'economia nazionale.
Analogo discorso vale per l'industria dei DM, che rimane ancora rappresentata da piccole e medie imprese (molte di mera distribuzione), che complessivamente determinano un saldo negativo della bilancia commerciale. La crescita delle aziende deve quindi essere in qualche modo sostenuta, mentre per ora il settore (a maggior ragione per le caratteristiche dimensionali delle imprese) è fortemente minato dai ritardi dei pagamenti da parte della Pubblica amministrazione, che impediscono di avere liquidità di cassa che consentirebbe loro eventualmente di investire in R&S. Anche in questo caso lo stanziamento di finanziamenti ad hoc a livello nazionale, affiancato alle azioni già intraprese per le azioni di pagamento dei fornitori, potrebbe consentire all'industria di sopravvivere e anche intraprendere un sentiero di adeguamento alle nuove sfide dei mercati globali.

Riferimenti bibliografici

- AIFA, Agenzia italiana del farmaco (2011), *Rapporto OsMed*.
- CEIS – Fondazione Economia "Tor Vergata" (2009), *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche (Rapporto Sanità VIII Edizione)*, Health Communication.
- Confindustria, dati vari.
- EFPIA (anni vari), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.*
- EPO, *European Patent Office*.
- Eucomed (2011), *http://www.eucomed.be/*.
- Farmindustria (2012), *Indicatori farmaceutici regionali.*
- IMS Midas (2011), *http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth*.
- Istat (anni vari), *banche dati on line, www.istat.it*.
- OECD (2013), *Health data statistics*.
- USPTO, *United States Patent and Trademark Office.*

Capitolo 12

Focus: un'analisi per patologia

12 - Focus: un'analisi per patologia

Brenna E.[1], d'Angela D.[2], Lista V.[2], Mancusi R.L.[2], Polistena B.[2], Spandonaro F.[3]

12.1. Introduzione

Il Rapporto Sanità si è negli anni ampliato secondo varie direzioni e dimensioni: fra le principali, l'estensione all'area delle politiche e prestazioni sociali contigue alla Sanità (e alla Salute); ha però mantenuto il suo approccio orientato al monitoraggio delle politiche nazionali, effettuando prima confronti internazionali e poi disaggregando e comparando regionalmente il dato statistico: alcune esperienze di Rapporti stesi a livello regionale, ci hanno poi portato a scendere ancora più nel dettaglio, analizzando i dati disaggregati per Azienda sanitaria.

Le suddette dimensioni sono però adeguate per analizzare le politiche socio-sanitarie e, in particolare, gli andamenti di spesa, finanziamento, etc.

Non sono, invece, adatte a entrare nel merito delle politiche per la Salute; così dalla scorsa edizione del Rapporto abbiamo ritenuto necessario fornire al lettore alcuni elementi del contesto demografico e socio-economico, che indubitabilmente condizionano tanto le politiche che i livelli di salute.

In continuità con quanto sopra, e con la finalità di indagare in modo integrato politiche sanitarie, sviluppo socio-economico e Salute, con la edizione 2013 del Rapporto abbiamo deciso di inaugurare una nuova sezione, una sorta di *focus* dedicato alle "Patologie" (in senso lato). In altri termini, vorremmo in ogni Rapporto fornire qualche contributo su aree di patologie ritenute particolarmente rilevanti.

La scelta delle "patologie" deriva da tre criteri: rilevanza sociale, fattori di innovazione (ad es. nuove tecnologie in arrivo sul mercato) ed, infine, dall'utilizzo di approfondimenti specifici fatti nell'anno dai ricercatori del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità dell'Università di Roma "Tor Vergata" (CREA Sanità).

In altri termini, così come per gli altri capitoli del Rapporto, i contributi che seguono riassumono (adottando però un "cannocchiale" diverso) le evidenze e valutazioni desumibili dalle attività di ricerca svolte nell'anno dal *team* di ricerca.

Un'ultima avvertenza riguarda il fatto che nei contributi ci si asterrà da qualsiasi valutazione comparativa fra singole tecnologie concorrenti o alternative, operazione che richiederebbe ben altri spazi e livelli di approfondimento, limitandosi alla descrizione e valutazione di impatti epidemiologici, economici, sociali, condotti per definiti bisogni di salute e per macro categorie di tecnologie terapeutiche, diagnostiche, preventive, etc.

[1] *Università Cattolica di Milano.*

[2] *CREA Sanità, Università di Roma "Tor Vergata" e 4 Health Innovation.*

[3] *Università di Roma "Tor Vergata".*

Quest'anno abbiamo scelto di focalizzare l'approfondimento dedicato alle "patologie", nel senso lato sopra descritto, su: schizofrenia, psoriasi e nuovi anticoagulanti orali (NAO).

12.2. Schizofrenia[4]

12.2.1. Caratteristiche ed epidemiologia

La schizofrenia è una malattia mentale caratterizzata dalla presenza di sintomi psicotici, comportamento catatonico, allucinazioni, delirio, riduzione delle relazioni sociali, apatia e compromissione cognitiva (Berto et al., 2008, Mapelli, 2007). Il suo decorso è prevalentemente cronico, contraddistinto da frequenti ricadute, con scarsa probabilità di remissione della patologia (Ravasio et al., 2009).
Insorge prevalentemente in età giovanile e può essere causata da diversi fattori concomitanti (genetici, ambientali, biologici, psicosociali). È un disturbo psichiatrico fortemente invalidante, che comporta gravi ripercussioni nella sfera sociale, lavorativa e familiare; in particolare gli episodi acuti richiedono ricoveri in ospedale o in strutture riabilitative di media e lungodegenza, con conseguenze immaginabili sulla qualità della vita dei pazienti (Berto et al., 2008; Mapelli, 2007).
La schizofrenia, considerata la patologia più grave da un punto di vista psichiatrico, a livello mondiale colpisce circa lo 0,7% della popolazione adulta (WHO, 2011), mentre in Italia si stima una prevalenza dello fra lo 0,5 e l'1%, con un'incidenza annuale di 0,1-0,2 per mille (Decision Resources, 2006; Berto et al., 2008; Ravasio et al., 2009; ISS, 2011). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), rappresenta la settima causa di invalidità (misurata in *Disability Adjusted Life Years*) nella popolazione di età compresa tra i 15 e i 44 anni (Olivares et al., 2009). Soprattutto a causa di un elevato tasso di suicidio, i pazienti schizofrenici presentano una aspettativa media di vita inferiore di circa 10 anni rispetto a quella della popolazione generale (Goeree, 2005).

12.2.2. Impatto economico e sociale

Dati i tassi di prevalenza, l'età giovanile dell'insorgenza della malattia, la persistenza della sintomatologia, la scarsa *compliance* nel sottomettersi alla terapia, la disabilità funzionale e cognitiva, la schizofrenia è considerata da diversi autori una delle malattie psichiatriche a più alto impatto economico e sociale (Percudani, 1999; Garattini et al., 2004; Berto et al., 2008; Knapp e Razzouck, 2008). Se ai costi diretti dovuti alla cura della malattia, si aggiungono quelli indiretti causati dallo scarso livello occupazionale, e quelli riconducibili alla perdita di autostima del malato e ai disagi psicologici dei suoi *caregivers*, l'attenzione verso questo tipo di disturbo psichiatrico diventa maggiore e la richiesta di evidenze che quantifichino i costi sociali imputabili alla schizofrenia e alle patologie ad essa riconducibili, impellente.

[4] *Paragrafo a cura di Brenna E., Lista V., Polistena B., Spandonaro F.*

In uno studio condotto in Lombardia, Fattore e al. (2000) mostrano che la cura dei pazienti schizofrenici assorbe il 60% delle spese generali per la psichiatria. Il dato è supportato da uno studio precedente di Amaddeo et al. (1997), secondo cui in Italia la cura della schizofrenia assorbe costi proporzionalmente maggiori rispetto alle cure di altri disturbi psichiatrici.
Complessivamente si stima che i costi diretti associati alla schizofrenia siano pari all'1,5-3% (De Hert et al., 1998; Knapp et al., 2004; Oliva Moreno et al., 2006) della spesa sanitaria nazionale, con una certa variabilità da Paese a Paese. Ad esempio, in Canada i costi per la schizofrenia sono di molto inferiori a quelli sostenuti negli Stati Uniti, dove questa patologia costa poco meno della metà delle risorse impiegate per la cura del diabete. Uno studio pubblicato nel 1997 in Inghilterra, stimava i costi diretti della schizofrenia intorno al 2,8% della spesa sanitaria e socio-assistenziale del NHS (Knapp, 1997).
Per costi diretti, nello specifico, si intendono tutte le risorse sanitarie e non impiegate nel programma di cura: iniziando dalle spese sanitarie, le terapie farmacologiche utilizzate sono numerose e variano al variare della gravità e delle manifestazioni della schizofrenia; oltre al trattamento farmacologico, che è la terapia di mantenimento nel medio/lungo periodo, gli altri interventi comprendono le consulenze mediche (medicina generale e specialistica), i servizi diagnostici, l'assistenza domiciliare, ma principalmente l'assistenza presso centri residenziali o semiresidenziali di varia intensità assistenziale (Centro Residenziale di Terapie Psichiatriche, CRT; Comunità Protetta, CP; Centro Diurno, CD) e i ricoveri ospedalieri.
Dei costi diretti sanitari, oltre il 50% è da attribuirsi ai ricoveri in strutture ospedaliere e residenze. I costi per i farmaci rappresentano solo l'1,1-9,0% dei costi diretti (King, 2004; Knapp et al., 2004).
Fra i costi diretti non sanitari possono essere considerati non solo quelli ad esempio legati alle spese sostenute dal paziente e/o dai suoi *caregiver* per recarsi nei luoghi di cura, ma anche quelli riconducibili ad atteggiamenti aggressivi del malato verso se stesso, verso terzi, e verso cose; a questa categoria andrebbero ricondotti anche gli oneri sociali legati agli eventuali interventi delle forze dell'ordine per contenere comportamenti incontrollati (Knapp e Razzouk, 2008) o l'erogazione di pensioni di invalidità o, ancora, la disponibilità di un tetto per i pazienti in condizione disagiata. Riguardo a quest'ultima voce di costo, uno studio comparativo pubblicato recentemente, indica che nel Nord Europa il 94% delle persone affette da schizofrenia riceve aiuti sociali, mentre nelle Regioni del Sud Europa e nei Paesi in via di sviluppo, l'onere della cura ricade più spesso sulla famiglia, con una ingente spesa *out of pocket* (Dewa et al., 2007).
Il 70% dei costi totali sono però indiretti. Tali costi si riferiscono essenzialmente alle perdite di produttività della persona malata o invalidata e dei suoi *caregiver*. Si consideri che data l'insorgenza giovanile, la malattia si ripercuote inevitabilmente sulla scelta se proseguire o meno gli studi e, quindi, sulla carriera lavorativa. Anche qualora il malato abbia

un'attività occupazionale, la schizofrenia abbassa l'efficienza lavorativa e lo porta ad autoescludersi dalla forza lavoro (Garattini et al., 2004; Goldberg et al., 2001). I tassi di occupazione dei pazienti con schizofrenia variano secondo le Nazioni: in media il 20% dei pazienti schizofrenici ha un'attività remunerata, ma ad esempio studi condotti in Francia riportano il tasso al 12%, mentre in Germania il valore raggiunge il 30% (Knapp e Razzouk, 2008).

A questo proposito, va ricordato che alcuni Governi più di altri impiegano risorse per programmi di reinserimento nell'attività lavorativa. L'efficacia di questi programmi è dimostrata empiricamente: un progetto attivato per due anni in otto comunità di salute mentale distribuite in due quartieri di Londra, mostra che dopo 6 mesi di *follow-up* il 38% dei pazienti inseriti nel programma di sostegno al lavoro aveva un impiego retribuito, rispetto al 12% dei pazienti nel gruppo di controllo. Dopo un anno di *follow-up* le percentuali erano rispettivamente 39% e 10% (Rinaldi e Perkins, 2007).

Il dato trova conferma in una precedente rassegna degli studi sull'efficacia dei programmi di supporto al lavoro, dove si stima che il 50% dei malati inseriti in questi programmi ottiene un lavoro retribuito (Lehman et al., 2004). Altre evidenze sono fornite da Drake et al. (1996) e Lehman et al. (2002).

Per avere un'idea della portata economica complessiva del fenomeno, si riportano i risultati di uno studio condotto negli Stati Uniti (Mc Evoy, 2007). La tabella seguente illustra la disaggregazione delle voci di costo sociale relative alla schizofrenia riferite all'anno 2002.

Tabella 12.1 - Costi imputabili alla schizofrenia negli Stati Uniti US$ mln., anno 2002

Voce	**Costo** *(US$ mln.)*
Costi sanitari diretti	
1) farmaci	5.043
2) servizi territoriali (incluse visite specialistiche)	6.951
3) ricoveri ospedalieri	2.764
4) *long-term care*	7.967
Tot costi sanitari diretti	**22.726**
Costi non sanitari diretti	
1) forze dell'ordine	2.637
2) ricerca e preparazione professionale	291
3) assistenza ai senza-tetto	6.397
Tot. costi non sanitari diretti	**9.325**
Aggiustamento sui costi diretti (drop in di altri disturbi mentali)	(1.739)
Totale costi diretti	**30.312**
Costi indiretti	
Disoccupazione	21.644
Riduzione della produttività	1.734
Morte prematura (suicidio)	1.100
Assistenza *caregiver*	7.899
Totale costi indiretti	**32.378**
Costi totali schizofrenia 2002*	**62.689**

*Note: *su un tasso di prevalenza calcolato 5,1 per mille individui vivi*

Fonte: Mc Evoy, 2007

Nel 2002 gli Stati Uniti impiegavano $ 62,7 mld. (circa lo 0,6% del PIL) per il trattamento della schizofrenia, nei suoi molteplici aspetti. Analizzando i dati disaggregati, il 36,3% del totale (ovvero $ 22,7 mld.), è imputabile ai costi sanitari diretti: di questi, il 35,1% è impiegato nella *long term care*, il 30,6% nei servizi territoriali, il 22,2% nei farmaci e il 12,2% nei ricoveri ospedalieri. Si consideri che queste percentuali sono difficilmente confrontabili con i dati italiani a causa delle notevoli differenze nell'organizzazione dei sistemi sanitari nei due Paesi.

I costi indiretti superano in questo studio (51,6%) la totalità dei costi diretti, e spingono a ricercare soluzioni che aiutino i malati a reinserirsi nell'attività lavorativa. Il dato riguardante i suicidi, nonostante la bassa incidenza sui costi totali, richiama considerazioni di natura etica, che assumono un peso notevole nella valutazione delle politiche sociali.

12.2.3. Terapie e loro efficacia

A oggi il trattamento convenzionale per la schizofrenia è quello farmacologico, che è in grado di ridurre il numero e la gravità degli episodi psicotici, evitando al paziente ricadute che spesso richiedono l'ospedalizzazione. L'acutizzarsi dei sintomi può inoltre comportare atteggiamenti aggressivi, pensieri suicidi, perdita di autostima e di contatti sociali.
I farmaci antipsicotici rivestono un ruolo centrale nella gestione del paziente schizofrenico, permettendo tanto di controllare i sintomi, quanto di ridurre il numero di recidive.
Ai farmaci in uso fino ai primi anni '90, denominati "tipici", che hanno ormai perso la protezione brevettuale, si sono andati via via sostituendo nuovi antipsicotici, in particolare la clozapina (1989), seguita da risperidone (1993), olanzapina (1996) e quetiapina (1998), e poi a seguire ziprasidone e aripiprazolo, clotiapina, paliperidone, comunemente indicati con il termine "atipici".
Si distinguono, inoltre, le formulazioni a rilascio prolungato: anche in questo caso abbiamo i *depot* di prima generazione (o convenzionali come aloperidolo decanoato) e le molecole di seconda generazione (risperidone RP, olanzapina e paliperidone palmitato).
Rispetto ai primi, gli atipici sono meglio tollerati in termini di sintomi extrapiramidali (Lehman et al., 2004; UVEF, 2010) e, pertanto, garantiscono una migliore *compliance* del paziente, con buona probabilità di stabilizzazione dei sintomi nel lungo periodo (Mapelli, 2004).
Uno studio condotto nel 2002 in Belgio su un campione di circa 300 pazienti schizofrenici trattati rispettivamente con risperidone, olanzapina e aloperidolo (farmaco tradizionale) mostra che quasi il 50,0% dei pazienti trattati con aloperidolo ha abbandonato il trattamento a causa degli effetti extrapiramidali (De Graeve et al., 2007). Quindi, nonostante i costi minori del trattamento con aloperidolo, i pazienti sottoposti a questa terapia presentano un maggior rischio di ricadute e quindi di ricoveri.
Dello stesso parere sono Ravasio et al. (2009), che propongono un'analisi volta a valutare l'efficacia di risperidone a rilascio prolungato (RRP) rispetto agli antipsicotici orali (tipici e atipici). Lo studio è retrospettivo, con un *follow-up* di 24 mesi. L'*outcome* prescelto è la percentuale di pazienti che nel corso di un anno di trattamento farmacologico con il medesimo antipsicotico (risperidone o altro neurolettico), non abbia fatto ricorso al ricovero ospedaliero per episodi acuti. I risultati mostrano un'efficacia maggiore per i pazienti trattati con risperidone: il 67,9% di pazienti in cura con risperidone non è stato ricoverato nell'anno di osservazione, rispetto al 28,6% nel periodo pre RRP.
Tuttavia anche i farmaci di seconda generazione non sono esenti da effetti collaterali, in particolare l'aumento ponderale e gli effetti metabolici che possono comportare rischi di diabete mellito e scompensi cardiaci (Cerzani et al., 2007; Berto et al., 2008).
Infine, va ricordato che i bassi livelli di aderenza al trattamento rimangono uno dei maggiori impedimenti per una efficace e efficiente gestione della patologia: a seconda degli studi (Young et al. 1986; Scottish Schizophrenia Research Group, 1987; Kelly et al., 1990; Barnes, 1991; Buchanan, 1992; Duncan et al., 1998; Lieberman, 2005) è stato stimato che fra il 20,0 e il 75,0% dei pazienti schizofrenici ha difficoltà ad aderire ad un regime di trattamento giornaliero e molti studi hanno riportato che la non aderenza o la parziale aderenza alla terapia con antipsicotici orali possa essere sottostimata o non riconosciu-

ta dal medico (Kane, 2003; Velligan, 2007).
Tra i pazienti con schizofrenia cronica, si sono riscontrate alte percentuali di recidive ad un anno tra quelli trattati con antipsicotici orali, che variano nei diversi studi tra il 20,0 e il 40,0% (Dellva 1997; Arato 2002); i pazienti con recidiva è riconosciuto che presentano costi notevolmente maggiori (Haddah, 2010).
Sebbene le motivazioni che portano all'interruzione del trattamento siano multifattoriali, è stato riconosciuta la potenzialità delle formulazioni iniettabili a rilascio prolungato di aumentare tale aderenza, e potenzialmente diminuire le recidive.
Ad oggi, le evidenze prodotte non sono in grado di fornire delle linee guida generalizzabili, se non quella, sottoscritta dalla maggioranza degli studi, di calibrare attentamente il trattamento in relazione al profilo clinico del singolo paziente, alla gravità dei sintomi e agli effetti collaterali dei farmaci (Lehman et al., 2004; Panayiota et al., 2008, UVEF, 2010).
Ad esempio, nel caso di pazienti con comportamenti aggressivi e/o pensieri suicidi di norma si prescrive la clozapina (Lehman et al., 2004), indicata anche dalle linee guida dell'*American Psychiatric Association* pubblicate nel 2004 (APA, 2004).
Le stesse linee guida consigliano indifferentemente risperidone, olanzapina, quetiapina, ziprasidone, apriprazolo in seguito al verificarsi del primo episodio acuto.
A prescindere dall'antipsicotico più adeguato a livello clinico, la maggioranza delle evidenze è volta a dimostrare l'importanza di una valutazione globale di lungo periodo nell'analisi dei costi sulla schizofrenia, che contrasta con il principio spesso adottato dai Servizi sanitari nazionali di acquistare e distribuire i farmaci meno costosi in termini di dose giornaliera.

12.2.4. Costo-efficacia delle terapie farmacologiche

Come detto, sono presenti sul mercato numerose generazioni di farmaci antipsicotici; non stupisce quindi che la letteratura sia ricca in termini di valutazioni economiche, sebbene non siamo molte le valutazioni *head to head* fra le singole molecole.
Molte analisi si sono concentrate sui costi incrementali generati dal passaggio dai farmaci tipici a quelli atipici.
Il miglior rapporto costo efficacia dei neurolettici atipici rispetto a quelli tradizionali è in larga misura da ricondurre alla riduzione degli episodi extrapiramidali che condizionano fortemente la *compliance* del paziente.
Senza pretesa di esaustività, e privilegiando gli studi sulla popolazione italiana, osserviamo come stime prodotte nel 2001 mostrano che un paziente soggetto a disturbi extrapiramidali presenti un maggiore costo annuo di € 3.194, dovuto a maggiori controlli e ricoveri ospedalieri (Tarricone, 2001).
Sempre per l'Italia anche lo studio HoNOS2, sviluppato in Regione Lombardia nel 2000, il quale ha adottato come *endpoint* di efficacia la riduzione del punteggio della scala HoNOS.
Confrontando fra loro clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidone, la seconda è risultata la più efficace, ma con un costo annuo di mantenimento maggiore rispetto ad altri farmaci (€ 11.191 olanzapina, € 6.248 risperidone).
Al variare della terapia di base, ci sono differenze anche notevoli nella voce interventi

terapeutici (Centri Psichiatrici), e ricoveri ospedalieri, facendo sottolineare la variabilità dei costi sanitari imputabili alla schizofrenia a seconda del percorso assistenziale scelto (Mapelli, 2007).
Confrontando poi clozapina, olanzapina, risperidone e aloperidolo (farmaco tipico considerato d'elezione nel 2000), l'olanzapina ottiene un costo incrementale inferiore alle altre molecole (Mapelli, 2007).

Tabella 12.2 - Costo-efficacia per molecola e tipologia di costo in Lombardia
€ per riduzione di punto scala HoNOS, anno 2000

Tipo di prestazione	Clozapina (n = 114)	Olanzapina (n = 59)	risperidone (n = 75)
Farmaci antipsicotici	1.019	851	1.939
Farmaci sistema nervoso	16	17	52
Interventi terapeutici	2.914	1.792	5.623
Ricoveri ospedalieri	1.664	832	151
Day-hospital	140	63	0
Ricoveri in residenze	1.191	718	1.956
Presenze semiresid.ziali	607	277	1.240
Totale altri interventi	6.533	3.699	9.022
Totale generale	7.553	4.549	10.961

Fonte: Mapelli, 2007 Studio HoNOS 2

Tabella 12.3 - Costo-efficacia in Lombardia per molecola
€ per riduzione di punto scala HoNOS, anno 2000

Principio attivo	N pazienti	Variazione Scala HONOS (punti)	Costi medi per paziente	Costo per punto di gravità ridotto
Aloperidolo	64	-0.16	3.499	22.394
Clozapina	114	-1,56	11.782	7.546
Olanzapina	59	-2,46	11.191	4.554
risperidone	75	-0,57	6.248	10.897

Fonte: Mapelli, 2007 Studio HoNOS 2

Osserviamo come anche lo studio, già precedentemente citato, condotto nel 2002 in Belgio (De Graeve et al., 2007), giungesse alla conclusione che i costi sanitari medi annui del trattamento con aloperidolo (farmaco di prima generazione), risultano maggiori (€ 18.350) rispetto a quelli dei pazienti trattati con farmaci atipici, quali olanzapina (€ 12.328) e risperidone (€ 11.626). I maggiori costi medi per i pazienti trattati con aloperidolo sono inoltre soggetti a maggiore variabilità, proprio a causa del rischio incontrollato di ricadute, con un picco di pochi individui che costano intorno a € 55.000 a causa dei

frequenti ricoveri. Nello studio, che presenta un *follow-up* di due anni, la spesa per ricoveri è quella che ha un impatto maggiore sul totale (varia dal 79,0% al 94,0%), confermando la priorità dell'obiettivo di lungo periodo relativo a mantenere il paziente in condizioni stabili.
Lo studio citato di Ravasio et al. (2009) giunge a conclusioni analoghe nel passaggio molecola atipica a rilascio prolungato.
La valorizzazione dei costi sanitari medi sui dodici mesi è stato di € 9.191,45 per paziente dopo il passaggio a risperidone RP, versus € 10.125,57 per quelli trattati con altri farmaci. In analogia allo studio condotto in Belgio, la differenza è ancora da imputare in via prevalente agli episodi di ospedalizzazione.
Degli Esposti et al. (2012) hanno confermato l'efficacia di risperidone RP, mediante l'analisi dei database di 4 Aziende Sanitarie Locali italiane, evidenziando per i pazienti passati a risperidone RP da un antipsicotico atipico orale, nell'arco degli anni 2007-2008, una diminuzione complessiva nel primo anno dei ricoveri del 47,1%, delle giornate medie di degenza del 56,6%, ma anche dei costi del 9,4%, di cui larga parte attribuibile ai minori ricoveri in strutture ospedaliere e residenziali.

Tabella 12.4 - Costi *pre e post switch* a risperidone RP - Italia

	12 mesi precedenti Antipsicotico orale (n = 157)		**12 mesi successivi risperidone RP (n = 157)**			
INERENTI	Media ± DS	%	Media ± DS	%	Differenza	p-value
Farmaci (N05A)	401,78 ± 601,34	6,8%	2.356,30 ± 1.524,49	43,7%	1.954,52	<0,001
Altri farm. SNC	72,21 ± 349,61	1,2%	68,98 ± 157,02	1,3%	-3,23	0,893
Prestaz. ambulat.	300,30 ± 484,28	5,1%	278,33 ± 455,83	5,2%	-21,97	0,555
Ricoveri	2.767,26 ± 4.666,25	46,6%	1.313,30 ± 3.508,54	24,4%	-1.453,96	< 0,001
Semiresidenzialità	287,61 ± 1.523,74	4,8%	236,49 ± 1.479,27	4,4%	-51,12	< 0,573
Residenzialità	2.113,38 ± 7.271,43	35,6%	1.132,48 ± 6.191,60	21,0%	-980,9	0,007
Totale inerenti	***5.942,54***	***93,1%***	***5.904,16***	***100,0%***	***-477,92***	
NON INERENTI						
Altri farmaci	98,23 ± 275,66	22,3%	111,11 ± 362,10	21,4%	12,88	0,453
Altre prestaz. amb.	163,83 ± 261,14	37,3%	182,33 ± 373,84	35,2%	18,5	0,525
Altri ricoveri	177,48 ± 1.270,94	40,4%	224,84 ± 944,79	43,4%	47,36	0,946
Totale non inerenti	***439,54***	***6,9%***	***518,28***	***8,8%***	***78,74***	
TOTALE	**6.382,08**	**100,0%**	**5.904,16**	**100,0%**	**-477,92**	

Fonte: Degli Esposti et al., 2012

Sempre nell'ambito dell'analisi costo-efficacia dei farmaci atipici cosiddetti *long acting*, è interessante citare lo studio condotto da Berto et al. (2008) volto a dimostrare il costo incrementale di paliperidone ER, utilizzando come *endpoint* di efficacia il numero di giornate in cui il paziente risulta stabile.
Paliperidone ER presenta un rischio minore di essere metabolizzata poiché è prevalentemente secreta a livello renale, quindi gli effetti collaterali associati all'uso dei farmaci atipici (aumento ponderale e riduzioni metaboliche che possono comportare l'insorgenza di diabete e rischio cardiovascolare) sono minimi. Inoltre la monodose, associata al rilascio prolungato nelle 24 ore garantisce, una diminuzione dei fenomeni picco-valle e, quindi, una maggiore *compliance* del paziente.
In tale studio, paliperidone ER mostra un costo per giornata stabile inferiore a risperidone, olanzapina, quetiapina e apriprazolo.

Tabella 12.5 - Rapporto costo-efficacia per giornata stabile
Valori in €

Molecola	**€ per giorno stabile**
Risperidone	26,53
Olanzapina	26,34
Quetiapina	27,46
Aripiprazolo	27,49
Paliperidone ER	25,63

Fonte: Berto et al., 2008

Quanto sopra trova sostanziale conferma nelle linee guida per il trattamento e la gestione della schizofrenia pubblicate nel 2009 dal NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) in UK, le quali recitano: «Gli antipsicotici *depot* dovrebbero essere un'opzione nel caso di preferenza del paziente o quando diventa priorità clinica evitare la non aderenza al trattamento…»; inoltre, sempre seguendo il NICE, «L'efficacia di un antipsicotico nel prevenire le ricadute è un fattore determinante per il relativo rapporto costo efficacia, in quanto apparentemente la prevenzione delle recidive, oltre al miglioramento clinico, porta a una riduzione sostanziale delle percentuali di ospedalizzazione e dei rispettivi costi…».
Riassumendo, la prima considerazione è che, nonostante la maggioranza degli autori concordi sulla migliore efficacia dei farmaci atipici rispetto a quelli tradizionali, la scelta dello specifico neurolettico spesso diverge. D'altronde gli studi prodotti utilizzano *outcome*, campionamenti, dosaggi e tempi di osservazione molto eterogenei, per cui è difficile giungere a conclusioni accurate.
La seconda considerazione è che la cura della schizofrenia deve essere valutata in un'ottica di lungo periodo: il principio del "risparmio sui costi", si rivela spesso poco lungimirante.
Le evidenze mostrano come, nelle valutazioni economiche che considerano tutti i possi-

bili *outcome*, spesso il farmaco meno costoso in termini di dose giornaliera, si dimostri il meno costo-efficace nel lungo periodo.
La terza considerazione si collega al contenuto del prossimo paragrafo. Una volta stabilito il percorso di cura e ottenuta la stabilizzazione dei sintomi, l'obiettivo è quello di reintegrare (o mantenere, nel caso di un primo episodio) il paziente nel tessuto sociale. La terapia farmacologica da sola non basta.

12.2.5. Ricorso al ricovero ospedaliero

Elaborando le Schede di Dimissione Ospedaliera – SDO (anno 2010) è possibile fornire un quadro dei ricoveri ospedalieri effettuati sul territorio nazionale: nella lettura del dato si tenga conto che quest'ultimo non considera i ricoveri in strutture residenziali e semi-residenziali.
La elaborazione ha considerato tutti i codici di diagnosi riferiti alla schizofrenia (dal 29550 al 29563).
Dall'elaborazione emerge come i ricoveri complessivamente siano 2.647 in regime ordinario e 3.221 in quello diurno, concentrati nel DRG 430 (circa il 99,0% del totale).

Tabella 12.6 - Distribuzione dei ricoveri per regime e DRG
Valori assoluti, anno 2010

DRG	Ric. Ordinari				Ric. diurni			
Acuzie	Riabilit.	Lungodeg.	Totale	Acuzie	Riabilit.	Lungodeg.	Totale	Nord
424	20			20			20	20
430	2.123	353	150	2.626	282	5	2.913	3.200
541	1			1			1	1
Totale	2.144	353	150	2.647	282	5	2.934	3.221

Fonte: Ministero della Salute - SDO, 2010

In regime ordinario l'81,0% dei ricoveri avviene in acuzie (SPDC), il 13,3% in riabilitazione e il restante 5,7% in lungodegenza.
Di contro i ricoveri in regime diurno sono concentrati in lungodegenza (presumibilmente le strutture classificate come tali svolgono le medesime funzioni delle residenze).

**Tabella 12.7 - Distribuzione dei ricoveri per regime e DRG
Valori %, anno 2010**

DRG	Ricoveri ordinari			Ricoveri diurni		
	Acuzie	Riabilit.	Lungodeg.	Acuzie	Riabilit.	Lungodeg.
424	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
430	80,8%	13,4%	5,7%	8,8%	0,2%	91,0%
541	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Totale	81,0%	13,3%	5,7%	8,8%	0,2%	91,1%

Fonte: Ministero della Salute – SDO, 2010

La variabilità rimane molto marcata: considerando i tassi di ospedalizzazione, si osserva come il tasso per i maschi, pari a 5,8 per 100.000, è circa il doppio rispetto a quello delle femmine (3,1).
In generale i tassi sono più bassi nel Nord (4,2 per 100.000) che nel Centro (4,5) e nel Sud (4,6), ma la condizione si inverte per le femmine (3,3 nel Nord contro 2,5 nel Centro e 3,1 nel Sud).
A livello regionale si passa dal valore minimo delle donne in Calabria (1,1 per 100.000 ab.) a quello massimo dei maschi delle Marche (11,1 per 100.000 ab.).

Tabella 12.8 - Tasso di ospedalizzazione complessivo per Regione e sesso Valori per 1.000 ab., anno 2010

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Italia	0,0575	0,0305	0,0436
Nord	0,0514	0,0325	0,0417
Nord-Ovest	0,0573	0,0373	0,0470
Nord-Est	0,0434	0,0258	0,0344
Centro	0,0654	0,0252	0,0446
Sud e Isole	0,0611	0,0310	0,0456
Sud	0,0560	0,0314	0,0433
Isole	0,0719	0,0301	0,0503
Piemonte	0,0566	0,0445	0,0504
Valle d'Aosta	0,0797	0,0154	0,0469
Lombardia	0,0510	0,0320	0,0413
Pr. Aut. di Bolzano	0,0322	0,0392	0,0358
Pr. Aut. di Trento	0,0740	0,0224	0,0476
Veneto	0,0524	0,0335	0,0427
Friuli Venezia Giulia	0,0234	0,0126	0,0178
Liguria	0,0964	0,0507	0,0724
Emilia Romagna	0,0365	0,0199	0,0280
Toscana	0,0328	0,0160	0,0241
Umbria	0,0392	0,0129	0,0255
Marche	0,1109	0,0337	0,0712
Lazio	0,0783	0,0308	0,0537
Abruzzo	0,0661	0,0378	0,0515
Molise	0,0193	0,0304	0,0250
Campania	0,0736	0,0513	0,0621
Puglia	0,0394	0,0128	0,0257
Basilicata	0,0486	0,0200	0,0340
Calabria	0,0398	0,0107	0,0249
Sicilia	0,0903	0,0349	0,0617
Sardegna	0,0171	0,0152	0,0161

Fonte: elaborazioni CREA Sanità su dati Ministero della Salute – SDO 2010

La variabilità si conferma in termini di degenza media: per i maschi si attesta a 17,0 giorni contro 22,2 per le femmine.
In generale le degenze medie sono più basse nel Centro (17,8 giorni) che nel Nord (16,6) e nel Sud (29,3); ma la lunghissima permanenza delle femmine si amplifica nel Sud, dove arriva a 38,4 giorni.
A livello regionale si passa dal valore minimo dei maschi in Molise (3,8 giorni) a quello massimo delle femmine del Friuli Venezia Giulia (49,3 giorni).

**Tabella 12.9 - Degenza media per Regione e sesso
Anno 2010**

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Italia	16,97	22,19	18,85
Nord	15,48	18,21	16,56
Nord-Ovest	16,43	20,27	17,96
Nord-Est	13,81	14,56	14,11
Centro	15,41	16,69	15,78
Sud e Isole	19,75	30,44	23,55
Sud	23,79	38,42	29,34
Isole	13,21	13,28	13,23
Piemonte	23,52	28,59	25,74
Valle d'Aosta	7,80	8,00	7,83
Lombardia	14,43	18,32	15,94
Pr. Aut. di Bolzano	9,50	9,10	9,28
Pr. Aut. di Trento	10,41	11,29	10,62
Veneto	15,34	14,77	15,12
Friuli Venezia Giulia	5,00	49,33	13,87
Liguria	11,75	8,95	10,72
Emilia Romagna	13,82	13,68	13,76
Toscana	8,97	8,35	8,74
Umbria	20,13	28,33	21,42
Marche	33,53	40,06	35,27
Lazio	9,56	11,16	10,01
Abruzzo	12,81	13,65	13,14
Molise	3,75	15,00	10,00
Campania	33,51	48,75	40,08
Puglia	12,36	14,21	12,87
Basilicata	13,00	12,50	12,86
Calabria	11,36	34,70	16,43
Sicilia	13,61	13,80	13,66
Sardegna	6,69	9,86	8,33

Fonte: elaborazioni CREA Sanità su dati Ministero della Salute – SDO 2010

12.2.6. Consumi farmaceutici

In Italia (2011) la spesa per i farmaci del sistema nervoso centrale (classe ATC N) ammonta a € 33,7 pro-capite, di cui il 79,9% erogato territorialmente e il resto in regime ospedaliero. A livello territoriale la spesa di classe N è di € 23,9, pari all'11,8% del totale (OsMed).

Gli antipsicotici rappresentano a valore il 18,2% della spesa di classe N, di cui il 48,1% a livello ospedaliero e il 5,9% in quello territoriale.

Gli atipici detengono il 93,1% del mercato in valore (97,5% a livello ospedaliero e 78,6% in quello territoriale). In quantità (DDD ab die), gli antipsicotici rappresentano il 10,1% dei consumi di classe N, di cui il 25,8% a livello ospedaliero e il 4,5% in quello territoriale.

Gli atipici detengono il 60,0% del mercato in quantità (75,9% a livello ospedaliero e 26,9% in quello territoriale).
Si stima (dati IMS) che fra i farmaci tipici i depot convenzionali rappresentino l'11,0% in quantità (DDD) e il 10,9% a valore. Mentre fra le molecole atipiche quelle a rilascio prolungato ammonterebbero al 4,0% in quantità (DDD) e all'11,2% in valore.

Tabella 12.10 - Spesa e consumi farmaceutici territoriali di classe A SSN Classe terapeutica N, anni 2009-2011

2011			Δ % 2011-2010				
I liv. ATC Sottogruppi	Spesa pro-capite	DDD/1000 ab die	spesa	DDD	prezzi	mix	Δ % Costo medio DDD
Totale nazionale	**202,5**	**963,3**	**-5,0**	**0,9**	**-5,9**	**0,1**	**-5,9**
N - Sistema nervoso centrale	**23,9**	**58,1**	**-0,4**	**1,6**	**-4,0**	**0,2**	**-2,0**
Antipsicotici atipici e altri	1,1	0,7	-25,5	-22,1	-1,6	-2,9	-4,4
Antipsicotici tipici	0,3	1,9	-4,9	-2,3	-1,8	-0,9	-2,7
2010			**Δ % 2010-2009**				
I liv. ATC Sottogruppi	Spesa pro-capite	DDD/1000 ab die	spesa	DDD	prezzi	mix	Δ % Costo medio DDD
Totale nazionale	**215,1**	**952,2**	**0,0**	**3,2**	**-3,1**	**0,0**	**-3,1**
N - Sistema nervoso centrale	**24,1**	**57,3**	**5,6**	**3,8**	**-1,4**	**3,2**	**1,7**
Antipsicotici atipici e altri	1,5	0,9	-16,3	-15,7	-1,0	0,4	-0,6
Antipsicotici tipici	0,3	1,9	-6,5	-1,6	-4,3	-0,7	-5,0
2009			**Δ % 2009-2008**				
I liv. ATC Sottogruppi	Spesa pro-capite	DDD/1000 ab die	spesa	DDD	prezzi	mix	Δ % Costo medio DDD
Totale nazionale	**215,3**	**926,2**	**1,6**	**3,8**	**-3,2**	**1,1**	**-2,1**
N - Sistema nervoso centrale	**22,9**	**55,4**	**4,5**	**4,7**	**-4,6**	**4,6**	**-0,2**
Antipsicotici atipici e altri	1,7	1	8,5	7,3	-1,2	2,4	1,2
Antipsicotici tipici	0,3	2	2,7	-0,4	-1,4	4,6	3,1

Fonte: OsMed, 2012

Tabella 12.11 - Spesa e consumi farmaceutici delle strutture pubbliche Classe terapeutica N, anno 2011

	Spesa lorda pro-capite	%	Δ % 11/10	DDD/1000 ab die	%	Δ % 11/10
N-Sistema nervoso centrale	**9,83**		**-0,40**	**20,90**		**4,10%**
Antipsicotici atipici ed altri	4,61	46,90	-7,00	4,10	19,50	-3,60
Anestetici generali	0,88	8,90	2,90	0,50	2,40	1,50
Farmaci anti-demenza	0,86	8,70	27,90	1,10	5,40	21,50
Farmaci usati nelle disassuefazioni	0,70	7,10	0,60	2,20	10,50	-10,00
Antiparkinson	0,57	5,80	15,60	0,60	2,90	12,70
Antiepilettici	0,39	4,00	1,10	0,90	4,20	-1,90
Altri analgesici ed antipiretici	0,39	4,00	-0,80	0,40	1,80	8,70
Farmaci anti-demenza (transdermici)	0,36	3,70	39,10	0,30	1,60	42,60
Riluzolo	0,14	1,40	2,80	<0,05	0,20	2,80
Benzodiazepine ed analoghi	0,12	1,30	-15,90	2,80	13,50	1,70
Antipsicotici tipici	0,12	1,20	-16,70	1,30	6,40	-0,80
Oppioidi maggiori	0,11	1,10	-2,10	0,40	2,10	23,80
Antidepressivi-altri	0,05	0,50	-3,00	0,40	1,80	12,90
Antidepressivi-SSRI	0,03	0,30	-21,20	1,10	5,20	0,90
Oppioidi minori/oppioidi in associazione	0,03	0,30	-4,90	0,20	1,00	-1,80

Fonte: OsMed, 2012

Si noti che sin dal 2009, a livello territoriale si assiste ad una drastica riduzione della spesa, sia per i farmaci atipici (-25,5% nel 2011) che per quelli tipici (-4,9%), in larga misura dovuta alla riduzione dei consumi (rispettivamente -22,1% e -2,3%).
Tale riduzione non è compensata dai consumi ospedalieri, che diminuiscono anche essi sia in valore (rispettivamente registrando un -7,0% per gli atipici e -16,7% per i tipici), sia in quantità (rispettivamente -3,6% e -0,8%).
L'andamento, seppure parzialmente spiegato dai tagli dei prezzi e dalle genericazioni di alcune molecole, risulta difficilmente spiegabile sul lato dei consumi.

12.2.7. Riferimenti bibliografici (più recenti)

- Berto P., Negrini C., Ferrannini L. (2008), "Analisi costo-efficacia di paliperidone ER nel trattamento delle ricadute della schizofrenia", *Farmacoeconomia e percorsi terapeutici*; 9(2).
- Blomqvist A, Leger P, Hoch J. (2006), "The cost of schizophrenia: lessons from an international comparison", *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9: 177–83.
- Cerzani M., Barbui C., Garattini L: (2007), "Le valutazioni economiche del trattamento farmacologico con antipsicotici nella schizofrenia:una rassegna degli studi italiani", *Quaderni di farmaco economia*, 2 marzo 2007.

- Decision Resources (2006), *Schizophrenia*, November 2006.
- Degli Esposti et al. (2012), "Analisi costo-conseguenze dello switch terapeutico da antipsicotici orali a risperidone a rilascio prolungato nel trattamento farmacologico della schizofrenia", *Journal of Psycopathology* 2012;18:170-176.
- De Graeve D., Peuskens J., Gillain B., Albert A., Debacke N., Van Vleymen B. (2007), "A description of direct medical costs in patient with schizophrenia and initiated on haloperidol, olanzapina or risperidone", *Acta Psychiatrica Belgica*, n: 107/4/2007: 31-39.
- Dewa C, McDaid D, Ettner S. (2007), "An international perspective on worker mental health problems: who bears the burden and how are costs addressed?", *Can J Psychiatry* 2007; 52: 346–56.
- Haddad P.M. (2010), "The cost of relapse in schizophrenia" Mind & Brain, *The Journal of Schizophrenia* 2010; 1:(2) August 2010 23-26.
- IMS, *Pharmaceuical data*, various years.
- ISS (2011), http://www.epicentro.iss.it/problemi/schizofrenia/schizo.asp.
- Knapp M., Razzouck D. (2008), "Costs of schizophrenia", *Psychiatry* 7: 11, 2008.
- Mapelli V. (2007), "Costo ed efficacia del trattamento della schizofrenia con olanzapina e risperidone: evidenze per il SSN", *Farmacoeconomia e percorsi terapeutici* (8) 2, 2007.
- Mapelli V, Bezzi R, Erlicher A, Lora A, Miragoli P. (2004), "Costi ed efficacia della cura della schizofrenia con antipsicotici tipici e atipici", *Pharmacoeconomics Italian Research Articles* 2004; 6: 15-30.
- McEvoy, J.P. (2007), "The costs of schizophrenia", *J. clin Psychiatry* 2007; 68 (suppl 14).
- NICE (2009), *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. (updated) Clinical Guideline*. Date of issue: March 2009.
- Olivares JM, Peuskensb J, Pecenak J, et al. (2009), "Clinical and resource-use outcomes of risperidone long -acting injection in recent and long-term diagnosed schizophrenia patients: results from a multinational electronic registry", *Curr Med Res Opin* 2009; 25(9): 2197–2206.
- OsMed, *L'uso dei farmaci in Italia*, vari anni.
- Panayota G., Sukhwinder S., Shitij K. (2008), "New and old antipsychotics: what effectiveness' trials tell us", *Psychiatry* 7: 11 2008.
- Ravasio R., Sanfilippo L., De Paoli G:; Cerra C:, Fratino P., Della Giovanna M: (2009), "Analisi di costo-efficacia dello switch da un antipsicotico orale a risperidone a rilascio prolungato nel trattamento dei pazienti affetti da schizofrenia", *Giornale italiano di Health Technology Assessment* 2(1) 2009.
- Rinaldi M., Perkins R. (2007), "Implementing evidence-based supported employment", *Psychiatric bullettin*, 2007 31: 244-249.
- UVEF (2010), Unità di Valutazione di Efficacia del Farmaco, Commissione terapeutica per il prontuario Regione Veneto, *scheda ZIPRASIDONE.*
- Velligan D.I. et al. (2007), " Relationships Among Subjective and Objective Measures of Adherence to Oral Antipsychotic Medications", *Psychiatric Services* 2007; 58 (9):1187-1192
- World Health Organization (2011),who.int/mental_health/management/schizophrenia

12.3. Psoriasi[5]

12.3.1. Caratteristiche e terapie

La psoriasi è una delle più comuni forme di dermatite cronica. È una malattia infiammatoria della pelle, non infettiva, di carattere cronico e recidivante: questo implica che un soggetto affetto da psoriasi ad oggi non potrà mai considerarsi "guarito", ma avrà momenti in cui gli effetti della malattia sono meno evidenti, alternati a momenti in cui la malattia si riacutizza.

La psoriasi può manifestarsi in diverse forme e diversi livelli di gravità.

In generale, la psoriasi viene normalmente classificata in "lieve", "moderata" o "grave", secondo la superficie cutanea colpita, il rossore, lo spessore e la desquamazione delle placche.

Sono stati, in particolare, sviluppati strumenti per poter definire in modo oggettivo la gravità della malattia e poter confrontarne i valori nel tempo per uno stesso paziente e tra i pazienti: la misura più utilizzata per definire il grado di severità della malattia è il PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*): questo indice si calcola in base alla gravità e all'estensione della manifestazione cutanea in 4 aree: testa, tronco, arti superiori, arti inferiori. Il PASI è calcolato valutando eritema, desquamazione ed infiltrazione, percentuale di superficie corporea interessata.

In base all'estensione e alla gravità delle lesioni presenti sul paziente si possono utilizzare diverse terapie con l'ausilio di farmaci molto diversi tra loro.

Tre approcci sono sostanzialmente possibili ed ognuno è legato ad una specifica tipologia di farmaci utilizzati: i topici, i sistemici ed i biologici.

Nelle pratica corrente, nelle forme più leggere le terapie maggiormente utilizzate sono quelle topiche nelle quali si usano soprattutto creme e unguenti, acido salicilico (cheratolitico), ditranolo, urea; questi trattamenti non sono invasivi e possono essere in gran parte utilizzati per lungo tempo senza particolari problemi. Tra i topici consideriamo anche le pomate cortisoniche, utilizzate sotto controllo medico perché, in alcuni casi, potrebbero provocare atrofia cutanea.

Nelle forme di psoriasi refrattarie alle terapie topiche e nei casi di grande estensione delle lesioni, usualmente si passa alle terapie sistemiche con farmaci che possono essere somministrati per via orale o per infusione e ai trattamenti con luce ultravioletta. I farmaci sistemici più utilizzati sono: la ciclosporina, il metotrexate, l'acitretina associata spesso all'etretinato. Ciclosporina e metotrexate, farmaci che modificano la risposta immunitaria, devono essere somministrati sotto controllo medico e richiedono controlli costanti per escludere la presenza di infezioni che potrebbero proliferare velocemente durante l'assunzione di tali farmaci. La modalità di somministrazione più usuale è quella orale, ma in alcuni casi, specificatamente per il metotrexate, si può optare per una somministrazione sottocutanea.

[5] *Paragrafo a cura di: d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F.*

A questo livello di severità un'altra opzione terapeutica può essere la fototerapia.
Nei casi in cui il paziente non mostra una risposta adeguata alle terapie sistemiche o presenta delle controindicazioni o è intollerante a essi, è previsto l'uso terapeutico con farmaci biologici.
I farmaci biologici interferiscono in modo selettivo, a vari livelli e con modalità di azione differenti, nei processi immunologici che scatenano e sostengono la psoriasi.

12.3.2. Impatto epidemiologico

La psoriasi, secondo alcune statistiche (*World psoriasis Day consortium*, 2006), si rivela una malattia piuttosto diffusa, che colpisce più frequentemente gli individui dei Paesi a forte sviluppo industriale con un'incidenza pari al 2,3%. Si rileva, inoltre, che tra il 10 e il 30% delle persone con la psoriasi sviluppano anche artrite psoriasica.
I soggetti con familiarità per psoriasi mostrano la tendenza ad un più precoce esordio della malattia; l'esordio precoce, tra l'altro, è frequentemente associato ad un maggior rischio di eventi cardiovascolari, nonché sintomi depressivi.
Inoltre, il rischio di sviluppare la psoriasi nel corso della vita risulta circa 3 volte maggiore nei discendenti di soggetti affetti precocemente da questa malattia rispetto ai discendenti di coloro che l'avevano sviluppata dopo i 30 anni.
L'esordio precoce della psoriasi si accompagna anche ad una maggiore gravità delle manifestazioni, sia come percentuale di superficie cutanea interessata sia come risposta favorevole ai trattamenti.
Sono state osservate alcune differenze nei due sessi, risultando più precoce l'insorgenza nel sesso femminile (picco giovanile di insorgenza fra 5 e 9 anni) che in quello maschile (picco giovanile di insorgenza fra 15 e 19 anni).
La prevalenza della malattia nei due sessi nell'età adulta risulta invece sovrapponibile.
I dati di incidenza riferiti alla popolazione risultano piuttosto carenti.
La forma più comune di psoriasi è quella volgare o a placche, che si presenta nell'80% dei casi ed è caratterizzata dalla presenza di chiazze desquamanti, rotondeggianti, eritematose, essiccate, di varie dimensioni, ricoperte da scaglie bianco grigiastre o bianco

Tabella 12.12 - Prevalenza della psoriasi in differenti Paesi e popolazioni[6]

Area geografica	Tasso di prevalenza
Giappone	0,3%-1,2%
Norvegia	1,40%
Croazia	1,55%
Regno Unito	1,60%
Ex Unione Sovietica	2,00%
Australia	2,60%
Spagna	3,70%
USA	4,60%
Canada	4,70%
Scozia	4,80%
Irlanda	5,50%
Germania	6,50%

Fonte: Cimmino et al., 2007

argentate, nettamente circoscritte.
Saraceno et al. (2006) hanno condotto uno studio per valutare la prevalenza della psoriasi in Italia ed identificare le differenze tra le diverse Regioni. In particolare è stato somministrato un questionario in formato elettronico a un campione di 3.500 famiglie, rappresentativo delle venti Regioni italiane.
Dall'indagine è emerso che il 52% del campione conosceva qualcuno che soffriva di psoriasi, il 33% lo conosceva "molto bene" e il 2,9% dichiarava di soffrire di psoriasi.
Il 31% degli individui che soffrivano di psoriasi ha in particolare dichiarato che l'influenza della patologia sulla qualità della propria vita era elevata. Le Regioni con la prevalenza più elevata sono risultate il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e l'Emilia Romagna, mentre la Sardegna è risultata la Regione con la prevalenza più bassa.

[6] *I dati contenuti nella tabella devono essere interpretati con cautela, in quanto la maggior parte degli studi non sono population based.*

Figura 12.1 -Prevalenza psoriasi per Regione

Fonte: Saraceno et al 2008

12.3.3. Impatto economico: studi *cost of illness*

A causa dell'elevata prevalenza della psoriasi nella popolazione generale la sua gestione in termini di costi sanitari e sociali risulta di grande rilevanza per la collettività.
Già nel 2004, negli USA si spendevano $ 4,5 mld. all'anno per il trattamento dei pazienti psoriasici.

Uno studio comparativo (Finzi AF., 2007) ha analizzato il trattamento della psoriasi grave (circa il 27-30% dei pazienti psoriasici) in 7 Paesi europei (Francia, Germania, Olanda, Spagna, Svezia, Inghilterra e Italia), rilevando un costo medio annuo per paziente che va da € 2.981 in Francia a € 6.595 in Svezia, con un valore pari a € 3.712 in Italia. Tali cifre sottostimano i costi , in quanto lo studio non ha considerato i costi sostenuti direttamente dai pazienti, i costi dei pazienti che hanno la psoriasi come diagnosi secondaria, e neppure i costi del trattamento degli eventuali effetti collaterali delle terapie.
Lo studio *cost of illness* di Colombo et al. (2008) ha stimato per la psoriasi moderata e severa in Italia un costo per il SSN pari a € 853.515, pari allo 0,001% della spesa sanitaria totale nel 2007, segnalando che i costi per l'ospedalizzazione sono predominanti, seguiti dagli esami di laboratorio e dalla terapia sistemica per un totale medio annuo di € 8.372 per paziente di cui il 68% (€ 5.690) costi diretti. Si consideri che nel lavoro non sono stati arruolati pazienti sottoposti a terapia farmacologica con biologici, e quindi il dato è certamente sottostimato rispetto alla realtà attuale.
Secondo il CESAV (2008), che ha ipotizzato una prevalenza della malattia pari al 3% alla popolazione italiana di età compresa tra i 20 e gli 80 anni, i costi diretti annui sostenuti dal SSN nell'anno 2008, per paziente con psoriasi moderata e severa sono stimati in € 4.565,5 (94,6% farmaci, 3,8% e 1,6%, rispettivamente assistenza ambulatoriale e ospedaliera): complessivamente il costo, nell'ottica del SSN, della psoriasis vulgaris in Italia, relativamente ai soli pazienti medio gravi, risulterebbe quindi corrispondente a € 680 mln.
Anche per Finzi et al. (2007), sono proprio i ricoveri ospedalieri a costituire la componente di costo più rilevante nel trattamento della psoriasi, seguita dalla spesa per trattamenti sistemici, non avendo però considerato l'impatto economico legato agli agenti biologici.
Va considerato che con l'avvento dei biologici è fortemente aumentata la componente di costo farmacologico, mentre tende a diminuire l'utilizzo del ricovero ospedaliero, anche per effetto dell'introduzione di forme di finanziamento prospettico degli ospedali. Secondo Calzavara Pinton (2011) il trattamento della psoriasi tra il 2001 e il 2009 è passato dall'"*inpatient* all'*outpatient*": sono diminuiti i posti letto nei reparti di dermatologia e quindi i ricoveri mentre è aumentata in maniera consistente l'attività ambulatoriale.

12.3.4. Analisi costo-efficacia

Nel presente sottoparagrafo si affronterà il tema della costo-efficacia limitando l'analisi alle terapie biologiche.
Possiamo immediatamente notare che i biologici hanno ampiamente dimostrato la loro costo-efficacia: in particolare il NICE ha prodotto vari *technology appraisal* sui biologici utilizzando le evidenze degli studi registrativi.
Nel primo report (2006), il NICE ha analizzato il rapporto costo-utilità di Etanercept ed Efalizumab nelle indicazioni autorizzate per il trattamento della psoriasi, concludendo che Efalizumab era più costoso e meno efficace di Etanercept 25mg×2 a settimana, terapia intermittente: l'ICER (*Incremental Cost Effectiveness Ratio*) è risultato rispettivamente di £ 24.346 e £ 15.297 per QALY guadagnato. L'ICER di Etanercept 25mg×2 terapia continua e di Etanercept 50mg×2 terapia intermittente risulta invece rispettivamente pari a £ 23.905 e £ 43.395.

In base alle evidenze cliniche disponibili, Etanercept è stato, quindi, raccomandato dal NICE per il trattamento di adulti affetti da psoriasi, con punteggio PASI ≥10 e DLQI > 10, non rispondenti o intolleranti o con controindicazioni alla terapia sistemica con ciclosporina, metotrexato o PUVA.
Nel 2008, il NICE ha poi esteso la valutazione a Infliximab, che è stato raccomandato per il trattamento di adulti affetti da psoriasi grave (PASI > 20 e DLQI > 18), non rispondenti o intolleranti o con controindicazioni alla terapia sistemica.
Sempre nel 2008 il NICE ha valutato Adalimumab concludendo che l'ICER per QALY guadagnato (rispetto alla *supportive care*) è pari a £ 30.500 e che Adalimumab domina Etanercept somministrato con terapia continuativa.
Lo stesso report riporta che l'ICER per Etanercept vs. la *supportive care* passa da £ 37.300 per la terapia continuativa a £ 27.600 per la terapia intermittente.
Nel 2009 il NICE ha poi valutato Ustekinumab confrontandolo con Etanercept, Adalimumab e Infliximab.
Le linee guida del NICE raccomandano che Ustekinumab venga usato per i pazienti che non rispondono alle terapie sistemiche o che ne sono intolleranti e con PASI e DLQI entrambi maggiori di 10. Inoltre il trattamento con Ustekinumab va interrotto se il paziente non risponde adeguatamente alla terapia dopo 16 settimane di trattamento e quindi non si osserva una riduzione del 75% del punteggio PASI o una riduzione del 50% del punteggio PASI e di 5 punti di quello DLQI.
La dose standard di Ustekinumab è di 45 mg., tuttavia per i pazienti con peso maggiore di 100 kg. è necessaria una dose di 90 mg. che per tali pazienti verrà comunque dispensata allo stesso prezzo di quella da 45 mg..
L'ICER per QALY guadagnato di Ustekinumab (rispetto alla supportive care) è pari a $ 29.587; l'ICER per Ustekinumab comparato con Etanercept 25 mg. ad uso intermittente è pari a $ 27.105. L'ICER per Infliximab comparato con Ustekinumab è $ 304.556 per QALY guadagnato.
Ustekinumab domina Adalimumab ed Etanercept se somministrati con terapia continuativa.
Successivamente sono numerosi gli studi che hanno riverificato la costo-efficacia dei farmaci biologici per il trattamento della psoriasi.
Il principale difetto degli *appraisal* delle Agenzie nazionali è quello di non considerare l'impatto dei costi indiretti e quindi dei costi a carico della società.
È stata recentemente dimostrata l'importanza della psoriasi in termini di implicazioni economiche sui familiari del paziente e / o *caregiver*.
I costi della psoriasi vanno, quindi, oltre quelli sanitari a carico del SSN: è di conseguenza opportuno considerare complessivamente l'impatto della patologia sul paziente e sulla sua famiglia, valutando i costi indiretti, ovvero le perdite di produttività, come anche i costi di trasporto, e il tempo impiegato per la cura della patologia.
L'impatto della psoriasi sulla Società è rilevante: già nel 2004 in USA si stimavano costi indiretti, dovuti alla perdita di produttività, per $ 1,2 mld. (The Lewin Group, 2008).
Analizzando le evidenze riferite a Paesi Europei, con una particolare attenzione ai costi indiretti, rileviamo una forte variabilità: nel sistema spagnolo, per pazienti in terapia pre-

valentemente topica, il costo indiretto annuo ammonterebbe a € 188,5, mentre in uno studio tedesco (pazienti in terapia topica e sistemica) sarebbe risultato mediamente equivalente a € 1.440,0.
Per quanto concerne l'Italia, lo studio *cost of illness* di Colombo et al. (2008) ha stimato per l'anno 2004 che la psoriasi moderata e severa generasse costi indiretti pari al 32% dei costi medi annui totali, per un valore annuo per paziente di € 2.681,5.
Secondo lo studio del CESAV (2008) la perdita di produttività annuale è stata stimata in 5,2 giorni per ogni paziente, con un costo indiretto medio per l'anno 2008 stimabile in € 224,1. Complessivamente, la stima del costo della psoriasis vulgaris in Italia, relativamente ai soli pazienti medio gravi, risulterebbe quindi corrispondente a € 705,8 mln. dal punto di vista della Società.
Da uno studio condotto da Spandonaro et al. (2013 in via di pubblicazione) su dati di 12 Centri specializzati (Psocare[7]) collocati su tutto il territorio italiano è emerso come nella pratica clinica reale di importanti Centri nazionali, si confermano le evidenze di accettabilità sociale (costo per QALY) della terapia biologica, valutate in letteratura con modelli e sulla base dei *trials* su popolazioni controllate.
Nell'analisi sono stati arruolati pazienti che, a discrezione del Centro PSOCARE curante (tra i 12 considerati), erano eleggibili ad iniziare la terapia con un farmaco biologico: a partire dall'11 Maggio 2009 fino al 31 Dicembre 2009 sono stati arruolati tutti i pazienti che sono entrati in terapia per la prima volta o che hanno ripreso la terapia dopo almeno un anno di interruzione.
L'ICER del trattamento nell'ottica del SSN con molecole biologiche della psoriasi a placche, nella pratica clinica dei Centri partecipanti al progetto, è risultata pari a € 28.656,3 per QALY guadagnato: valore ritenuto socialmente accettabile secondo le principali agenzie di HTA.
Tale valore, sebbene qui riferito al primo anno di trattamento, risulta inferiore a quelli riscontrati nella letteratura internazionale, e considerati nelle valutazioni registrative, peraltro riferiti a studi con gruppo di controllo.
Si conferma altresì un significativo miglioramento di tutti i parametri clinici oggettivi e soggettivi presi in considerazione. Nel periodo di osservazione dello studio, per quanto limi-

[7] *Il progetto Psocare nasce da un programma promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) condotto in collaborazione con le società scientifiche dermatologiche, con le associazioni dei pazienti e coordinato per la parte tecnica dal Centro Studi GISED. Psocare partiva della considerazione che, ad oggi, le strategie terapeutiche per la psoriasi abbiano risposto ad abitudini o comportamenti invalsi tra i medici più che a chiare risposte di efficacia. Il progetto intendeva, perciò, valutare i risultati e la sicurezza a lungo termine delle cure disponibili. L'approccio utilizzato si basa sul confronto della resa di strategie assistenziali differenti, volendone stimare in modo realistico i benefici e i rischi. Le informazioni raccolte nell'ambito del progetto Psocare rappresentano, quindi, un patrimonio di grande rilevanza ai fini della valutazione degli esiti dell'assistenza ai pazienti psoriasici.*

tato, i risultati appaiono anche migliori di quanto mediamente evidenziato in letteratura.
Anche i miglioramenti della HQoL, direttamente rilevati sui pazienti dei Centri, sono risultati significativi. Nelle valutazioni effettuate, in particolare nel calcolo degli ICER, trattandosi di uno studio osservazionale senza gruppo di controllo, si è adottata una ipotesi sostanzialmente conservativa, assumendo che, senza il passaggio al farmaco biologico, la condizione di salute dei pazienti, così come i costi sostenuti, rimangano costanti.

Tabella 12.13 - Benefici clinici e di qualità della vita

	HQoL			PASI		
	Arruol.	**Follow-up**	**p-value**	**Arruol.**	**Δ**	**p-value**
Totale	0,6	0,9	0,000	21,6	9,0	0,000
	VAS dolore			**VAS prurito**		
	Arruol.	**Δ**	**p-value**	**Arruol.**	**Δ**	**p-value**
Totale	28,5	8,8	0,000	31,7	7,7	0,000

Il principale limite dell'analisi è la limitatezza del periodo di osservazione, che non ha permesso di apprezzare completamente l'impatto delle sospensioni della terapia biologica, né dell'eventuale intermittenza delle terapie. Inoltre, va esplicitata una nota di cautela sulla trasferibilità dei risultati, in quanto i Centri partecipanti sono reparti specializzati, monitorati nell'ambito del progetto PSOCARE e, quindi, presumibilmente maggiormente attenti all'appropriatezza delle scelte terapeutiche: lo studio dimostra però che un corretto utilizzo delle terapie biologiche si conferma costo efficace anche nella pratica clinica e quindi su popolazioni "reali" di pazienti.
Anche dall'analisi sulla *real practice* emerge l'importanza dei costi indiretti.
Ante arruolamento, i pazienti hanno dichiarato di avere perso mensilmente 1,0 giornata di lavoro per problemi legati alla malattia. E per 1,5 giornate mensili i pazienti dichiarano una ridotta capacità lavorativa. Il supporto che viene chiesto ad amici o parenti è comunque relativamente limitato: 0,7 giorni al mese. Nel periodo di osservazione, dopo il passaggio alla terapia con farmaci biologici, i pazienti hanno dichiarato di avere perso mensilmente 0,4 giornate di lavoro per problemi legati alla malattia; inoltre per 0,3 giornate mensili i pazienti registrano una ridotta capacità lavorativa; viene, infine, chiesto supporto ad amici o parenti per 0,2 giorni al mese.
Riassumendo, i costi annui prima del passaggio alla terapia biologica risultano pari a € 8.806,6 per paziente, di cui il 35,1% per costi diretti sanitari, il 19,9% per costi diretti non sanitari e il 45,0% per costi indiretti. In particolare € 2.166,2 (24,6%) sono costi a carico del SSN.
Con il passaggio alla terapia biologica, nel primo anno i costi salgono a € 17.200,0 per

Tabella 12.14 - Giornate mediamente perse annualmente per paziente a causa della malattia

	Giornate di lavoro (studio) perse a causa della terapia per paziente		Giornate in cui ha avuto una ridotta capacità produttiva anche se si è recato a lavoro (scuola, università, ecc) per paziente		Giornate in cui ha rinunciato a svolgere attività ricreative a causa della malattia (sport, shopping, incontrare amici, altri hobby, etc.) per paziente		Giornate di lavoro (studio) perse da familiari/amici causa della malattia per paziente	
	Ante Arruol.	*Follow-up*	Ante Arruol.	*Follow-up*	Ante Arruol.	*Follow-up*	Ante Arruol.	*Follow-up*
Totale	12,38	4,36	17,96	4,02	31,62	10,99	7,89	2,00

	Costi indiretti		
	Ante Arruol.	*Follow-up*	p-value
Totale	3.960,07	1.133,40	0,000

paziente di cui l'89,3% per costi diretti sanitari, il 4,1% per costi diretti non sanitari e il 6,6% per costi indiretti. In particolare, la radicale riduzione dei costi non sanitari porta al 87,6% (€ 15.073,7) la quota di costi a carico del SSN.
Nell'ottica della Società si stima un incremento dei costi medi annui per paziente pari a € 8.393,4.

Tabella 12.15 - Costi totali medi annui per paziente Valori in €

Voce	Ante passaggio alla terapia biologica	Primo anno di terapia biologica
Costi sanitari diretti	3.094,36	15.365,38
di cui a carico del SSN	70,00%	98,10%
Costi non sanitari diretti	1.752,19	701,28
Costi indiretti	3.960,07	1.133,40
Costi totali nella prospettiva della società	8.806,62	17.200,06
Costi totali nella prospettiva del SSN	2.166,18	15.073,76

12.3.5. Utilizzazione dei servizi e consumi farmaceutici

Il presente paragrafo analizza l'attività ospedaliera nazionale e regionale legata alla psoriasi, in termini di numero di ricoveri, distinti per regime, tipologia di struttura, tassi di ricovero, distribuzione dei ricoveri per fasce d'età, sesso, e tipo di procedura adottata.

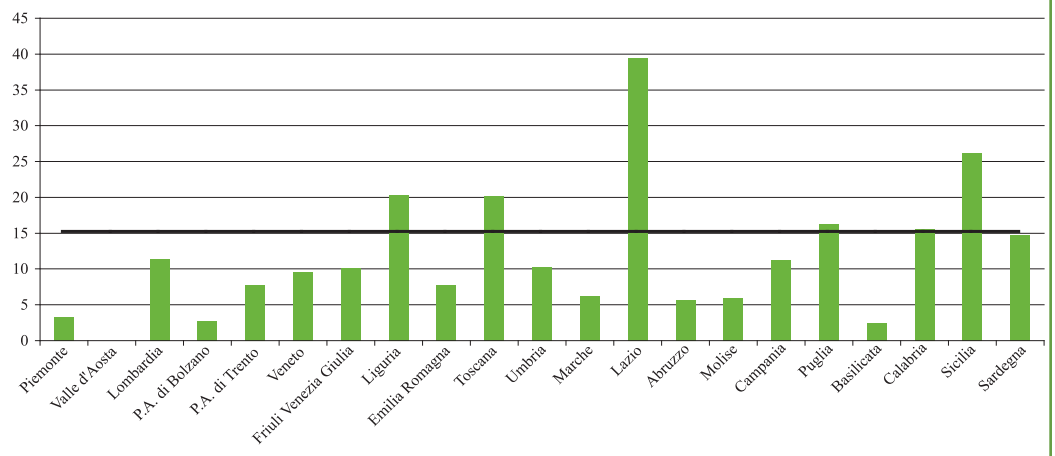
A tal fine sono state effettuate elaborazioni ad hoc del database Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute, relativamente agli anni 2008 e 2010 (ultimo disponibile). L'analisi ha riguardato i ricoveri distinti per Regione, regime di ricovero, tipologia di struttura erogante nonché genere. In particolare, attraverso l'informazione della Regione di residenza dei pazienti, si è cercato di risalire all'incidenza dei ricoveri distinta per Regione, sesso e fasce di età; con quella sulla Regione di ricovero si è cercato di analizzare la "produzione" regionale ovvero i DRG di afferenza, il tipo di ricovero (ordinario o diurno), la degenza media, la tipologia di struttura erogante la prestazione.

Nel 2010 sono stati ricoverati 9.020 pazienti con diagnosi principale "Altre psoriasi e parapsoriasi" (-22,09% rispetto al 2008).

Rapportando la casistica alla popolazione, nel 2010 ogni 100.000 abitanti sono stati fatti 15,03 ricoveri (ordinari e diurni) con diagnosi principale di "Altre psoriasi e Parapsoriasi" (19,50 per 100.000 ab. nel 2008). Gli interventi risultano essere più incidenti nel Lazio (39,38 per 100.000 ab.), in Sicilia (26,23 per 100.000 ab.) in Liguria (20,35 per 100.000 ab.) ed in Toscana (20,19 per 100.000 ab.) e meno incidenti in Valle d'Aosta (0,00 per 100.000 ab.), Basilicata (124,38 per 100.000 ab.), nella P. A. di Bolzano e in Piemonte (3,35 e 10,4 per 100.000 ab. rispettivamente). La variabilità regionale è difficilmente spiegabile; è probabile un maggior ricorso al trattamento ambulatoriale nel Nord.

Il 64,40% dei ricoveri per questa patologia (anno 2010) è riferito alla popolazione maschile. Il tasso di ricovero per gli uomini è 1,70 volte superiore a quello riscontrato nella popolazione femminile (18,80 per 100.000 ab. e 11,03 per 100.000 ab. rispettivamente).

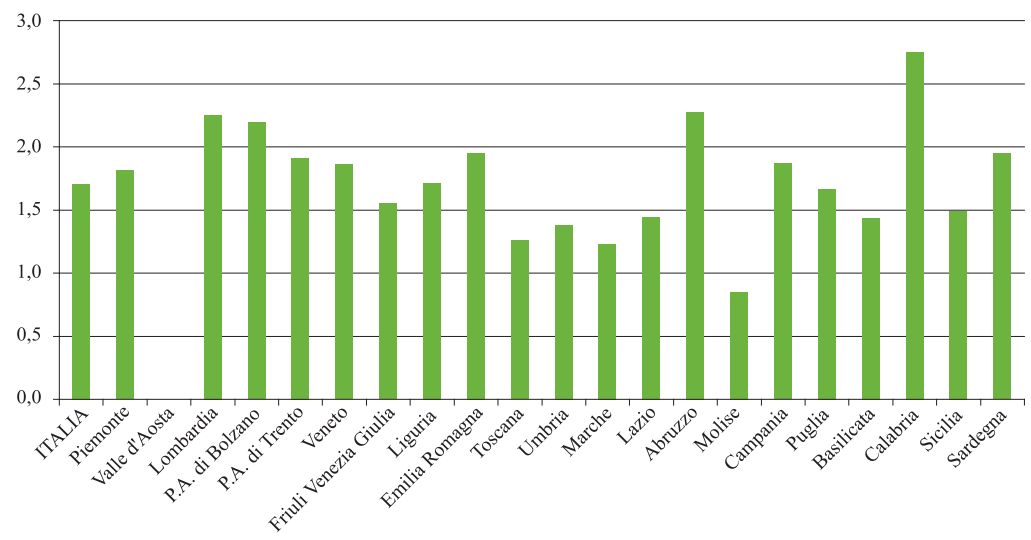
Figura 12.2 - Psoriasi, tasso di ricovero (ordinario e *day hospital*) per Regione di residenza del paziente
Valori per 100.000 abitanti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

Analizzando il fenomeno a livello regionale si riscontra come Calabria, Abruzzo, Lombardia e P.A. di Bolzano sono le Regioni in cui il rapporto uomini-donne risulta essere particolarmente superiore alla media nazionale (rispettivamente 2,75, 2,27, 2,25, 2,19); Molise, Marche e Toscana, rispettivamente con 0,85, 1,23 e 1,26, risultano invece essere le Regioni il cui rapporto risulta essere maggiormente inferiore alla media.
Per quanto concerne l'attività di ricovero ospedaliero, in strutture pubbliche e private accreditate, si è proceduto ad un'analisi della "produzione" afferente a questa patologia, basata sulla Regione di ricovero dei pazienti.
L'82,3% dei ricoveri aventi come diagnosi principale il "Altre psoriasi e Parapsoriasi" risultano associati al DRG 273 "'Malattie maggiori della pelle senza CC"; circa il 16,5%

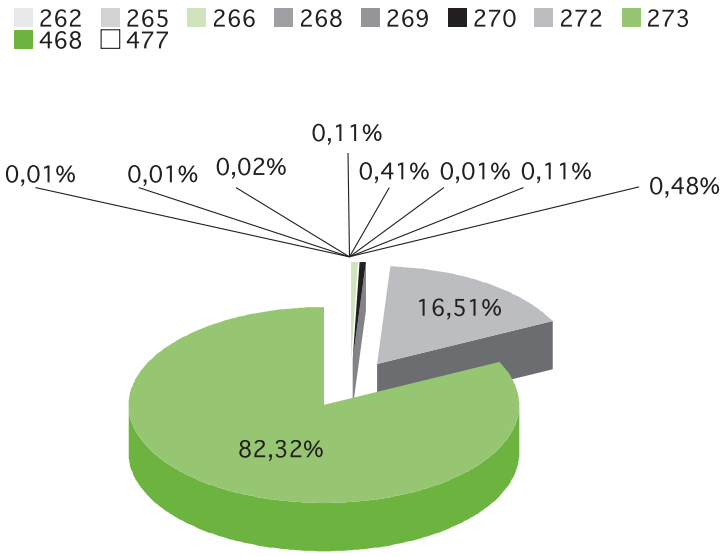
Figura 12.3 - Tasso di ricovero (ordinario e *day hospital*), rapporto di genere per Regione di residenza del paziente
Valori per 100.000 abitanti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

al DRG 272 "'Malattie maggiori della pelle con CC" mentre la quota appartenente agli altri DRG appare residuale.
Nel 2010, il 51,2% dei ricoveri avviene in regime diurno: la quota dei ricoveri diurni varia tra il 91,5% della Liguria, seguita dall'Abruzzo con il 90,7%, ed il 7,1% della P. A. di Bolzano.
La riduzione media del 22,1% rispetto al 2008, ha interessato tanto il regime ordinario quanto quello diurno (rispettivamente -22,9% e -21,3%).

Figura 12.4 - Ricoveri per DRG
Valori %, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

Tale fenomeno è presumibilmente attribuibile al *trend* di deospedalizzazione, con conseguente passaggio al regime ambulatoriale.
Nel biennio 2008-2010 tutte le Regioni, ad esclusione della P. A. di Bolzano, hanno visto ridursi i propri tassi di ricovero: si passa da riduzioni massime in Molise e Calabria (rispettivamente -58,1% e -45,7%) a riduzioni minime in Puglia e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente -2,5% e -3,8%).

**Tabella 12.16 - Distribuzione regionale dei ricoveri diurni
Ottica "produzione"
Valori %, anno 2010**

Regione di ricovero	Regime diurno
Italia	51,2%
Piemonte	8,7%
Valle d'Aosta	
Lombardia	75,7%
P.A. di Bolzano	7,1%
P.A. di Trento	68,3%
Veneto	61,5%
Friuli Venezia Giulia	39,7%
Liguria	91,5%
Emilia Romagna	69,0%
Toscana	60,8%
Umbria	59,1%
Marche	9,2%
Lazio	28,9%
Abruzzo	90,7%
Molise	84,2%
Campania	44,6%
Puglia	14,2%
Basilicata	57,1%
Calabria	41,7%
Sicilia	81,4%
Sardegna	14,2%

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

La degenza media ordinaria a livello nazionale è pari a 3,4 giornate: nelle strutture del Meridione si riscontra una degenza notevolmente superiore rispetto alla media nazionale (in Sardegna la degenza arriva a 8,4 giornate, più del doppio di quella nazionale).

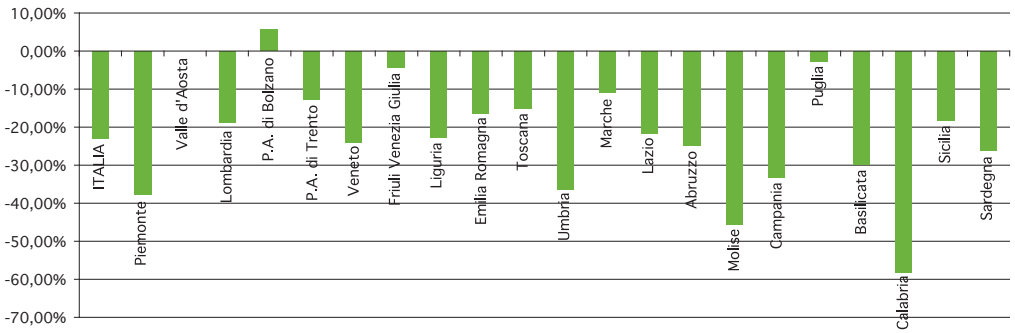
**Tabella 12.17 - Variazione dei ricoveri per regime di ricovero
Ottica "produzione"
Valori %, anni 2010/2008**

Regione di ricovero	Regime ordinario	Regime diurno	Totale
Italia	-22,9%	-21,3%	-22,1%
Piemonte	-28,4%	-72,3%	-37,1%
Valle d'Aosta	0,0%	0,0%	0,0%
Lombardia	-11,7%	-18,9%	-17,3%
P.A. di Bolzano	8,3%	0,0%	7,7%
P.A. di Trento	-45,8%	27,3%	-10,9%
Veneto	-14,6%	-27,6%	-23,1%
Friuli Venezia Giulia	10,1%	-19,4%	-3,8%
Liguria	-3,4%	-23,8%	-22,4%
Emilia Romagna	-16,7%	-13,3%	-14,4%
Toscana	-14,5%	-13,9%	-14,1%
Umbria	5,6%	-49,1%	-35,4%
Marche	-13,6%	28,6%	-10,9%
Lazio	-27,6%	6,6%	-20,2%
Abruzzo	-70,8%	-9,3%	-24,2%
Molise	50,0%	-51,5%	-45,7%
Campania	-10,8%	-48,9%	-33,0%
Puglia	-12,2%	193,8%	-2,5%
Basilicata	20,0%	-46,7%	-30,0%
Calabria	-53,5%	-63,3%	-58,1%
Sicilia	-23,1%	-16,8%	-18,1%
Sardegna	-26,4%	-22,2%	-25,8%

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

Nel corso del biennio 2008-2010 la degenza media è rimasta stabile a livello nazionale. Per quanto concerne la tipologia di strutture di ricovero nelle quali vengono effettuati gli interventi, a livello nazionale si nota una forte concentrazione dei ricoveri in ospedali a gestione diretta (27,6%), IRCCS (23,8%) e Aziende ospedaliere (23,1%); una fetta notevole di ricoveri, pari al 20,8%, viene poi effettuata in Policlinici Universitari, il 4,1% in Ospedali Classificati e lo 0,4% in case di cura private, accreditate e non.

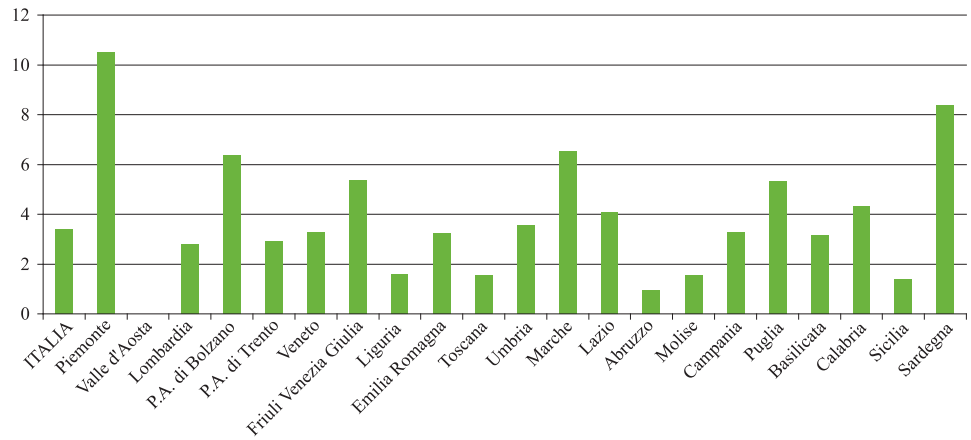
Figura 12.5 - Tassi di ricovero regionali (ordinario e day hospital)
Ottica "produzione"
Variazioni %, anni 2010/2008



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

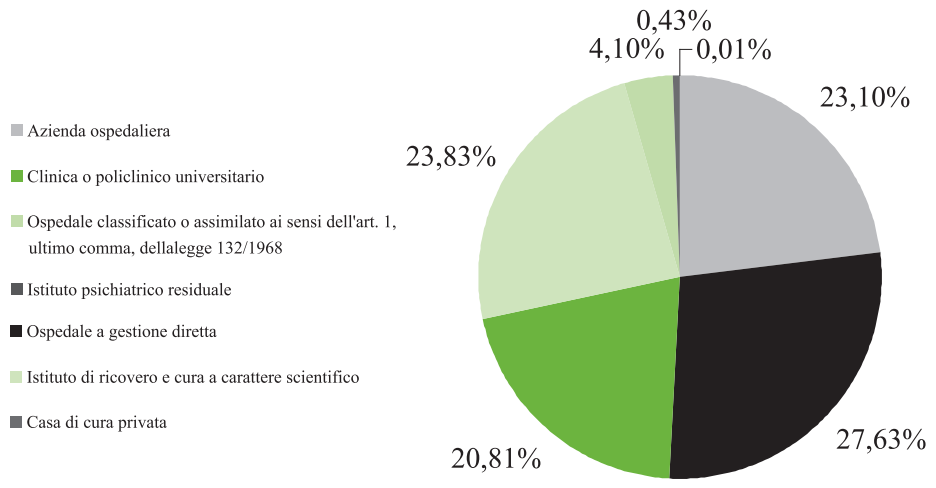
Il valore della produzione relativa all'anno 2010, secondo le ultime tariffe nazionali massime, risulta essere pari a € 16.851.212 di cui il 36,2% è associata ai ricoveri diurni, lo 0,1% agli ordinari di 0-1 giorno, il 62,8% agli ordinari con più di una giornata di ricovero e lo 0,9% a quelli oltre soglia. Risulta importante sottolineare che nella nuova tariffazione è stata fatta una distinzione in termini di costo tra ricoveri ordinari di 0-1 giorno e di più di 1 giorno.

Figura 12.6 - Degenza media ordinaria
Valori assoluti, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

Figura 12.7 - Distribuzione dei ricoveri per tipologia di struttura
Valori %, anno 2010



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO

Tabella 12.18 - Valore della produzione
Valori assoluti (€), anno 2010

	Valore a tariffe 2011
Valore della produzione	€ 16.851.212

Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Ministero della Salute

Complessivamente, il valore medio per caso trattato si attesta a € 1.853,8 con le nuove tariffe.

Passando all'analisi dei consumi farmaceutici si osserva come, tra il 2010 e il 2011, la prescrizione degli antipsoriasici (Acitretina, Calcipotriolo, Calcipotriolo + Betametasone, Calcitriolo Tacalcitolo, Tazarotene) è rimasta pressoché stabile (-0,2%): si osserva un modesto aumento nella prescrizione di Calcipotriolo+betametasone (+5,1%) compensato da una riduzione dell'utilizzo di Calcipotriolo (-13,5%) e Tacalcitolo (-10,0%).

Tale andamento prescrittivo è sostanzialmente spiegabile con il consolidarsi delle linee guida per la gestione della psoriasi a placche di grado moderato severo che prevede inizialmente il trattamento sistemico con Metotrexate, Ciclosporina e PUVA e solo in seguito una terapia con anticorpi monoclonali (Infliximab, Adalimumab, Etanercept ed Ustekinumab).

Tabella 12.19 - Effetto consumi, prezzi e "mix" sulla variazione della spesa farmaceutica territoriale di classe A-SSN (2011 vs 2010)

	Spesa pro-capite	DDD/1000 ab die	Delta % Spesa	DDD	Prezzi	Mix	Delta % costo medio DDD
Antipsoriasici	0,7	2,0	-0,2	-0,2	0,0	0,0	0,0

Fonte: Rapporto OSMED 2011

Tabella 12.20 - Spesa e consumi territoriali degli antipsoriasici Valori assoluti (€) e %, anno 2011

	Spesa lorda pro-capite	%	Delta % 11/10	DDD/1000 ab die	%	Delta % costo medio DDD
Calcipotriolo	0,1	10,7	-13,5	0,4	9,5	-13,5
Calcipotriolo + betametasone	0,4	43,7	5,1	1,4	33,1	5,1
Tacalcitolo	0,1	6,7	-10	0,1	3,3	-10

Fonte: Rapporto OSMED 2011

Per questi farmaci, tenendo conto che per lo più hanno indicazione anche per l'artrite psoriasica, l'artrite reumatoide e anche il morbo di Chron, la spesa pro-capite per Etanercept e Adalimumab è pari in entrambi i casi a € 3,2 pro-capite (12,3% del totale spesa per farmaci biologici); i farmaci si collocano rispettivamente al secondo e terzo posto per spesa fra i principi attivi del gruppo degli immunosoppressori biologici e in crescita rispetto all'anno precedente (rispettivamente +4,4% e + 11,4%). Infliximab si posiziona al nono posto con una spesa pro-capite pari a € 1,6 (6,1% del totale spesa per farmaci biologici) in riduzione rispetto all'anno precedente (-8,0%).
La spesa per Ustekinumab è pari nel 2011 a € 0,2 pro-capite in evidente crescita rispetto all'anno precedente (+253,7%).
Tutti i farmaci biologici sono soggetti ad attento monitoraggio della sicurezza visti i segnalati rischi di aumento delle infezioni e i fenomeni di tipo allergico legati alla produzione di anticorpi.

È opportuno specificare che nei prossimi anni sia Etanercept che Infliximab perderanno la copertura brevettuale: pertanto, la possibilità che sul mercato giungano dei prodotti biosimilari porterà ad un abbassamento dei prezzi.

Tabella 12.21 - Farmaci biologici, erogazione attraverso le strutture pubbliche per sostanza
Valori assoluti (€) e %, anno 2011

	Spesa lorda pro-capite	Delta % 11/10	DDD/1000 ab die	Delta % 11/10
Etanercept	3,2	4,4	0,3	4,2
Adalimumab	3,2	11,4	0,2	10,8
Infliximab	1,6	-8,0	0,2	-8,1
Ustekinumab	0,2	253,7%	n.d.	n.d.

Fonte: elaborazioni CREA Sanità su dati Ministero della Salute SDO 2010

12.3.6. Riferimenti bibliografici (più recenti)

- Anis AH, Bansback N, Sizto S, Gupta SR, Willian MK, Feldman SR. (2010), "Economic evaluation of biologic therapies for the treatment of moderate to severe psoriasis in the United States", *J Dermatolog Treat*, 2010 May 5.
- Berger K, Ehlken B, Kugland B, et al. (2005), "Cost-of-illness in patients with moderate and severe chronic psoriasis vulgaris in Germany", *J Dtsch Dermatol Ges*, 3:511–8.
- Carey W, Glazer S, Gottlieb AB, et al. (2006), "Relapse, rebound, and psoriasis adverse events: an advisory group report", *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 (4 Suppl. 1): S171-81.
- Colombo GL, Altomare GF et. Al. (2008), "Moderate and severe plaque psoriasis: cost-of-illness study in Italy", *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2008:4(2) 1–10.
- De Portu S, Del Giglio M, Altomare G, Arcangeli F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Lotti T, Martini P, Peserico A, Simonacci M, Vena GA, Girolomoni G. (2010), "Cost-effectiveness analysis of TNF-alpha blockers for the treatment of chronic plaque psoriasis in the perspective of the Italian health-care system", *Dermatol Ther*. 2010 Jan-Feb;23 Suppl 1:S7-13.
- Esposito M, Saraceno R, Giunta A,Maccarone M, Chimenti S. (2006), "An Italian study on psoriasis and depression", *Dermatology* 2006: 212: 123–127.
- Finlay AY. (2005), "Current severe psoriasis and the Rule of Tens", *Br J Dermatol*., 152:861–7.
- Finzi A.F. Lloyd A., Scott D.A., Singh A., Ganguly R. (2004), "psoriasi: costo del trattamento della psoriasi grave in 7 paesi europei", citato da Degennaro E., *Psoriasi: aspetti sociali ed economici*, Roma, Marzo 2007.
- Fonia A, Jackson K, Lereun C, Grant DM, Barker JN, Smith CH. (2010), "A retrospective

cohort study of the impact of biologic therapy initiation on medical resource use and costs in patients with moderate to severe psoriasis", *Br J Dermatol*. 2010 Oct;163(4):807-16. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.09944.x.

- Gisondi P, Girolomoni G. (2009), "psoriasis and atherothrombotic diseases: disease-specific and non-disease-specific risk factors", *Semin Thromb Hemost* 2009: 35: 313–324.
- Gordon KB, Gottlieb AB, Leonardi CL, et al. (2006), "Clinical response in psoriasis patients discontinued from and then reinitiated on etanercept therapy", *J Dermatolog Treat*. 2006; 17: 9-17.
- Griffiths CE, Barker JN. (2007), "Pathogenesis and clinical features of psoriasis", *Lancet* 2007: 370: 263–271
- Heinen Kammerer T, Daniel D, Stratmann L, Rychlik R, Boehncke WH. (2007), "Costeffectiveness of psoriasis therapy with etanercept in Germany", *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007; 5: 762-8.
- Herron MD, et al.(2005), *Arch Dermatol*.;141:1527-34.
- Kirby B, et al. (2008), *Br J Dermatol*.;158(1):138-40.
- Lloyd A, Reeves P, Conway P, et al. Economic evaluation of etanercept in the management of chronic plaque psoriasis. *Br J Dermatol* 2008 Sep 19. [Epub ahead of print].
- Martini P, Mazzatenta C, Grazzini M. (2007), "I costi delle terapie biologiche", *Psoriasis* 2007; 2: 36-9.
- Miller DW, Feldman SR. (2006), "Cost-effectiveness of moderate-to-severe psoriasis treatment", *Expert Opin Pharmacother*. 2006; 7:157–67.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004), Guide to the Methods of Technology Appraisal, Reference No. 515. http://www.nice.org.uk/TAP_Methods.pdf (16 April 2007, date last accessed).
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2006), "Etanercept and efalizumab for the treatment of adults with psoriasis", *Technology Appraisal Guidance* n. 103, July 2006.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2008), "Infliximab for the treatment of adults with psoriasis", *Technology Appraisal Guidance* n. 134, January 2008.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2008), *Adalimumab for the treatment of adults with psoriasis*, July 2008.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009), *Final appraisal determination ustekinumab for the treatment of moderate to severe psoriasis*, August 2009.
- Saraceno R, Griffiths CE (2006), "A European perspective on the challenges of managing psoriasis", J *Am Acad Dermatol* 2006: 54: S81–S84.
- Serra G. (2009), "Etanercept e Infliximab nel trattamento dell'artrite psoriasica: revisione sistematica della letteratura e valutazione economica", *Health Technology Assessment*,10 (31).
- Valenti A. (2008), "I costi della psoriasis vulgaris nei pazienti sottoposti a terapia sistemica: una rassegna della letteratura e una stima preliminare di costo in Italia", *Quaderni di farmaco economia n. 6*, Maggio 2008.

12.4. Nuovi anticoagulanti orali (NAO)[8]

12.4.1. NAO: per l'Italia una rivoluzione in "ritardo"

In Italia la terapia anticoagulante orale (TAO) riguarda o "dovrebbe riguardare" una fetta non trascurabile di popolazione. Le patologie con indicazione alla terapia anticoagulante sono diverse: la fibrillazione atriale (FA) per la prevenzione di ictus ed embolia sistemica, il trattamento della trombosi venosa profonda (TVP) e dell'embolia polmonare (EP), le protesi valvolari meccaniche in generale, la prevenzione primaria di episodi tromboembolici in pazienti sottoposti a chirurgia sostitutiva totale dell'anca o del ginocchio, o con situazioni morbose sia mediche che chirurgiche che implichino immobilità e comunque a rischio di tromboembolia venosa (TEV).

Tale terapia, che a seconda dell'indicazione ha una durata variabile, da poche settimane all'assunzione cronica sine finem, è da oltre 50 anni effettuata prevalentemente con warfarina nei trattamenti a lungo termine, mentre il farmaco di elezione nei trattamenti brevi, come dopo artroprotesi, sono state sostanzialmente le eparine.

La warfarina, il cui nome deriva dall'acronimo della *Wisconsin Alumni Research Foundation* è un caso clamoroso di serendipità: venne infatti casualmente scoperto negli Stati Uniti a seguito di una strana "epidemia" che nell'inverno, rigidissimo, del 1933 decimava per emorragia i bovini degli allevamenti del Wisconsin. Le ricerche evidenziarono come non si trattasse di una malattia contagiosa, virale o batterica, ma che le emorragie venivano causate da un prodotto della fermentazione del foraggio, in particolare del "trifoglio odoroso", il dicumarolo. Dopo anni di ricerche finanziate appunto dalla *Wisconsin Alumni Research Foundation* venne selezionata tra le molecole individuate la warfarina, essendosi dimostrata particolarmente attiva. Benché si disponesse anche dell'antidoto, la vitamina K, l'uso come farmaco anticoagulante arrivò molto dopo, e la warfarina restò per anni un potente topicida, efficace e a basso costo. Fu solo nel 1953, quando il Presidente Eisenhower, colpito da trombosi, chiese di essere curato con la warfarina, con esito favorevole, che la molecola si guadagnò la sua notorietà.

Da allora ad oggi il warfarin è stato il farmaco principe nella prevenzione degli eventi cardioembolici, con il grosso vantaggio del basso costo, ma con il serio svantaggio degli indispensabili controlli periodici dei livelli di coagulazione ematica dei pazienti. Ogni paziente manifesta infatti una sua specifica sensibilità al farmaco, tanto da non consentire una standardizzazione posologica valida per tutti: questa deve essere tarata in base al risultato, ripetuto almeno mensilmente, del tempo di protrombina. Tempo di protrombina che si deve mantenere all'interno di un dato "range terapeutico" pena l'inefficacia della terapia o il rischio di gravi emorragie.

[8] *Paragrafo a cura di: d'Angela D., Mancusi L., Spandonaro F.*

Nei fatti, se alla quota di pazienti cosiddetti instabili, nei quali cioè non si riesce a controllare stabilmente il livello della coagulazione, si aggiungono tutti quei soggetti a rischio che, per l'età o per altri motivi, non siano in grado di assumere correttamente il farmaco e monitorare regolarmente la coagulazione, il livello di sottotrattamento si mantiene in Italia pericolosamente elevato.
Da giugno 2013 anche in Italia, ben ultima tra i Paesi occidentali, i nuovi anticoagulanti orali (NAO) hanno ottenuto la rimborsabilità da parte del SSN[9], non più solo per la profilassi della TEV in chirurgia ortopedica maggiore, ma anche per la FA, patologia a maggior impatto epidemiologico e che richiede un trattamento a vita.
Questi nuovi farmaci sono destinati a rivoluzionare la terapia anticoagulante, non richiedendo più il controllo periodico della coagulazione. Una rivoluzione che avrà indubbiamente un impatto estremamente favorevole sulla qualità di vita dei pazienti e sulla salute generale, permettendo un allargamento in sicurezza della platea di soggetti a rischio in terapia preventiva; ovviamente rappresenterà un aggravio di costi in termini finanziari sul SSN, che probabilmente è l'unica vera causa della ritardata introduzione di questi farmaci sul mercato italiano.
Il presente lavoro si propone di stimare l'impatto epidemiologico e quindi economico della introduzione dei NAO, sia per le indicazioni già autorizzate (chirurgia ortopedica maggiore), che per quella di nuova introduzione di prevenzione di ictus e embolia sistemica in pazienti con fibrillazione atriale non valvolare, che per quella di probabile prossima introduzione relativa al trattamento della TVP e della EP.

12.4.2. Fibrillazione atriale: caratteristiche e impatto epidemiologico

La fibrillazione atriale (FA) è un'aritmia cardiaca caratterizzata da una completa irregolarità dell'attivazione elettrica degli atri, due delle quattro camere cardiache, ed è l'aritmia prolungata più comune e clinicamente rilevante. In presenza di tale anomalia, le normali contrazioni atriali vengono sostituite da movimenti caotici, completamente inefficaci ai fini della propulsione del sangue. Inoltre il battito cardiaco diviene completamente irregolare.
La fibrillazione atriale può essere cronica, ovvero continua, persistente oppure parossistica, con episodi di durata variabile da pochi secondi ad alcune ore o giorni.
Essa è causa di un significativo aumento del rischio di complicazioni cardiovascolari e di una riduzione della sopravvivenza a distanza.
Provoca inoltre una riduzione della tolleranza agli sforzi, causata da un'efficienza subottimale della contrazione del cuore, con sintomi quali palpitazioni, affaticamento e mancanza di fiato. Infine, il ristagno di sangue nelle camere atriali "paralizzate" dall'aritmia, favorisce la formazione di coaguli all'interno del cuore ed il rischio di fenomeni embolici come l'ictus cerebrale. Per questo motivo i pazienti con fibrillazione atriale vengono solitamente trattati con farmaci anticoagulanti.
La fibrillazione atriale ha un ruolo importante e riconosciuto quale fattori di rischio di morbosità e mortalità, legate principalmente ad un aumentato rischio di eventi cerebrovascolari e di scompenso cardiaco.

[9] *Peraltro, non ancora tutti.*

Vari studi hanno dimostrato come la popolazione affetta aumenti con l'età e, a parità di età, sia maggiore nei maschi rispetto alle femmine (Murphy et al, 2007; Heeringa et al, 2006; SER, 2009).
Esiste una considerevole letteratura sulle stime di prevalenza e incidenza della fibrillazione atriale su diverse popolazioni.
Prendendo in considerazione i lavori più recenti, un contributo italiano di rilievo è rappresentato dallo studio effettuato dal Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto in cui, utilizzando le schede di dimissione ospedaliera della Regione Veneto, sono stati individuati i soggetti con almeno un ricovero con diagnosi principale o secondaria di fibrillazione atriale (codice ICD IX CM 427.31) nel periodo dal 2000 al 2006. Di questi soggetti è stato verificato lo stato in vita al 31 dicembre 2006 tramite incrocio con i dati del registro di mortalità (RENCAM): coloro che risultavano viventi sono stati considerati casi "prevalenti" nel 2006. In tal modo si è potuta stimare una prevalenza pari all'1,7% nella popolazione generale (1,8% nei maschi e 1,7% nelle femmine).
Il tasso di incidenza è stato valutato individuando i soggetti che nell'anno 2006 hanno avuto un ricovero con diagnosi principale o secondaria di fibrillazione atriale senza ricoveri analoghi nei 6 anni precedenti. Sono stati in tal modo identificati circa 14.000 soggetti con una nuova diagnosi di fibrillazione atriale con un tasso di incidenza pari a 3 per 1000 anni persona nella popolazione generale.
Significativo è anche il lavoro di Murphy et al, pubblicato su Heart nel 2006. In questo caso la popolazione di riferimento è l'intera popolazione scozzese, studiata tramite il flusso informativo del CMR (*Continuous Morbidity Recording*) che contiene le informazioni raccolte dai medici di medicina generale su tutta la popolazione assistita.
Dai dati raccolti dal 2001 al 2002, è stata stimata una prevalenza dello 0,9 per 100 abitanti e una incidenza dello 0,9 per 1.000.
È evidente, sia dagli studi sopra analizzati, come da altri qui non riportati (Bilato et al, 2009; Alonso at al, 2009; Miyasaka et al, 2006) la significativa variabilità nelle stime degli indici sia di prevalenza che di incidenza della FA.
Queste variazioni possono essere correlate sia a fattori strettamente legati ai differenti modelli di studio adottati come alle metodiche di accertamento della patologia, così come a reali differenze endemiche nella distribuzione geografica della fibrillazione atriale (Ovsyshcher, 2005).
Al fine di stimare l'impatto della FA sulla popolazione italiana sia in termini di prevalenza che di incidenza, sono stati proiettati sui residenti al primo gennaio 2011 per sesso e classi di età, i tassi specifici riportati nello studio di Murphy (Tabella 12.22).
Dalle proiezioni si stima al 2011 un numero di soggetti viventi affetti da FA pari ad oltre 703.000, ed un numero presunto di nuove diagnosi superiore a 75.000/anno.
Le stesse stime sono state quindi effettuate utilizzando i tassi di prevalenza ed incidenza forniti del lavoro del SER del Veneto per i soggetti più anziani (Tabella 12.23), in questo caso le stime indicano un numero di soggetti viventi affetti da FA di poco superiore al milione. Pertanto risulta plausibile valutare, sul territorio nazionale, un numero di soggetti prevalenti affetti da FA compreso tra 700.000 e 1.000.000.

Tabella 12.22 - Fibrillazione atriale: stima dei casi prevalenti ed incidenti Italia 2011
(*tassi di prevalenza ed incidenza Murphy et al 2007*)

Classi di età	Popolazione italiana al 1.1.2011 (fonte ISTAT)		Murphy 2007				STIMA			
			Prevalenza (x 100)		Incidenza (x 1000)		Casi al 01/01/2011		Nuovi casi anno	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-44	16.159.402	15.685.066	0,04	0,03	0,1	0	6.464	4.706	1.616	0
45-54	4.404.813	4.523.177	0,49	0,14	0,8	0,2	21.584	6.332	3.524	905
55-64	3.658.117	3.894.330	1,53	0,63	1,7	0,6	55.969	24.534	6.219	2.337
65-74	2.862.515	3.291.906	3,92	2,31	3,8	2,7	112.211	76.043	10.878	8.888
75-84	1.824.199	2.650.688	7,33	5,44	7,4	5,4	133.714	144.197	13.499	14.314
85+	504.228	1.168.001	8,42	6,46	8,6	7,4	42.456	75.453	4.336	8.643
Totale	29.413.274	31.213.168	0,94	0,79	0,099	0,076	372.397	331.266	40.072	35.086

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat.

Tabella 12.23 - Fibrillazione atriale: stima dei casi prevalenti ed incidenti Italia, anno 2011 *(tassi di prevalenza ed incidenza Ser Veneto)*

Classi di età	Popolazione italiana al 1.1.2009 (fonte ISTAT)		SER Veneto 2009				STIMA			
			Prevalenza (x 100)		Incidenza (x 1000)		Casi al 01/01/2011		Nuovi casi anno	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0-54	20.564.215	20.208.243	0,2	0,1	0,3	0,1	41.128	20.208	6.169	2.021
55-64	3.658.117	3.894.330	2,4	1,3	3,2	1,4	87.795	50.626	11.706	5.452
65-74	2.862.515	3.291.906	6,2	4,2	9,4	5,2	177.476	138.260	26.908	17.118
75-84	1.824.199	2.650.688	9,6	8	20,5	14,7	175.123	212.055	37.396	38.965
85+	504.228	1.168.001	9,9	9,1	35,8	28,8	49.919	106.288	18.051	33.638
Totale	29.413.274	31.213.168	1,8	1,7	3	2,9	531.441	527.438	100.230	97.194

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

In tabella 12.24 si riportano le stime di prevalenza per singola Regione.
Come già accennato, l'impatto della patologia varia al crescere dell'età, complessivamente i soggetti con più di 75 anni risultano compresi, secondo le due stime proposte, tra 390.000 e 540.0000, di cui tra 117.000 e 156.000 ultra ottantacinquenni. In relazione al sesso, pur permanendo costantemente più bassi sia tassi di incidenza che di prevalenza nelle femmine, la netta maggioranza di femmine nelle classi di età avanzate fa sì che a partire dai 75 anni le donne siano, in valore assoluto, il numero maggiore di soggetti affetti da Fibrillazione Atriale, sia incidenti che prevalenti. Si noti come a patire dagli 85 anni le donne affette da questa

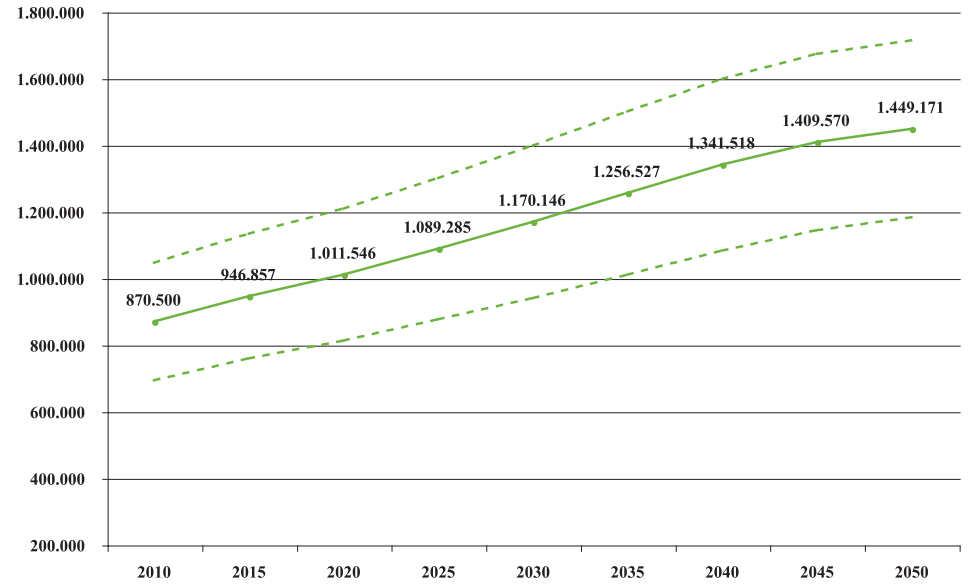
Tabella 12.24 - Fibrillazione atriale: stima dei casi prevalenti per Regione e del tasso regionale di prevalenza x100 abitanti
Valori assoluti e %, anno 2011

	Murphy 2007				SER Veneto 2009			
Regione	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Prevalenza**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Prevalenza**
Piemonte	30.290	27.277	57.567	1,29	43.092	43.270	86.363	1,94
Valle d'Aosta	807	720	1.527	1,19	1.154	1.145	2.298	1,79
Lombardia	58.890	53.671	112.561	1,13	84.524	85.639	170.162	1,72
Pr. Aut. di Bolzano	2.776	2.399	5.176	1,02	3.989	3.840	7.829	1,54
Pr. Aut. di Trento	3.078	2.838	5.915	1,12	4.401	4.500	8.900	1,68
Veneto	29.423	26.695	56.119	1,14	42.093	42.472	84.565	1,71
Friuli Venezia Giulia	8.349	7.889	16.238	1,31	11.894	12.483	24.376	1,97
Liguria	12.336	11.811	24.147	1,49	17.358	18.573	35.930	2,22
Emilia Romagna	29.812	26.796	56.607	1,28	42.132	42.319	84.451	1,91
Nord	**175.762**	**160.096**	**335.858**	**1,21**	**250.634**	**254.240**	**504.874**	**1,82**
Toscana	26.062	23.555	49.617	1,32	36.858	37.245	74.103	1,98
Umbria	6.303	5.666	11.970	1,32	8.905	8.940	17.846	1,97
Marche	10.694	9.515	20.209	1,29	15.103	15.018	30.121	1,92
Lazio	34.253	30.434	64.687	1,13	48.898	48.659	97.557	1,70
Centro	**77.312**	**69.170**	**146.483**	**1,23**	**109.765**	**109.862**	**219.627**	**1,84**
Abruzzo	8.834	7.738	16.572	1,23	12.509	12.236	24.745	1,84
Molise	2.177	1.935	4.111	1,29	3.066	3.047	6.112	1,91
Campania	29.495	25.464	54.959	0,94	42.691	41.023	83.714	1,43
Puglia	23.566	20.052	43.617	1,07	33.832	32.179	66.011	1,61
Basilicata	3.777	3.177	6.954	1,18	5.340	5.042	10.382	1,77
Calabria	12.081	10.079	22.160	1,10	17.231	16.067	33.298	1,66
Sicilia	29.228	25.050	54.278	1,07	41.831	40.087	81.918	1,62
Sardegna	10.166	8.504	18.670	1,11	14.542	13.654	28.196	1,68
Sud	**79.928**	**68.445**	**148.373**	**1,05**	**114.668**	**109.595**	**224.263**	**1,58**
Italia	**372.397**	**331.266**	**703.662**	**1,16**	**531.441**	**527.438**	**1.058.879**	**1,75**

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

patologia risultino quasi il doppio dei maschi.
L'andamento della patologia nel tempo risulta pertanto fortemente legato alle dinamiche demografiche della popolazione italiana, che come noto evidenzia un progressivo e marcato invecchiamento. Si riportano in figura 12.8 le stime di prevalenza della FA sulla evoluzione della popolazione italiana, secondo le previsioni Istat (ipotesi centrale), la stima è il valore centrale dell'intervallo determinato applicando per sesso e classe di età i tassi di prevalenza del SER Veneto (valore massimo) e quelli ricavati dal lavoro di Murphy (valore minimo), evidenziati nel grafico con la linea tratteggiata. Si rileva un incremento quinquennale della casistica compreso tra i 50.000 e gli 80.000 casi, con un peso costantemente crescente sui soggetti affetti da FA degli ultra settantacinquenni.

Figura 12.8 - Fibrillazione atriale, stima dei casi prevalenti sulla popolazione italiana (previsioni Istat – ipotesi centrale)
Valori assoluti, anni 2010-2050



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Più complessa è la stima di soggetti eleggibili al trattamento con anticoagulanti, che secondo la specifica determina AIFA[10], dovrebbero presentare uno o più dei seguenti fattori di rischio:

- precedente ictus, attacco ischemico transitorio o embolia sistemica (ES)
- frazione di eiezione del ventricolo sinistro < 40%
- insufficienza cardiaca sintomatica,
- ≥classe 2 della classificazione della New York Heart Association (NYHA)
- età ≥75 anni
- età ≥65 anni associata con una delle seguenti condizioni: diabete mellito, coronaropatia o ipertensione.

La stessa determina non stima tanto il numero atteso di soggetti da trattare, quanto il tetto massimo di spesa che si dovrebbe attestare, a regime, sui € 5 mln./mese.
Per la Francia lo stesso provvedimento sui NAO, assunto dalla *Haute Autorité de Santé* (HAS) nel febbraio 2012, che prevede nella FA criteri di eleggibilità sovrapponibili a quelli adottati in Italia, stima la popolazione bersaglio pari al 88% del totale[11].

[10] *Vedi determina 495 pubblicata sulla GU n° 127 del primo giugno 2013, relativa alla rimborsabilità del dabigatran, primo NAO autorizzato in Italia per la FA non ventricolare.*

[11] *Inchiesta CEGEDIM effettuata sui 60.328.037 cittadini francesi che hanno effettuato almeno un consulto presso i Medici di Medicina Generale nel 2009 (prevalenza di FA pari allo 0,9%, l'88% mostrava almeno un fattore di rischio CHADS 2)*

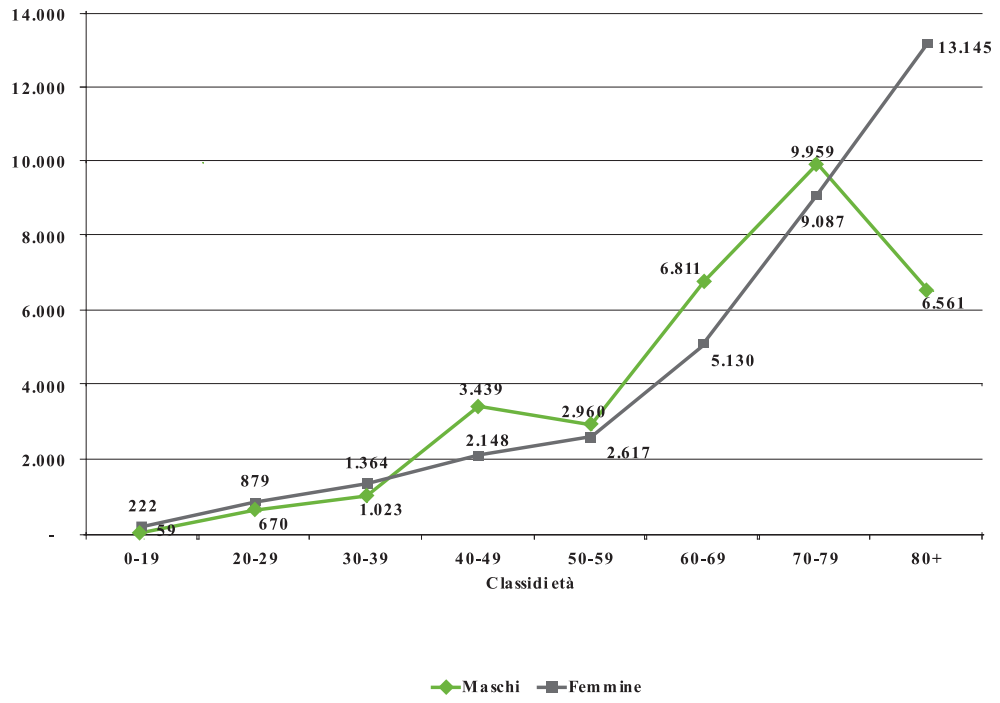
Pertanto ribaltando lo stesso parametro sui casi di FA prevalenti così come precedentemente stimati, si può ipotizzare che i soggetti eleggibili al trattamento con i NAO siano compresi tra i 600.000 e i 930.000.
Non è altrettanto immediata la valutazione di quanti siano attualmente in Italia i soggetti con FA trattati con la terapia anticoagulante tradizionale. Secondo quanto riportato nel Rapporto OSMED 2008, la prevalenza d'uso di farmaci anticoagulanti in pazienti con FA risulta rispetto alla stratificazione per rischio di ictus, del 15% nel basso rischio, del 32% nel rischio intermedio e del 38% nei pazienti ad alto rischio. Pertanto si evidenzia sia una quota di trattamenti inappropriati nei pazienti a basso rischio che un preoccupante sottotrattamento in coloro che invece presentano un rischio consistente di incorrere in un evento cardioembolico. A conferma di ciò, come emerso dallo studio ATA AF (*AntiThrombotic Agents Atrial Fibrillation*) realizzato con i cardiologi dell'ANMCO su oltre 7.000 pazienti, la quota di essi provenienti da reparti di medicina generale con diagnosi di FA a rischio di ictus con prescrizione di farmaci anticoagulanti non supera il 50%.
Come già ricordato uno dei rischi cardioembolici maggiori in soggetti affetti FA è l'ictus ischemico in caso di mancato trattamento o con trattamento inadeguato indice di coagulazione sotto il range terapeutico, emorragico in caso di indice di coagulazione sopra il range terapeutico.
Complessivamente in Italia il numero di ricoveri con diagnosi di ictus risultano nel 2010 pari ad oltre 165.000 (SDO 2010), di cui il 74% di tipo ischemico ed il 26% emorragico. Diagnosi concomitante di FA si rileva nell'11% degli ictus emorragici ed in circa il 20% degli ictus ischemici, per un totale di oltre 27.000 casi. Tali cifre, se pur estremamente elevate, sono da ritenere sottostimate, in quanto non ricomprendono in generale gli ictus fatali che non determinano un ricovero ospedaliero, e per quanto riguarda la FA, non sempre vengono riportate nelle SDO in modo esaustivo tutte le diagnosi concomitanti.

12.4.3. Tromboembolismo venoso: caratteristiche e impatto epidemiologico

Si definisce tromboembolismo venoso (TEV) l'ostruzione, parziale o completa, di una o più vene del circolo profondo. È una condizione che può portare ad un peggioramento dello stato di salute fino alla morte, manifestandosi come trombosi venosa profonda (TVP) o embolia polmonare (EP), la complicanza più temibile della TEV, causata dalla migrazione nel circolo arterioso polmonare di un trombo o di suoi frammenti. (CADTH, 2009)
La TEV rappresenta la più comune causa di patologia cardiovascolare dopo l'infarto del miocardio e l'ictus ischemico cerebrale (Di Minno, 2007).
La patogenesi è multifattoriale e coinvolge sia fattori acquisiti sia fattori ereditari. Nei pazienti con fattori di rischio transitorio, in particolar modo in coloro che si sottopongono a interventi chirurgici, il rischio di TEV è ulteriormente aumentato in caso di coesi-

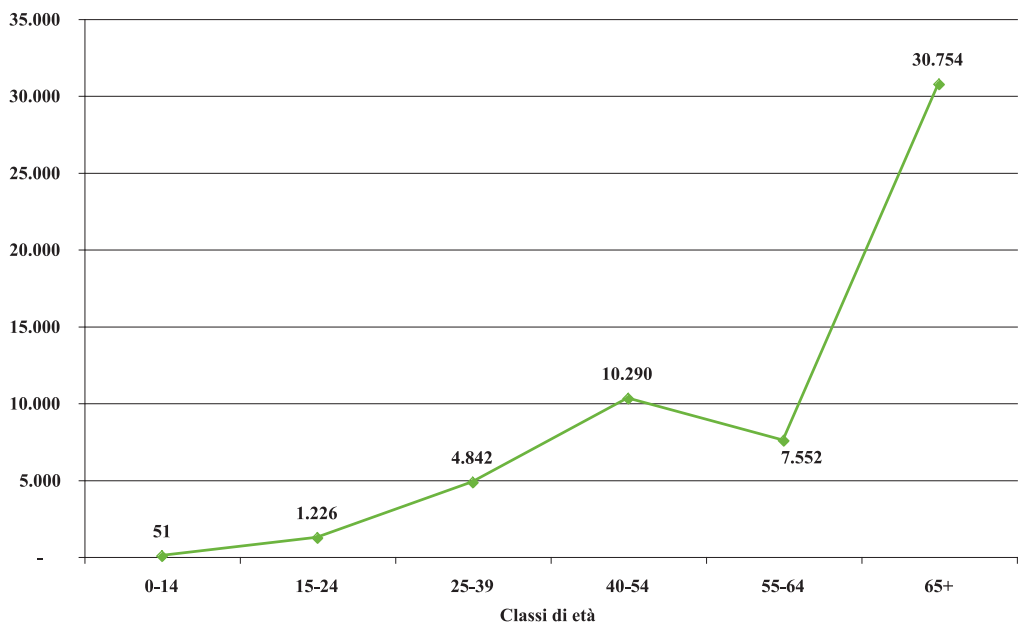
stenza di altri fattori di rischio come ad esempio l'età avanzata, o un pregresso episodio di TEV (Di Minno, 2007).
In ambito chirurgico, quella ortopedica maggiore e quella oncologica si associano frequentemente a complicanze tromboemboliche, ma anche la chirurgia d'urgenza, a causa delle condizioni spesso critiche dei pazienti.
Altre patologie, o particolari condizioni, che predispongono all'insorgenza di eventi trombo embolici sono: l'infarto acuto del miocardio, le patologie di tipo neurologico che comportino l'immobilizzazione del paziente, il ricovero in unità di cura intensiva, le patologie oncologiche, la gravidanza e il puerperio, l'insufficienza cardiaca, l'insufficienza respiratoria, alcune malattie reumatiche, le malattie infiammatorie intestinali e le malattie infettive.
Stime epidemiologiche della patologia sono difficili da reperire in letteratura anche perché la TEV è spesso asintomatica, frequentemente diagnosticata erroneamente e non riconosciuta quale causa di morte (a causa del basso numero di autopsie eseguite).
La TEV interessa prevalentemente le fasce anziane della popolazione: si rileva, infatti, un netto incremento di incidenza a partire dai 65 anni. Di fatto, se complessivamente l'incidenza nella popolazione è mediamente di circa 100 casi per 100.000 abitanti, nell'età avanzata è di due o tre volte più alta (Di Minno, 2007).
Per l'Italia si stima che la PVP abbia una incidenza che varia tra i 50 e 150 nuovi casi ogni 100.000 abitanti, ossia compresa fra lo 0,5 e l'1,5‰, mentre la prevalenza sarebbe compresa tra il 2,5 e il 5% (Browse, 1999). Applicando questi indici alla popolazione italiana, si rileva una stima di incidenza della DVT tra i 30.000 e 90.000 nuovi casi/anno e una prevalenza tra 1,5 e 3 mln. di soggetti. Tale variabilità rende sicuramente complessa qualsiasi strategia di intervento, sia di tipo preventivo che assistenziale.
Ancora più complesso è il problema della PE per la quale si stimano circa 60.000 casi in Italia (Torbicki, 2000).
La PE massiva è una delle principali cause di morte dei pazienti ospedalizzati con circa 50.000 decessi l'anno; la mortalità immediata è del 10%, percentuale che, nei casi che sopravvivono all'esordio, sale al 30% nei primi 3 mesi (Torbicki, 2000; Mandelli, 1997).
In assenza di tromboprofilassi, gli interventi di chirurgia ortopedica maggiore determinano un rischio di VTE particolarmente elevato.
Si riportano in figura 12.9 e 12.10 le stime dei casi incidenti di TEV sulla popolazione residente non ospedalizzata al primo gennaio 2011, secondo i tassi indicati da Heit (2001) e Di Minno (2007).

Figura 12.9 - Stima del numero di nuovi casi annui di soggetti con tromboembolismo venoso in Italia (incidenza secondo lo studio di Heit et al. 2001, popolazione italiana al 1.1.2011)



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

Figura 12.10 - Stima del numero di nuovi casi annui di soggetti con tromboembolismo venoso in Italia (incidenza secondo lo studio di Di Minno et al. 2007, popolazione italiana al 1.1.2011)



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati Istat

12.4.4. Artroprotesi: casistica e impatto epidemiologico

In assenza di tromboprofilassi, gli interventi di chirurgia ortopedica maggiore determinano un rischio di VTE particolarmente elevato, per tale motivo è oramai consolidata la buona prassi di effettuare una profilassi preventiva specifica, sostanzialmente con eparine a basso peso molecolare.

Nella protesi elettiva d'anca, in assenza di profilassi, l'incidenza di TVP risulta intorno al 50%, mentre quella di EP fatali è intorno al 2%. Nell'artroprotesi elettiva di ginocchio il rischio di complicanze tromboemboliche venose è ancora più elevato (60-80% di TVP senza profilassi) (Geerts 2004).

Al fine di valutare il numero dei potenziali soggetti eleggibili al trattamento con i NAO post intervento di artroprotesi d'anca o di ginocchio è stata effettuata una verifica di tale attività chirurgica sui flussi di ricovero ordinario (SDO 2010). Complessivamente il numero di interventi di artroprotesi d'anca e di ginocchio a carico del SSN è risultato pari a 154.150 (di cui 331 su cittadini stranieri non considerati nell'analisi svolta per Regione di residenza dei pazienti).

In Tabella 12.25 si riporta il numero degli interventi di anca e ginocchio effettuati nel 2010, l'età media all'intervento e la degenza media in acuzie per tipologia di intervento e per sesso.

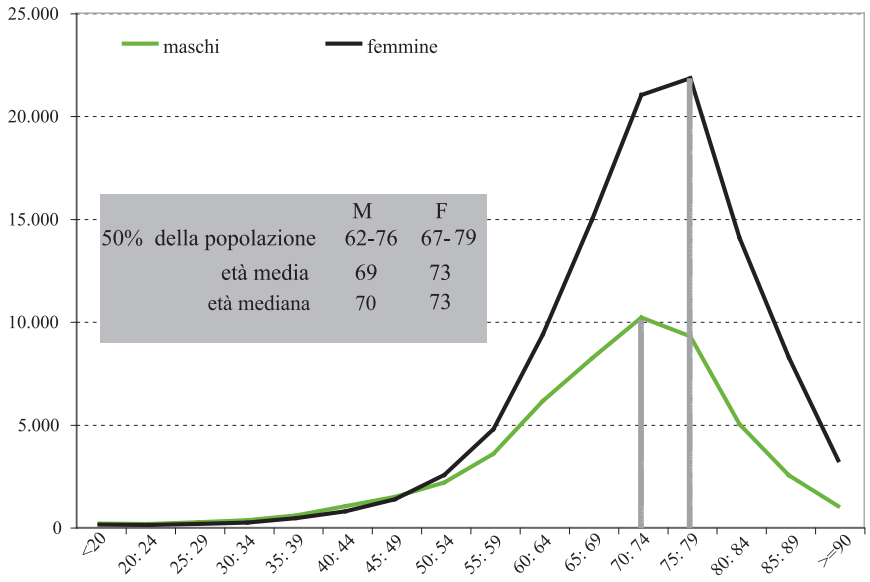
Tabella 12.25 - Interventi di artroprotesi in Italia - Distribuzione per sesso, età e degenza media
Valori assoluti e %, anno 2010

Intervento	Artroprotesi d'anca		Artroprotesi di ginocchio	
Genere	**N°**	**%**	**N°**	**%**
Maschi	33.592	36,47%	18.484	29,79%
Femmine	58.516	63,53%	43.558	70,21%
Totale	92.108		62.042	
Età	**Media**	**DS**	**Media**	**DS**
Maschi	69,1	13,19	68,8	10,38
Femmine	74,4	11,66	70,6	8,11
Totale	72,5	12,5	70,1	8,88
Degenza	**Media**	**DS**	**Media**	**DS**
Maschi	11,3	7,78	9,2	5,67
Femmine	12,2	8,12	9,4	5,63
Totale	11,9	8,01	9,3	5,64

Fonte: elaborazioni CREA Sanità su dati Ministero della Salute - SDO 2010

Il rapporto tra i sessi evidenzia una netta prevalenza femminile, complessivamente 66,2% vs 33,8%, che risulta ancora più evidente nell'artroprotesi di ginocchio (70,2%). Tra i due sessi si rileva per entrambi i tipi di intervento una differenza nell'età media all'intervento, marcatamente superiore nella popolazione femminile.
In tabella 12.26 si riportano i numeri degli interventi, disaggregati per Regione di residenza, relativi agli anni 2000, 2005 e 2010. Esaminando i dati, risulta indubbio il netto incremento di tali interventi nel decennio considerato: +68% a livello nazionale (in particolare +44,7% tra il 2000 ed il 2005 e +16% tra il 2005 ed il 2010). Estremamente significativo è il dato del Sud Italia e delle Isole, più che raddoppiato: da 19.000 interventi nel 2000 a oltre 41.000 nel 2010. Rispetto ai volumi del 2005, si rileva un dato in controtendenza per Lombardia ed Emilia Romagna nel Nord -3% e -21% rispettivamente) e per l'Abruzzo nel Sud (5%).

Figura 12.11 - Interventi di artroprotesi distribuzione per sesso ed età Italia, anno 2010



Fonte: elaborazione CREA su SDO 2010

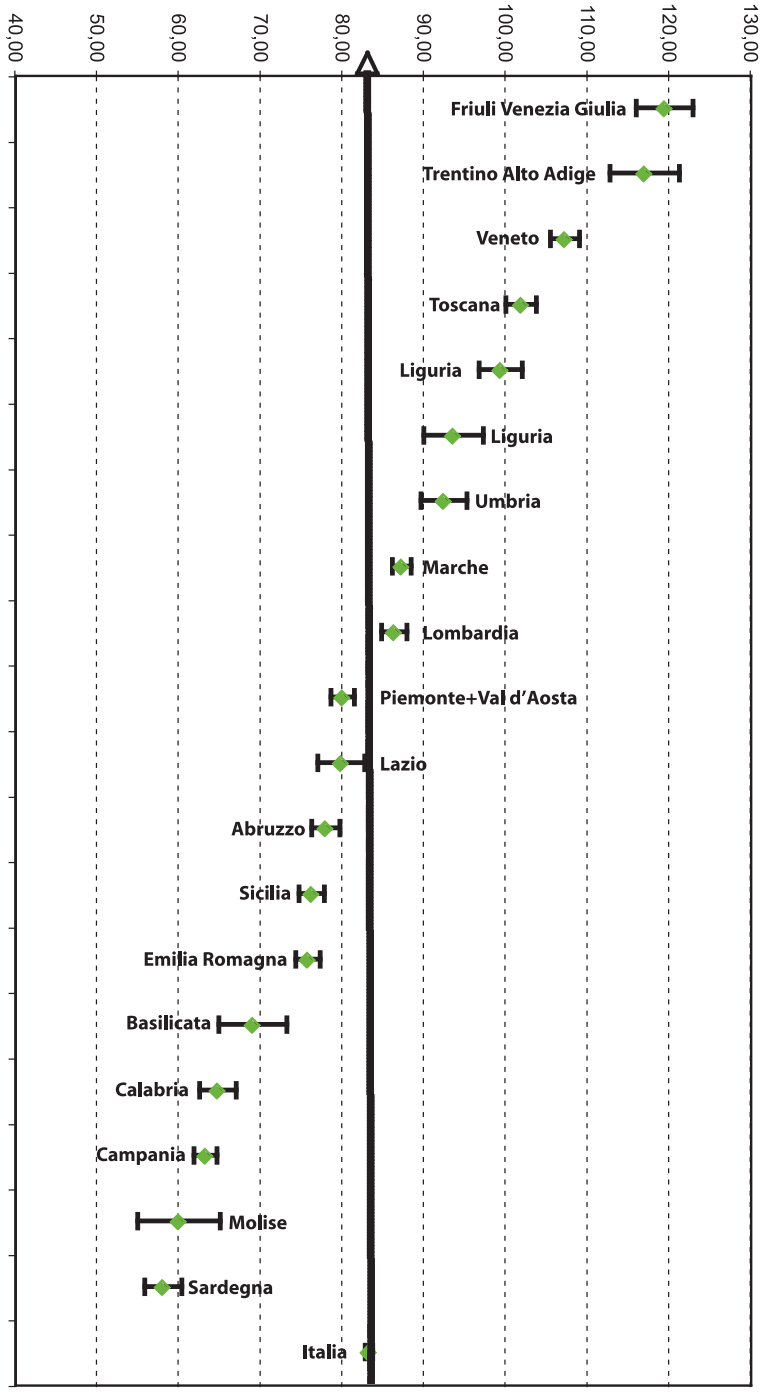
La Figura 12.12 riporta per ogni Regione i tassi di incidenza degli interventi di artroprotesi di anca e di ginocchio nella popolazione ultra sessantenne.
Dal grafico risultano evidenti le diverse incidenze regionali con un forte gradiente Nord Sud. Tale differenza può essere interpretata come indice di maggiori difficoltà di accesso alle cure da parte della popolazione meridionale si ricorda che l'artroprotesi è considerata uno degli interventi "critici" del SSN, a causa di lunghe liste di attesa a fronte di una domanda crescente anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.

Tabella 12.26 - Interventi per artroprotesi d'anca e di ginocchio
Per Regione di residenza
Valori assoluti e variazioni %, anni 2000-2010

	Anno			Variazioni %	
	2000	2005	2010	10 vs '00	10 vs '05
Italia	**91.598**	**132.510**	**153.819**	**68%**	**16%**
Piemonte	7.542	11.529	12.754	69%	11%
Valle d'Aosta	134	156	434	224%	178%
Lombardia	18.630	26.076	25.475	37%	-2%
P.A. di Bolzano	1.063	1.448	1.739	64%	20%
P.A. di Trento	604	791	1.541	155%	95%
Veneto	9.464	13.331	15.318	62%	15%
Friuli Venezia Giulia	2.951	3.801	4.934	67%	30%
Liguria	3.162	4.262	5.977	89%	40%
Emilia Romagna	10.209	14.069	11.048	8%	-21%
Nord	**53.759**	**75.463**	**79.220**	**47%**	**5%**
Toscana	7.428	10.973	12.660	70%	15%
Umbria	1.895	2.688	2.769	46%	3%
Marche	2.618	3.514	4.572	75%	30%
Lazio	**6.892**	**10.486**	**13.548**	**97%**	**29%**
Centro	18.833	27.661	33.549	78%	21%
Abruzzo	2.383	3.538	3.352	41%	-5%
Molise	403	557	635	58%	14%
Campania	4.656	7.251	9.506	104%	31%
Puglia	4.106	6.244	9.049	120%	45%
Basilicata	438	584	1.260	188%	116%
Calabria	1.454	2.078	3.670	152%	77%
Sicilia	4.273	7.197	10.709	151%	49%
Sardegna	1.293	1.937	2.869	122%	48%
Sud e isole	**19.006**	**29.386**	**41.050**	**116%**	**40%**

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010

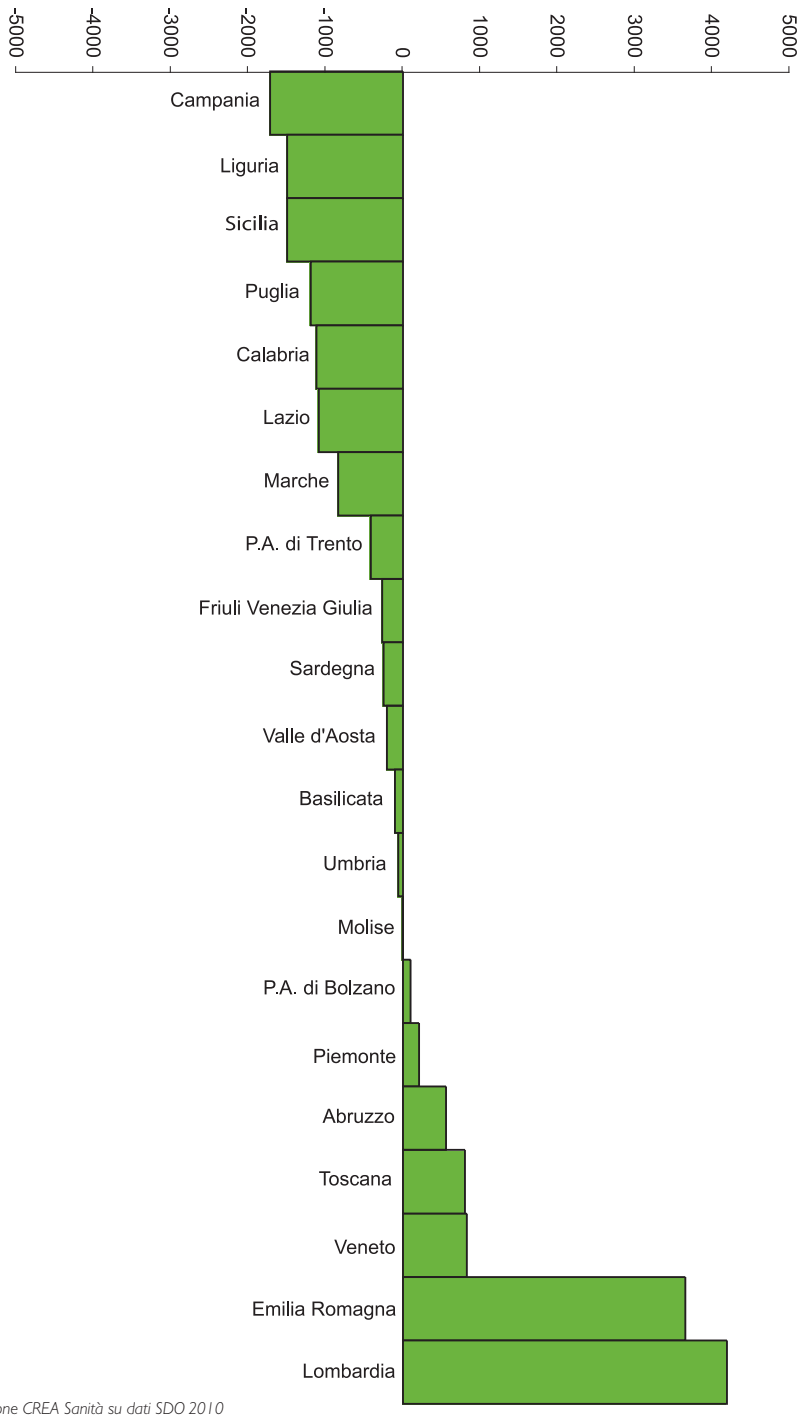
Figura 12.12 - Incidenza di artroprotesi d'anca e di ginocchio per Regione di residenza
Tasso per 10.000 abitanti di 60 anni e più - CI. 95%



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010

Per quanto riguarda la capacità produttiva delle Regioni riportato in figura 12.13, dove il segno indica il deficit o surplus produttivo, si evidenzia come oltre 21.000 soggetti effettuino l'intervento in mobilità, ovvero in una Regione diversa da quella di residenza.
Tale fenomeno potrebbe influire nella garanzia e nel controllo della corretta profilassi post dimissione, giocando a favore dei NAO che prevedono una somministrazione orale, rispetto alle eparine che sono somministrate per iniezioni sottocute, e possono richiedere un supporto infermieristico nella somministrazione domiciliare soprattutto nei pazienti più anziani.

Figura 12.13 - Interventi di artroprotesi
Confronto tra produzione e domanda interna per Regione
Anno 2010

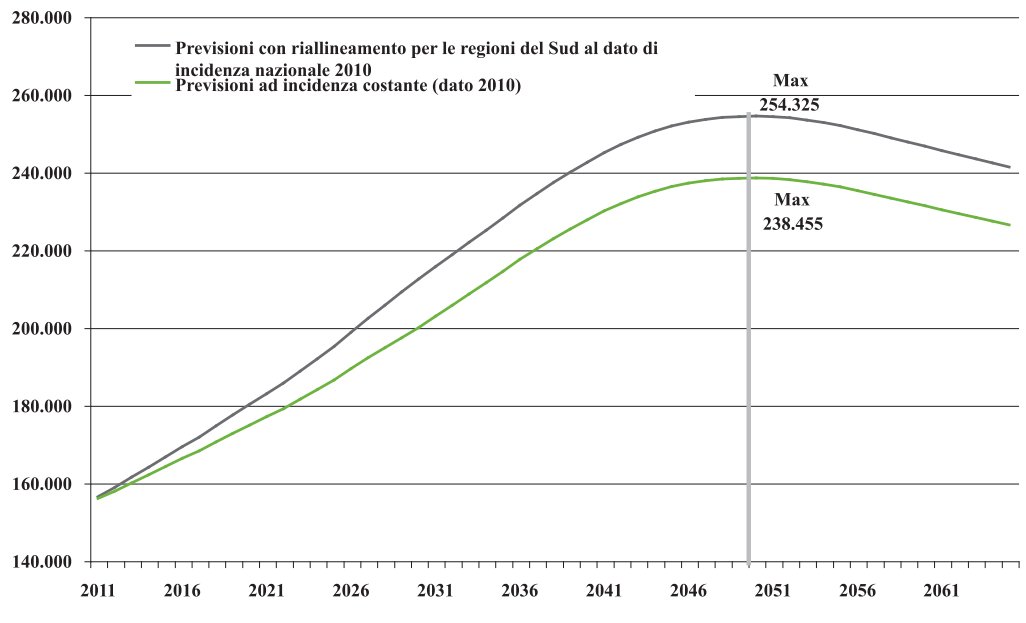


Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010

Va immediatamente rilevato che l'incidenza degli interventi è fortemente legata all'età e, dato il rapido invecchiamento della popolazione italiana, questo comporta (assumendo la costanza dei tassi di intervento per età) un progressivo aumento dei pazienti da trattare e quindi delle giornate di profilassi attese. In Figura 12.14 si riporta la proiezione dei casi incidenti di chirurgia ortopedica maggiore. Il *trend* è stato stimato sia presupponendo che si mantenga costante il tasso di incidenza per età, sesso e Regione di residenza, dove quindi l'incremento è determinato dal solo invecchiamento della popolazione, che presupponendo che anche per le Regioni del Sud Italia si tenda a raggiungere, per i soggetti con più di 60 anni, almeno un tasso di incidenza equivalente all'attuale dato nazionale. In quest'ultimo caso l'incremento della casistica nel tempo risulta marcatamente più significativo.

L'incremento quinquennale della casistica del 6,5-7,0% nell'ipotesi di incidenze costati, e del 7,0-8,5% nell'altro caso, si mantiene fino al 2050, dove si raggiunge il valore massimo, comportando un incremento annuo di interventi da 2.000 a 3.500 nelle due ipotesi, per poi ridiscendere. L'inversione di tendenza si deve alle caratteristiche strutturali delle previsioni di popolazione dell'Istat, in particolare nell'ipotesi centrale qui utilizzata,

Figura 12.14 - Chirurgia Ortopedica maggiore, stima del numero di interventi annui sulla popolazione italiana (previsioni Istat – ipotesi centrale) Anni 2010-2065



Fonte: elaborazione CREA Sanità

oltre al progressivo invecchiamento della popolazione, alla marcata e crescente denatalità si prevede una contrazione anche dei tassi di immigrazione, tanto da indicare un decremento della popolazione residente a partire dal 2042.

12.4.5. NAO: definizione della popolazione bersaglio e prima valutazione di impatto economico

Si riporta in tabella 12.27 la sintesi della popolazione bersaglio così come definita nei sottoparagrafi precedenti, al 2011 e la proiezione al 2015 e al 2020, sia in termini di casi in numero assoluto che di potenziali giornate di trattamento, nell'ipotesi che tutti i soggetti eleggibili vengano trattati con anticoagulanti. Per quanto riguarda le giornate di trattamento sono state calcolate in 365 pro-capite per i pazienti affetti da fibrillazione atriale, in 30 giorni per i pazienti sottoposti a protesi d'anca (circa il 62% del totale) e 14 giorni per i pazienti sottoposti ad artroprotesi di ginocchio. Per quanto riguarda il dato relativo ai casi incidenti di TVP, si è stimato un trattamento medio di 150 die/anno pro-capite, essendo possibili due diversi schemi terapeutici: una terapia di breve durata (3-6 mesi) in presenza di fattori di rischio transitori (intervento chirurgico, traumatismo, immobilizzazione), ed una terapia sine finem in presenza di fattori di rischio permanenti (carenze inibitori fisiologici, TVP recidivanti, ipertensione polmonare, EP, etc..).

Pertanto le giornate di trattamento rappresentano, nei diversi scenari di stima proposti, il massimo atteso nell'ipotesi che tutti i soggetti eleggibili al trattamento vengano in contatto con il SSN e quindi immessi in un percorso di diagnosi e trattamento. Se questo è sicuramente possibile per quanto riguarda la chirurgia ortopedica maggiore, per la quale peraltro è già consolidata e praticata una profilassi adeguata con eparina, è altamente improbabile che si possa pervenire ad una copertura totale delle altre due tipologie di pazienti, pertanto l'utilità di tale stima è quella di definire comunque un tetto massimo plausibile di spesa. In particolare se si considera il prezzo *ex factory* negoziato con AIFA per la FA, pari a 2,12 € /die[12], il tetto di spesa massimo si attesta tra € 500 mln. e € 750 mln. Il peso reale sulla spesa farmaceutica dei NAO, anche presupponendo che non vi sia la volontà di limitarne l'accesso ai soli pazienti instabili o con controindicazioni al trattamento classico e che si proceda ad uno *schift* progressivo verso questi nuovi farmaci per i pazienti già in trattamento, sarà comunque significativamente lontano dal tetto massimo ipotizzato. Questo anche in funzione da una parte dei soggetti non diagnosticati che, sia per FA e TVP, rappresentano una fetta non marginale della popolazione bersaglio, e dall'altra da tutti coloro che pur diagnosticati ed a rischio per eventi trombo embolici presentino comunque controindicazioni al trattamento anticoagulante. Bisogna inoltre tenere conto che il peso dei costi aggiuntivi per i NAO sarà in parte controbilanciato dalla minore spesa per warfarina ed eparina per i pazienti che passano al nuovo trattamento, minori costi che se estremamente limitati per la warfarina possono rappresenta-

[12] *Prezzo concordato per Dabigatran,prima molecola che ha avuto in Italia l'indicazione per la FA (G.U. n° 127 del 1.6.2013)*

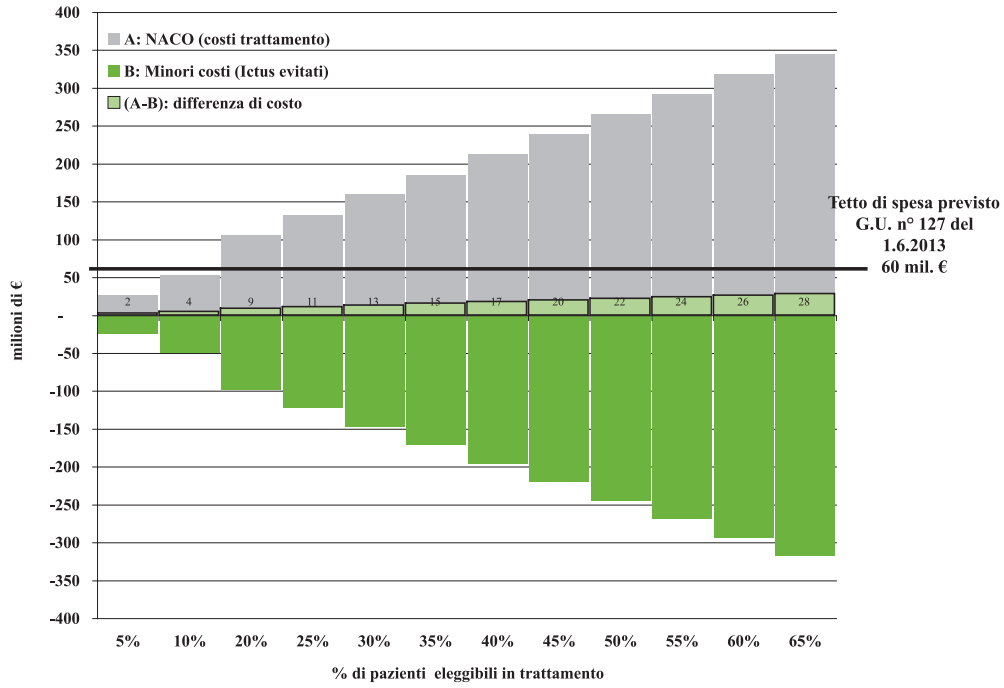
re una quota più consistente per le eparine. Per le eparine inoltre, l'impianto federalista o semi-federalista del SSN fa sì che il loro peso sulla spesa farmaceutica territoriale differisca anche in modo sensibile da Regione a Regione essendo queste quasi ovunque sul territorio nazionale in distribuzione diretta o per conto.
Per quanto riguarda la FA, patologia a maggior impatto in termini epidemiologici e quindi di spesa, si abbozza in figura 12.14 una stima sia dei costi dei NAO per quote crescenti di pazienti eleggibili in trattamento, che una stima dei minori costi legati al numero degli ictus evitati.

Tabella 12.27 - Terapia anticoagulante: stima della popolazione bersaglio e delle giornate annue di trattamento
Valori assoluti, anni 2011-2020

Patologia		Popolazione bersaglio			Giornate di trattamento (mln.)		
		2011	2015	2020	2011	2015	2020
Fibrillazione Atriale	min	619.223	668.552	715.734	226,0	244,0	261,2
	max	931.813	997.917	1.064.587	340,1	364,3	388,6
Trombosi venosa profonda	min	54.716	57.196	59.584	8,0	8,5	8,9
	max	66.075	69.438	73.909	9,9	10,4	11,0
Chirurgia ortopedica maggiore	min	155.936	164.135	174.833	3,7	3,9	4,2
	max	156.405	166.608	180.145	3,7	4,0	4,3
Totale	min	829.875	889.883	950.151	238,0	256,5	274,4
	max	1.154.293	1.233.963	1.318.641	353,8	378,6	404,0

Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010

Figura 12.15 - Fibrillazione Atriale – Stima dei costi legati all'introduzione dei NAO



Fonte: elaborazione CREA Sanità su dati SDO 2010

Le assunzioni sono state le seguenti:

- costo del trattamento 2,12 € /die (G.U. n° 127 del 1.6.2013)
- costo medio di gestione dell'ictus (solo fase acuta) 17.500 € (A.L.I.Ce Italia Onlus, 2011)
- rischio di ictus in paziente con FA non trattato 4,5% (Friberg, 2012).

Si prendono pertanto in considerazione solo alcuni dei costi a carico del SSN, a questi andrebbero aggiunti i maggiori costi diretti legati alla gestione del paziente post-ictus, ed i costi attuali della terapia compresi quelli connessi al monitoraggio INR. Mentre non sono stati considerati i costi indiretti, comunque rilevanti, che gravano sulle famiglie e sulla società sia per i pazienti attualmente in trattamento con warfarina che per la gestione ed il supporto ai pazienti colpiti da ictus.

Per quanto riguarda gli ictus evitabili stimati si sottolinea come questo numero, compreso tra 1.400 e 18.000 casi/anno ipotizzando quote variabili di soggetti trattati dal 5% al

65%, sia compatibile con gli ictus ischemici con diagnosi concomitante di FA intercettati dall'analisi sulle SDO 2010 pari a circa 23.000, cifra che, come già indicato, sicuramente sottostima il fenomeno.
Per quanto solo abbozzata, questa analisi mette in evidenzia come il tetto di spesa previsto[13], di cui si riporta in nota l'esatta formulazione in G.U., sia totalmente inadeguato, questo copre infatti al più un 10% dei pazienti a rischio.
L'indicazione di un tale tetto, che nella sua formulazione sembra perentorio, presuppone dunque a regime che vengano trattati con i NAO poco più di 77.000 pazienti. Questo significa, in pratica, la possibilità di trattare i pazienti instabili, i pazienti con controindicazioni alla warfarina e pochi altri. Pertanto chi è già in trattamento ed evidenzia un profilo stabile ed in *range* terapeutico della coagulazione, è destinato a proseguire con la warfarina. Pur non affrontando qui la eventuale maggiore efficacia dei NAO rispetto alle terapie tradizionali, che pure sembra evidenziarsi, è indiscutibile che questi nuovi farmaci intervengano positivamente sulla qualità della vita, non sono infatti più necessari sia i continui prelievi ematici che le restrizioni alimentari, profilandosi una iniquità tra chi è ammesso e chi no alle nuove terapie poco tollerabile.
Sempre dall'analisi del grafico si dimostra peraltro, uscendo da una logica esclusivamente finanziaria, come l'effetto dell'ampliamento della platea dei soggetti in trattamento permetta di ridurre significativamente i costi diretti legati agli episodi ischemici maggiori.

[13] *G.U. n° 127 del 1.06.2013: […] Tetto di spesa di euro 60 mln. Ex Factory per tutte le molecole (inibitori diretti della trombina e fattore Xa) indicate nella specifica patologia, equivalenti a 5 mln./mese. L'eventuale sfondamento di spesa verrà ripianato con le modalità dell'accordo negoziale sottoscritto. E' fatto, comunque, obbligo alle Aziende di fornire semestralmente i dati di vendita relativi ai prodotti soggetti al vincolo del tetto e il relativo trend dei consumi nel periodo considerato, segnalando, nel caso, eventuali sfondamenti anche prima della scadenza contrattuale.*
Qualora il tetto di spesa di € 60 mln. di fatturato EF al netto dell'IVA sia raggiunto prima dei 12 mesi successivi alla commercializzazione, l'Azienda si impegna a trattare gratuitamente i pazienti già in terapia. Il costo dei nuovi pazienti arruolati verrà comunque considerato al fine del calcolo dello sfondamento del tetto di spesa.
Al fine di evitare uno sfondamento prima della fine dell'anno di commercializzazione, al raggiungimento del fatturato EF al netto di IVA di € 48 mln. per tutte le molecole (inibitori diretti della trombina e fattore Xa) indicate nella specifica patologia, si provvederà alla rinegoziazione del prezzo e delle condizioni negoziali.[…]

12.4.6. Conclusioni

Come evidenziato, l'introduzione dei NAO comporterà inevitabilmente effetti rilevanti e significativi sia sul SSN ai più diversi livelli che sulla qualità di vita dei pazienti già in trattamento con warfarina.

In Italia l'accesso ai NAO ha registrato dei ritardi consistenti rispetto a tutti gli altri Paesi occidentali, spiegabili solo attraverso valutazioni di tipo esclusivamente finanziario. Questo nonostante che alla verifica dell'impatto economico, anche se limitata ai soli effetti sui sistemi sanitari come per il NICE in Gran Bretagna e per la HAS in Francia, i NAO abbiano ampiamente superato la prova e si siano dimostrati, se pur con alcune restrizioni, ampiamente costo-efficaci. Bisogna comunque rilevare che nel nostro paese, se pur territorialmente in modo non omogeneo, si è nel tempo sviluppata una rete di centri di controllo della terapia anticoagulante orale (Centri TAO) che ha definito una gestione stringente e codificata del paziente in trattamento con warfarina, determinando nei fatti un controllo del livello di rischio sia emorragico che ischemico per i pazienti in carico, inferiore che negli altri Paesi. Questo non toglie che la quota di sottotrattamento si mantenga anche in Italia, come già osservato, a livelli preoccupanti, vuoi perché permane comunque una quota di pazienti instabili, perché in ogni caso vi sono tipologie di pazienti che per diversi fattori, spesso legati all'età, non sono in grado di gestire correttamente la terapia con warfarina ed i rischi sopravanzano i vantaggi del trattamento, vuoi infine perché vi sono ancora aree significative del territorio dove non è possibile un corretto monitoraggio della coagulazione. Quello che è certo è che il tempo non è stato utilizzato per governare il cambiamento legato alla introduzione dei NAO, al fine di massimizzare i vantaggi della presenza di una rete territoriale comunque ricca di professionalità e competenze e dall'altra per promuovere una integrazione consapevole di tutte le altre professionalità che possono e devono intervenire per una corretta gestione diagnostico-terapeutica dei pazienti.

12.4.7. Riferimenti bibliografici (più recenti)

- A.L.I.Ce Italia Onlus (2011), *Ictus prima causa di disabilità in Italia*, http://www.aliceitalia.org/
- Alonso A., MD, Agarwal S.K., MD, Soliman E.Z., MD, et al., (2009), "Incidence of atrial fibrillation in whites and African-Americans: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study", *Am Heart J* 2009. 158: 111-117.
- Bilato C., MD, PhDa,*, Corti MC., MD, PhDb, Baggio G., MDc, et al., (2009), "Prevalence, Functional Impact, and Mortality of Atrial Fibrillation in an Older Italian Population (from the Pro.V.A. Study)", *Am J Cardiol* 2009. 104: 1092-1097.
- CADTH, (2009), *CADTH, Dabigatran or Rivaroxaban Versus Other Anticoagulants for Thromboprophylaxis After Major Orthopedic Surgery: Systematic Review of Comparative Clinical-Effectiveness and Safety*, Sept. 2009.
- Di Minno M., Tufano A., Pilotto A., et al., (2007), "Prevenzione del tromboembolismo venoso nell'anziano nel 2007: nuove strategie antitrombotiche nel paziente medico e chirurgico", *G Gerontol* 2007. 55:40-47.
- Friberg L, Rosenqvist M, Lip GY (2012), "Evaluation of risk stratification schemes for

ischaemic stroke and bleeding in 182.678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study", *Eur Heart J* 2012.

- Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al., (2004), "Prevention of Venous Thromboembolism: The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy", *Chest* 2004;126;338S-400S DOI 10.1378/chest.126.3_suppl.338S.
- Heeringa J., van der Kuip D.A.M., Hofman A., Kors J.A., et al. (2006), "Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study", *European Heart Journal* 2006. 27: 949-953.
- Miyasaka J., Barnes M.E., Gersh B.J., Cha S.S., et al., (2006), "Secular Trends in Incidence of Atrial Fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and Implications on the Projections for Future Prevalence", *Circulation* 2006, 114: 119-125.
- Murphy N.F., Simpson C.R., Jhund P.S., et al. (2007), "A national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of atrial fibrillation in Scotland", *Heart 2007*. 93: 606-616.
- Ovsyshcher E., MD, PhD, FESC, FACC, (2005), "Fibrillazione atriale: analisi epidemiologica", *G Ital Aritmol Cardiostim* 2005. 1:1-5
- SER – IES (2009), "Epidemiologia della fibrillazione atriale. Dati dalla letteratura scientifica e dalle fonti informative disponibili", *Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto* - n.4, dicembre 2009 pp.3-6.

Credits
IX Rapporto Sanità

“Crisi economica e Sanità: come cambiare le politiche pubbliche”

A cura di
FEDERICO SPANDONARO

Coordinamento scientifico ed editoriale
CRISTINA GIORDANI

Autori

✔ **ANNA CHIARA BERNARDINI**
Economista.
Laurea in Economia e gestione delle aziende e dei servizi sanitari presso “Università Cattolica del Sacro Cuore” di Roma.
Collabora dal 2008 con l’Università di Roma “Tor Vergata” (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **ELENKA BRENNA**
Economista.
Laurea in Economia e Commercio, Università Cattolica del S. Cuore, Milano. MsC in Health Economics, University of York, UK. Dottorato presso Università degli studi di Trento, facoltà di Economia.
Professore a contratto in Economia Sanitaria ed Economia Politica presso Università Cattolica di Milano, facoltà di Economia.

✔ **DANIELA D'ANGELA**
Ingegnere biomedico.
Laurea in ingegneria biomedica presso l’Università di Pisa e Master in Management and Clinical Engineering.
Collabora dal 2011 con l’Università di Roma “Tor Vergata” (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **MARCELLO GALIANO**
Ingegnere.
Collabora dal 2013 con l’Università di Roma “Tor Vergata” (CEIS e CREA Sanità).

✔ **CRISTINA GIORDANI**
Economista.
Laurea in Economia delle Istituzioni e dei Mercati Finanziari, presso facoltà di Economia dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari, presso Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”. Attualmente è funzionario giuridico presso il Ministero della Salute, Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali.
Collabora dal 2000 con l’Università di Roma “Tor Vergata” (CEIS e CREA Sanità).

✔ **VALENTINA LISTA**
Economista.
Laurea specialistica in Economia e Gestione delle Aziende e dei Servizi Sanitari, conseguita presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Master di II Livello in Governo Clinico ed Economico nelle Strutture Sanitarie, presso Università "Tor Vergata" di Roma.
Assegnista di ricerca, collabora dal 2009 con l'Università di Roma "Tor Vergata" (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **ROSSELLA LETIZIA MANCUSI**
Statistica.
Laurea in Scienze Statistiche e Demografiche Università degli Studi di Roma "La Sapienza".
Collabora dal 2011 con l'Università di Roma "Tor Vergata" (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **LAURA PIASINI**
Economista.
Laurea in Economia e commercio presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".
Collabora dal 2002 con l'Università di Roma "Tor Vergata" (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **ESMERALDA PLONER**
Economista.
Laurea in: Economia delle Amministrazioni Pubbliche ed Istituzioni Internazionali presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Collabora dal 2004 con l'Università di Roma "Tor Vergata" (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **BARBARA POLISTENA**
Statistica.
Laurea in Scienze Statistiche Demografiche e Sociali. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari. Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi. Dottoressa di ricerca in Metodi di Ricerca per l'Analisi del Mutamento Socio-Economico.
Collabora dal 2005 con l'Università di Roma "Tor Vergata" (CEIS e CREA Sanità) e 4 Health Innovation.

✔ **FEDERICO SPANDONARO**
Economista.
Prof. Aggregato di Economia Sanitaria presso l'Università di Roma "Tor Vergata".
Presidente Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità).

Coordinamento organizzativo
FLORA CICIANI

Attività amministrative e di segreteria
ELEONORA BERNARDI E CRISTINA FERLA

Progetto grafico e stampa
HEALTH COMMUNICATION SRL

Sito Internet
www.rapportosanita.it

Il **Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata"**, giunto alla sua **IX edizione**, è una iniziativa nata nel 2003 con il duplice scopo di diffondere le attività intraprese nel campo dell'economia, politica e *management* sanitario e, allo stesso tempo, di fornire elementi di valutazione sulle *performance* del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.
La struttura del Rapporto vede prima un'analisi statistica del contesto in cui muove la Sanità, i dati di *performance* (spesa, finanziamento ed equità) e quindi gli spaccati per singolo settore assistenziale, chiudendo poi con l'aspetto industriale. Questo per dare la possibilità al lettore di apprezzare l'evoluzione dei fenomeni: non si è però rinunciato all'originalità dei contributi (che ogni anno riguardano aspetti nuovi delle politiche sanitarie) e ad alcune estensioni, che quest'anno riguardano una crescente enfasi sull'aspetto sociale della non-autosufficienza e alcune analisi per patologia.
Quest'anno il Rapporto si concentra sulle lezioni che la crisi ha fornito per un ammodernamento del sistema sanitario (e in generale di quello del *Welfare*); pur fiduciosi di una ripresa economica a livello internazionale che coinvolga anche l'Italia, sarebbe colpevole dimenticare le indicazioni emerse in questi anni di seria recessione. Ciò per difendere il sistema sanitario dalla crisi, ma anche per far divenire la Sanità un volano di crescita e non un'area di rendita inefficiente.
Anche per questa edizione, il volume cartaceo si "completa" con l'**accesso via web alle tavole statistiche** sviluppate a supporto del Rapporto; è possibile consultare la banca dati all'indirizzo www.rapportosanita.it se si è registrati o si possiede un codice invito.

La IX edizione del Rapporto Sanità dei ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata", è il risultato di una *partnership* fra il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (**CREA Sanità**), il Centro per l'Economia e gli Studi Internazionale (**CEIS Tor Vergata**), la **Fondazione Economia "Tor Vergata",** nonché alcune Aziende risultate sensibili a sostenere la ricerca e il dibattito sulle politiche sanitarie.

Il **Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità)**, istituito nel 2013 e promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi disciplinari e con l'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione rivolti alle professioni sanitarie e sociali.
Il team di ricerca di CREA lavora in continuità e sinergia con l'attività svolta negli ultimi 15 anni presso il CEIS dell'Università di "Tor Vergata", sviluppando analisi di politica sanitaria e farmaceutica, valutazioni farmaco-economiche e HTA, statistiche sanitarie ed epidemiologiche, analisi di dati e database e attività di formazione in ambito sanitario.

Il **CEIS (Centro di Studi Economici e Internazionali)** istituito nel 1987 presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", promuove attività di ricerca, realizza progetti di formazione post-universitaria, organizza seminari e conferenze, stabilisce accordi di cooperazione con altre Università, istituzioni nazionali ed organismi internazionali.
Le attività di ricerca, ispirate a criteri di interdisciplinarietà, si concentrano sull'analisi dell'integrazione economica europea nei processi di globalizzazione, nel ruolo delle istituzioni nella crescita economica. Il Centro attribuisce priorità allo sviluppo di metodologie e strumenti per l'analisi quantitativa dei fenomeni e delle politiche economiche.

La **Fondazione Universitaria Economia "Tor Vergata" CEIS** nasce nel dicembre 2008 dall'esperienza maturata dal Ceis, *Center for Economic and International Studies* dell'Università di Roma "Tor Vergata" per:

- svilupparne l'approccio fondato su internazionalizzazione e interdisciplinarietà, collocando in una prospettiva economica l'analisi di regole, tecnologia ed istituzioni
- creare una struttura a rete capace di essere un luogo di effettivo incontro e collaborazione su progetti tra istituzioni pubbliche e private, competenze accademiche e non
- realizzare modalità di trasferimento della conoscenza capaci di integrare locale e globale
- sostenere e dare un impulso al rapporto tra il mondo della ricerca, società civile ed istituzioni capace di promuovere l'innovazione e lo sviluppo sostenibile.

Quest'anno la pubblicazione e la diffusione del volume presso operatori ed esperti sanitari, nonché l'accesso alle tavole di supporto statistico disponibili su www.rapportosanita.it, sono resi possibili grazie al supporto incondizionato di: **Biogen Idec Italia, Boehringer Ingelheim Italia, Eli Lilly Italia, Fondazione MSD, GlaxoSmithKline, Janssen Cilag, Johnson&Johnson Medical, Novartis Farma, Novo Nordisk, Pfizer Italia, Sanofi Pasteur MSD.**

€ 100,00

Edizioni Health Communication