



# 13° Rapporto Sanità

Il cambiamento della Sanità in Italia  
fra Transizione e Deriva del sistema

## 13<sup>th</sup> Health Report

*The change of Italian healthcare system  
between Transition and Leeway*

A cura di / Edited by:

Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Cristina Giordani, Barbara Polistena



DIPARTIMENTO DI  
ECONOMIA E FINANZA

ISBN 978-88-941236-2-3

© 2017 C.R.E.A. Sanità

SEDE LEGALE

Piazza G. Marconi, 25 - 00144 Roma – Italia

SEDE OPERATIVA

Piazza A. Mancini, 4 - interno G11 - 00196 Roma – Italia

Editore Mediaticamente S.r.l., con la collaborazione di Rosy Bajetti

Finito di stampare nel mese di dicembre 2017

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

La 13ª edizione del Rapporto Sanità è il risultato di una *partnership* fra il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), e alcune Aziende sensibili alla importanza della ricerca a supporto del dibattito sulle politiche sanitarie.

Il progetto si basa sulla convinzione della necessità di supportare le decisioni in tema di politiche socio-sanitarie fornendo elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto in Italia e in Europa, basate su evidenze scientifiche quantificabili.

Il Rapporto Sanità, inoltre, non trascura di fornire elementi che possano supportare la valutazione delle *performance* del sistema sanitario italiano a livello regionale, per cui si rivolge anche ai cittadini e alle loro associazioni, al mondo industriale e, più in generale, a tutti gli *stakeholder* del sistema sanitario.

Hanno contribuito alla realizzazione del 13° Rapporto Sanità:



Science For A Better Life



Bristol-Myers Squibb



Daiichi-Sankyo



Fondazione MSD



IPSEN  
Innovation for patient care



Nestlé  
HealthScience



NOVARTIS



SANOFI





## Guida alla lettura del Rapporto Sanità

La 13<sup>a</sup> edizione del Rapporto Sanità mantiene la struttura consolidatasi negli ultimi anni: rimandando alla lettura anche delle “guide” pubblicate negli ultimi anni, ricordiamo solo alcuni aspetti essenziali.

### L’ambito

Il *focus* resta sempre il settore sanitario “allargato”, intendendo in tal modo la Sanità stricto sensu e quella parte di prestazioni sociali che risultano strettamente correlate agli esiti di patologie che conducono alla non-autosufficienza e alla disabilità. Nel Rapporto si è adottato come criterio quello di integrare la parte sanitaria con l’area della cosiddetta LTC (*Long Term Care*), definibile assistenza alle condizioni che prevedono “presenza di restrizioni alla partecipazione, associate a problemi di salute”; per inciso non si parla di “persone con disabilità”, quanto di “persone con limitazioni funzionali”.

Si noti che, in Italia, il settore sanitario è caratterizzato da un sistema di prestazioni prevalentemente in natura, con una limitata quota di prestazioni in denaro erogate dalle ASL, per lo più sotto forma di *voucher* (regionalmente denominati anche “assegni di cura” e “buoni socio-sanitari”); le prestazioni per la LTC, se escludiamo i *voucher* erogati dai Comuni, sono invece in larga misura erogazioni in denaro senza un vincolo di destinazione.

### La struttura

Il 13° Rapporto Sanità mantiene la strutturazione in 4 parti.

Nella prima si fornisce un inquadramento del contesto in cui si muove il settore socio-sanitario italiano: gli

aspetti socio-economici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le possibili misure di *Performance*.

La seconda parte è dedicata alle specifiche analisi di settore: una per ogni area assistenziale, quali prevenzione, assistenza ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, primaria, domiciliare, provvidenze in denaro.

La terza parte è destinata alla lettura della Sanità come settore industriale.

L’ultima parte è dedicata ad analisi “trasversali” rispetto alla struttura per area assistenziale adottata per il Rapporto: tipicamente si tratta di analisi per patologia, tecnologia o processo.

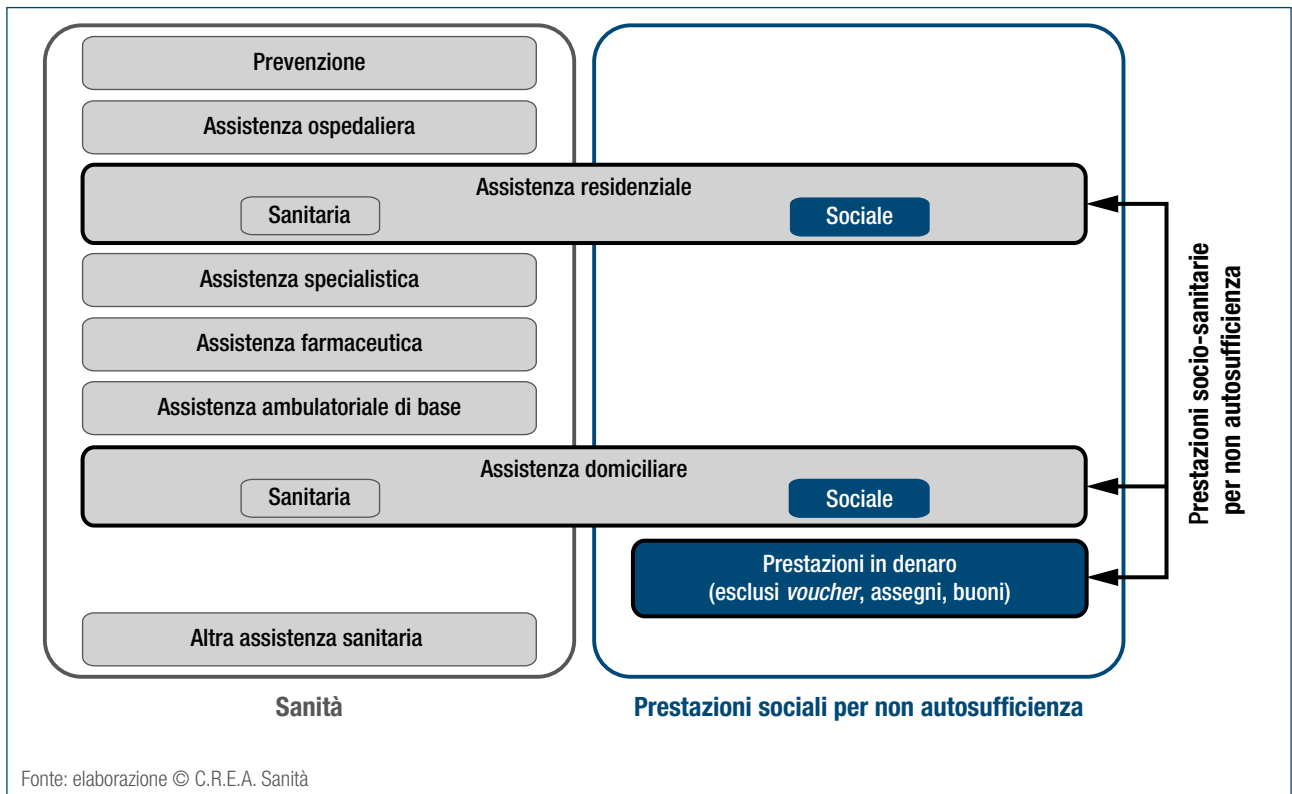
Vale la pena sottolineare che, pur nella coerenza dell’assetto complessivo del volume, i singoli capitoli rappresentano contributi monografici indipendenti, che si concentrano su aspetti di interesse, oggetto di approfondimento da parte del *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità.

In una ottica di collaborazione e *partnership* con altre prestigiose Istituzioni di ricerca, quest’anno il volume ospita, con nostro grande piacere e gratitudine, anche i contributi di alcuni colleghi, ricercatori di altri Centri di ricerca e Istituzioni: la Prof.ssa Cristiana Abbafati (“Sapienza” Università di Roma), la Dott.ssa Laura Crescentini (Assoprevidenza), il Dr. Giuseppe Greco (ISIMM Ricerche), il Dr. Paolo Misericordia (Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - FIMMG), la Dott.ssa Chiara Sgarbossa (Politecnico di Milano).

Da ultimo segnaliamo che per migliorare la fruibilità del Rapporto, ad ogni capitolo è associata una sezione di *key indicators*: nella nostra intenzione vorrebbero rappresentare lo strumento sintetico per seguire, di anno in anno, l’evoluzione dei singoli settori analizzati.

Inoltre, a ciascun capitolo è anche associata una sintesi in inglese, finalizzata a permettere la divulgazione del lavoro presso Istituzioni e Centri di ricerca esteri,

Figura A – La composizione del settore socio-sanitario



diffondendo così una maggiore conoscenza dell'evoluzione del SSN italiano.

Il Rapporto si chiude con un riepilogo regionale, funzionale a permettere una (ri)lettura per singola Regione, trasversale quindi alle aree di assistenza analizzate nei singoli capitoli.

Infine, per chi fosse particolarmente interessato all'aspetto statistico, ricordiamo che i dati sono disponibili *on line* sul sito [www.creasanita.it/rapporto-sanita](http://www.creasanita.it/rapporto-sanita).

*Il coordinatore scientifico ed editoriale*  
Barbara Polistena

## Indice/Index

<b>Presentazione</b> .....	13
<i>Presentation</i> .....	14
Novelli G.	
<b>Introduzione</b> .....	17
<i>Executive Summary</i> .....	37
Spandonaro F.	
<b>Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico: alcune evidenze sull'impatto dell'invecchiamento</b> .....	59
<i>Chapter 1 - The socio-demographic contest: some evidence about the ageing impact</i>	
Mancusi R.L.	
<i>English Summary</i> .....	67
<i>Key Indicators</i> .....	68
<b>Capitolo 2 - Il finanziamento: livello e risanamento</b> .....	77
<i>Chapter 2 - Funding: level and recovery</i>	
Giordani C., Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i> .....	91
<i>Key Indicators</i> .....	92
<b>Capitolo 3 - La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali</b> .....	101
<i>Chapter 3 - Health expenditure: international and national evolution</i>	
d'Angela D., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i> .....	121
<i>Key Indicators</i> .....	123
<b>Capitolo 4 - La valutazione delle Performance</b> .....	131
<i>Chapter 4 - Evaluation of healthcare services</i> .....	132
<b>Capitolo 4a - Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie</b> .....	133
<i>Chapter 4a - Fairness in healthcare: catastrophic expenditure, impoverishment and economic discomfort</i>	
d'Angela D.	
<i>English Summary</i> .....	143
<b>Capitolo 4b - Una misura di Performance dei SSR (V edizione)</b> .....	144
<i>Chapter 4b - Performance evaluation (5<sup>th</sup> edition): the Italian Regional Healthcare Services</i>	
d'Angela D., Carrieri C., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i> .....	154
<i>Key Indicators</i> .....	156

<b>Capitolo 5 - Prevenzione</b> .....	169
<i>Chapter 5 - Preventive health care</i> .....	170
<b>Capitolo 5a - Lotta a malattie croniche non trasmissibili, strategie di prevenzione e loro efficacia</b> .....	171
<i>Chapter 5a - The fight against chronic noncommunicable diseases, prevention strategies and their effectiveness</i>	
Giordani C.	
<i>English Summary</i> .....	194
<b>Capitolo 5b - La mortalità e i DALYs causati dai fattori di rischio</b> .....	196
<i>Chapter 5b - Mortality and DALYs caused by risk factors</i>	
Abbafati C.	
<i>English Summary</i> .....	211
<i>Key Indicators</i> .....	213
<b>Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: l'evoluzione dell'attività ospedaliera. Invecchiamento e risparmi potenziali</b> .....	225
<i>Chapter 6 - Hospital care: the main trends. Ageing and potential savings</i>	
Spandonaro F., Carrieri C., d'Angela D.	
<i>English Summary</i> .....	241
<i>Key Indicators</i> .....	243
<b>Capitolo 7 - Assistenza residenziale</b> .....	249
<i>Chapter 7 - Residential care</i> .....	250
<b>Capitolo 7a - Assistenza residenziale: lo stato dell'arte degli indicatori</b> .....	251
<i>Chapter 7a - Residential care: the state of the art of indicators</i>	
Giordani C., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i> .....	262
<i>Key Indicators</i> .....	263
<b>Capitolo 8 - Assistenza specialistica ambulatoriale</b> .....	273
<i>Chapter 8 - Outpatient specialist care</i> .....	274
<b>Capitolo 8a - Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale</b> .....	275
<i>Chapter 8a - New evidence on spending and consumption of outpatient specialist care</i>	
Ploner E., Polistena B.	
<i>English Summary</i> .....	283
<b>Capitolo 8b - Il ruolo della Medicina di Laboratorio nella trasformazione digitale del sistema-salute: il caso della Regione Lazio</b> .....	284
<i>Chapter 8b - The role played by Laboratory Medicine in the digital transformation of the health system: the case of the Lazio Region</i>	
Greco G.	



<i>English Summary</i> .....	299
<i>Key Indicators</i> .....	302
<b>Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica</b> .....	307
<i>Chapter 9 - Pharmaceutical care</i> .....	308
<b>Capitolo 9a - Governance farmaceutica e innovazione</b> .....	309
<i>Chapter 9a - Pharmaceutical care: governance and innovation</i> Polistena B., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i> .....	321
<b>Capitolo 9b - Processi e tempistiche del percorso autorizzativo dei farmaci innovativi</b> .....	322
<i>Chapter 9b - Processes and timeframe of the authorization procedures for innovative drugs</i> Bernardini A.C., Polistena B.	
<i>English Summary</i> .....	333
<i>Key Indicators</i> .....	334
<b>Capitolo 10 - Assistenza primaria: l'utilizzo della tecnologia digitale tra i medici di medicina generale</b> ....	341
<i>Chapter 10 - Primary care: the diffusion of digital technology among general practitioners</i> Misericordia P., Sgarbossa C., Giordani C.	
<i>English Summary</i> .....	354
<i>Key Indicators</i> .....	356
<b>Capitolo 11 - Assistenza domiciliare</b> .....	363
<i>Chapter 11 - Home care</i> .....	364
<b>Capitolo 11a - Assistenza domiciliare: lo stato dell'arte degli indicatori</b> .....	365
<i>Chapter 11a - Home care: the state of the art of indicators</i> Giordani C.	
<i>English Summary</i> .....	370
<b>Capitolo 11b - Non autosufficienza e assistenza primaria: la ricerca di nuove soluzioni ad un problema datato</b> .....	371
<i>Chapter 11b - Non self sufficiency and primary care: finding new solutions to a long-standing problem</i> Crescentini L.	
<i>English Summary</i> .....	382
<i>Key Indicators</i> .....	383
<b>Capitolo 12 - Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri</b> .....	391
<i>Chapter 12 - Cash benefits: the evolution of beneficiaries and expenditure</i> Ploner E., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i> .....	401
<i>Key Indicators</i> .....	402

<b>Capitolo 13 - Aspetti industriali della Sanità: evoluzione e prospettive</b> .....	407
<i>Chapter 13 - Industrial aspect of health: evolution and prospects</i>	
Carrieri C., d'Angela D.	
<i>English Summary</i> .....	415
<i>Key Indicators</i> .....	416
<b>Capitolo 14 - Analisi per patologia, tecnologia</b> .....	423
<i>Chapter 14 - Analysis by pathology, technology</i> .....	424
<b>Capitolo 14a - Impatto e governance delle malattie rare e dei farmaci orfani</b> .....	425
<i>Chapter 14a - Impact and governance of rare disease and orphan drugs</i>	
<i>English Summary</i> .....	430
<b>Capitolo 14b - L'utilizzo dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici</b> .....	435
<i>Chapter 14b - Economic impact of enteral immunonutrition in oncological patients</i>	
d'Angela D., De Luca R., Ficari F., Gasbarrini A., Montorsi M., Spandonaro F.	
<i>English Summary</i> .....	441
<b>Capitolo 14c - Osservatorio per un'equità di accesso alle prestazioni</b> .....	442
<i>Chapter 14c - Observatory for equitable access to services</i>	
<i>English Summary</i> .....	449
<b>Riepilogo regionale/Regional synopsis</b> .....	453
<b>Credits</b> .....	475

performance  
accesso  
appropriata  
innovazione  
integrazione  
SSN  
generalismo  
economicità



# *Presentazione*

*Presentation*



## Presentazione

**Prof. Giuseppe Novelli – Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"**

Con piacere introduco la 13<sup>a</sup> edizione del Rapporto Sanità, realizzato da ricercatori dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e coordinati da Federico Spandonaro, nell'ambito delle attività di studio svolte dal Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

La continuità del Rapporto conferma l'attenzione dell'Ateneo di "Tor Vergata" per la ricerca applicata in Sanità, il cui ruolo è cruciale per continuare a garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per orientare le politiche per la tutela della salute sotto il profilo non solo economico, ma anche culturale, scientifico, e sociale.

Nel Rapporto Sanità 2017 i ricercatori del C.R.E.A. Sanità dimostrano come sia in atto un profondo cambiamento del SSN e delle sue articolazioni regionali. Cambiamento che ha molti lati positivi e auspicati, in particolar modo quelli legati al risanamento finanziario del sistema, condizione necessaria per la sua sopravvivenza.

Allo stesso tempo, il Rapporto evidenzia come la Sanità italiana, oltre che un primato mondiale in termini

di efficienza, continui ad essere una eccellenza anche per la qualità e la quantità degli esiti di salute prodotti. Ciò è anche dovuto all'indispensabile supporto delle attività didattiche e scientifiche delle Università che contribuiscono in modo sostanziale alla ricerca clinica con risultati estremamente positivi.

Ma i ricercatori ci ricordano che i risultati conseguiti non sono acquisiti indefinitamente: sono, invece, il frutto di cospicui investimenti in prevenzione e in innovazione, tanto tecnologica, quanto organizzativa.

L'innalzamento della popolazione e i cambiamenti socio-economici in atto ci pongono sfide che non si possono vincere senza confermare la priorità della tutela della salute nell'ambito delle politiche di *Welfare*.

L'auspicio è che il tangibile impegno dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" nel garantire qualità e sostenibilità della assistenza sanitaria, unito al lavoro di analisi dei ricercatori del C.R.E.A. Sanità, possa essere di stimolo per il dibattito in corso sulle prospettive della Sanità italiana, i cui esiti sono fondamentali affinché le future generazioni possano ancora contare sulla tutela pubblica della loro salute.

## Presentation

**Prof. Giuseppe Novelli – Rector, University of Rome Tor Vergata**

*I am very pleased to present the 13th Health Report worked out by the researchers of the Rome University Tor Vergata coordinated by Federico Spandonaro, as part of the research activities carried out by the Consortium for Economic Research Applied to the Health Sector (C.R.E.A. Sanità).*

*The continuity of the Report reaffirms the attention of the University of Roma Tor Vergata for applied research in the health sector, whose role is crucial to keep on ensuring the sustainability of the National Health Service (NHS) and orient the policies for protecting health not only at economic, but also at cultural, scientific and social levels.*

*In the 2017 Health Report, the researchers from C.R.E.A. Sanità show that a deep change is underway in the NHS and its regional units. This change has many positive and desirable aspects and implications, particularly those linked to the financial recovery of the system, which is a prerequisite for its survival.*

*At the same time, the Report highlights that - besides being a world excellence in terms of efficiency - the Italian healthcare system continues to be so also for*

*the quality and quantity of health outcomes produced. This is also due to the essential support provided by the academic and scientific activities of the Universities, which significantly contribute to clinical research with extremely positive results.*

*Nevertheless, the researchers remind us of the fact that the results are not achieved indefinitely; quite the reverse. They are the result of substantial investment in prevention and in both technological and organizational innovation.*

*The aging of population and the socio-economic changes underway pose challenges that cannot be faced without reaffirming the priority of health protection in Welfare policies.*

*We hope that the tangible commitment of the Rome University Tor Vergata to ensure the healthcare quality and sustainability, combined with the analysis work of the C.R.E.A. Sanità researchers, will stimulate and enrich the ongoing debate on the Italian healthcare prospects, the outcomes of which are fundamental for the future generations to still count on public health protection.*

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to healthcare and economics, such as 'valutazione', 'risorse', 'innovazione', 'integrazione', 'SSN', 'generalismo', 'economicità', 'regioni', 'effettività', 'economico', 'performance', 'accesso', and 'appropriatezza'.

# *Introduzione*

**Il cambiamento della Sanità in Italia  
fra Transizione e Deriva del sistema**

*Executive Summary*

*The change of Italian healthcare system between  
Transition and Leeway*





## INTRODUZIONE

### Il cambiamento della Sanità in Italia fra Transizione e Deriva del sistema

Federico Spandonaro – *Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*,  
*Presidente C.R.E.A. Sanità*

#### 1. Premessa

Tentando di contestualizzare le principali evidenze del Rapporto 2017, inserendole nel dibattito di politica sanitaria, si è ricorsi alla lettura della stampa di settore per cogliere gli elementi emergenti del dibattito.

La prima notizia degna di nota è che, mentre viene approvato in via definitiva il riparto alle Regioni dei Fondi per la Sanità 2017, queste ultime scendono “sul piede di guerra” paventando una crescita del Fondo 2018 inferiore al miliardo atteso, ritenuto condizione minima per garantire la sostenibilità dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR).

Paradossalmente, la novità è che apparentemente non c'è nulla di nuovo, trattandosi della normale (e forse un po' vetusta) dialettica fra livelli di Governo, evidentemente condizionata dai diversi mandati istituzionali e dalle condizioni economiche generali.

Una analisi più attenta, semmai, conferma un dato ormai evidente: il convitato di pietra della politica sanitaria rimane la finanza pubblica, che condiziona le risorse in ultima istanza disponibili per il *Welfare*.

Le risorse disponibili rimangono, infatti, poche e inferiori ai livelli che si osservano nei Paesi appartenenti al nostro contesto economico e culturale; e, principalmente, non si intravedono prospettive di un loro ampliamento a breve termine. I tempi della crescita economica continua e dell'allargamento delle protezioni sociali pubbliche sembrano, se non tramontati, almeno temporaneamente accantonati: e la Sanità non può prescindere.

La seconda “notizia” che la stampa riporta, è riassumibile in un crescente coro di “sdegno” per la “mancanza di Sanità” nella Legge di bilancio.

Quel che colpisce, e sembra davvero una reale novità, è che la Sanità sia sostanzialmente assente in una Legge di bilancio che si situa ormai a ridosso di una consultazione elettorale. La “rivoluzione” sembra essere

la perdita di *appealing* politico della Sanità, che è una ulteriore conferma del fatto che il vincolo essenziale è quello della finanza pubblica, essendo tramontata (e tutto sommato si spera lo sia definitivamente) l'epoca della cosiddetta “finanza allegra”, spesso funzionale a interessi elettorali.

Per quanto comprensibile il disappunto di chi si aspettava nuovi investimenti (per il rinnovo dei contratti in primis), il fatto che non ci siano “tagli” e che la Sanità non sia più terreno appetibile per “manovre elettorali”, potrebbe quindi essere interpretato come il classico “bicchiere mezzo pieno”.

In definitiva, leggendo le notizie rilanciate dalla stampa di settore, la politica sanitaria, ma anche il contesto in cui essa si muove, sembra caratterizzata da una sostanziale immobilità, che si trascina ormai da almeno un decennio.

Le analisi raccolte nel Rapporto dicono, invece, che l'immobilità è solo apparente: la Sanità sta cambiando e potremmo forse sintetizzare il tutto dicendo che “tutto sta cambiando, perché nulla cambi”.

In altri termini i cambiamenti in corso sembrano funzionali al mantenimento dello status quo: e la naturale domanda di ricerca, a cui il Rapporto 2017 cerca di dare una risposta, è se questa operazione sia efficace e, principalmente, desiderabile.

In altri termini, ci si chiede se il cambiamento strisciante in atto sia classificabile come una Transizione del SSN o piuttosto una sua Deriva, ovvero se chi è al timone stia governando il cambiamento con un obiettivo definito, o stia fermo in una posizione di mera presa d'atto dell'evoluzione spontaneamente in corso.

Ripercorrendo la storia del SSN, ricordiamo che esso ha avuto un importante intervento di riforma dopo i suoi primi 10 anni di vita, e un secondo dopo altri (circa) 10 con il Federalismo. Dopo questi avvenimenti, e sono ormai passati quasi venti anni, pur essendosi susseguiti

interventi di “manutenzione” più o meno importanti, nulla di quanto è stato deciso ha avuto un afflato veramente riformatore.

Al perché non si sia sentita la necessità di un “ammodernamento” del sistema può essere data diversa risposta, a seconda dell’ottica assunta: senza pretesa di esaustività, un argomento è certamente la forte resilienza dimostrata dal sistema agli impatti esogeni, per lo più di origine economica, che portano a ritenerlo solido nelle sue fondamenta e quindi nella sua funzione; un altro, più tattico, è che il SSN, da causa dei disequilibri della finanza pubblica, per la prima volta è stato riconosciuto come la parte finanziariamente più virtuosa del processo di *spending review* e, come tale, un fattore di successo nel perseguimento del risanamento finanziario della Pubblica Amministrazione; un terzo, possibile, argomento è la sbandierata difesa dell’Universalismo, di cui il SSN italiano è da molti considerato l’ormai ultimo baluardo in Europa, e come tale da proteggere così come è, oltre ogni ragionevole dubbio.

Indipendentemente, però, dall’esplicitazione di una condivisa volontà politica di ammodernamento del sistema, quest’ultimo sta, nel frattempo, radicalmente “cambiando pelle”. In particolare, sebbene sembri essere scarsa la percezione dei cambiamenti che stanno intervenendo, analizzando l’andamento del finanziamento e della spesa, ci torna l’immagine di un SSN che ha, in pochi anni, completamente rivisto il suo “posizionamento” strategico.

## 2. Finanziamento e spesa

Per quanto premesso, iniziamo l’analisi dal finanziamento pubblico, che è fondamentale nella misura in cui determina la natura stessa del SSN: numeri alla mano, il nostro sistema, pur da molti considerato l’ultimo baluardo dell’Universalismo, di fatto copre una quota sempre minore del complesso del consumo sanitario dei cittadini.

Il risanamento finanziario che si è realizzato negli ultimi anni, è costato il netto distacco della quota di finanziamento pubblico della Sanità dal livello dei Paesi dell’Europa occidentale (EU-OCC che convenzionalmente nel Rapporto individuiamo con il nucleo storico

della comunità europea), e un progressivo avvicinamento alle quote tipiche dei Paesi “nuovi” entranti, dell’Europa orientale (EU-OR).

La Figura 1 riporta la quota di finanziamento pubblico della Sanità in Italia, evidenziando come sia ormai decisamente più vicina ai livelli EU-OR che a quelli EU-OCC: infatti, è pari al 75,0% della spesa sanitaria corrente in Italia, contro il 78,8% di EU-OCC e il 72,3% di EU-OR.

Va sempre ricordato che la prima ragione dell’intervento pubblico in Sanità rimane l’equità, che è condizione necessaria per garantire l’Universalismo, qualora lo si declini, correttamente, in termini di pari opportunità di accesso all’assistenza, ovvero di garanzia di poter accedere indipendentemente dalle proprie condizioni economiche individuali.

Garantire alle fasce più deboli l’accesso ai servizi sanitari, ci sembra che rimanga l’essenza del principio di tutela costituzionale della Salute, e quindi dell’Universalismo: la sua effettiva implementazione correla (a meno di Società ricchissime dove nessuno, o pochi, hanno limiti economici di accesso ai servizi) con il passaggio da un sistema basato sulla spesa privata individuale (cosiddetta *Out of Pocket* - OOP), ad uno basato sulla spesa pubblica.

Di fronte, e malgrado, alla crisi, la quota di copertura dei sistemi sanitari pubblici, in media, non è arretrata, né nell’EU-OCC, né in EU-OR, svolgendo la loro funzione di protezione sociale: fa eccezione l’Italia dove, ormai da alcuni anni (Figura 1), si assiste ad una inversione di tendenza, ovvero ad un arretramento della quota pubblica ed ad una conseguente crescita della quota di spesa, che ha (ri)raggiunto il 25% del totale: un valore, ad oggi, decisamente superiore a quello medio EU.

L’altro cambiamento epocale realizzatosi nell’ultimo decennio riguarda il livello complessivo di spesa sanitaria.

Come abbiamo più volte sottolineato nelle precedenti edizioni del Rapporto, il livello di spesa sanitaria dell’Italia è sempre stato inferiore alla media EU-OCC: la novità sta nel fatto che negli ultimi anni si sia portato su livelli per certi versi inspiegabili.

La spesa sanitaria italiana è, a seconda del dato utilizzato (a parità di potere di acquisto o meno), fra il 25,3% e il 31,2% inferiore a quello medio degli altri Paesi dell’Europa occidentale (EU-14, come definita con-

Figura 1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente

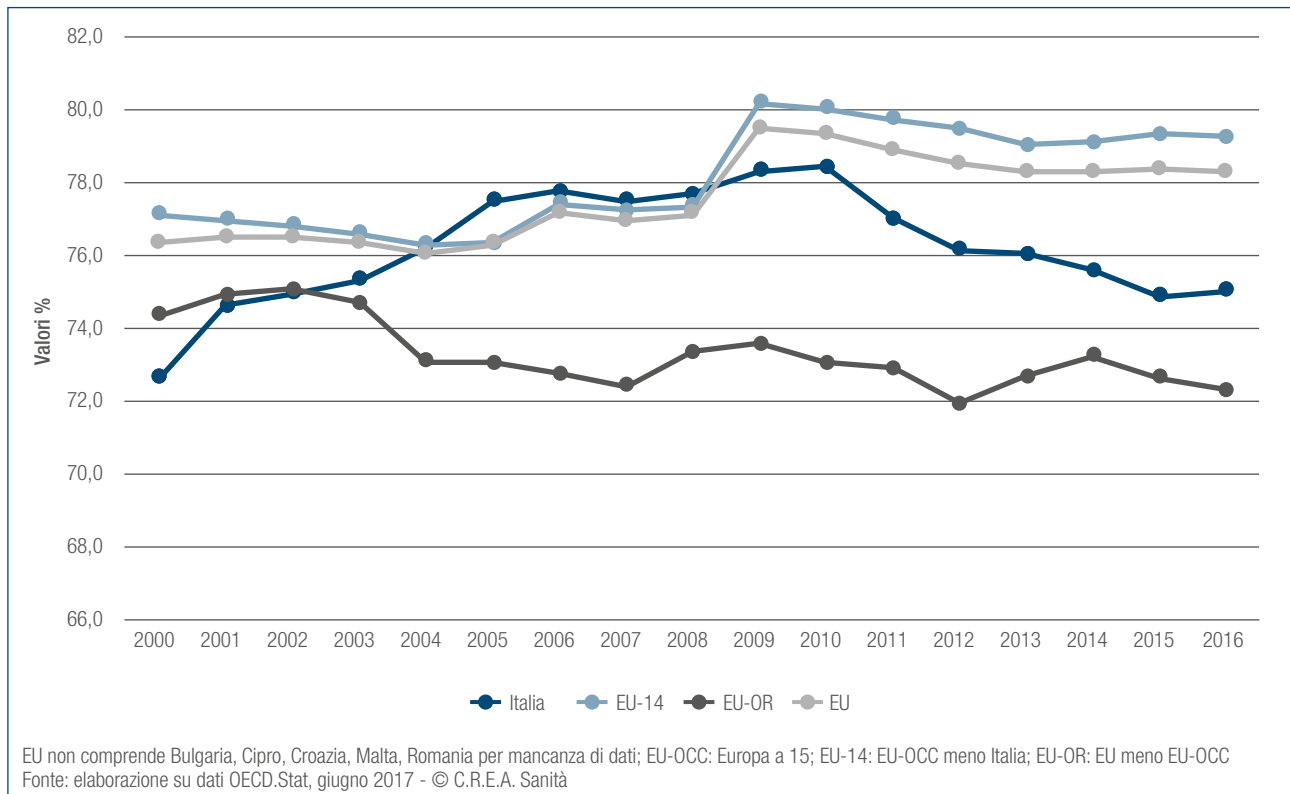
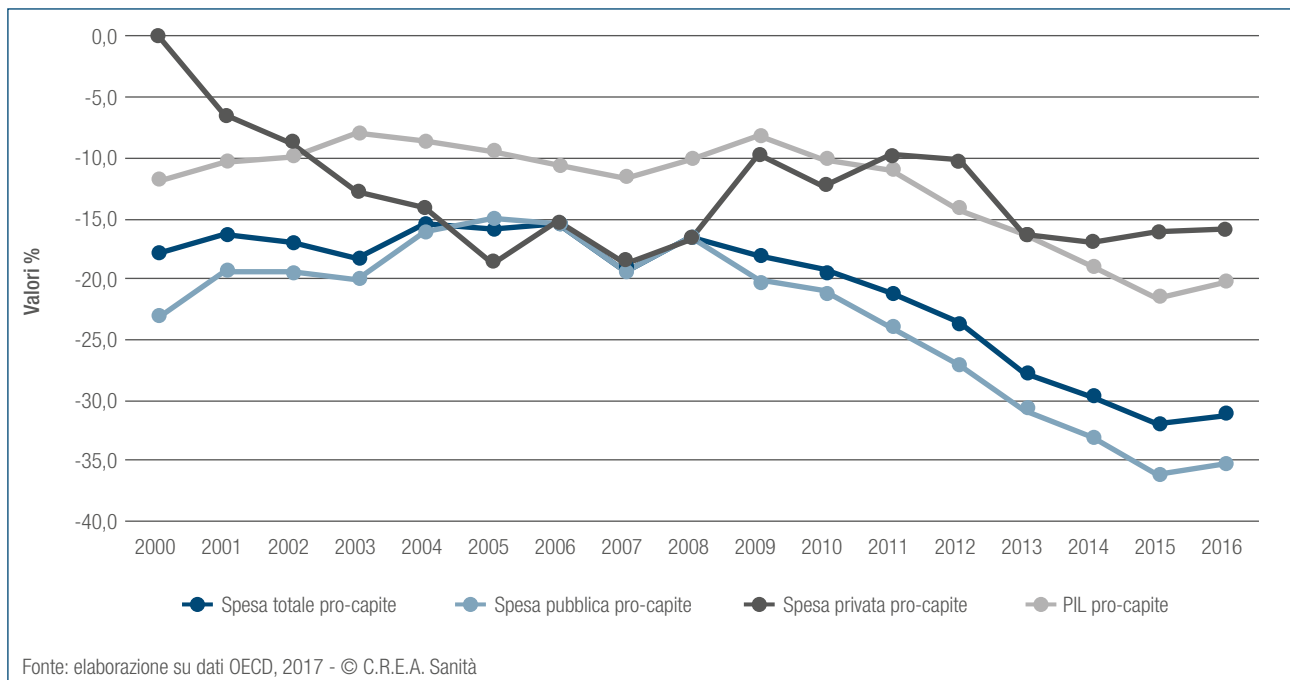


Figura 2. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro capite in €. Gap Italia vs EU-14



venzialmente nel Rapporto); anche in questo caso andiamo avvicinandoci sempre più al livello dei Paesi dell'EU-OR (Figura 2).

Il gap di spesa pubblica arriva ad essere pari al 35,2%, risultando peraltro coerente con le scelte di finanza pubblica nazionali, che implicano una progressiva

riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL, come attesta la Legge di bilancio, che ha previsto per il 2017 un'incidenza della spesa su PIL pari al 6,7%, che scende al 6,5% nel 2018 e si riduce ulteriormente nel 2019 e 2020 per fermarsi al 6,4%.

Si noti che anche la residua disponibilità a pagare dei cittadini rimane bassa rispetto ad altri Paesi EU, essendo inferiore a quella di EU-OCC del 16,0%: sebbene non si debba dimenticare che anche il PIL pro-capite è inferiore del 20,4%.

In altri termini, per la Sanità in Italia si spende pochissimo rispetto ai Paesi EU-OCC, e relativamente meno nel pubblico che nel privato (nel primo caso il *gap* è quasi il doppio), con il risultato di un arretramento (sempre rispetto agli altri Paesi) della quota di servizi economicamente intermediata dal SSN.

In definitiva, i numeri dicono che la spesa pubblica italiana è bassa sia in quota che anche in livello: i due fattori, messi insieme, lasciano presagire che se lo scopo era quello di mantenere lo status quo, inteso come universalismo di accesso, non è detto che l'evoluzione in corso sia quella desiderabile.

### 3. Le conseguenze

L'analisi e la conoscenza dei fenomeni sono alla base della costruzione della consapevolezza che dovrebbe guidare le decisioni di politica sanitaria, e la loro carenza segna il labile confine fra avere un sistema in Transizione ovvero alla Deriva: risulta quindi essenziale comprendere le conseguenze dei fenomeni descritti nel paragrafo precedente.

Iniziamo con il dire che dimensione e velocità dei cambiamenti intervenuti nei macro dati esposti in precedenza possono certamente stupire: se non altro, come anticipato, colpisce il fatto che un cambiamento di rotta di siffatta portata si sia realizzato mentre, ufficialmente, si sbandiera la difesa della natura Universalistica del sistema.

Lo stupore appare, invero, ingenuo: quello a cui assistiamo è nulla più che la chiara ed evidente dimostrazione che la priorità del Paese (e quindi della finanza pubblica) è la crescita, e non il *Welfare* e la coesione sociale: proposizione certamente legittima e che con-

ferma il nostro essere "strategicamente" accomunati più ai Paesi EU-OR, che non a quelli dell'Europa "ricca".

In termini pragmatici, il tema essenziale è allora capire quale sia effettivamente l'impatto sull'Universalismo derivante dal fatto che una quota, sempre più rilevante, del consumo sanitario (altrettanto universalmente ritenuto meritorio) sia lasciata alle capacità economiche delle singole famiglie.

La domanda è lecita e opportuna perché, almeno in teoria, maggiore è la quota di spesa pubblica e maggiore è la probabilità che si realizzi una elevata equità orizzontale del sistema: estremizzando, sempre in teoria, se la spesa OOP fosse nulla, avremmo la garanzia che nessuno dovrebbe avere subito barriere di accesso.

Questa lettura teorica non considera, però, la genesi delle risorse pubbliche e neppure le istanze di equità verticale.

Iniziando da queste ultime, gli argomenti sarebbero molteplici, ma ci limitiamo a osservare che, in un mondo in cui l'evidenza dice che una quota estremamente rilevante delle patologie, e dei costi connessi, discende non dal caso o dalla sfortuna, bensì da comportamenti a rischio, un accesso Universale e totalmente gratuito diventa sinonimo di un "accesso indiscriminato", pertanto sospettabile di incentivare la persistenza di comportamenti non salutari; e persino di aggiungere l'inefficienza, nella misura in cui mette tali comportamenti scorretti ingiustamente a carico della solidarietà sociale.

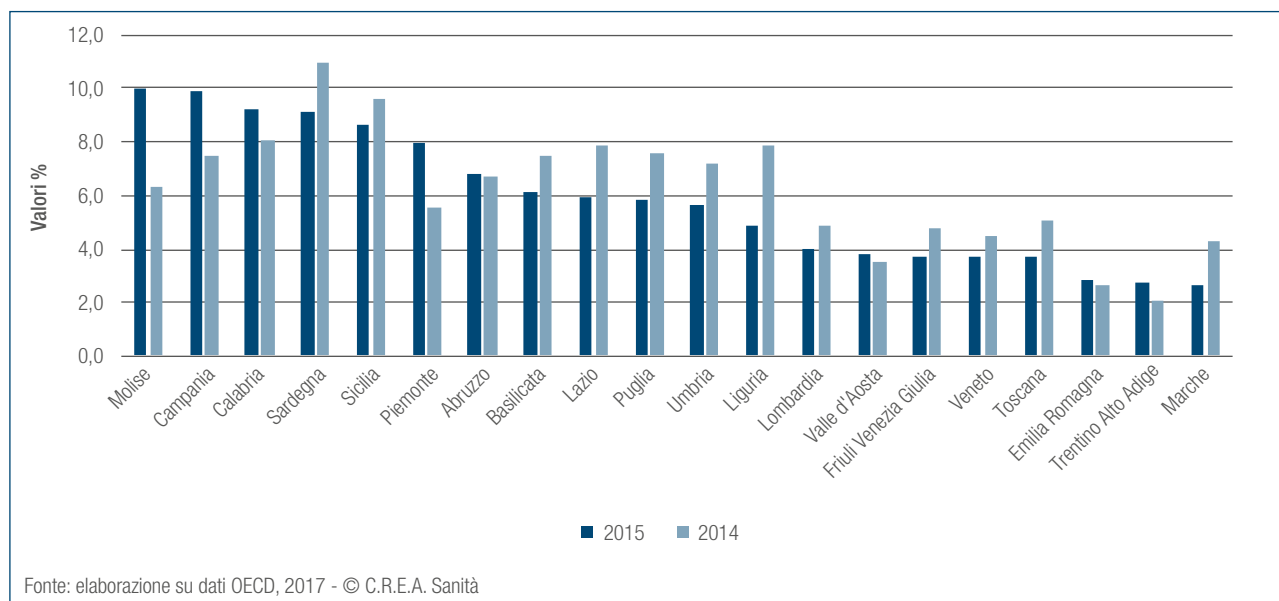
Sulla stessa linea di pensiero, a fronte di una ampia evidenza sui rischi di consumo inappropriato delle risorse in Sanità, sembra contraddittorio incentivare senza limiti il consumo rendendolo gratuito.

In altri termini, non sembra poter far parte del concetto di "tutela della Salute" la gratuità del servizio pubblico: ma per quanto ci sembri questione evidente, sul tema aleggia e persiste un pericoloso equivoco, che continua a confondere l'Universalismo con la gratuità.

Nella nostra visione (e oggi i prerequisiti del ragionamento è doveroso che siano esplicitati), condizione necessaria per l'Universalismo non è l'uguaglianza, in qualche modo garantita dall'accesso gratuito, quanto la garanzia di "non esclusione".

Ovviamente si potrebbe discutere a lungo su quali siano i servizi su cui applicare il principio di "non esclusione", come anche di quale sia la massima soglia di

Figura 3. Quota di disagio economico



impatto economico da considerare quale “indice di esclusione”: per esigenze di brevità tralasciamo questo approfondimento e pragmaticamente chiediamoci se in Italia il problema esista, ovvero se qualcuno rischi davvero l’“esclusione”.

La misura del fenomeno, per quanto anticipato, è evidentemente difficile: non di meno il Rapporto, pur con la massima umiltà, si esercita da anni con la questione; con i caveat del caso, la diagnosi consolidatasi nel tempo è che persiste una quota rilevante di disagio (economico) associato alle spese sanitarie, che coinvolge approssimativamente il 5,7% dei nuclei familiari, e aumenta soprattutto nel Sud del Paese (8,4% delle famiglie), seguito dal Centro (4,8%) e dal Nord (4,4%).

Sebbene rispetto all’anno precedente si sia assistito ad una riduzione del fenomeno, il miglioramento ha interessato soprattutto le Regioni del Centro (da 6,5% a 4,8%) e del Nord (da 4,6% a 4,4%), mentre nel Sud è sensibilmente aumentato passando dall’8,3% all’8,4%.

Si conferma che il disagio ha a che fare essenzialmente con l’aspetto geografico, rimanendo un problema (sempre più) tipico del meridione (Figura 3).

Tralasciamo l’approfondimento della “questione meridionale” in Sanità, essendo stata ripetutamente oggetto delle analisi dei precedenti Rapporti: ci limitiamo a ribadire che l’incapacità di risolverla rimane la lampante dimostrazione del fallimento del disegno universalistico

della Legge di istituzione del SSN, e quindi della necessità di nuovi approcci.

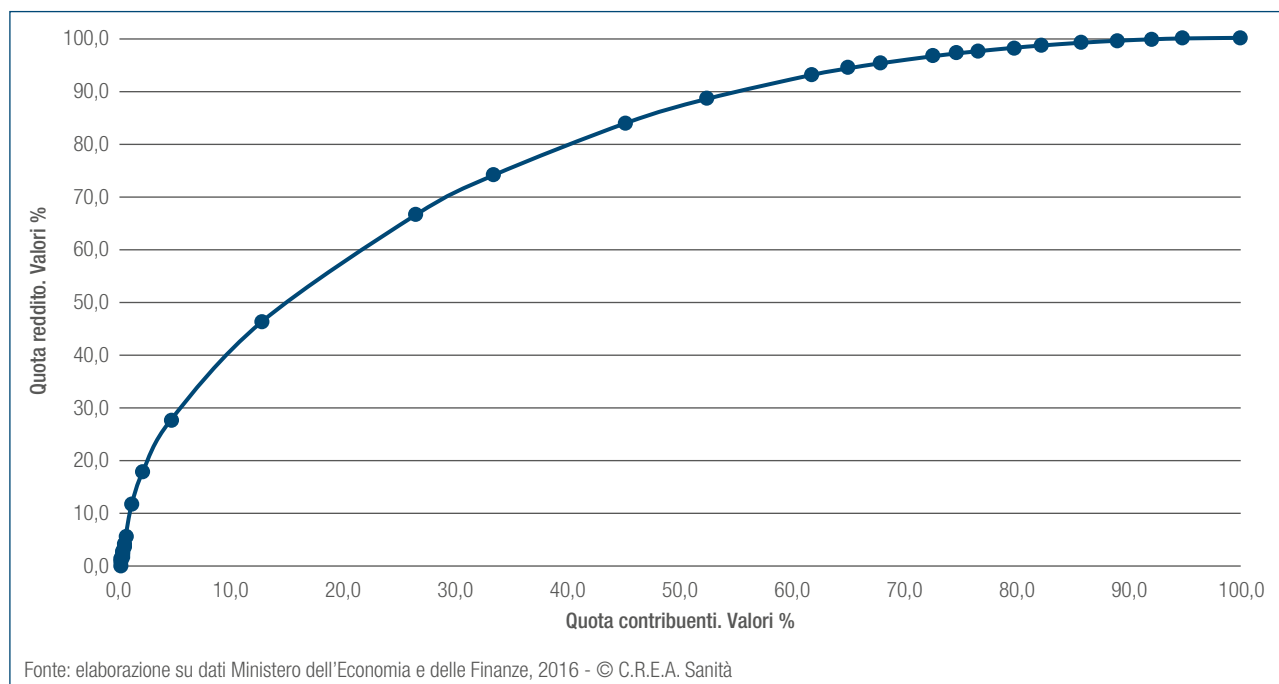
Osserviamo, invece, che la persistenza del fenomeno indica che, al netto di problemi di efficienza dei trasferimenti perequativi, specialmente di quelli “geografici”, su cui torneremo nel seguito, per contrastare l’esclusione sarebbe opportuno aumentare la redistribuzione e, quindi, la quota di spesa sanitaria pubblica: ma questa opzione si scontra con la, altrettanto lapalissiana, evidenza che la pressione fiscale in Italia è già troppo elevata e concentrata, rendendo dubbia l’opportunità della soluzione senza una revisione complessiva del sistema di finanziamento.

Per onestà intellettuale e per completezza, dichiarando la nostra carenza di informazione sulle dimensioni dell’esclusione negli altri Paesi, vogliamo riconoscere al SSN italiano il beneficio della presunzione di “innocenza”, immaginando che i livelli di esclusione non siano peggiori che negli altri Paesi.

Preso atto che, come precedentemente riportato, la spesa pubblica italiana è inferiore sia in livello che in quota rispetto agli altri Paesi europei, perché questo accada è necessario che la quota di spesa privata sia fortemente concentrata sui più abbienti e, quindi, siano sufficientemente salvaguardati i cittadini con basso reddito.

Va da sé che questa opzione implica però l’accettazione di un sistema basato su di un livello di redi-

Figura 4. Concentrazione IRPEF



stribuzione molto forte, presumibilmente maggiore che negli altri Paesi dove la pressione fiscale è minore e più omogenea.

La domanda successiva è se tale livello di redistribuzione sia da considerare il frutto di una scelta consapevole o meno: la risposta implica, ancora una volta, un diverso giudizio sul fatto che il sistema stia sperimentando una Transizione o una semplice Deriva.

Per provare a farsi una idea, partiamo, come nostra abitudine, dai numeri; per prendere in primo luogo atto che la concentrazione del reddito, almeno quello dichiarato, in Italia è molto elevata: basti considerare che il 50% di esso è concentrato in circa il 13% dei contribuenti (Figura 4); di conseguenza, qualora non ci fosse il fenomeno dell'evasione, in presenza di una forte sperequazione sociale, un livello di redistribuzione molto elevato sarebbe socialmente giustificato.

Ma se, come "probabile", l'evasione esiste ed è rilevante, si concretizza una situazione iniqua che vede il gruppo dei "contribuenti abbienti" ("ricchi" davvero non sono se non in una piccola percentuale) pagare il *Welfare* sia dei non abbienti, che degli "abbienti evasori".

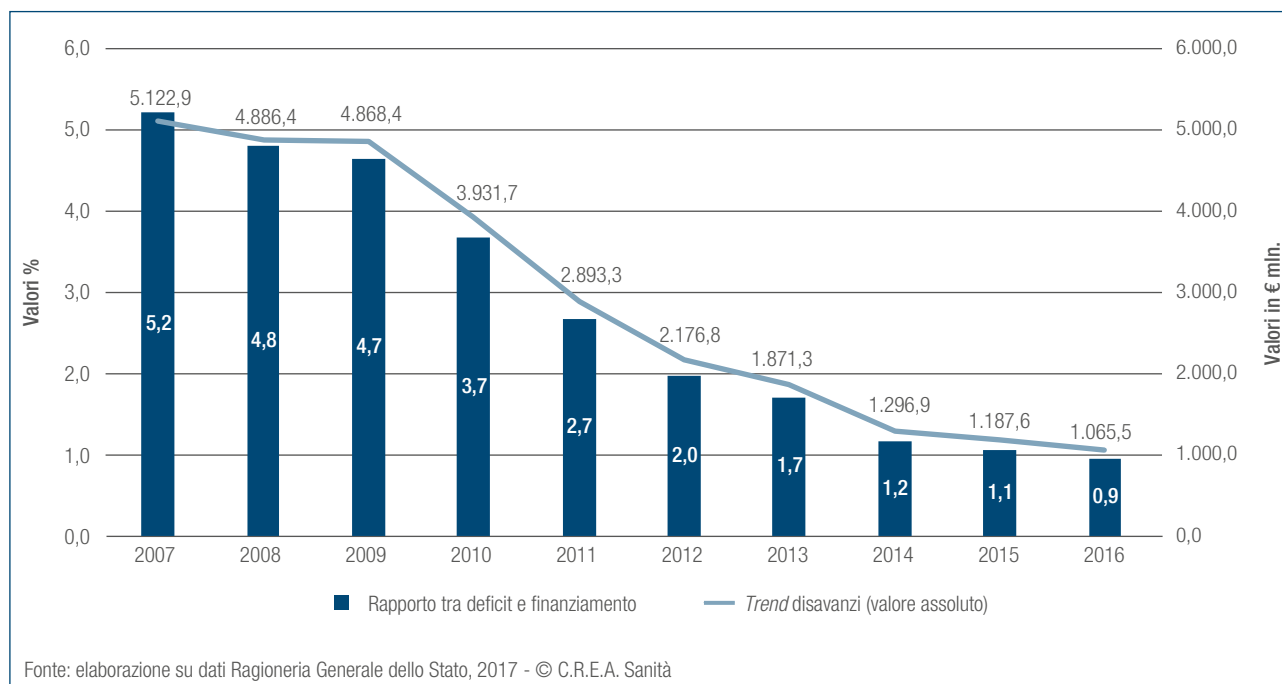
A parte l'evidente iniquità, la condizione risulta in prospettiva esplosiva per il SSN. Se consideriamo che i livelli di spesa pubblica italiana sono così bassi da far

presumere che debbano essere rivalutati, e che questo implicherebbe aumentare la pressione fiscale (a meno di recuperi di efficienza in altri settori), e che, per forza di cose, questo aumento si concentrerebbe sui soliti "noti" al fisco, è facile paventare una fortissima tensione sociale: la fascia degli "abbienti contribuenti" risulterebbe fortemente incentivata a chiedere l'*opting out*, ovvero a eludere gli obblighi di solidarietà.

Per avere una idea quantitativa del rischio e, quindi, giustificare l'affermazione, si consideri che la spesa della Pubblica Amministrazione, al netto degli interessi, delle pensioni e di altre spese non direttamente attribuibili a servizi forniti alle famiglie, è stimabile in circa € 260 mld., coperta per poco più del 40% da IVA e IRAP; volendo coprire il residuo con il gettito IRPEF, si evidenzia come i contribuenti che versano un IRPEF sufficiente a coprire l'onere equivalente (pari a circa € 7.500 per nucleo familiare), sono meno del 16%, dimostrando come sia concentrato il peso della copertura dei costi dei servizi collettivi.

Ricordando che sia la spesa privata, sia quella pubblica, sono inferiori a quella EU-OCC, a latere osserviamo che, mentre la "bassa propensione" pubblica a spendere per la Sanità è spiegabile dalle dimensioni del debito pubblico, quella privata sembra meno spiegabile,

Figura 5. Rapporto deficit su finanziamento e trend disavanzi



a meno di ritenere che le fasce povere abbiano limitate possibilità di ricorrere ai consumi privati, che quelle “abbienti contribuenti” siano gravate da una pressione fiscale che lascia loro limitate risorse disponibili, e che quelle degli “abbienti evasori” non sentano più di tanto il bisogno di spendere privatamente, perché accedono gratuitamente ai servizi pubblici.

In definitiva, i numeri sembrano dire che, o si sta minando l’Universalismo di accesso, specialmente nelle Regioni meridionali, o si sta andando verso una situazione di eccesso di solidarietà, che nasconde anch’esso una profonda iniquità.

Fra le “conseguenze” dei dati di finanziamento e spesa esposti, non possiamo evitare di parlare del risanamento finanziario e quindi della sostenibilità del sistema.

La prima, evidentissima, conseguenza è che dopo oltre 30 anni di disavanzi, quindi di disallineamento fra volontà politica (di finanziamento) e gestione del servizio (ovvero spesa), il SSN ha finalmente raggiunto un punto di sostanziale equilibrio finanziario, dimostrando di essere “macchina” complessa ma governabile.

La Figura 5 dimostra come il disavanzo, pari a € 1,1 mld. nel 2016, sia ormai inferiore all’1% del finanziamento.

Ne discende che, malgrado sia nel titolo di “tutti” i

convegni, non sembra ad oggi esistere un problema di Sostenibilità: semmai un problema di *governance* e uno di efficienza.

In via di principio, qualsiasi sistema è infatti “sostenibile”, una volta prescelto il livello di erogazione/tutela voluto, e una volta implementata una *governance*, capace di allocare e gestire in modo efficiente le risorse a disposizione.

Pur rimanendo alcune sacche di inefficienza allocativa, e quindi sprechi eliminabili, i cui risparmi dovrebbero andare a finanziare i servizi carenti, negli ultimi anni i SSR hanno tutti, diremmo senza eccezioni, migliorato la loro capacità di governo del sistema: non solo riducendo i disavanzi, ma anche colmando (almeno in parte) le più evidenti inadempienze nell’erogazione dei LEA.

Dimostrata la capacità di perseguire l’equilibrio finanziario, il tema non è più quello della Sostenibilità, quanto quello della efficienza dei livelli di servizio che permettono oggi di essere in “pareggio”.

Paradossalmente, la questione non è mai nell’agenda politica, perché implicitamente si assume l’equazione logica: livello di erogazione attuale uguale LEA; LEA uguale tutto ciò che è appropriato erogare; ergo, se si erogano i LEA in pareggio di bilancio il sistema è sostenibile e anche efficiente, erogando tutto ciò che “serve”.

Il postulato logico del ragionamento è che se i LEA attuali sono tutto ciò che “serve”, probabilmente l’eliminazione degli sprechi residui permetterebbe di rendere il sistema sostenibile ed efficiente.

Ma la questione è se i LEA attuali siano davvero tutto ciò che “serve”, ovvero se coprano tutto ciò che produce Salute e sia *value for money*, o piuttosto non siano un compromesso fra opportunità esistenti e risorse disponibili.

A seguire, la seconda questione è se, anche qualora oggi fossero “esaustivi”, potranno rimanere tali in prospettiva; ovvero se, con le risorse disponibili, potremo aggiornare i LEA per allinearli alle opportunità che l’innovazione ci offrirà.

In altri termini, la questione della Sostenibilità, come quella dell’Universalismo, sembra posta male: il problema, oggi, non è più il livello di spesa o l’efficienza, quanto la correttezza dell’investimento in Sanità, ovvero un dimensionamento di quest’ultimo capace di massimizzare la Salute prodotta, e di ottimizzare l’impatto del settore sanitario sullo sviluppo complessivo del Paese.

Il Rapporto 2017 ci restituisce tre principali linee di approfondimento, che saranno analizzate nei paragrafi seguenti, ritenute utili al fine di valutare la correttezza del dimensionamento dell’investimento in Sanità:

- la capacità attuale del sistema di produrre Salute;
- la capacità del sistema di fronteggiare l’invecchiamento;
- la capacità del sistema di “incorporare” l’innovazione.

## 4. La produzione di Salute

Insieme alla sobrietà, ovvero alla minore spesa rispetto agli altri Paesi europei, la dimensione che, nelle diverse valutazioni/*ranking* internazionali, più premia il SSN italiano, è l’elevata aspettativa di vita.

Come noto, l’Italia ha un’aspettativa di vita alla nascita di 85,0 anni per le donne e 80,6 per gli uomini, risultando uno dei Paesi più longevi al mondo; anche la speranza di vita residua a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne) è, per entrambi i generi, più elevata di un anno rispetto alla media EU (Figura 6).

Se si vive di più che negli altri Paesi, non si vive però meglio. La speranza di vita in buona salute alla nascita in Italia si attesta a 58,2 anni, e quella a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media EU maggiore, e pari rispettivamente a 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita in buona salute è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne, a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi (Figura 7).

Come già segnalato in precedenti Rapporti, rispetto alla media EU è decisamente peggiore anche la condizione degli *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute: in Italia un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multi-cronico, con quote tra gli ultra ottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%.

Si consideri, in particolare, che i dati esposti sono frutto di un peggioramento del dato italiano rispetto a

Figura 6. Aspettativa a 65 anni di vita residua

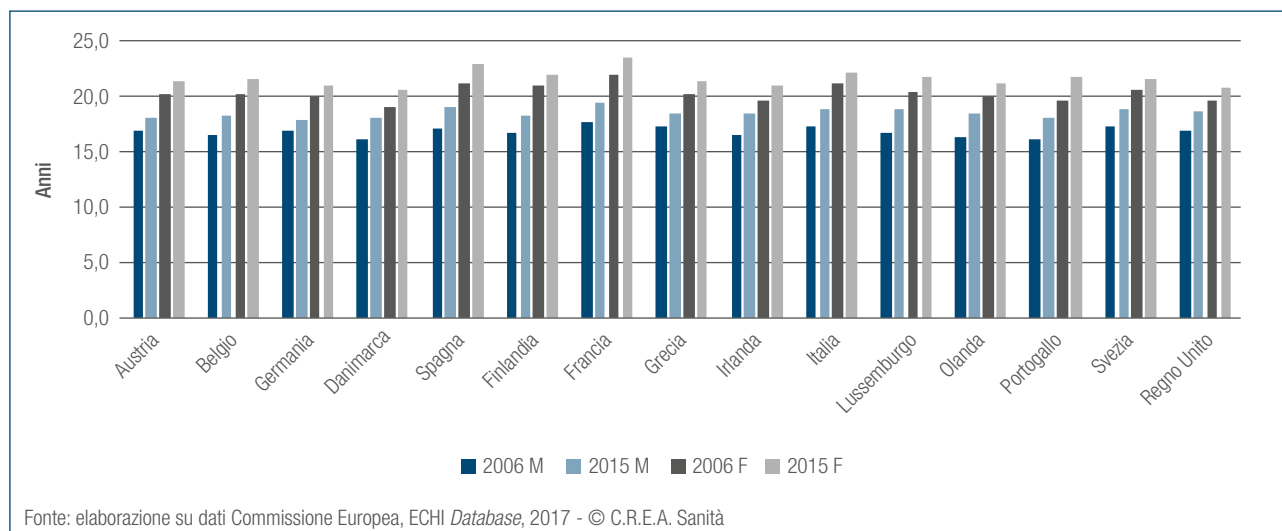
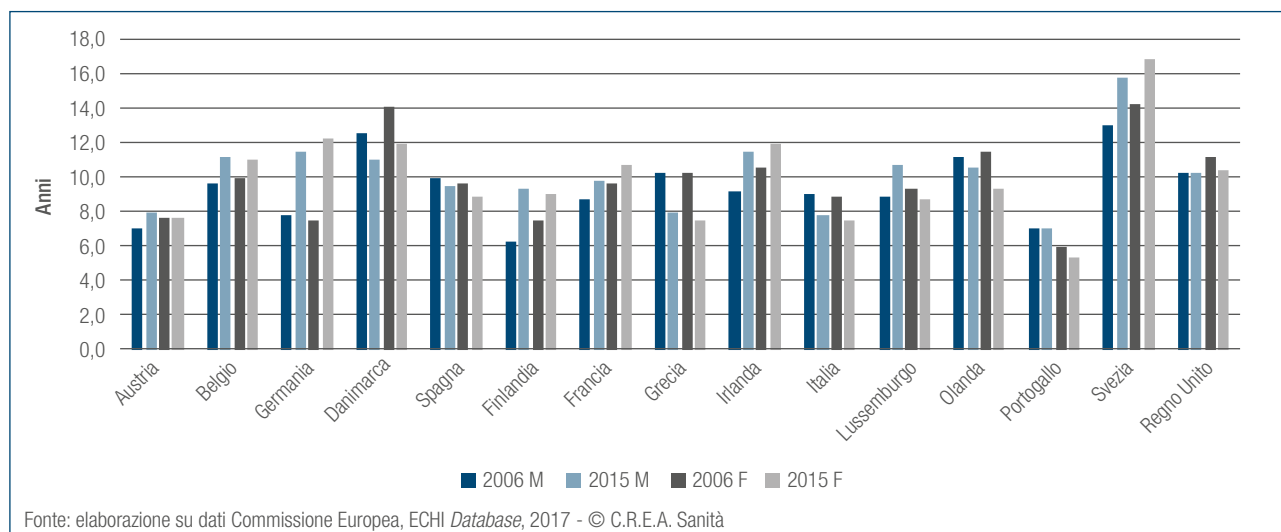




Figura 7. Aspettativa a 65 anni di vita residua in buona salute



quello EU, concretizzatosi prevalentemente nell'ultimo decennio.

A conferma del fatto che la *performance* del sistema di tutela della Salute italiano non sia eccelsa, anche dalle analisi del *Global Burden of Disease* sviluppate da un gruppo di ricerca internazionale con il coordinamento dell'*Institute of Health Metrics Evaluation* (IHME) dell'Università di Washington, per l'analisi delle quali rimandiamo al Capitolo 5, malgrado i continui incrementi nella aspettativa di vita, il sistema italiano complessivamente “performa” in modo intermedio rispetto agli altri Paesi mediterranei, in particolare Grecia e Spagna.

Questi pochi elementi sembrano sufficienti a promuovere una riflessione sulla efficienza delle scelte italiane: da una parte osserviamo che il combinato disposto della quantità e qualità di vita prodotta è, certamente, altissimo rispetto alla spesa sostenuta; dimostrando così una ottima “efficienza tecnica” del nostro sistema.

Dall'altra, dobbiamo ammettere che rispetto all'esito in termini di qualità di vita potenzialmente realizzabile (come desumibile dal confronto con gli altri Paesi) si sta evidenziando un *gap* non irrilevante e, oltre tutto, crescente.

Osservando il maggior investimento sulla Sanità operato negli altri Paesi, diviene almeno legittimo interrogarsi sulla efficienza della scelta allocativa nazionale, ovvero sulla adeguatezza dell'investimento attuale rispetto alle opportunità di produrre Salute o, almeno, minimizzare le perdite di qualità di vita per i pazienti e per i loro *caregiver*.

Tale conclusione, assume connotati ancora più inquietanti, considerando l'assenza, in Italia, di un *framework* complessivo per la gestione dell'assistenza formale per la *Long Term Care*, che di fatto è lasciata in larga misura a carico delle famiglie.

In definitiva, la capacità attuale del sistema di produrre Salute non sembra più ottimale, e questa presa d'atto dovrebbe essere la base per la definizione delle politiche sanitarie per il futuro.

## 5. L'invecchiamento

Ragionando, poi, in termini prospettici, l'invecchiamento è dai più considerato il maggiore elemento di criticità in termini di sostenibilità futura del SSN.

Sul fatto, però, che l'invecchiamento sarà la causa distruttiva del sistema, si possono avanzare legittime perplessità.

In primis perché, mentre la demografia già “penalizza” l'Italia, la spesa pro-capite italiana risulta (come argomentato in precedenza) largamente inferiore a quella di Paesi decisamente più “giovani”, dimostrando che la correlazione fra spesa e invecchiamento non è poi così ovvia.

L'esperienza empirica non lascia dubbi sul fatto che la spesa sanitaria cresca con l'età, accelerando in particolare in prossimità dell'età di morte: il tema è che l'età anagrafica non sembra essere prospetticamente

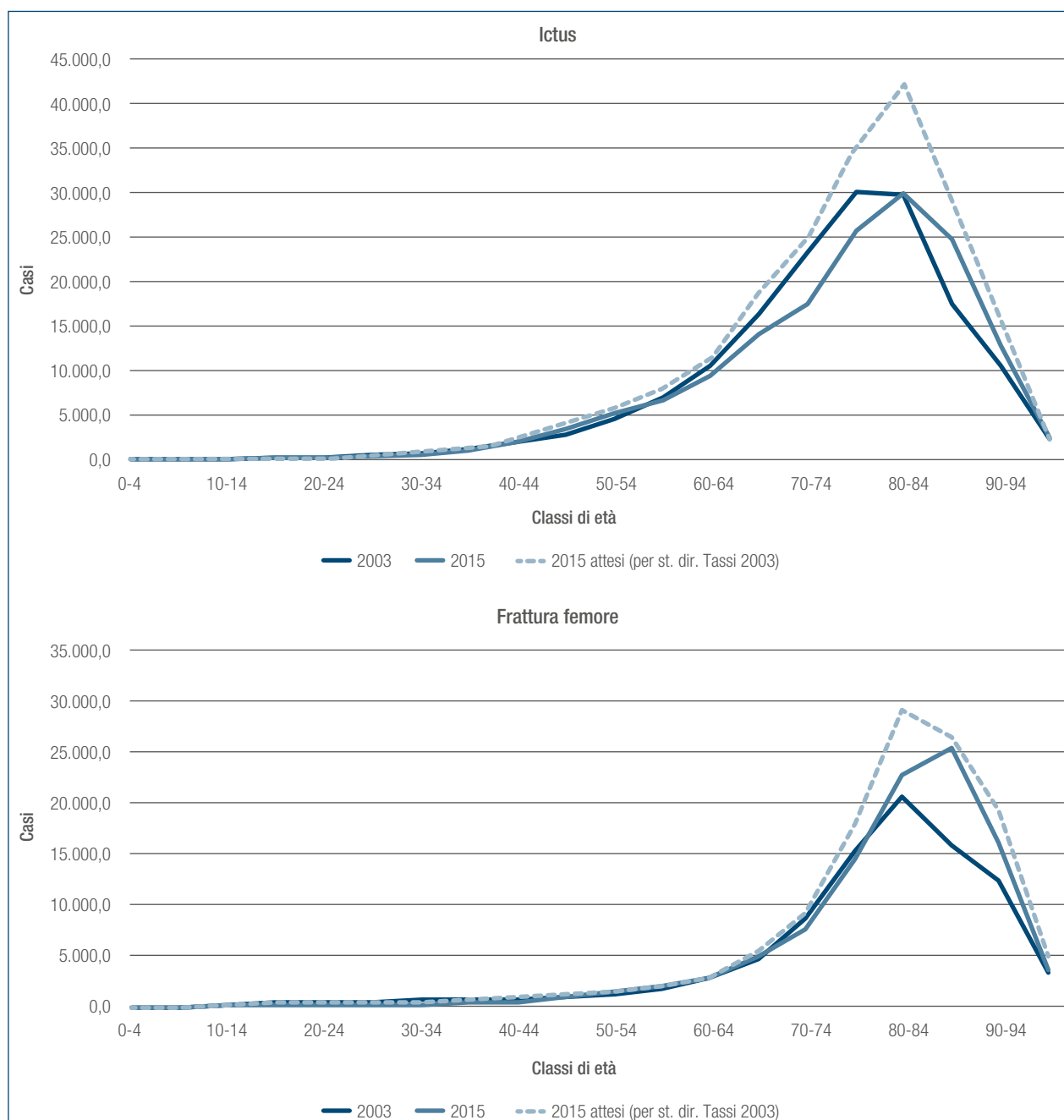
un adeguato indicatore di consumo; in altri termini, mentre lo è in condizioni statiche, ovvero in un contesto dato, in termini dinamici o comunque in contesti diversi, la relazione appare debole.

Sempre l'evidenza, porta a ritenere che un 75-enne italiano non sia necessariamente del tutto confrontabile con un 75-enne di un altro Paese e, tanto meno, con un italiano 75-enne nato 10 o più anni dopo.

A riprova di ciò, si osservino i risultati di un esercizio originale, svolto su alcune patologie di notevole impatto, contenute nel Capitolo 1 del Rapporto (Tabella 1 e Figura 8).

Considerando ad esempio gli ictus, scopriamo che dal 2003 al 2015, in Italia, i ricoveri in acuto si sono ridotti del 2,0%; il dato appare ancora più eclatante se si considera che, con i tassi di incidenza del 2003, ovvero

**Figura 8. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto, per alcune patologie**

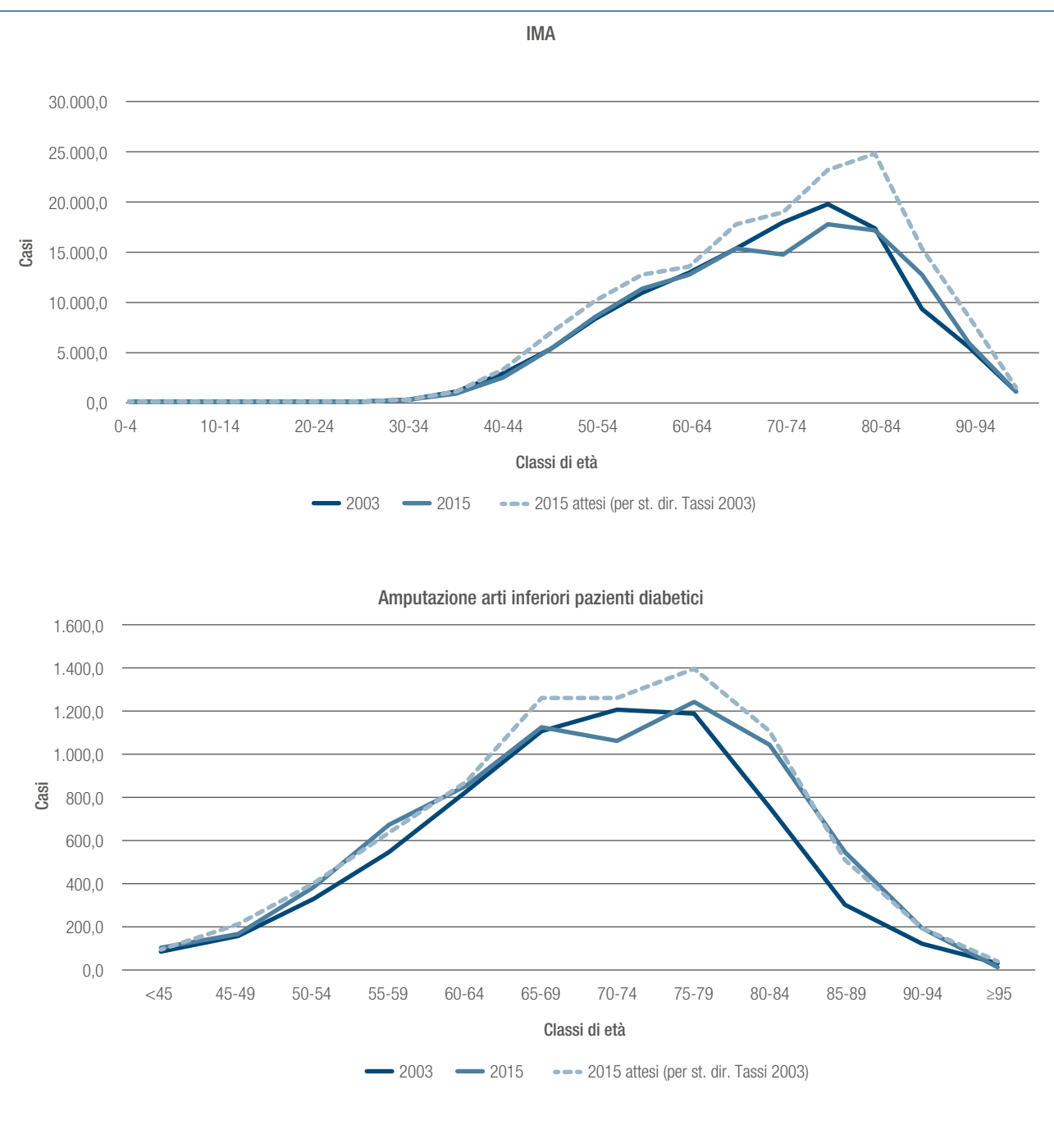


Fonte: elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute, 2016 – © C.R.E.A. Sanità

Tabella 1. Ricoveri in acuzie, per alcune patologie

Patologia	Variazione 2015/2003	Minori ricoveri rispetto agli attesi*	Variazione giornate di degenza 2015/2003	Variazione dell'età media pazienti	Variazione decessi
Ictus	-2,0%	+27,1%	-6,2%	+1,1 anni	-7,2%
Infarto acuto del miocardio (IMA)	-1,5%	+19,8%	-9,2%	+2,6 anni	-29,8%
Frattura di femore	+12,7%	+21.000 casi	-1,4%	+2,5 anni	-7,7%
Amputazioni legate a diabete	+11,0%	+550 casi	-8,9%	+0,7 anni	-7,7%

\*Ricoveri 2015 attesi secondo i tassi di incidenza 2003  
 Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità



estrapolando i *trend*, e variando solo la demografia, sarebbe stato atteso un aumento del 27,1%.

Anche le giornate di degenza si riducono del 6,2%.

Sull'intera casistica, nei 12 anni considerati l'età media si sposta "in avanti" passando da 73,9 anni a 75,0 anni (+2 anni sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,2%. In particolare, nella popolazione anziana *over 65*, che rappresenta oltre l'80% della casistica complessiva, l'incidenza si riduce passando da 12 casi a 10 casi per 1.000 abitanti.

Analogamente, per l'Infarto Miocardico Acuto, i ricoveri in acuto si riducono del 1,5%, a fronte di un aumento atteso, in base al solo invecchiamento, del 19,8%. Le giornate di degenza si riducono significativamente del -9,2%.

E anche in questo caso l'età media si sposta "in avanti", passando da 77,5 anni a 78,1 anni (+1 anno sull'età mediana), con una contemporanea riduzione dei decessi del -29,8%.

Per quanto concerne le fratture di femore, al contrario i ricoveri in acuto aumentano del 12,7%, ma a fronte di un aumento atteso che sarebbe stato di 21.000 casi in più considerando il puro invecchiamento: evidenziando, quindi, una netta diminuzione dell'incidenza (intervenuta in particolare dopo i 70 anni).

In ogni caso, le giornate di degenza si riducono comunque dell'1,4%.

Si conferma che l'età media si sposta "in avanti", passando da 77,9 a 80,4 anni (+2 anni anche sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,7%.

Infine, come ultimo caso esemplificativo se si considerano le amputazioni degli arti inferiori associati anche ad una diagnosi di diabete mellito: i ricoveri in acuto aumentano dell'11,0%, a fronte di un aumento atteso che sarebbe stato però di 550 casi in più, riducendosi l'incidenza fra i 65 e gli 85 anni.

Ancora, le giornate di degenza si riducono del -8,9%.

E anche in questo caso l'età media si sposta "in avanti" passando da 69,9 anni a 70,6 anni (+1 anno sull'età mediana), e contemporaneamente i decessi si riducono del 7,7%.

Tutti gli esempi riportati, per quanto chiaramente non esaustivi, sembrano confermare che, già a 10 anni di distanza, le condizioni morbili della popolazione non sono più pienamente confrontabili e che l'invecchiamento è

in parte compensato dal fatto che si sposta in avanti l'epoca di insorgenza delle patologie, ma anche da una migliore organizzazione che riduce l'onere assistenziale. In tutti i casi considerati, l'incidenza dei ricoveri è risultata minore di quanto atteso in base all'invecchiamento nel frattempo intervenuto; così come le giornate di degenza risultano complessivamente essersi ridotte del 5,7%: ipotizzando un valore medio per giornata di degenza pari a € 500, per queste sole 4 patologie, dall'acuzie si sono potenzialmente liberati € 122 mln..

A livello "macro" troviamo chiara conferma di questi processi in atto: analizzando i ricoveri nell'ultimo decennio, nonché le variazioni della popolazione eleggibile, della degenza media, delle giornate di ricovero e del valore della produzione, si conferma che il sistema sta tutt'altro che sperimentando una esplosione di costi.

Fra il 2005 e il 2015 (Figura 9), la popolazione sino a 54 anni si è ridotta impercettibilmente (-0,3%), ma è fortemente aumentata quella delle fasce successive: di circa l'8% quella fra i 55 e i 75 anni, del 28% quella oltre i 75.

Malgrado l'aumento della popolazione, i ricoveri sono calati, in tutte le fasce di età: nella prima fascia, a fronte di una sostanziale invarianza della popolazione, il calo raggiunge il 34,8%; la stessa riduzione si registra fra 55 e 65 anni, ed è di poco inferiore nella fascia 66-75 (-31,3%); i ricoveri si riducono persino dopo i 75 anni, sebbene in misura minore: -7,3%.

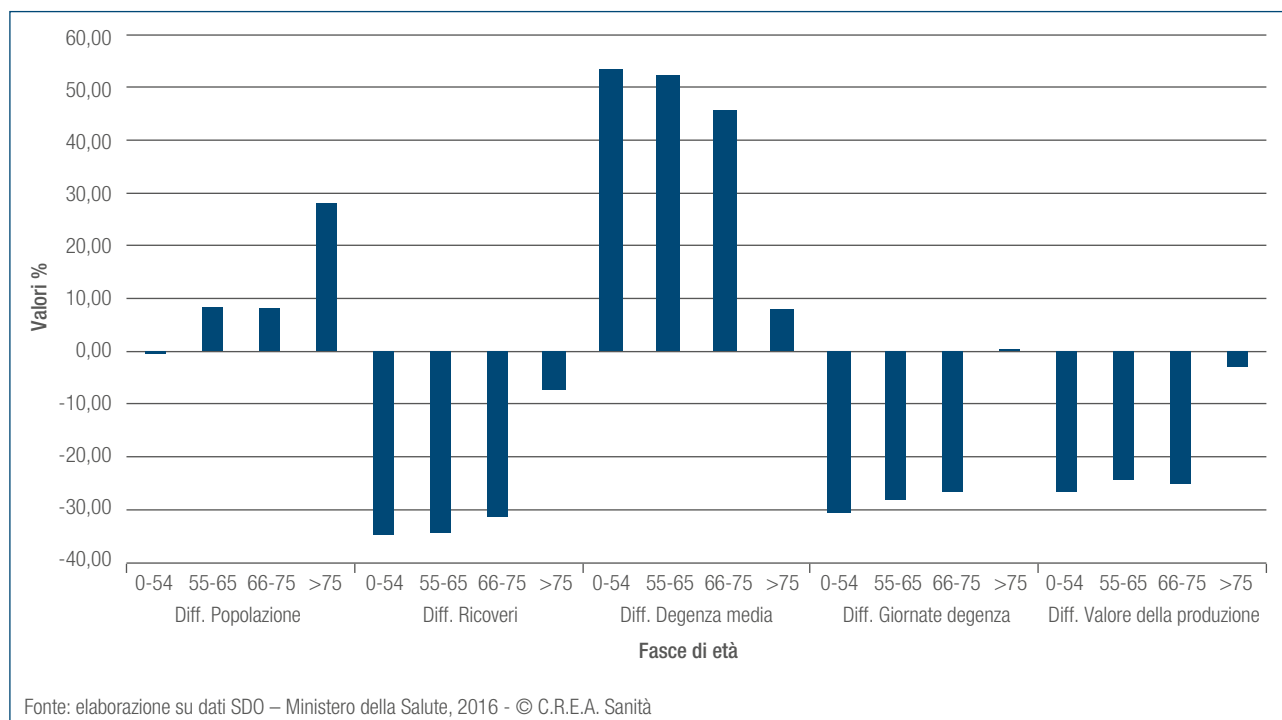
A fronte di riduzioni così marcate nel numero di ricoveri, ancor più importanti considerando il contemporaneo aumento della popolazione, le degenze medie in generale aumentano significativamente, sebbene in modo marcatamente inferiore, per i ricoveri degli *over 75*.

Osserviamo che la fascia di età "estrema" fa eccezione anche nella valutazione dell'attività ospedaliera complessiva (espressa in giornate di degenza erogate), registrando un lieve aumento dello 0,1%, a fronte di riduzioni nelle altre fasce, comprese nel *range* 26,6-30,6%.

In definitiva, ne consegue che il valore della produzione si riduce in tutte le fasce: nelle prime tre lo fa in modo molto significativo, essendo la riduzione compresa fra il 24,2%-26,4%, e anche nell'ultima segna un -2,9%.

Malgrado l'invecchiamento, e malgrado anche l'intervenuto aumento della popolazione, a livello ospedaliero si sono quindi generati ingenti risparmi potenziali.

Figura 9. Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera 2015-2005



Peraltro, ricordando la sensibile crescita numerica della popolazione *over 55* anni, le riduzioni di ricoveri nelle fasce successive assumono una ancora più eclatante significatività. Notando altresì che la scarsa natalità, e l'allungamento dell'aspettativa di vita, fanno crescere in particolare la popolazione *over 75* anni.

Le dinamiche descritte sembrano, quindi, complessivamente confermare che è in atto un processo di compressione della morbidità, almeno intesa come morbidità foriera di ricorso al ricovero ospedaliero. Si sposta in avanti con l'età la probabilità di ricovero, tant'è che solo nell'ultima classe (ovviamente) non si evidenziano riduzioni più di tanto significative del numero di ricoveri e della degenza.

Due conseguenze ci sembra possano trarsi dalle analisi che precedono; la prima è che assumendo il ricorso al ricovero ospedaliero (non episodico) come un indicatore di fragilità, indirettamente si conferma che la soglia dei 65 anni per l'età anziana è ormai una mera convenzione, per lo più priva di significato: la fascia 66-75 si comporta essenzialmente come quella 55-65, mentre è solo dopo i 75 anni che si evidenzia una chiara soluzione di continuità.

Come postulato segnaliamo che, in ogni caso, l'età

che segna l'inizio dell'anzianità segue un processo evolutivo, avanzando col tempo.

La seconda conseguenza è che le analisi condotte rappresentano un punto a favore della teoria della compressione, se non della morbidità, almeno dell'assorbimento di risorse, rendendo meno cupe le previsioni sull'impatto dell'invecchiamento.

Ovviamente, questa "compressione" non è un fenomeno "naturale", quanto l'effetto della prevenzione (si vedano i casi dell'ictus e dell'IMA), ma anche delle innovazioni tecnologiche, che permettono una assistenza più efficace ed efficiente (vedi i casi di protesi ortopediche e amputazioni).

Quindi, la "sostenibilità" dell'invecchiamento è cosa possibile, ma bisogna essere consapevoli che è condizionata all'investimento in prevenzione e nell'innovazione.

## 6. L'innovazione

Sebbene l'innovazione sia, per lo più, considerata l'altro maggiore fattore di rischio per la Sostenibilità prospettica dei sistemi sanitari, il paragrafo precedente tende a sostenere la tesi che invecchiamento e inno-

vazione non “rompano” gli equilibri, nella misura in cui vadano di pari passo.

Il tema è, quindi, se le risorse disponibili saranno sufficienti per sostenere l’innovazione necessaria a contrastare gli oneri derivanti da un invecchiamento “sbagliato”.

La questione del finanziamento dell’innovazione è un problema non tanto economico (ovvero di efficienza), quanto finanziario.

Infatti, l’innovazione implica investimenti, che generano ritorni, e quindi risparmi, con un certo ritardo temporale; abbiamo visto nei paragrafi precedenti, che tale ritardo non è lunghissimo, considerando che si vedono effetti significativi già dopo 10 anni, ma può ugualmente risultare insostenibile nelle condizioni finanziarie in cui versa il Paese.

Sull’accesso all’innovazione pesa, prima di tutto, il persistere della politica dei silos: l’esempio dei potenziali risparmi realizzati negli ultimi anni in campo ospedaliero, ne rappresenta un chiaro esempio.

Anche in questo caso, sembra essenziale fare il punto sulla situazione attuale, rispetto all’accesso dell’innovazione.

In altri termini, al di là della recente istituzione dei fondi per l’innovazione farmaceutica, peraltro largamente discutibili perché rappresentano un “silos nel silos” e, in quanto tali, sono forieri di distorsioni, si deve capire se nel Paese vigano condizioni di equo e ragionevole accesso all’innovazione.

Del tema ci siamo già occupati in precedenti edizioni del Rapporto, ad esempio confrontando i consumi farmaceutici, in Italia e nei principali Paesi EU, dei farmaci approvati da EMA nel quinquennio precedente: ne emerse quello che battezzammo un “indizio di razionamento”, nella misura in cui, a parte i tempi di accesso notoriamente più lenti in Italia (e, per inciso, solo marginalmente attribuibili alle tempistiche di negoziazione dell’AIFA), i consumi pro-capite nazionali rimanevano largamente inferiori a quelli degli altri Paesi, malgrado una popolazione più vecchia, e anche dopo 5 anni.

Sempre prendendo a prestito l’esempio dal mondo farmaceutico, in quanto quello che permette analisi di dettaglio, rese possibili dai sistemi di rilevazione e monitoraggio che ormai sono assolutamente esaustivi, quest’anno riproponiamo il confronto ma a livello regionale (e limitato ai farmaci di nuova commercializzazione negli anni 2014-2016).

La Figura 10 ci restituisce una variabilità regionale per la spesa relativa ai farmaci di nuova commercializzazione che, per quanto non ci stupisca più, richiede con urgenza maggiori approfondimenti.

La differenza di spesa per farmaci di nuova commercializzazione, tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, è pari a 2,6 volte, e arriva a 3,2 volte considerando il dato per popolazione standardizzata.

La variabilità non sembra casuale: nei primi posti

**Figura 10. Spesa pro-capite anno 2016 relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016**

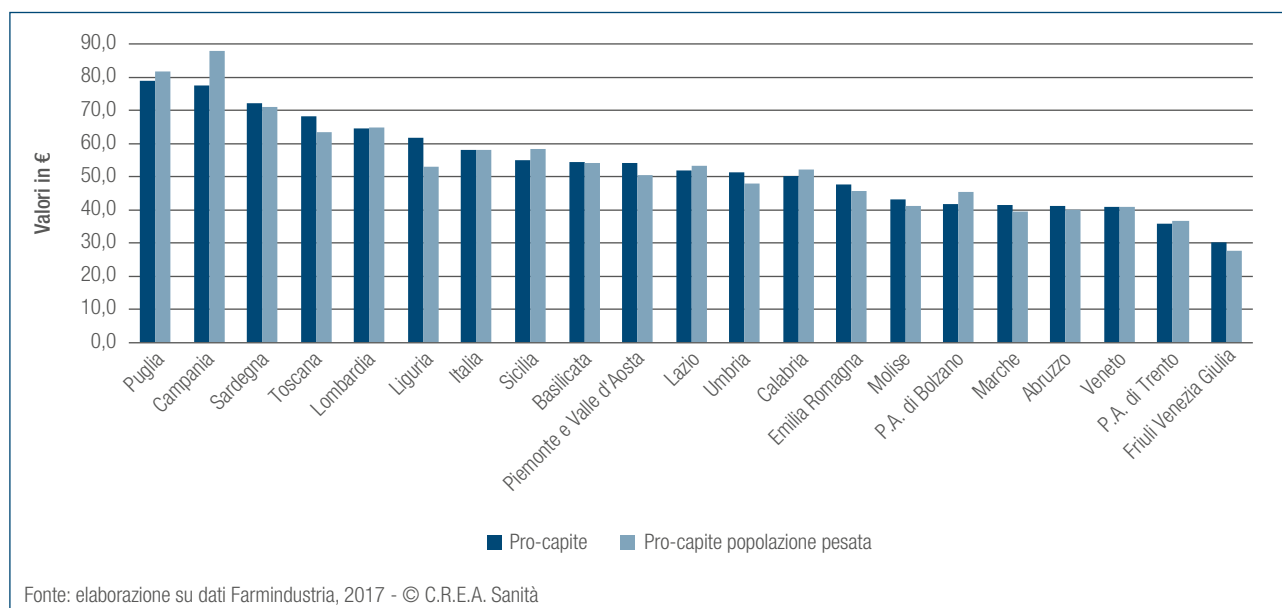
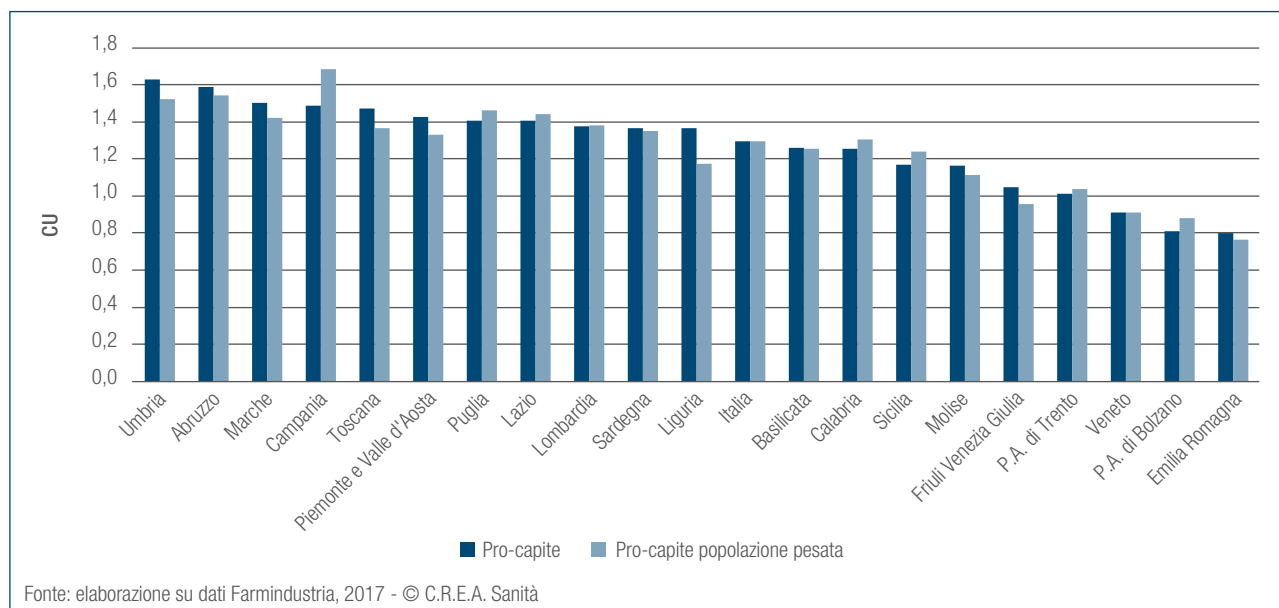


Figura 11. Unità vendute pro-capite anno 2016 relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016



troviamo Puglia, Campania e Sardegna, e negli ultimi tutto il Nord-Est.

Ovviamente le differenze di spesa sono il combinato disposto dei consumi in quantità e dei prezzi di approvvigionamento.

In effetti, osservando il dato in quantità, emerge che la variabilità si riduce, ma la differenza tra la Regione con consumi massimi e quella con consumi minimi rimane dell'ordine di 2,0 volte (Figura 11).

Sembra, quindi, relativamente facile concludere che la Puglia acquista "peggio" della Campania (e la Sardegna ancora "peggio"), così come il Veneto acquista "meglio" dell'Emilia Romagna.

Rimane, però, difficile dare un "segno" alla residua differenza nei consumi, per i quali (esclusa la P.A. di Bolzano che ha storicamente consumi farmaceutici non sovrapponibili a quelli delle altre Regioni) emerge come Veneto ed Emilia Romagna, Regioni notoriamente dotate di proprie infrastrutture di valutazione, e che sono use fornire ai clinici raccomandazioni d'uso, siano quelle che fanno ricorso, radicalmente, a meno farmaci di nuova commercializzazione.

La difficoltà risiede nel fatto che i numeri elaborati possono essere letti tanto nel senso di un razionamento messo in atto da alcune Regioni, quanto in quello di una maggiore appropriatezza d'uso: ma anche qualora si volesse (e non è a priori dato conoscerne la correttezza

dell'assunzione) sposare la seconda lettura, si evidenzerebbe un fortissimo conflitto fra istituzioni centrali (che inseriscono nei LEA) e istituzioni regionali che decidono "come" (o "come non") erogarli.

Per quanto argomentato sull'importanza del ruolo dell'innovazione (sebbene qui più modestamente si sia lavorato su tecnologie "nuove"), per contrastare l'invecchiamento e anche invertire il peggioramento relativo dei dati di qualità della vita italiani rispetto a quelli medi europei, sembra essenziale che la *governance* dell'innovazione tecnologica sia rivista, e sia fatta chiarezza sulla sua distribuzione all'interno del SSN.

Non sembra accettabile, né su un piano equitativo, né tanto meno su quello dell'efficienza, che la diffusione dell'innovazione sia *random* e, con tutta probabilità, prostrata a esigenze di equilibrio meramente finanziario.

## 7. Suggerimenti per le politiche sanitarie

Dai "fatti" che il Rapporto 2017 porta all'attenzione, discendono varie suggestioni per la formulazione delle politiche sanitarie; ne abbiamo scelte tre che ci sembrano prioritarie:

- come difendere l'Universalismo;

- come rendere compatibile la *governance* dell'innovazione con i vincoli economici del sistema;
- come trasformare i cambiamenti in atto in possibilità di investimento.

### La salvaguardia dell'Universalismo

Come già affermato in precedenti Rapporti, pur mancando il dato (altrimenti l'evasione non sarebbe tale) è lecito affermare che a fronte delle condizioni in cui si muove la prova dei mezzi in Italia, un sistema universalistico di tipo mutualistico rischierebbe di essere più equo di uno universalistico di stampo *beveridgiano* come quello scelto nel 1978: l'Universalismo *beveridgiano*, richiede, infatti, anche "l'Universalismo fiscale", cosa che, in Italia, sembra non sia dato ottenere.

Quindi, va chiarito che il tema vero non è salvaguardare l'Universalismo, ma salvaguardare l'equità dell'Universalismo.

Conoscendo storicamente i limiti del modello *bismarkiano* applicato in una Società segnata da disparità così elevate, e quindi escludendo "a priori" un ritorno alla situazione ante 1978, sembra almeno opportuno provare a confrontarsi sui vantaggi e svantaggi dei sistemi misti, che coniugano una quota (I pilastro) a redistribuzione *beveridgiana*, con una quota (II pilastro) di tipo mutualistico.

Intanto, è opportuno perché nella apparente immobilità, il sistema sta già spontaneamente andando nella direzione di un sistema misto.

A riprova di ciò, la spesa privata è aumentata nell'ultimo quinquennio del 4,5% in linea con gli aumenti a livello EU (4,6%), raddoppiando il tasso di crescita rispetto agli anni precedenti.

Cresce anche la platea dei cittadini che stipula polizze collettive ad oggetto forme di Sanità integrativa/complementare; e non stupisce che il massimo fermento si abbia nelle fasce dei lavoratori dipendenti che, oborto collo, sono fra gli "abbienti contribuenti": di fatto, e forse senza una lucida consapevolezza di ciò, queste fasce di popolazione già stanno sperimentando un sistema misto, chiedendo (razionalmente) non più un allargamento della tutela pubblica per la popolazione, che ricadrebbe in larga misura sulle loro "spalle", quanto una commistione di solidarietà e mutualità.

In termini numerici la quota intermediata è arrivata

al 7,4% della spesa privata, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,3% alle polizze individuali.

A parte l'ovvia constatazione delle tendenze spontanee della Società italiana, l'iniezione di forme di mutualità è coerente con un livello di maggiore sussidiarietà del sistema, a sua volta foriera di una maggiore personalizzazione e quindi efficienza del servizio. Inoltre, una maggiore quota di spesa privata intermediata può contribuire indirettamente al finanziamento del I pilastro, facendo emergere quote di "nero" che certamente sono ancora presenti del settore.

A riprova di ciò la quota di detrazione fiscale delle spese sanitarie (che riduce il reale impatto sulle famiglie della spesa privata) è pari a circa € 2,6 mld. annui: nella migliore delle ipotesi circa la metà di quanto potenzialmente detraibile; in parte può trattarsi di "ignoranza" o di disinteresse alla detrazione, ma anche di una indiretta indicazione della presenza di una quota di transazioni "non ufficializzate".

Ovviamente nella valutazione della opzione vanno soppesati anche i rischi connessi con lo sviluppo del II pilastro.

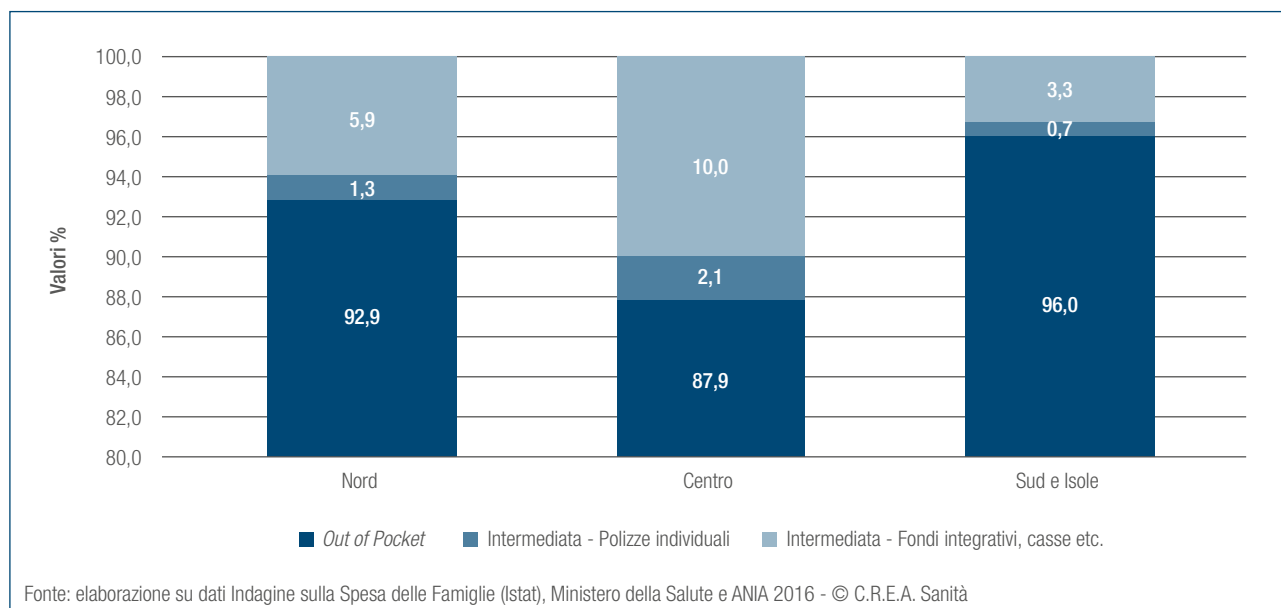
Senza pretesa di esaustività, segnaliamo il rischio che si generi una spinta verso consumi inappropriati e, anche, che il suo sviluppo sia fonte di nuove disparità.

Sull'ultimo punto segnaliamo che è già oggi evidente (Figura 12) come il Sud, per ragioni di distribuzione territoriale e tipologia delle attività economiche, stia rimanendo fuori dal processo: la componente intermediata rappresenta il 7,2% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria.

L'effetto iniquo è evidente dal fatto che la quota di famiglie che sostengono spese OOP è paradossalmente maggiore nel Sud e non tanto, o non solo, per carenze di offerta pubblica, ma perché sono meno quelle assicurate: infatti, rispetto all'anno 2014, si è registrato un aumento di spesa privata in tutte le ripartizioni, ad eccezione del Nord-Est dove meno famiglie hanno fatto ricorso alle spese OOP (il 78,2% a fronte del 79,4% dell'anno scorso); il Sud rappresenta la ripartizione geografica con la maggior quota di famiglie che è ricorsa alle spese sanitarie OOP, il 79,9%, seguita dal Centro con il 76,4% e dal Nord-Ovest con il 75,1%.



Figura 12. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica, anno 2016



Osserviamo, però, anche una maggiore copertura assicurativa per le famiglie che risiedono nel Nord-Est del Paese (6,2% delle famiglie), a seguire nel Centro (5,4%), e da ultimo nel Sud dove appena l'1,2% dichiara di averla.

Considerando le sole famiglie non assicurate, la quota di famiglie che sostengono spese OOP torna maggiore nel Nord-Est (83,4%), che non nel Sud e nel Centro (80,8%): a riprova, però, che il ricorso all'OOP è inversamente proporzionale alla quota di famiglie che dispongono di una copertura, direttamente proporzionale al reddito, ma anche legata alle condizioni di offerta, il tasso minore si ha nel Nord-Ovest.

In ogni caso è evidente che la mutualità non sarà per tutti, o almeno non per tutti nelle stesse dimensioni, e che quindi contenga al suo interno germi di disegualianza: questo "costo" può, però, essere largamente compensato se, grazie al suo sviluppo, emergerà una quota dell'evasione sopra richiamata, con il duplice vantaggio di restituire agli "abbienti contribuenti" una parte della redistribuzione non dovuta e di ridurre per i più poveri l'onere per accedere ai servizi del I pilastro.

Il disegno di un sistema misto richiede, però, una assoluta integrazione fra i due pilastri: per esemplificare, l'integrazione funziona bene se per i servizi si prevedono tanto una copertura differenziata da parte del I pilastro, a seconda delle possibilità economiche del percipiente,

quanto la possibilità di avere servizi differenziati per qualità: può essere il caso della scelta della camera singola, della scelta dell'*équipe* chirurgica, ovvero di alcune tecnologie a innovazione incrementale.

In un contesto come quello delineato, il II pilastro coprirebbe le quote differenziali di onere economico o i costi aggiuntivi delle innovazioni incrementali, evitando che chi paga di più debba pagare due volte il servizio; lasciando, invece, gratuito, o con una minima partecipazione, l'accesso per i meno abbienti; obbligando, infine, chi evade a pagarsi almeno le "quote aggiuntive" delle innovazioni.

Quanto accennato nei suoi contorni generali, rende evidente la necessità di affrontare senza pregiudizi ideologici la tematica, e quindi poi di governare la Transizione: ricordiamo che l'attuale Deriva, in questo campo del tutto evidente dall'assenza di scelte e discussioni, è foriera di duplicazioni (e quindi sprechi), come anche di nuove disparità geografiche.

### La governance per l'innovazione

L'innovazione (da quella strettamente tecnologica a quella organizzativa) costa ma è un investimento: senza il quale non saremmo riusciti a rendere sostenibile un incremento della popolazione anziana che diventa ormai percepibile anche con il passare di pochi anni.

Lamentarsi dei costi dell'innovazione lascia il tempo

che trova; sebbene sicuramente i minori tassi di crescita a livello mondiale implicheranno a medio termine una calmierazione dei prezzi, e quindi dei profitti delle aziende che innovano in Sanità, questo non metterà comunque il Paese “in salvo”: finché i nostri tassi di crescita rimarranno sotto la media, e non saremo capaci di fare del settore una priorità industriale del Paese (va da sé che i costi assistenziali, nei Paesi dove l’innovazione viene generata, sono in parte compensati dai ritorni derivanti dai profitti), non sarà facile tenere il passo con i costi finanziari dell’innovazione.

Quindi per essa bisogna trovare risorse aggiuntive e, alle Aziende, va data a priori contezza di cosa in Italia verrà rimborsato e cosa no.

Un doppio, o triplo, livello di valutazione/negoziazione è un evidente spreco ed è anche concettualmente inaccettabile; come anche il perdurare di tetti che “creano silos”, e oltretutto solo per alcune tecnologie.

Necessita, quindi, ripensare il criterio di rimborsabilità come anche quello di innovazione: per gestire quest’ultimo, scelta obbligata con l’istituzione dei fondi per l’innovazione, si sono introdotti elementi di valutazione, quali la severità della patologia, o la significatività del beneficio, che attengono però a sfere eminentemente distributive: lasciarli alla valutazione di un organo tecnico-scientifico sembra del tutto improprio, essendo piuttosto da riportarsi a valutazioni nel campo della bio-etica. E anche la recente introduzione di criteri di valutazione del grado di evidenza sembra discutibile, nella misura in cui l’incertezza sarebbe stata tranquillamente gestibile con strumenti di tipo statistico e/o con i cosiddetti *Managed Entry Agreements*.

Di fronte all’incertezza sul grado di evidenza, sembrerebbe più opportuno rendere compartecipe l’industria del rischio, piuttosto che rischiare di ritardare l’accesso al mercato, e quindi anche della produzione di una “chiara evidenza”.

Il vero problema è che, le tecnologie del futuro, al momento dell’arrivo sul mercato, di evidenza ne avranno sempre meno; a meno di volerne dilatare i tempi di accesso al mercato, con effetti indesiderati sui costi, oltre che sui pazienti, che sperimenterebbero dilazioni eticamente inaccettabili del tempo di accesso alle opportunità terapeutiche.

Nel campo degli accessi precoci, il problema sembra

essere più etico che economico: ovvero quello dell’individuazione del livello minimo di evidenza sotto il quale non si ritiene corretto/opportuno far correre rischi alla popolazione.

L’ulteriore elemento critico sembra essere la natura essenzialmente dicotomica della decisione a cui le Agenzie nazionali sono chiamate, tanto in tema di rimborsabilità, quanto in quello del riconoscimento dell’innovazione.

Il criterio della rimborsabilità, però, dovrebbe essere quello del merito sociale, e non l’innovatività o la sua evidenza.

Prendendo spunto dall’esperienza francese, ricordiamo come in quel caso la prima decisione sia quella della meritorietà sociale delle tecnologie che arrivano sul mercato, declinata su 5 livelli.

In base alla meritorietà, le autorità decidono la quota di copertura garantita dall’assicurazione universalistica.

Ad un estremo si avranno prestazioni non appropriate, e per le quali lo “Stato” non interviene; all’altro quelle certamente appropriate, che rappresentando una priorità di Sanità pubblica, verranno rimborsate al 100%. In mezzo esistono altri tre livelli, per i quali lo Stato fa la sua parte, lasciando però una quota alla responsabilità al cittadino.

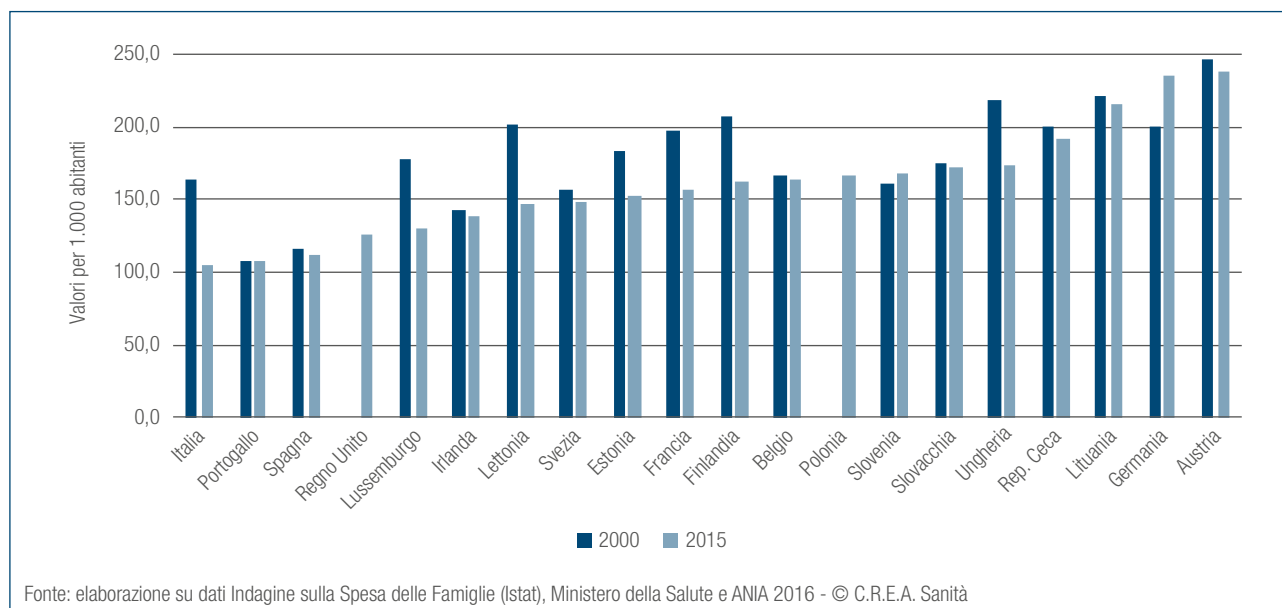
Esemplificando, bisogna decidere se sia meglio un sistema che tende a non introdurre un *wearable device* perché magari comporta zero vantaggi clinici, se non qualche beneficio per la qualità della vita del paziente, o piuttosto uno che lo introduce lasciando al cittadino che ne vorrà fare uso l’onere di sostenere la differenza di costo (o parte) rispetto alla tecnologia più vecchia.

A fronte di non rilevanti differenze di esito clinico, perché negare, come spesso succede, l’accesso, lasciando completamente l’onere a carico del cittadino: in fondo, anche in Italia, già ci comportiamo diversamente con i farmaci a brevetto scaduto, dove il SSN copre il solo prezzo di riferimento.

Poter graduare la quota di rimborso è anche condizione per realizzare quella integrazione fra il I e il II pilastro, che è stata oggetto del precedente paragrafo.

E, da ultimo, ma non per importanza, è anche condizione sufficiente per restituire gradi di libertà al sistema, senza i quali il rischio crescente sarà il razionamento implicito delle innovazioni.

Figura 13. Tassi di ospedalizzazione in acuzie



Dato che la quota di contributo pubblico si applica ad un bene che ha un prezzo e dato che quindi va governato anche quello (almeno secondo la tradizione italiana, come anche quella francese), allora, così come è in Francia, entra in gioco anche il beneficio rispetto all'esistente: e quindi la definizione di un prezzo legato al valore incrementale della tecnologia.

In definitiva, la prima condizione per una nuova *governance* dell'innovazione sembra essere liberarla dai vincoli dei silos, ad iniziare dai tetti per tecnologia, e anche dalla logica dicotomica tipica dei sistemi che confondono Universalismo e Gratuità.

### Le risorse per gli investimenti

Quanto precede non lascia dubbi sul fatto che le risorse attuali non saranno sufficienti per aggiornare ulteriormente i livelli di servizio, ovvero ad allineare le risorse alle opportunità rese possibili dall'innovazione.

Una soluzione è ovviamente quella di negare la tecnologia, o larga parte di essa: scelta legittima ma pericolosa e in larga misura anti-storica.

L'altra è trovare risorse. E quelle attuali e convenzionali non sono sufficienti, permanendo i tassi attuali di crescita.

Quanto precede ha già segnalato che esiste ancora qualche spazio di efficientamento di tipo allocativo, più che tecnico.

Certamente qualche spreco permane, e la sua rimozione potrebbe finanziare le residue sacche di inadempienza attuali.

Più importante è l'efficientamento derivabile dalla razionalizzazione della spesa privata: la spesa "sul piatto" è complessivamente quella che conosciamo, e somma alle risorse pubbliche un altro (rilevante) quarto di spesa privata: continuare a farla essere, essenzialmente, una duplicazione di costo per coloro che la sostengono, è certamente inefficiente.

Inoltre, come sopra argomentato, un sistema misto ben integrato potrebbe essere più equo, ma anche generare qualche risorsa aggiuntiva recuperando un po' di inefficienze sul lato dell'evasione fiscale.

Esiste poi un "tesoretto potenziale", rappresentato dai risparmi che già si sono realizzati nell'ultimo decennio, per effetto della de-ospedalizzazione.

Avere oggi i tassi di ricovero in acuzie più bassi in EU (Figura 13), comporta in via di principio, un risparmio notevole: siamo riusciti a gestire la popolazione anziana, pur aumentata significativamente, senza aggravii di costi (anzi con piccoli risparmi), recuperando dai ricoveri dei più giovani, evitati perché a vario titolo inappropriati, in 10 anni un ragguardevole risparmio, stimato in € 7,2 mld., di cui € 5,6 mld. fra il 2005 e il 2010, e altri € 1,6 mld. fra il 2005 e il 2015.

Purtroppo le politiche di offerta non bastano a ren-

dere efficiente un sistema, come si dimostra dal fatto che il sistema è risultato sprovvisto di una politica per liberare effettivamente quelle risorse: a fronte di un risparmio potenziale di oltre il 20%, e malgrado anni di limitazione, quando non di blocco, delle assunzioni, il personale ospedaliero è però diminuito del 14,6% nel caso dei medici e odontoiatri e del 10,8% in quello degli infermieri.

Il fatto che la riduzione del personale risulti inferiore all'atteso e in particolare pari fra un terzo e un quarto della riduzione delle giornate di degenza, conferma l'inerzia delle strutture ospedaliere pubbliche nel realizzare cambiamenti, come anche l'incapacità del sistema di liberare risorse.

E, oltre tutto, senza usufruire di potenziali benefici sulla qualità dell'assistenza: essendo, infatti, complessivamente calata più l'attività che il personale, si sarebbe potuto immaginare un beneficio assistenziale per i ricoverati, cosa che probabilmente è stata vanificata dalle diseconomie di scala, dal disallineamento qualitativo fra fabbisogni e organico effettivo, nonché dall'invecchiamento del personale.

In pratica la de-ospedalizzazione ha in sostanza generato un eccesso di offerta inutilizzata, piuttosto che risparmi: non liberando risorse che sarebbero state quanto meno necessarie per finanziarie i servizi di assistenza primaria e la LTC.

Questo fallimento ci porta al terzo approccio, che è anche quello più naturale assumere dopo avere efficientato (almeno in larga misura) i costi: ovvero aumentare i ricavi utilizzando al massimo le capacità produttive del sistema.

Molti dei nostri stabilimenti ospedalieri lavorano utilizzando non completamente le proprie capacità produttive: sarebbe il caso di censirle e "metterle a reddito", se non altro offrendo servizi aggiuntivi alla popolazione italiana e specialmente a quella straniera che sempre di più si sposta alla ricerca di cure con un buon rapporto prezzo qualità, che il Paese è assolutamente capace di offrire.

Infine ricordiamo, tornando alla politica dei silos, che un altro "pezzo di tesoretto" è nascosto nei risparmi, non ancora quantificati, realizzatisi nel settore pubblico per effetto della riduzione del numero di disabilità e invalidità che le nuove tecnologie hanno la capacità di generare.

## 8. Riflessioni finali

Volendo definire con una battuta il sistema sanitario italiano nel suo complesso, pubblico e privato, potremmo dire che è sobrio e resiliente.

Ma sta "cambiando pelle" e se l'obiettivo delle politiche sanitarie è quello dichiarato, ovvero salvare l'Universalismo, sembra più alla Deriva, che non in una fase di Transizione.

In mancanza di una chiara percezione che l'Universalismo è salvo, ma non più l'equità su cui dovrebbe fondarsi, manca una inequivocabile visione di quale debba essere l'approdo: e questo spiega perché non si può trattare di una Transizione (verso dove?) quanto di una Deriva spontanea.

Ma le derive sono pericolose e quindi una decisione va presa, anche in considerazione del fatto che sono passati quasi 20 anni dalle ultime riforme, e che i capitoli "efficienza" (*leit motiv* degli interventi degli anni '90) e "risanamento finanziario" (del Federalismo) sono in buona sostanza chiusi.

Il problema si è spostato sul livello di sviluppo del settore, ovvero sull'adeguatezza dell'investimento in qualità di vita, ancor più che in Salute.

Produciamo meno qualità di vita di altri Paesi, sebbene ad un costo inferiore: va deciso se l'efficienza tecnica che ne deriva, giustifica (magari sul piano del dare priorità alla crescita) l'inefficienza allocativa.

Negli ultimi 20 anni tutto è cambiato (basta vedere i numeri che descrivono la Sanità italiana) e ci siamo cullati nella speranza che questo volesse dire non dover cambiare le regole del sistema.

Il rischio di non vedere le conseguenze finali dei cambiamenti in atto, e quindi di non elaborare per tempo un disegno evolutivo, è che vinca una tendenza a bollare ogni innovazione come inutile, quando esistono evidenze che siamo in grado di far fronte all'invecchiamento solo perché siamo stati sin qui capaci di investire in prevenzione e innovazione.

La *governance* dell'innovazione è quindi il punto centrale, intorno al quale costruire le nuove regole di sistema, magari accettando la lezione che spontaneamente il sistema ci offre e che va verso un certo "sincretismo religioso", mettendo insieme il meglio dei vari modelli che ad oggi conosciamo.

## EXECUTIVE SUMMARY

### The change of Italian healthcare system between Transition and Leeway

Federico Spandonaro – *University of Rome Tor Vergata*  
 President, C.R.E.A. Sanità

#### 1. Background

*With a view to place the main evidence of the 2017 Report in the right context, thus including it in the health policy debate, we have analyzed the specialized press to seize the emerging aspects of this debate.*

*The first remarkable news is that at a time when the allocation of the 2017 Health Fund to the Regions is finally adopted, the Regions are “on the warpath” and ready to pounce since they fear an increase of the 2018 Fund lower than the expected billion of increase, which is considered to be a prerequisite for ensuring the sustainability of the Regional Health Systems (SSR).*

*Paradoxically, the novelty is that apparently there is nothing new, since this falls within the usual (and possibly somehow old-fashioned) dialectic between government levels, obviously influenced by the different institutional terms of office and the general economic conditions.*

*A more careful analysis confirms a clear fact: the “stone guest” of health policy is still public finance, which ultimately affects the resources available for Welfare.*

*In fact, there are few resources available, even fewer than those in the countries having a similar economic and cultural context - and, most of all, they are not expected to increase in the short term. Gone are the days of continued economic growth and the expansion of public social protection - at least temporarily - and the Health System cannot ignore it.*

*The second “news” reported by the press can be summarized in growing “outrage” for the “lack of interest for healthcare” in the Budget Law.*

*What is striking - and really seems to be a real novelty - is that healthcare is basically absent in a Budget Law which is drawn up in a phase so close to elections. The “revolution” seems to be the healthcare loss of political appeal, which reaffirms the fact that the es-*

*sential constraint is public finances, since the era of the so-called “profligant finance” - often functional to the electoral interest - has come to an end (and we hope definitively).*

*While we can understand the disappointment of those who expected new investment (first and foremost for renewing employees contracts), the fact that there are no “cuts” and that healthcare is no longer attractive for “electoral manoeuvres” could hence be interpreted as positive and lead us “to see the glass as half full”.*

*Ultimately, considering the news reported by the specialized press, the health policy, as well as the context in which it operates, seems to be characterized by substantial immobility, which has been dragging on for at least a decade.*

*The analyses made in the Report, however, maintain that immobility is only apparent: the health system is changing and we could possibly summarize everything by stating “everything is changing, so that everything can stay the same”.*

*In other words, ongoing changes seem to be functional to keep the status quo and the natural question to which the 2017 Report tries to provide a response is whether this exercise is effective and, above all, desirable.*

*In other words, we wonder whether the creeping change underway can be considered a Transition of the National Health System (SSN) or rather its Leeway, that is to say whether the leaders are governing the change with a specifically set target or have a mere wait-and-see attitude, thus only acknowledging the spontaneous evolution in progress.*

*Looking back at the story of the National Health System, we recall that it was reformed significantly after its first decade of life and, at a later stage, after approximately other 10 years as a result of devolution. After these reforms - and almost twenty years have elapsed - although more or less significant “maintenance” inter-*

ventions have been made, nothing has been decided with truly reforming intentions.

Different answers - depending on the perspective chosen - can be given to the question why the need for “modernizing” the system was not felt: without claiming to be exhaustive, a reason is certainly the strong resilience shown by the system to exogenous impacts - mainly economic ones - which leads us to consider it sound in its foundations and hence in its function. Another more tactical reason is that - due to the public finance imbalances - for the first time the National Health System has been recognized as the most virtuous part of the spending review process and, as such, as a success factor in pursuing the Public Administration’s financial recovery. A third possible reason is the heralded defense of Universalism. The Italian Health System is considered to be the last bulwark in Europe - hence to be protected as such beyond any reasonable doubt.

Nevertheless, regardless of the existence of a shared political will to modernize the system, in the meantime it is radically “shedding its skin”. In particular, although there seems to be little awareness of the changes underway, when analyzing the funding and spending trends we realize that, over few years, the National Health System has revised its strategic “positioning” completely.

## 2. Funding and spending

Considering the above, we can start to analyze public funding which is fundamental insofar as it determines the very nature of the National Health System: data and statistics show that the Italian system, which is largely considered the last bulwark of Universalism, actually covers an ever smaller share of citizens’ total healthcare consumption.

The financial recovery which has occurred over the last few years has led to the clear reduction of the share of public health funding compared to the level of Western European countries (EU-West which, by convention, in the Report is identified with the historical core of the European Community) and to a progressive approximation to the typical shares of the “new” Eastern European entrants (EU-East).

Figure 1 shows the share of public health funding in Italy, thus highlighting how it is now closer to EU-East than to EU-West levels: in fact, it is equal to 75% of Italy’s current health expenditure, as against 78.8% of EU-West and 72.3% of EU-East.

It should always be recalled that the first reason for public intervention in the Health sector is still equity, which is a prerequisite for ensuring Universalism, provided it is properly expressed in terms of equal access to care or guarantee of access irrespective of one’s own individual economic conditions.

We think that ensuring access to health services to the weakest walks of society is the essence of the principle of constitutional protection of healthcare and hence of Universalism: except for the case of very rich societies where no one, or few people, have economic constraints of access to services, its actual implementation is related to the shift from a system based on individual private expenditure (the so-called Out of Pocket (OOP) expenditure) to a system based on public expenditure.

In spite of the crisis, on average the share of funding of public health systems has not decreased in the EU-West or in the EU-East, thus performing their function of social protection: the exception is Italy, where for some years (Figure 1) we have been witnessing a reversal of the trend, i.e. a decline in the share of public funding and a related growth in the OOP spending share, which has (re-) reached 25% of the total - a value which is currently much higher than the EU average.

The other fundamental change occurred over the last decade regards the overall health expenditure level.

As we have repeatedly pointed out in the previous Reports, Italy’s health expenditure level has always been lower than the EU-West average: the novelty lies in the fact that in recent years it has come to somehow inexplicable levels.

According to the data used (with the same purchasing power or not), Italy’s health expenditure is 25.3%-31.2% lower than the average of the other Western European countries (EU-14, as conventionally defined in the Report) - also in this case we are ever more approaching the EU-East level (Figure 2).

The public expenditure gap reaches 35.2% that is consistent with national public finance choices, which

Figure 1. Public funding of current health expenditure

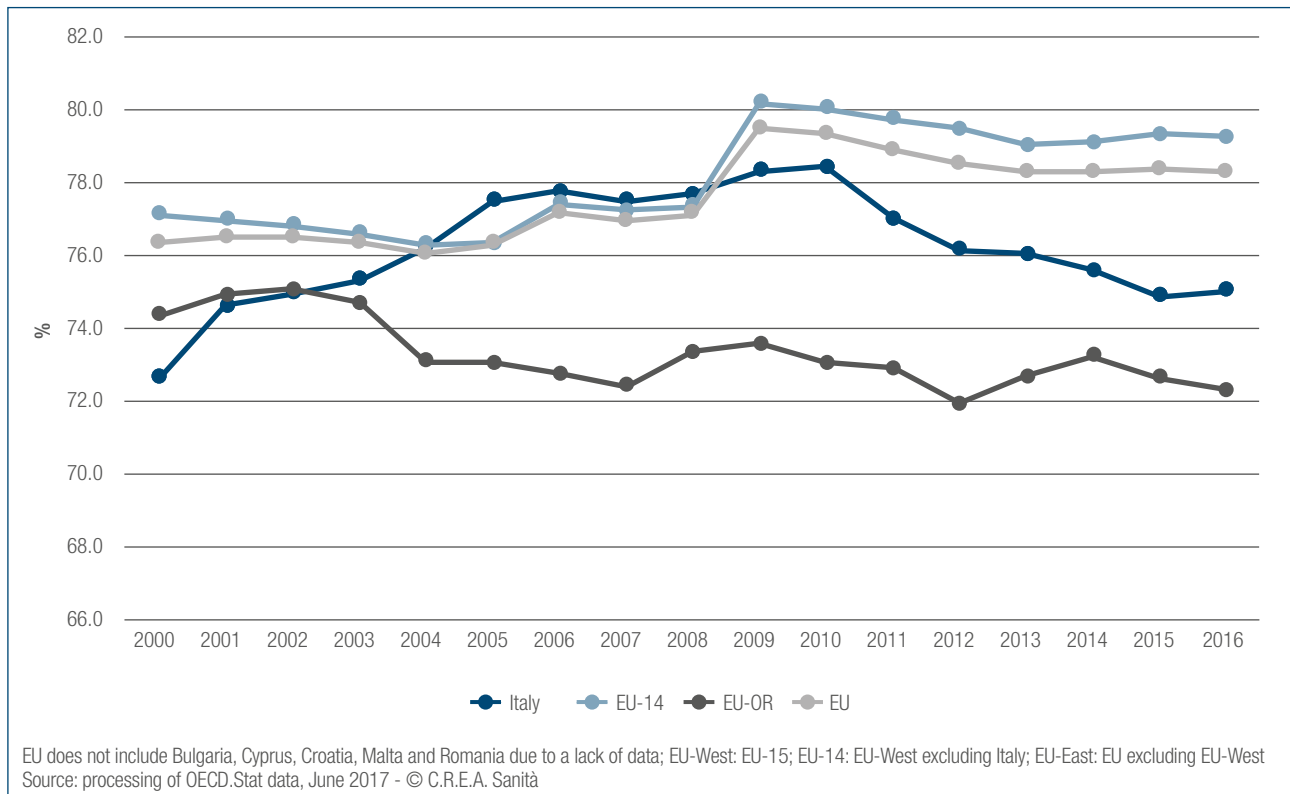
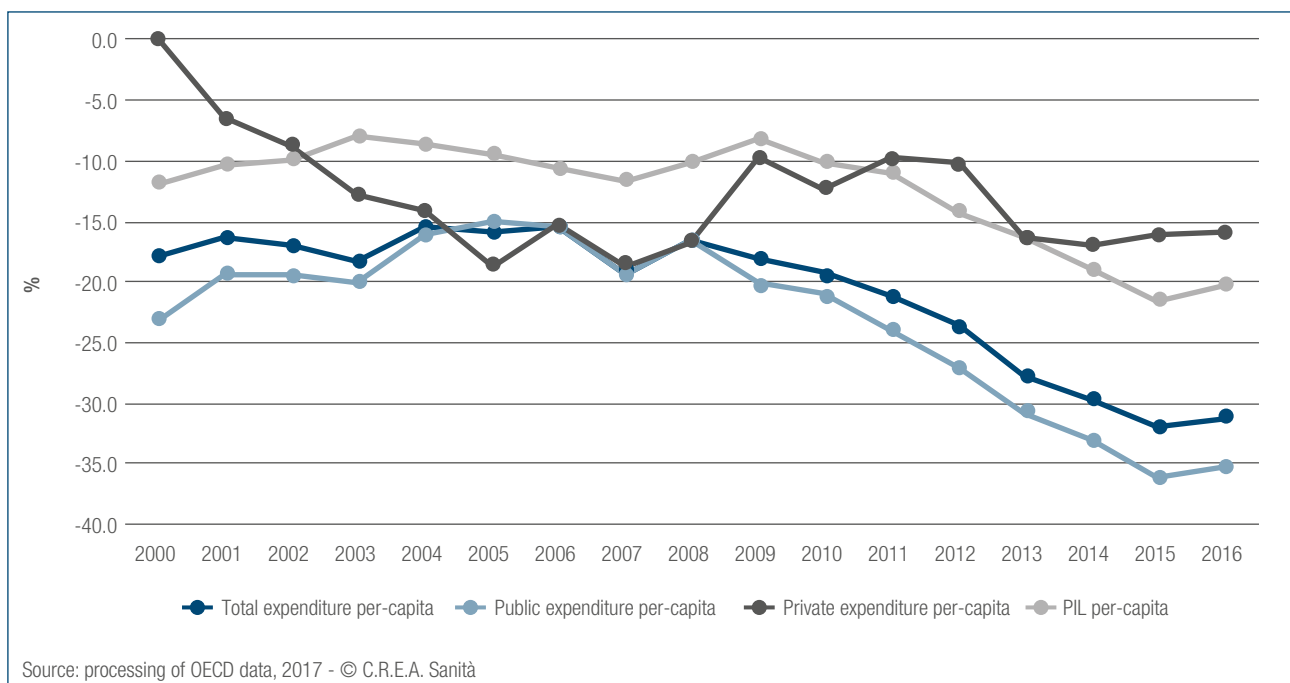


Figure 2. Total current private and public expenditure and per-capita GDP in €. Gap Italy vs EU-14



imply a gradual reduction in the public health spending incidence on the GDP - as evidenced by the Budget Law which, for 2017, has envisaged a 6.7% incidence

of expenditure on the GDP, that is expected to fall to 6.5% in 2018 and further down to 6.4% in 2019 and 2020.

*It should also be noted that the citizens' residual willingness to pay remains low compared to other EU countries. It is 16% lower than the EU-West, although it should not be forgotten that also the per-capita GDP is 20.4% lower.*

*In other words, Italy spends very little in healthcare compared to the EU-West and relatively less in the public than in the private sector (in the former case the gap is almost double), thus resulting in a decrease (as against the other countries) of the share of services economically brokered by the National Health System.*

*In short, data and statistics show that the Italian public expenditure is low both in terms of share and in terms of level: both factors put together suggest that if the purpose was to maintain the status quo, seen as universal access, it is not said that the current evolution is the one desirable.*

### 3. Consequences

*The analysis and knowledge of phenomena are the basis for raising the awareness that should orient and guide health policy decisions. Their lack marks the blurred boundary between a system in transition and a system experiencing a Leeway: it is therefore essential to understand the consequences of the phenomena described in the previous paragraph.*

*Let us start by stating that the size and fast pace of the changes in the macro-data shown above can surely be surprising. As already stated, it is striking that such a change of course has been made while officially flaunting the defense of the universalistic nature of the system.*

*This astonishment is, indeed, naive: what we are witnessing is nothing more than the clear and obvious demonstration that Italy's (and hence public finance's) priority is growth and not Welfare and social cohesion: this is certainly a legitimate aim, which confirms Italy's being "strategically" more similar to the EU-East than to the "rich" West European countries.*

*Hence, in pragmatic terms, the key issue is to understand what the impact on universalism actually is, due to the fact that an ever greater share of healthcare expenditure (equally considered universally commend-*

*able) is left to the economic abilities of individual families.*

*The issue is legitimate and appropriate because, at least in theory, the higher the share of public expenditure, the higher the likelihood of achieving a high horizontal equity of the system: again in theory and working on extreme assumptions, if the OOP expenditure were zero, we would have the guarantee that no one should face access barriers.*

*This theoretical interpretation, however, does not consider the genesis of public resources and even the demands for vertical equity.*

*Starting with the latter, the arguments would be manifold. Nevertheless we confine ourselves to noting that, in a world where evidence shows that an extremely significant share of diseases and related costs are not due to chance or misfortune, but to risky behaviors, a universal and totally free access becomes synonymous with "indiscriminate access" - hence suspected of encouraging the persistence of unhealthy behaviours and even of adding iniquity to inefficiency, insofar as it makes the burden of these unfair behaviours unjustly be borne by social solidarity.*

*Along the same line of thought, faced with a great deal of evidence on the risks of inappropriate consumption of resources in the health sector, it seems contradictory to encourage unlimited consumption by making it free.*

*In other words, free public services do not seem to be part of the concept of "health protection". However, although it seems to be obvious, a dangerous misunderstanding is still looming large on the issue, which keeps on confusing universalism with free services.*

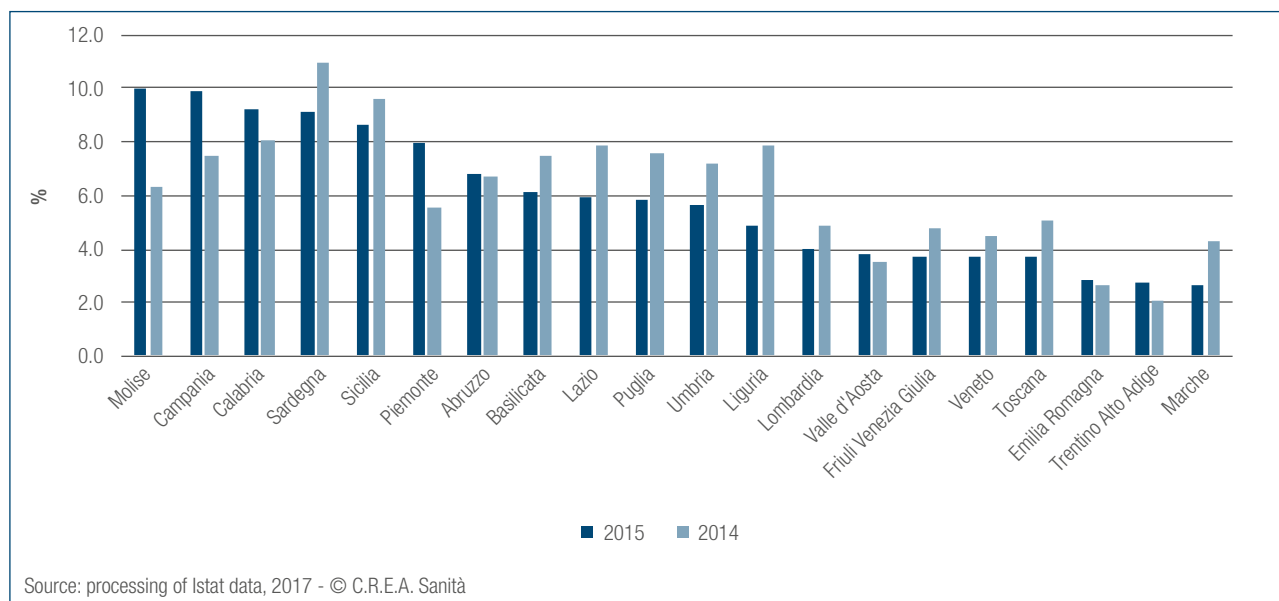
*In our view (and it is currently rightful to explain the preliminary assumptions), the prerequisite for universalism is not equality - which is somehow ensured by free access - but rather the guarantee of "non-exclusion".*

*We could obviously long discuss the services on which to apply the principle of "non-exclusion", as well as the maximum economic impact threshold to be considered as "exclusion index": for the sake of conciseness, we do not delve into this issue and we pragmatically wonder whether the problem exists in Italy or if someone really runs the risk of "exclusion".*

*Considering the above, it is obviously hard to mea-*



Figure 3. Share of household experiencing economic hardship



sure the magnitude of the phenomenon. However, the Report has been dealing with the issue for years. Giving the specific caveats of the case, the diagnosis emerged over time is that there is still significant (economic) hardship associated with healthcare costs, which involves approximately 5.7% of households and is rising mainly in the South of Italy (8.4% of households) followed by the Centre of Italy (4.8%) and the North of Italy (4.4%).

Although compared to the previous year we witnessed a reduction in the phenomenon, the improvement has affected mainly the regions in the Centre of Italy (from 6.5 to 4.8%) and in the North (from 4.6% to 4.4%), while it has increased significantly in the South (from 8.3% to 8.4%).

It is confirmed that hardship has to do essentially with the geographical location, considering that it is a problem (ever more) typical of the South of Italy (Figure 3).

We do not delve into the “Southern issue” in the health sector as we have repeatedly analyzed it in the previous Reports: we confine ourselves to reaffirming that the inability to solve it is still clear demonstration of the failure of the universalistic design of the Law establishing the National Health System and hence of the need for new approaches.

We note, however, that the persistence of the phenomenon shows that - apart from the problems of the efficiency of equalization transfers, especially the “geo-

graphical” ones, we will analyze at a later stage - with a view to combating exclusion, it would be appropriate to increase redistribution and hence the share of public health expenditure. This option, however, is in conflict with the equally self-evident fact that the tax burden in Italy is already too high and concentrated, thus calling into question the advisability of the solution without an overall revision of the funding system.

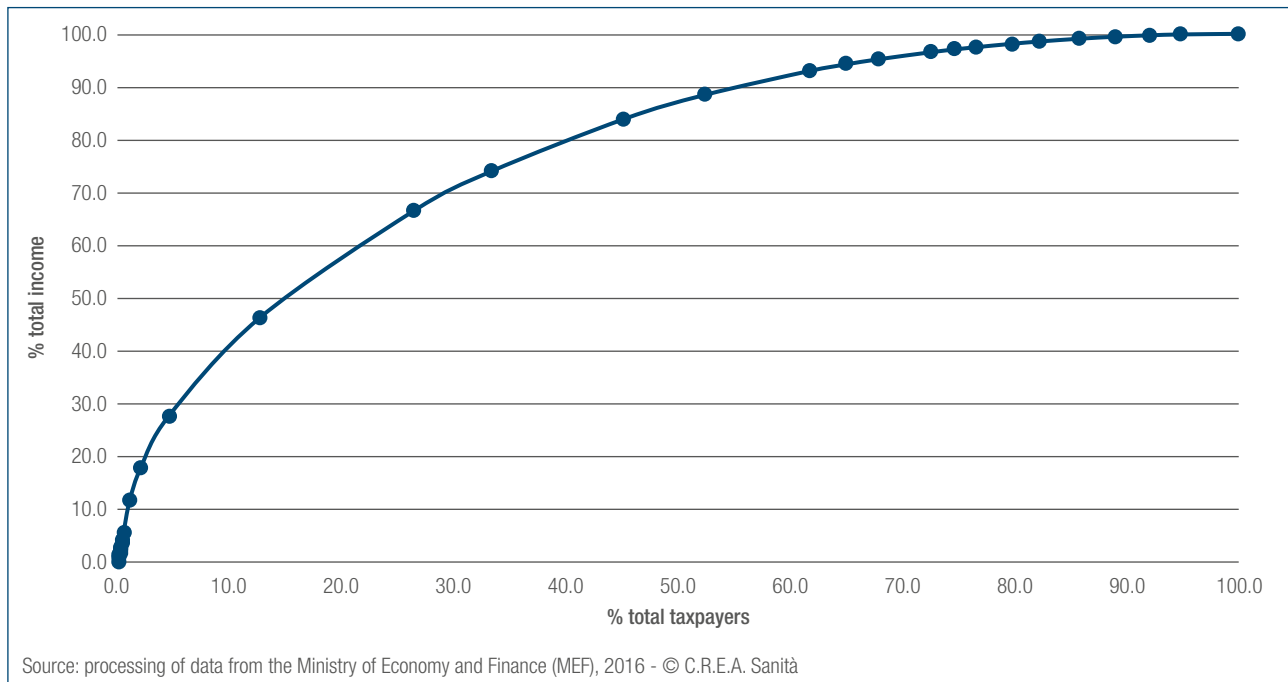
For the sake of clarity and completeness, stating our lack of information on the size of exclusion in other countries, we want to give to the Italian Health System the benefit of the presumption of “innocence”, thus assuming that the exclusion levels are not worse than in the other countries.

Bearing in mind that, as previously reported, Italian public expenditure is lower both in terms of level and in terms of share than in the other European countries, for this to happen the private expenditure share must be highly concentrated on the most affluent people and hence the rights of the low-income citizens must be sufficiently safeguarded.

It goes without saying, however, that this option implies the acceptance of a system based on a very strong redistribution level, presumably higher than in the other countries where the tax burden is lower and more homogeneous.

The next question is whether this redistribution level

Figure 4. Concentration of personal income tax (IRPEF)



is to be considered the result of a conscious choice or not: once again the answer implies a different judgment on the fact that the system is experiencing a Transition or a mere Leeway.

With a view to answering this question, let us start from data and statistics. They show that in Italy the concentration of income, at least the one regularly stated, is very high: suffice to consider that 50% of it is concentrated in the hands of approximately 13% of taxpayers (Figure 4). Hence, if there were no tax evasion, faced with great social inequality, a very high level of redistribution would be socially justified.

Nevertheless, if - as "probable" - high tax evasion exists, there is an unjust situation in which the group of "wealthy taxpayers" (indeed, only a small percentage of them is really "rich") pays for the Welfare of both the non-affluent people and the "wealthy tax evaders".

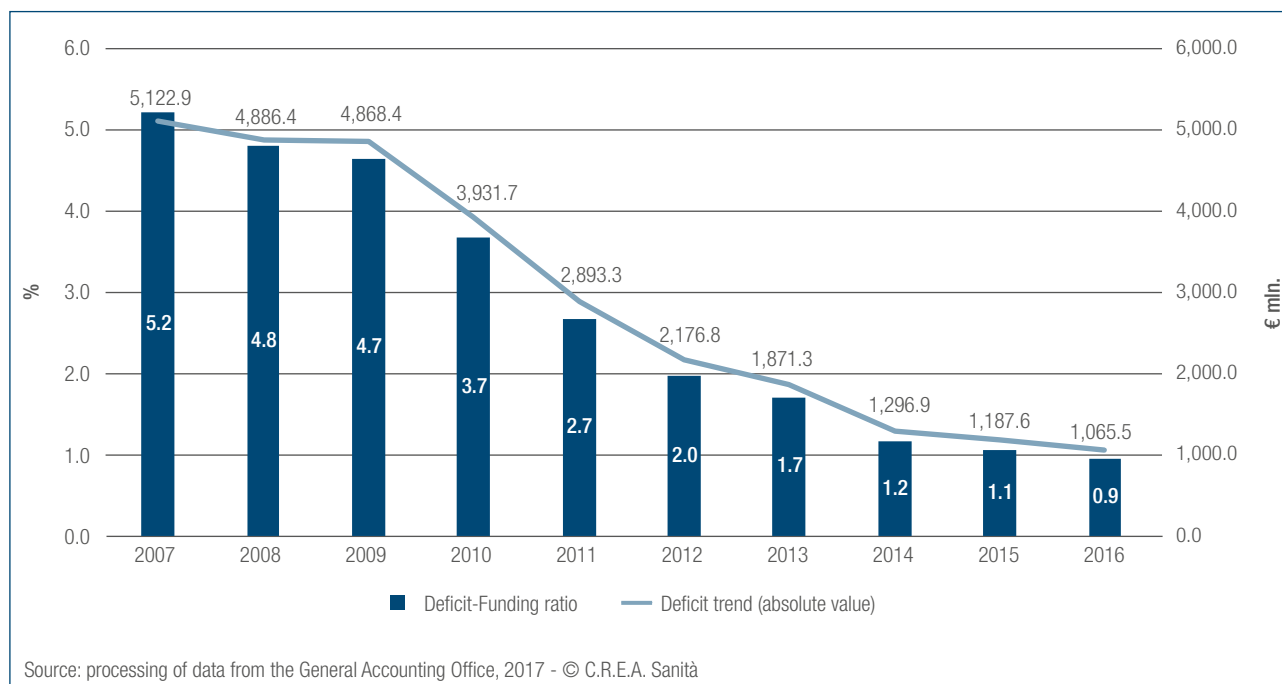
Apart from the obvious injustice, the situation may become explosive for the future of the National Health System. If we consider that the levels of Italian public expenditure are so low that it is assumed they should be increased and that this would imply raising the tax burden (unless efficiency is recovered in other sectors) - and the burden of this increase would necessarily fall on the usual taxpayers known to the tax authorities - it

can easily be feared that social tension can mount: the group of "wealthy taxpayers" would be strongly encouraged to ask for opting out, namely to circumvent the solidarity obligations.

With a view to quantifying the risk and hence justifying this assessment, let us consider that the Public Administration spending, net of interest, pensions and other expenses not directly attributable to services provided to households, is estimated at approximately 260 billion euro, of which just over 40% is covered by VAT and IRAP (the regional tax on productive activities). If we want to cover the residual 60% with the revenues from the personal income tax (IRPEF), it should be noted that the taxpayers who pay a personal income tax (IRPEF) sufficient to cover the equivalent burden (approximately 7,500 euro per household) are fewer than 16%. This demonstrates that the burden of bearing the costs for collective services is highly concentrated.

While recalling that both private and public expenditure are lower than the EU-West spending, it should be noted that, while the reason for the public "low propensity" to spend on healthcare can be found in the public debt size, the private "low propensity" seems to be harder to explain, unless we consider that the poor walks of society have scarce possibilities to resort to

Figure 5. Deficit-funding ratio and deficit trends



private consumption; that the “wealthy taxpayers” are so burdened by taxes that they are left with limited resources available and that the “wealthy tax evaders” no longer feel the need to spend privately because they have free access to public services.

Ultimately, data and statistics seem to show that we are either undermining the principle of Universal Access, especially in the Southern Regions, or we are heading for excessive solidarity - a situation also hiding profound injustice.

Considering the “consequences” of the above stated funding and spending data, we cannot avoid talking about financial recovery and sustainability of the system.

The first evident consequence is that after over 30 years of deficits and misalignment between political will (funding) and healthcare management (expenditure), the National Health System has finally reached a point of basic financial equilibrium, thus proving it is a complex, but manageable “apparatus”.

Figure 5 shows that the deficit amounting to 1.1 billion euro in 2016 is now lower than 1% of funding.

Hence, although there is much talk about the sustainability of the system, we think that currently there seems not to be such a problem, but rather an issue of governance and efficiency.

In fact, in principle, any system is “sustainable” once the desired level of supply/protection is chosen and once a governance system capable of allocating and managing the resources available efficiently is implemented.

Although some pockets of allocative inefficiency persist - and hence waste of resources that can be eliminated, thus saving money that should fund the poor-quality services - in recent years all Regional Health Systems have improved their ability to govern the system - not only by reducing deficits, but also bridging (at least partially) the most evident gaps in the provision of basic healthcare levels (LEA).

Once proved the ability to pursue financial equilibrium, the issue is no longer sustainability, but rather the efficiency of service levels which currently allow to “break even”.

Paradoxically the issue is never included in the political agenda, because implicitly the following logical equation is assumed: the current level of provision is equal to LEA and LEA is everything is appropriate to provide - hence if LEAs are supplied in a condition of balanced budget, the system is sustainable and also efficient since it supplies everything “is needed”.

The logical assumption underlying this reasoning is

that if the current LEAs are all that is needed, probably removing the residual waste of resources would make the system sustainable and efficient.

The issue, however, is whether the current LEAs are really all that is needed, namely whether they cover all that produces health and is value for money, or they are rather a trade-off between existing opportunities and resources available.

A second issue is whether - working on the assumption they are currently “exhaustive and comprehensive” - they can remain so in the future, that is to say whether we will be in a position to update LEAs with the resources available, so as to align them with the opportunities opened up by innovation.

In other words, the issue of Sustainability, as well as the issue of Universalism, seems to be ill-placed: currently the problem is no longer the level of expenditure or efficiency, but rather the appropriateness of investment in healthcare, that is sizing it so that it can maximize the health produced and optimize the impact of the health sector on the overall development of the country.

The 2017 Report identifies three main issues that will be analysed in-depth in the following paragraphs, since they are useful to assess the appropriateness and adequacy of investment in Healthcare:

- the current ability of the system to produce health;
- the ability of the system to cope with the aging of population;
- the ability of the system to “incorporate” innovation.

#### 4. The production of health

Along with lower expenditure than the other European countries, higher life expectancy is the factor which is considered more positive in the various international ratings/rankings of the Italian National Health System.

As is well-known, Italy has a life expectancy at birth of 85.0 years for women and 80.6 for men, thus resulting one of the countries in the world where people live longer. Also the residual life expectancy at 65 years (18.9 for men and 22.2 for women) is one year higher than the EU average (Figure 6).

The fact of living longer than in the other countries, does not necessarily mean you live better. Healthy life expectancy (HLE) at birth in Italy is 58.2 years and the one at 65 is 13.7 years for men and 14.1 for women, as against a higher EU average of 14.4 and 15.8 years respectively. At 65 years, life expectancy without activity limitation or disability is 7.8 years for men and 7.5 for women, as against a European average of 9.4 years for both genders (Figure 7).

As already mentioned in previous Reports, also the conditions of the over 75 with long-term illnesses or health problems is increasing more than in the EU average: in Italy, an elderly person out of two suffers from at least one severe chronic illness or has multiple chronic diseases, with shares of the over 80 population equal to 59% and 64% respectively.

It is worth noting, in particular, that the above stated

Figure 6. Life expectancy at age 65

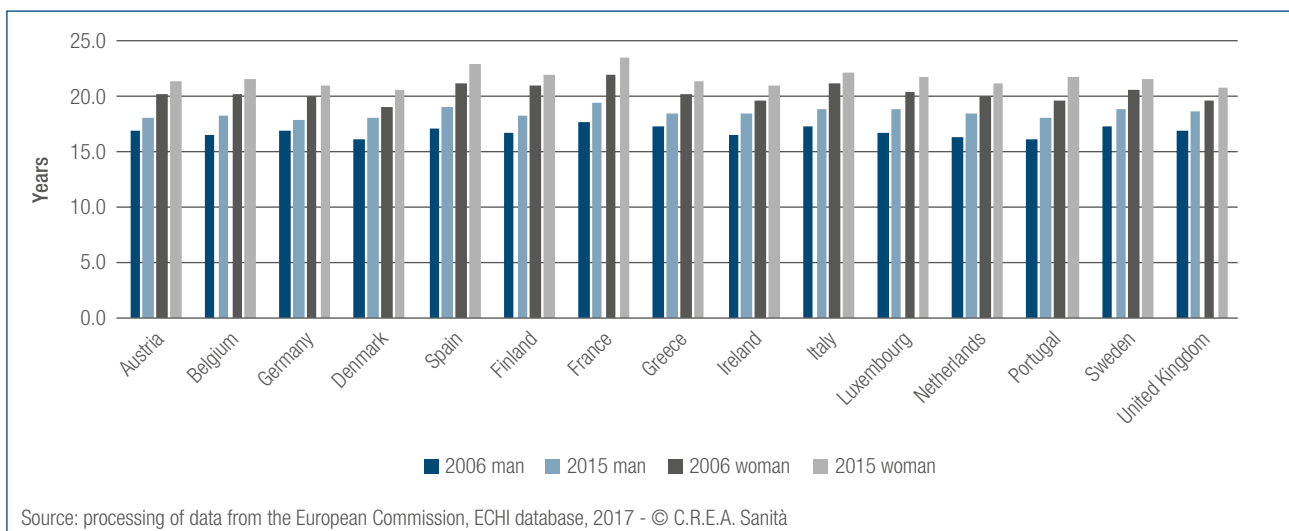
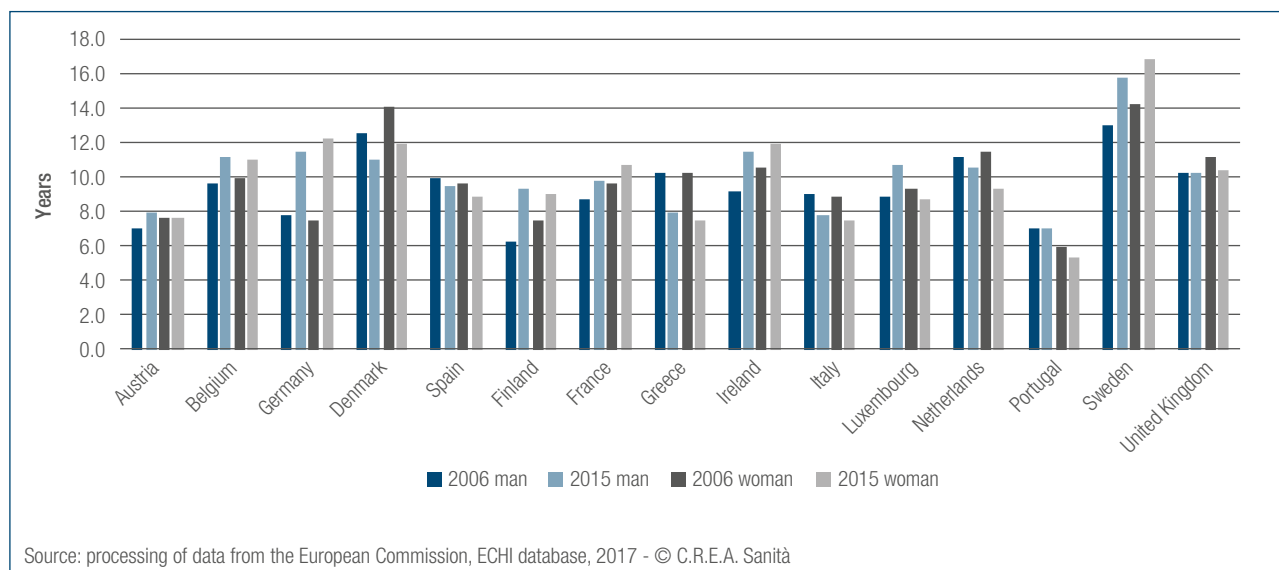


Figure 7. Life expectancy in good health at age 65



data and statistics are the result of a deterioration in the Italian situation compared to the EU, which has mainly occurred in the last decade.

The fact that the performance of the Italian health-care system is not excellent is further demonstrated by the analyses of the Global Burden of Disease made by an international research group coordinated by the Institute of Health Metrics Evaluation (IHME) at the University of Washington (see Chapter 5 below) showing that, despite the ongoing increases in life expectancy, the whole performance of the Italian system ranks in an intermediate position compared to the other Mediterranean countries, particularly Greece and Spain.

These few data and statistics seem sufficient to promote an analysis on the efficiency of the Italian choices: on the one hand, we note that the combination of the quantity and quality of life produced is certainly very high considering the level of expenditure, thus demonstrating an excellent “technical efficiency” of the Italian system.

On the other hand, we must admit that a significant and even growing gap is being recorded compared to the outcome in terms of quality of life potentially achievable (as shown by the comparison with the other countries).

Considering the greater investment in healthcare made by the other countries, it is at least rightful to question the efficiency of the national fund allocation

choices or the adequacy of the current investment with regard to the opportunities for producing health or, at least, minimizing the loss of quality of life for patients and for their caregivers.

These conclusion are even more alarming, given the absence in Italy of a comprehensive framework for managing formal care in Long Term Care, the burden of which basically rest on families.

Finally the current ability of the system to produce health does no longer seem to be optimal and this awareness should be the basis for defining the future healthcare policies.

## 5. The aging of population

The aging of population is considered to be the most problematic aspect in terms of future sustainability of the National Health System.

However, we may legitimately doubt of the fact that aging will be the cause destroying the system.

Firstly, because demographics already “penalizes” Italy. As already explained above, Italy’s per-capita expenditure is much lower than the one in “younger” countries, thus proving that the correlation between expenditure and aging is not so obvious.

Practical experience leaves no doubt on the fact that health expenditure increases with age and steps

up its pace particularly when the age of death comes closer: the issue is that age does not seem to be a prospectively adequate indicator of consumption. In other words, while it is so under static conditions or in a given context, it is less so in dynamic terms or in different contexts.

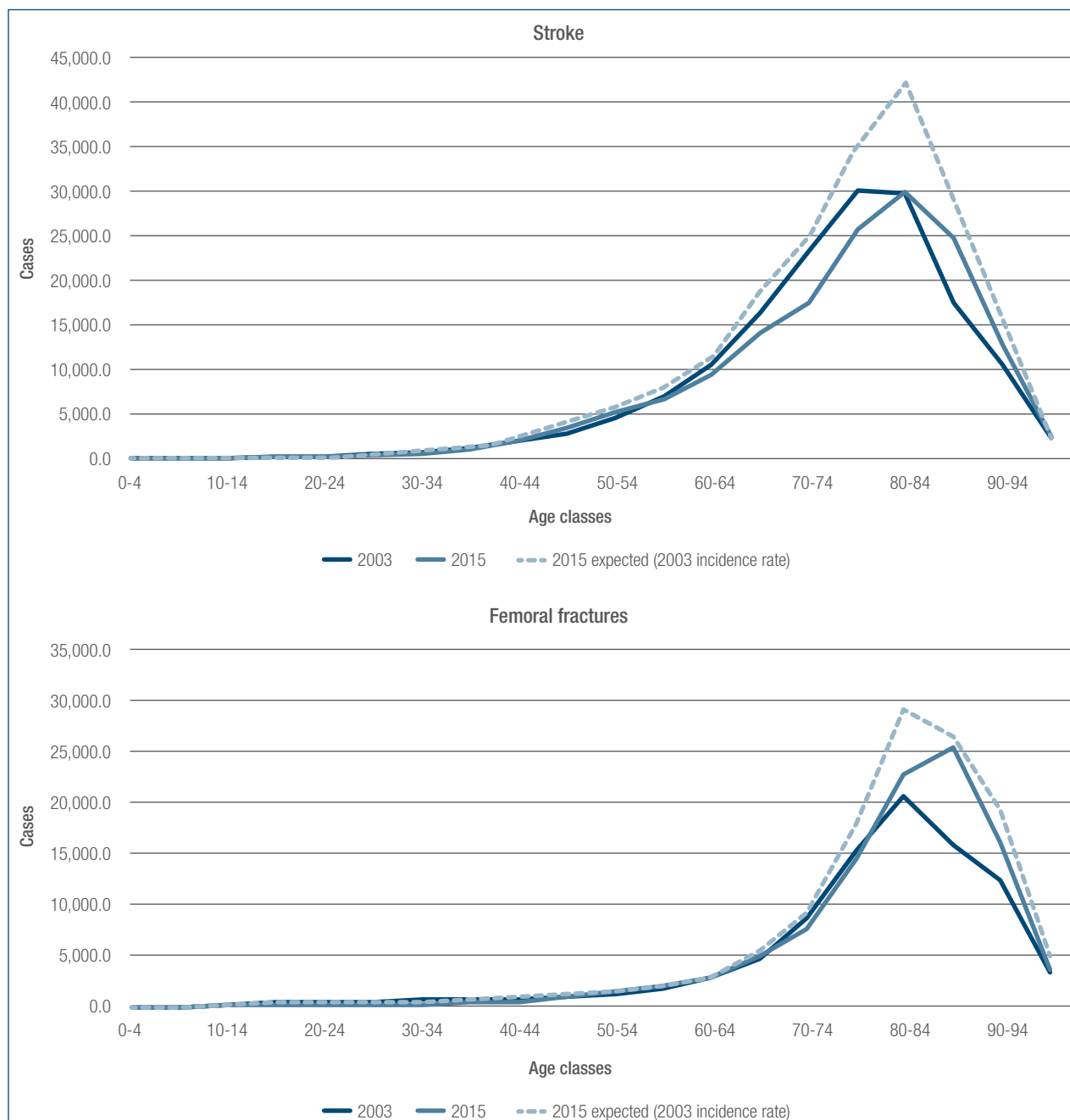
Evidence suggests that a 75-year old Italian is not necessarily fully comparable with a 75-year old citizen

of another country and, much less so, with a 75-year old Italian born ten or more years later.

This is evidenced by the results of an original exercise made on some of the most severe diseases included in Chapter 1 of the Report (Table 1 and Figure 8).

Considering, for example, strokes, we find that from 2003 to 2015 acute-care hospitalizations (ACH) in Italy decreased by 2%. Said percentage is even more

**Figure 8. Acute care admission by age classes (selected disease)**

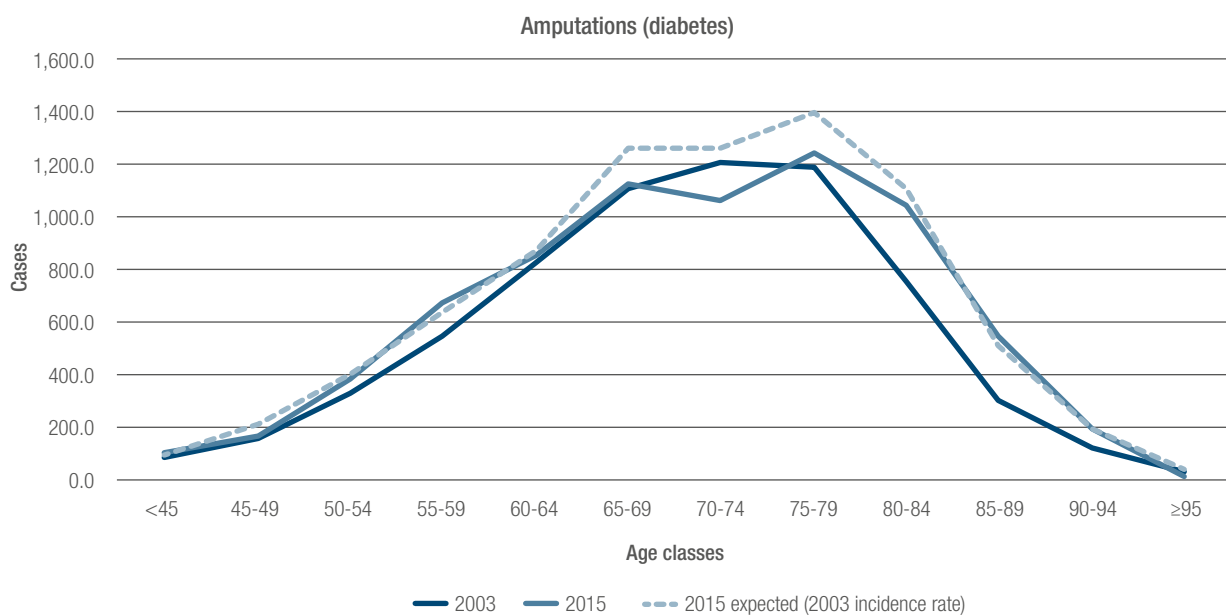
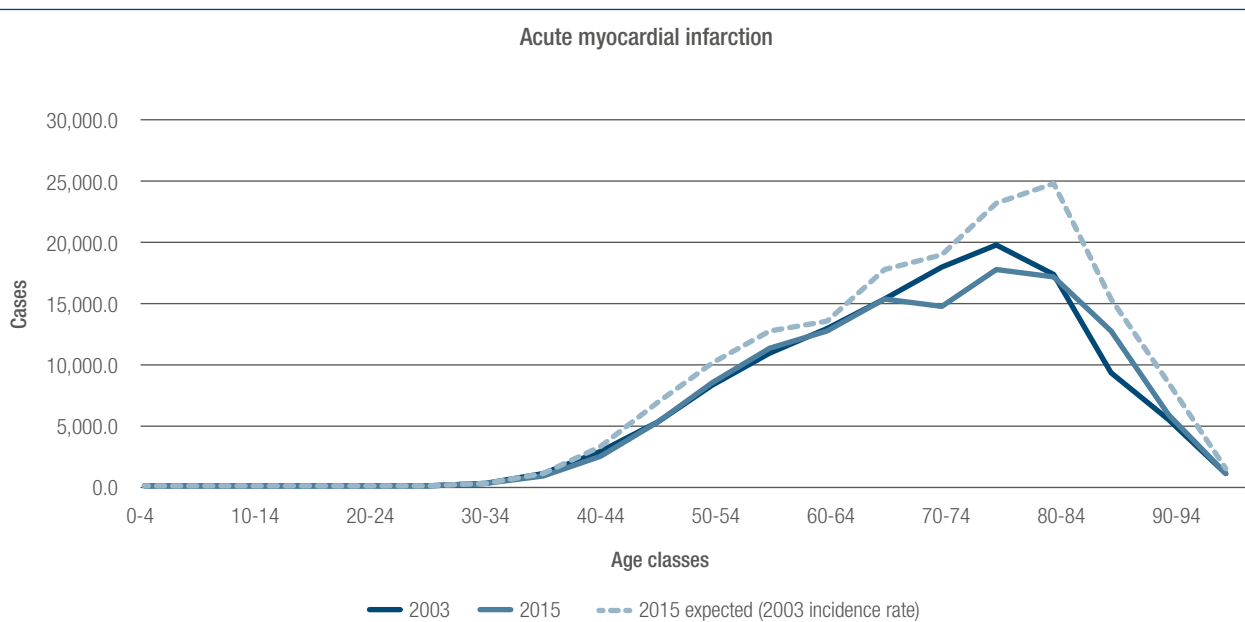


Source: processing of data SDO - Ministry of Health, 2016 – © C.R.E.A. Sanità

Table 1. Acute care admission (selected diseases)

Disease	2015/2003 Variation	Admission rate reduction versus admission expected*	Variation days 2015/2003	Variation patients average age	Dies variation
Stroke	-2.0%	+27.1%	-6.2%	+ 1.1 years	-7.2%
Acute myocardial infarction	-1.5%	+19.8%	-9.2%	+ 2.6 years	-29.8%
Femoral fractures	+12.7%	+21,000 cases	-1.4%	+ 2.5 years	-7.7%
Amputations (diabetes)	+11.0%	+550 cases	-8.9%	+0.7 years	-7.7%

\* 2015 expected admission using 2003 incidence rate  
 Source: processing of Ministry of Health SDO database, 2016 – © C.R.E.A. Sanità



striking if we consider that, with the 2003 incidence rates - namely extrapolating trends and varying only demographics - a 27.1% increase would have been expected.

Also hospital days decreased by 6.2%.

On the whole, in the 12 years considered, the average age increased from 73.9 to 75,0 years (+2 years as against the median age) and, at the same time, deaths decreased by 7.2%. In the over 65 population, in particular, accounting for over 80% of all cases, the incidence decreased from 12 to 10 cases per 1,000 inhabitants.

Similarly, in the case of Acute Myocardial Infarction, acute-care hospitalizations decreased by 1.5%, compared to an expected 19.8% increase based on aging alone. The hospital days decreased significantly by 9.2%.

In this case, too, the average age rose from 77.5 to 78.1 years (+1 year as against the median age), with a simultaneous 29.8% reduction in deaths.

Conversely, with specific reference to femoral fractures, acute-care hospitalizations increased by 12.7%, but as against an expected increase which would have been equal to 21,000 more cases, considering aging alone, thus showing a sharp decrease in incidence (occurred after 70 years of age, in particular).

The hospital days, however, decreased by 1.4%.

The average age increased from 83 to 85 years (+2 years as against the median age) and, at the same time, deaths fell by 7.7%.

Finally, considering lower limb amputations associated with a diagnosis of diabetes mellitus, acute-care hospitalizations increased by 11.0%, as against an expected increase that would be of 550 more cases, as a result of the reduced incidence between 65 and 85 years of age.

The hospital days fell by 8.9%.

In this case, too, the average age rose from 69.9 to 70.6 years (+1 year as against the median age) and, at the same time, deaths fell by 7.7%.

All the examples made, although clearly not exhaustive, seem to confirm that, even after 10 years, the morbid conditions of the population are no longer fully comparable and that aging is partly offset by the fact that the onset of diseases occurs later, but also by a better organization reducing the care burden. In all the

cases considered, the incidence of hospitalizations was lower than expected due to the aging occurred in the meantime. Also the hospital days decreased overall by 5.7%: assuming an average value of 500 euro for each hospital day, 122 million euros were potentially released only for these 4 severe illnesses.

At "macro-level" there is clear confirmation of these processes underway: the analysis of hospitalizations over the last decade, as well as the changes in the eligible population, the average length of hospitalization, the number of hospital days and the production value all show that the system is not experiencing an explosion of costs.

Between 2005 and 2015 (Figure 9), the population aged until 54 has slightly declined (-0.3%), but the population of the following age groups increased significantly: by approximately 8% in the group between 55 and 75 years of age and by 28% in the over 75 group.

Despite population growth, hospitalizations dropped in all age groups: in the first age group, faced with the same amount of population, the decrease was equal to 34.8%; the same reduction was recorded in the age group between 55 and 65 years and was slightly lower in the 66-75 age group (-31.3%). Hospitalizations decreased even after the age of 75, though to a lesser extent (-7.3%).

Faced with such significant reductions in the number of hospitalizations, even more important considering the concurrent population increase, generally the average length of hospitalizations increased significantly, albeit markedly less in the case of the over 75 people.

It should be noted that the "extreme" age group is an exception also in the evaluation of the overall hospital activity (expressed in hospital days), with a 0.1% slight increase as against reductions in the other age groups ranging from 26.6 to 30.6%.

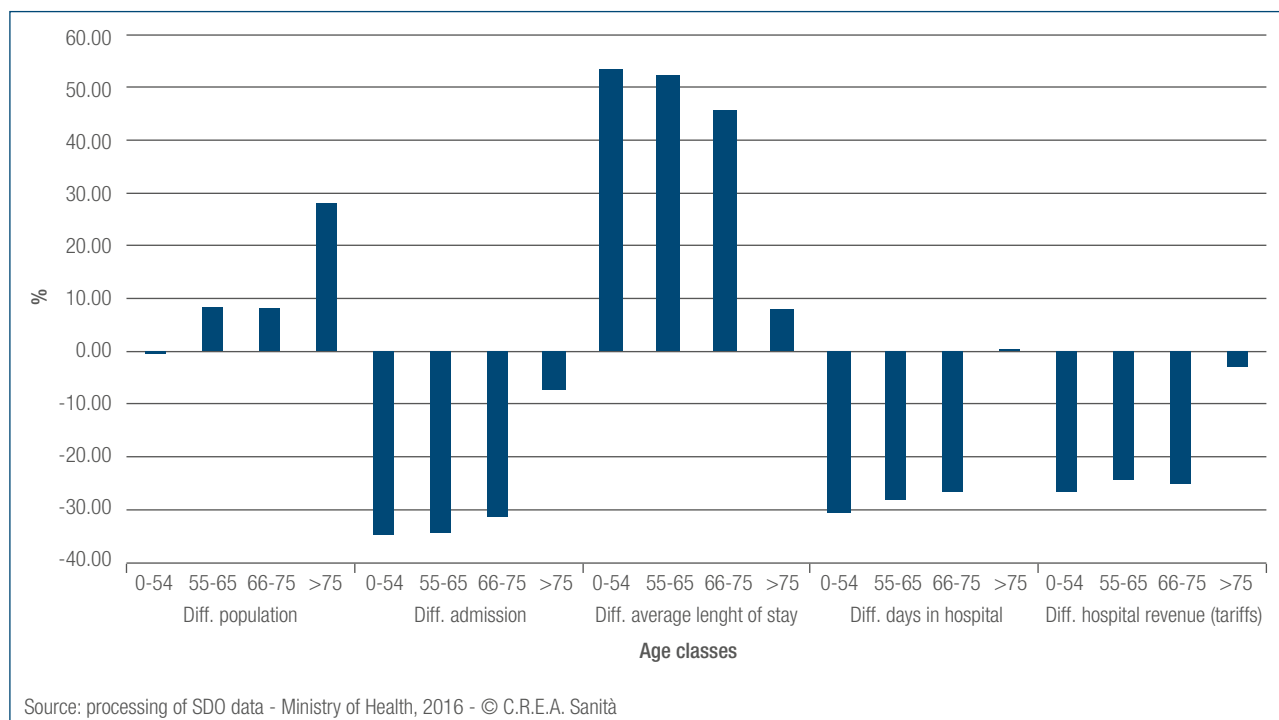
Hence the value of production decreased in all age groups: significantly in the first three groups, within a 24.2-26.4% range; in the last group the decline was 2.9%.

Despite aging and population growth, hospitals have generated considerable potential savings.

Moreover, recalling the substantial growth of the over 55 population, the reduction of hospitalizations in the subsequent age groups are even more significant.



Figure 9. Changes in the main indicators of hospital activity 2015-2005



It should also be noted that the low birth rate and longer life expectancy make the over 75 population grow particularly.

Hence the trends described seem to confirm overall that a process of morbidity reduction is in progress, at least seen as morbidity liable to produce hospitalizations. Hospitalizations are likely to rise as age increases, so much so that (obviously) only in the last age group there are no significant reductions in the number of hospitalizations and hospital stays.

Hence two conclusions can be drawn from the previous analyses; firstly, assuming that resorting to (non-sporadic) hospitalization is an indicator of fragility, we indirectly confirm that the threshold of 65 years of age for elderly people is now a mere convention, mostly meaningless: the 66-75 age group behaves essentially as the 55-65 age group, while only after the age of 75 the situation changes.

It is worth recalling, however, that the beginning of old age occurs ever later as time goes by.

Secondly, the analyses made corroborate the theory of reduction, if not of morbidity, at least of the use of resources, thus making the forecasts on the impact of aging less gloomy.

Obviously, this “reduction” is not a “natural” phenomenon, but the result of prevention (see the cases of stroke and acute myocardial infarction), but also of technological innovations, which allow more effective and efficient healthcare (see the cases of orthopedic prostheses and amputations).

Therefore the “sustainability” of aging is possible, but we must be aware that it is affected by investment in prevention and innovation.

## 6. Innovation

Although innovation is mostly considered the other major risk factor for the future sustainability of health systems, the previous paragraph tends to maintain that aging and innovation do not “disrupt” the balances insofar as they go hand in hand.

Hence the issue is whether the resources available will be enough to support the innovation needed to cope with the burden of “bad” aging.

The issue of funding innovation is not so much an economic problem (namely a problem of efficiency), but rather a financial one.

In fact, innovation implies investment which generates returns, and hence savings, with some time-lag. As seen in the previous paragraphs, said time-lag is not very long, considering that significant effects can be seen as early as after 10 years, but it may anyway be unsustainable considering the financial conditions in which Italy is floundering.

Access to innovation is first and foremost affected by the persisting silos policy: the example of the potential savings made in recent years in the hospital sector is a case in point.

Even in this case, it seems essential to take stock of the current situation with regard to access to innovation.

In other words, regardless of the recent creation of funds for pharmaceutical innovation, which are largely questionable because they represent a “silos in silos” and, as such, they are liable to create distortion, we must understand whether there are fair and reasonable conditions of access to innovation in Italy.

We have already dealt with this issue in previous Reports, for example by comparing the consumption of the EMA-approved drugs over the previous five years in Italy and in the main EU Member States. What emerged was what we can call a “rationale for rationing” to the extent to which - apart from the notoriously slower access time in Italy (and, incidentally, only marginal-

ly attributable to the AIFA negotiations) - the national per-capita consumption was still much lower than in the other countries even after 5 years, and despite an older population.

Using once again the example of the pharmaceutical sector, as it allows for detailed analyses - made possible thanks to the detection and monitoring systems that are now fully exhaustive and comprehensive - this year we propose again a comparison, albeit at Italian regional level (focusing only on the new drugs marketed in the 2014-2016 period).

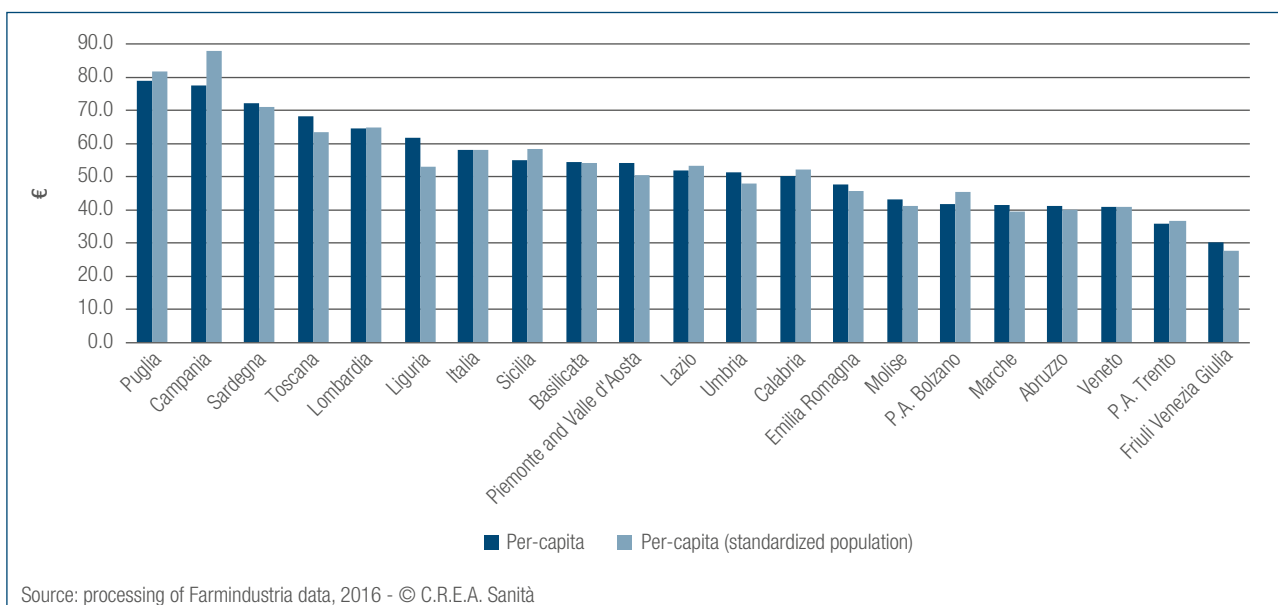
Figure 10 shows regional differences with reference to the expenditure for newly-marketed drugs which, although no longer surprising for us, urgently require more in-depth analyses.

The difference in expenditure for new-marketed drugs between the region recording the highest expenditure rate and the region recording the lowest expenditure rate, is 2.6 times as much - and even 3.2 times as much considering the data for standardized population.

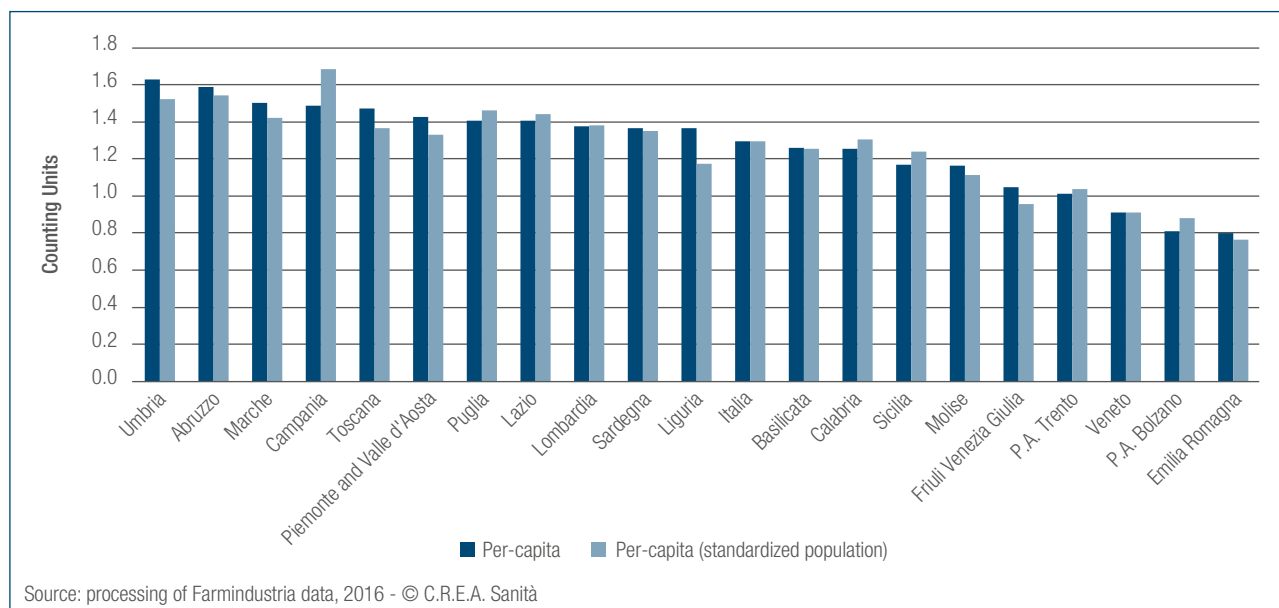
The differences do not seem to be recorded by chance: Puglia, Campania and Sardegna rank in the first positions, while the whole North-East region is in the last positions.

Obviously, the differences in expenditure are the result of the combined effect of quantitative consumption and supply prices.

Figure 10. Per-capita expenditure in 2016 for the new drugs marketed in the 2014-2016 period



Source: processing of Farmindustria data, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

**Figure 11. Units of new drugs marketed in the 2014-2016 period sold per-capita in 2016**

In fact, quantitative data shows that differences decrease, but the difference between the Region recording the highest consumption rate and the Region recording the lowest consumption rate is still 2 times as much (Figure 11).

Hence it seems relatively easy to draw the conclusion that Puglia buys at “worse” conditions than Campania (and Sardegna even “worse”) and that Veneto buys at “better” conditions than Emilia Romagna.

However, it is still hard to quantify the residual difference in consumption, for which (except for the Autonomous Province of Bolzano, which traditionally records a pharmaceutical consumption which is not comparable with that of the other Italian Regions) emerges that Veneto and Emilia Romagna - Regions which are known to be equipped with their own evaluation infrastructure and are used to provide recommendations for use to clinicians - are the Regions which radically resort less to new-marketed drugs.

The difficulty lies in the fact that data and statistics can be interpreted both in the sense of a rationing put in place by some Regions as well as in the sense of greater appropriateness for use: but even if we wished to support the second interpretation (and we cannot preliminary be sure of its accuracy and correctness), there would be a very strong conflict between central institutions (which include them in LEAs) and regional

institutions that decide “how” (or “how not”) to supply them.

Considering the importance of the role played by innovation (although, more modestly, we have here worked on “new” technologies) to cope with aging and also reverse the trend of the comparative deterioration of Italian quality-of-life data compared to the European average data, it seems essential to revise the governance of technological innovation and clarify its distribution within the National Health System.

It is not acceptable - either on an equitable basis or on an efficiency basis - that the spread of innovation takes place randomly and, in all likelihood, is slave to purely financial equilibrium needs.

## 7. Suggestions for health policies

The “stylized facts” reported in the 2017 Report leads us to make various suggestions for developing health policies. We have selected three of them which, in our opinion, seem to be a priority:

- how to defend Universalism;
- how to make the innovation governance consistent with the economic constraints of the system;
- how to turn the changes underway into investment opportunities.

### The protection of Universalism

As already stated in previous Reports, although we obviously have no accurate data on tax evasion, we can legitimately say that, faced with the conditions prevailing in Italy for means testing, a mutualist universalistic system would be fairer than a Beveridge-style universalistic system like the one chosen in 1978: in fact, the Beveridge-style Universalism also requires “tax Universalism”, which seems impossible to be obtained in Italy.

Therefore it should be clarified that the real issue does not lie in protecting Universalism, but in protecting the equity of Universalism.

Considering that we all know the traditional limits of the Bismarckian model applied to a society characterized by such a great differences and inequalities - thus a priori excluding a return to the pre-1978 situation - it seems at least advisable to try to compare the advantages and disadvantages of the mixed systems combining a component (first pillar) based on a Beveridge-style redistribution and a mutualist component (second pillar).

It is advisable because, in its apparent immobilism, the system is already spontaneously going in the direction of a mixed system.

This is evidenced by the fact that, over the last five years, private expenditure has increased by 4.5%, in line with the 4.6% increases at EU level, thus doubling its growth rate compared to the previous years.

There is also a rise in the number of citizens entering into collective schemes for supplementary/complementary healthcare and it is not surprising that they are mainly employees who reluctantly fall within the class of “wealthy taxpayers”: in fact, and probably without being clearly aware of this, these walks of population are already experiencing a mixed system, by (rationally) asking no longer for an extension of public protection - a burden which would fall to a large extent on their “shoulders” - but rather a mix of solidarity and mutuality.

In quantitative terms, the share of second and third pillar instruments reached 7.4% of private expenditure, of which collective schemes (Funds) account for 6.1% and individual policies for 1.3%.

Apart from the obvious acknowledgement of the spontaneous tendencies prevailing in the Italian society, the injection of forms of mutuality is consistent with a

higher level of subsidiarity in the system which, in turn, may lead to greater personalization and hence efficiency of services. In addition, a larger share of private expenditure for the second pillar instruments may indirectly contribute to funding the first pillar, thus making evasion come to the surface and regularising the “undeclared” work and activities that are certainly still present in the sector.

Obviously, while assessing this option, the risks associated with the development of the second pillar must also be considered.

By way of example, we can point out the risk of generating a drive towards inappropriate consumption. There is also the risk that its development may lead to new disparities.

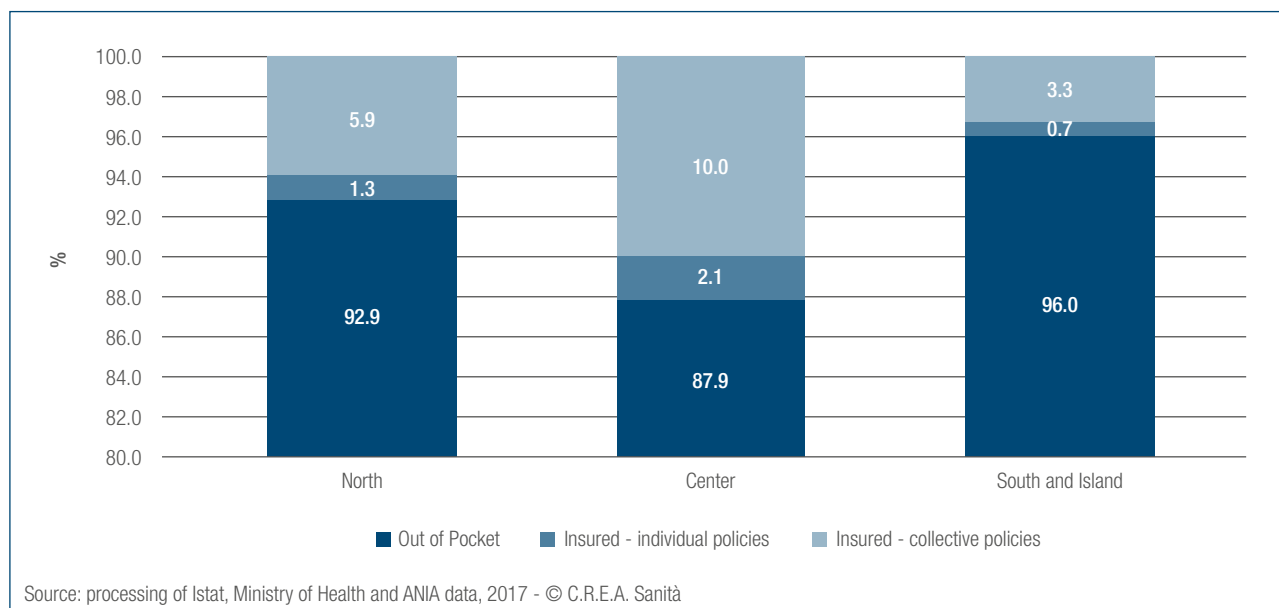
As to the latter risk, it is worth noting that currently Southern Italy is already marginalized in this process for reasons of territorial distribution and type of economic activities (Figure 12): the share of second and third pillar instruments accounts for 7.1% of private expenditure in the North (8.7% in the North-Western region and 4.9% in the North-Eastern region), 12.1% in Central Italy and a mere 4% in the South and in the Islands, thus adding new forms of potential inequality in the distribution of healthcare expenditure.

The unequal effect is evidenced by the fact that the share of households bearing Out of Pocket expenses (OOP) is paradoxically higher in the South and not so much due to public supply shortcomings, but rather because the insured ones are fewer: in fact, compared to 2014, private expenditure has risen in all areas, with the exception of the North-East where fewer families resorted to OOP expenditure (78.2% as against 79.4% last year). The South of Italy is the region with the largest share of households bearing OOP health expenditures, namely 79.9%, followed by Central Italy (76.4%) and the North-West (75.1%).

However there is also greater coverage for the families living in the North-East region (6.2% of households), followed by Central Italy (5.4%) and the South (just 1.2%).

Taking in consideration only non insured households, the share of those not sustaining OOP expenditures is higher in the North-East (83,4%), than in the South and in the Centre (80,8%): it confirms that OOP spending is inversely proportional to the share of households with

Figure 12. Private expenditure composition – Geographic breakdown, year 2016



an illness coverage, and directly proportional to income, but also influenced by supply.

It is evident, however, that mutuality will not be for everyone, or at least not for everyone to the same extent - hence it contains seeds of inequality. This “cost”, however, can be largely offset if - thanks to its development - a share of the above-mentioned evasion will come to the surface, with the dual advantage of returning to the “wealthy taxpayers” a share of the redistribution not due and reducing the burden for accessing the first pillar services resting on the poorest walks of society.

However, the design of a mixed system requires absolute integration between the two pillars: for example integration works well if we envisage for the services both a differentiated coverage by the first pillar - depending on the beneficiaries’ economic means - and the possibility of having services differentiated by quality: it may be the case of choosing a single room, the surgical team or some incremental innovation technologies.

In such a context, the second pillar would bear the differential cost burden or the additional costs of incremental innovation, thus avoiding that those who pay for the services shall pay them twice, while enabling the poorest people to have access to services for free or in exchange for a minimum fee. Finally, tax evaders will be forced to pay at least for their “additional” costs for accessing incremental innovation.

Considering the above, there is a clear need to tackle the issue without ideological bias and preconceived ideas, as well as the need to govern the Transition: it is worth recalling that the current Leeway - epitomised, in this field, by the lack of choices and discussions - may lead to duplication (and hence waste of resources), as well as new geographical differences and inequalities.

### Governance for innovation

Innovation (ranging from the strictly technological to the organizational one) has a cost, but it is an investment without which we would not have been able to sustain an increase in the elderly population that now becomes perceivable even with the elapsing of few years.

Complaining about the innovation costs is a waste of time. Although, in the medium term, the lower world growth rates will surely entail a reduction in prices and hence in the profit of the companies innovating in healthcare, this will not “rescue” the country anyway: as long as Italy’s growth rates remain below average and we are not able to make the sector an industrial priority of the country (it goes without saying that the Welfare costs in the countries where innovation is generated are partially offset by returns provided by profits), it will not be easy to keep up with the financial costs of innovation.

Therefore, additional resources must be found for innovation and companies must preliminary know what will be funded or not in Italy.

A double or triple level of evaluation/negotiation is a clear waste of resources and is also conceptually unacceptable, as well as the persistence of ceilings that “create silos” and only for some technologies.

Hence the criterion of reimbursability and the criterion of innovation need to be rethought. With a view to managing the latter - a mandatory choice with the creation of funds for innovation - evaluation indicators have been introduced such as the severity of the disease or the significance of the benefit which, however, pertain to strictly distributive spheres: leaving them to the evaluation of a technical-scientific body seems to be totally inappropriate, since they should rather be evaluated on the basis of bioethics. Also the recent introduction of criteria to assess the degree of evidence seems to be questionable, insofar as uncertainty would have been easily managed with statistical tools and/or the so-called Managed Entry Agreements.

Faced with the uncertainty on the degree of evidence, it would be more appropriate to make the industry share the risk, rather than running the risk of delaying access to market, as well as the production of “clear evidence”.

The real problem lies in the fact that, when they arrive on the market, the technologies of the future will have ever less evidence - unless we want to extend their time of access to market, with undesired effects on costs, as well as on patients, who would experience ethically unacceptable delays in having access to therapeutic opportunities.

With reference to early access, the problem seems to be more ethical than economic, namely the identification of the minimum level of evidence under which it is deemed no longer appropriate/advisable to make the population running risks.

The other problematic factor seems to be the essentially dichotomous nature of the decisions that the national Agencies are called upon to take, both in terms of reimbursability and in terms of recognition of innovation.

The criterion of reimbursability, however, should be that of social meritoriousness, not innovativeness or its evidence.

Taking inspiration from the French experience, it is worth recalling that, in that case, the first decision is that of the social meritoriousness of the technologies coming on the market, expressed at 5 levels.

The authorities decide the share of coverage guaranteed by universalistic insurance on the basis of meritoriousness.

At one extreme there will be non-appropriate services for which the “State” does not set in, while at the other extreme there will certainly be the appropriate ones, which will be fully reimbursed since they are a public health priority. There are three other levels in the middle, for which the State plays its role, though leaving a share of responsibility to citizens.

We need to decide whether it is better to have a system tending not to introduce a wearable device because it may entail no clear clinical benefits, if not some ones for the patient’s quality of life, or rather a system introducing it for the citizen who wants to use it, leaving to him the burden of supporting the cost difference (or part of it) compared to the older technology.

Faced with unimportant differences in clinical outcomes, why should we deny access - as often happens - thus fully leaving the burden on citizens? Basically, also in Italy, we already behave differently with the drugs whose patents have expired, for which the National Health System covers only the reference price.

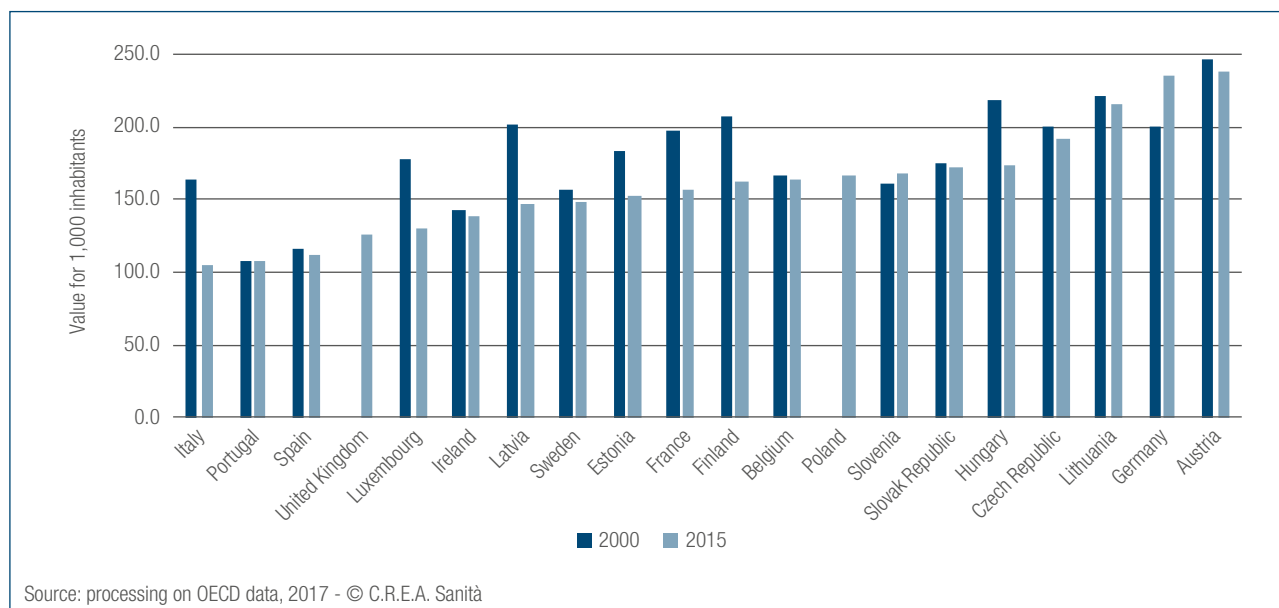
Having the possibility of grading the reimbursement share is also a prerequisite for achieving integration between the first and the second pillar, which has been analysed in the previous paragraph.

Last but not least, it is also a prerequisite for giving back degree of freedom to the system, without which the growing risk will be the implicit rationing of innovations.

Considering that the share of public contribution is applied to an item having a price and hence that also that item must be governed (at least according to the Italian tradition, as well as the French one), as in France the benefit compared to the existing one comes into play - hence the definition of a price linked to the incremental value of technology.

Ultimately, the first condition for a new governance of innovation seems to be freeing it from the constraints of silos, starting from the ceilings for technology, and

Figure 13. Hospitalization rate (acute care)



also from the dichotomous logic typical of the systems confusing Universalism with services provided for free.

### Resources for investment

Considering the above, there is no doubt that the current resources will be not sufficient to further update the service levels, namely to align resources with the opportunities opened up by innovation.

A solution is obviously to deny technology or much of it: a legitimate but dangerous choice, which is largely anti-historical.

The other solution is to find resources. Considering the present growth rates, the current and conventional ones are not enough.

Considering the above, there is still some room for increasing efficiency at allocation rather than at technical level.

Certainly some waste of resources persist and removing it could fund the current residual pockets of rights not recognized.

Increasing efficiency by rationalizing private expenditure is even more important: the overall expenditure "under discussion" is the one we know, and it adds to public resources another (significant) quarter of private expenditure. Continuing to make it essentially be a duplication of cost for those who bear it, is certainly inefficient.

Furthermore, as maintained above, a well-integrated

mixed system could be fairer, but also generate some additional resources by recovering some of the inefficiencies on the tax evasion side.

There is also a "potential treasure trove", represented by the savings already made over the past decade due to de-hospitalization.

In principle, the fact of having the lowest acute-care hospitalization rates in the EU (Figure 13) entails remarkable savings: we have succeeded in managing the elderly population, although significantly increased, without raising costs (indeed, even with small savings), by recovering resources from the hospitalizations of younger people - avoided because inappropriate for various reasons. Hence, over a decade, considerable savings - estimated at 7.2 billion euro - have been made, of which 5.6 billion euro between 2005 and 2010 and additional 1.6 billion euro between 2005 and 2015.

Unfortunately supply policies are not enough to make a system efficient, as evidenced by the fact that the system had not a policy to actually free up those resources: in spite of potential savings of over 20%, and despite years of limits, if not block, to hirings, hospital staff has decreased by 14.6% in the case of doctors and dentists and by 10.8% in case of nurses.

The fact that the staff reduction has been lower than expected - and, in particular, ranging between one third and one quarter of the reduction in hospital days - reaf-

firms the inertia of public hospitals in making changes, as well as the inability of the system to free up resources.

Furthermore, no potential benefits have been recorded in terms of healthcare quality: in fact, considering that the overall activity has decreased more than staff, a healthcare benefit could have been expected for the hospitalized patients. This has probably not been the case due to diseconomies of scale, ranging from the qualitative mismatch between needed and actual staff and the staff aging.

In practice de-hospitalization has basically generated an excess of unused supply rather than savings, thus not releasing resources that would have been at least necessary to fund primary care services and Long Term Care (LTC).

This failure leads us to the third approach, which is also the most natural one after having increased efficiency by reducing costs (at least to a large extent), namely increasing revenues by maximizing the productive abilities of the system.

Many of our hospitals operate by not fully exploiting their productive potential: we should list them and “make them profitable”, at least by offering additional services to the Italian population and especially to the foreigners who are increasingly moving in the search for cost-effective care services that Italy is absolutely capable of supplying.

Finally, reverting to the silos policy, it should be recalled that another share of the “treasure trove” is hidden in the savings - not yet quantified - made in the public sector due to the reduction in the number of disabilities and invalidities that new technologies can generate.

## 8. Final considerations

If we were to define the Italian health system as a whole - both public and private - we could say it is sober and resilient.

But it is “shedding its skin” and, if the stated aim of health policies is to rescue Universalism, it seems experiencing more a Leeway than a Transition.

In the absence of a clear perception that Universalism is safe - but no longer the equity on which it should be based - there is no unambiguous vision of what the destination should be: this explains why it cannot be a Transition (to go where?), but rather a spontaneous Leeway.

Leeway, however, are dangerous and therefore a decision must be taken, also considering that almost 20 years have elapsed since the last reforms and that the chapters of “efficiency” (leit motiv of the measures taken in the 1990s) and “financial recovery” (leit motiv of devolution) are essentially closed.

The problem has shifted to the level of development of the sector, i.e. the adequacy of investment in quality of life rather than in Health.

We produce less quality of life than some other countries, albeit at a lower cost: we need to decide whether the resulting technical efficiency justifies allocative inefficiency (possibly by giving priority to growth).

Over the last 20 years everything has changed (suffice to analyse the Italian healthcare data and statistics) and we have cherished the illusion that this meant not having to change the rules of the system.

The risk of not seeing the ultimate consequences of the changes underway - hence of not timely developing an evolutionary design - is that a trend prevails dismissing any innovation as useless, while there is evidence that we are able to cope with aging only because we have so far been able to invest in prevention and innovation.

Hence the governance of innovation is the core around which to build the new rules of the system, by possibly accepting and learning the lesson spontaneously taught by the system, which heads for some “religious syncretism”, putting together the best of the various models we have known to date.



A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to economics and social indicators.

# *Capitolo 1*

**Il contesto socio-demografico:  
alcune evidenze sull'impatto dell'invecchiamento**

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 1

### Il contesto socio-demografico: alcune evidenze sull'impatto dell'invecchiamento

Mancusi R. L.<sup>1</sup>

#### 1.1. Premessa

L'invecchiamento della popolazione nei Paesi sviluppati è un fenomeno da anni segnalato e studiato, sia da un punto di vista prettamente demografico che in relazione alle conseguenze che questo comporta rispetto alla necessità di riorganizzazione complessiva della Società. Le recenti linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2017) relative agli interventi necessari in termini di assistenza integrata per le persone anziane, individuano molteplici aree di intervento finalizzate al controllo ed alla gestione dei rischi connessi al declino delle capacità fisiche e mentali che si manifestano all'aumentare dell'età. Tali linee guida indicano nella ridotta mobilità, nei rischi di non corretta alimentazione o sotto alimentazione, nel declino delle capacità visive e dell'udito, nelle ridotte capacità cognitive, nelle sindromi depressive così come le sindromi di incontinenza urinaria ed il rischio di cadute le aree di necessario intervento, individuandole come forti predittori della mortalità e dei crescenti bisogni assistenziali.

Per invecchiamento della popolazione si intende l'aumento del peso relativo degli anziani rispetto al totale della popolazione residente. Il progressivo e costante processo di invecchiamento, che coinvolge la maggior parte dei Paesi ad economia avanzata, è in atto da ormai diversi decenni. Tale fenomeno è il combinato disposto di molteplici fattori come l'aumento della sopravvivenza, la riduzione della natalità, quest'ultima non neutralizzata dalle pur consistenti migrazioni internazionali.

L'Italia tra i Paesi ad economia avanzata risulta tra quelli con il più alto tasso di invecchiamento della popolazione.

Secondo l'ultimo rapporto Istat<sup>2</sup>, al primo gennaio 2017, gli individui di 65 anni e più superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli di 80 anni e più sono 4,1 milioni, il 6,8% del totale, mentre gli ultra novantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Infine gli ultra centenari ammontano a 17 mila. Le proiezioni di tali indicatori a medio e a lungo termine<sup>3</sup>, non sono rassicuranti, in particolare a fronte di un declino della popolazione residente: si evidenzia un processo di invecchiamento significativo della popolazione, spiegato dal transito delle coorti del *baby boom* (1961-1975) tra la tarda età attiva (40-64 anni) e l'età senile (65 e più). Il picco di invecchiamento colpirà l'Italia nel 2045-2050, quando si risconterà una quota di ultra sessantacinquenni vicina al 34%.

L'ultimo rapporto dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD, 2015) *Ageing - Debate the Issues*, rispetto alla proporzione di ultra sessantacinquenni sul totale della popolazione, colloca l'Italia al terzo posto dopo Germania e Giappone.

Secondo il rapporto OCSE sull'*Ageing*, il modello di assistenza sanitaria prevalente non tiene e non ha tenuto conto delle variazioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione, che evidenziano, per forza di cose, un aumento delle patologie cronico-degenerative legate all'età, e quindi delle mutate necessità assistenziali della popolazione. In particolare si evidenzia la necessità di spostare il baricentro dei sistemi sanitari dall'assistenza in acuto all'assistenza per pazienti cronici.

Per questi motivi il presente capitolo vuole indagare se e come si sono modificati sia quantitativamente che qualitativamente gli episodi di assistenza in acuto per la popolazione anziana negli anni dal 2003 (anno base) al

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità

<sup>2</sup> [http://www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici\\_2016.pdf](http://www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.istat.it/it/files/2017/04/previsioni-demografiche.pdf>

2015. In particolare sono stati presi in considerazione i ricoveri per ictus, infarto acuto del miocardio (IMA), frattura di femore e le amputazioni legate al diabete. Nei 12 anni considerati la popolazione residente è passata da 57,3 milioni a 60,8 milioni con un incremento del 6,1%; ben più consistente risulta l'incremento degli individui di 65 anni e più che passano da 10,9 milioni a 13,2 milioni (+21,3%).

## 1.2. Ictus

Complessivamente, dal 2003 al 2015, i ricoveri in acuto per ictus passano da 161.085 a 157.834 con una riduzione del 2%.

Il dato non esprime peraltro compiutamente la dimensione delle modificazioni, non rapportando il numero alla mutata condizione demografica.

A tal fine, si riporta in Figura 1.1 la distribuzione per classi di età quinquennale del 2003, del 2015, nonché i casi attesi se si fosse mantenuta l'incidenza specifica per età del 2003 (linea tratteggiata).

Si noti come, a tassi 2003, il numero di ricoveri attesi sarebbe stato pari ad oltre 200 mila, equivalenti ad un

incremento rispetto all'anno base del 27,1%. Dall'analisi delle due curve si evidenzia nettamente una sostanziale sovrapposizione della casistica nelle età più giovanili fino ai 65 anni, mentre risulta un netto scivolamento dei valori modaliali verso le età più avanzate. Sull'intera casistica l'età media dei pazienti passa nel 2015 dai 73,9 anni del 2003 ai 75 anni ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 0,9-1,1). Ancora più evidente risulta il *trend* negli anni considerati rispetto al valore mediano che passa da 76 anni del 2003 a 78 anni nel 2015. Se consideriamo pazienti con 65 anni e più, l'età media risulta di 80,2 anni contro i 78,9 del 2003 ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 1,2-1,4), mentre l'età mediana passa da 79 ad 80 anni.

Complessivamente l'incidenza sulla popolazione passa da 2,8 per 1.000 abitanti nel 2003 a 2,7 casi per 1.000 abitanti nel 2015. Come già evidenziato sulla popolazione al di sotto dei 65 anni non si rilevano variazioni significative della casistica, il tasso di incidenza risulta in effetti identico nei due anni in esame e pari a 0,64 casi per 1.000 abitanti, rispetto al genere si rileva un lieve decremento nei maschi, il tasso passa da 0,81 a 0,80 casi per 1.000 abitanti, al contrario nelle femmine si rileva un incremento della stessa entità (0,47 vs 0,48). Nella popolazione dai 65 anni in su, dove in entrambi

Figura 1.1. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto per ictus

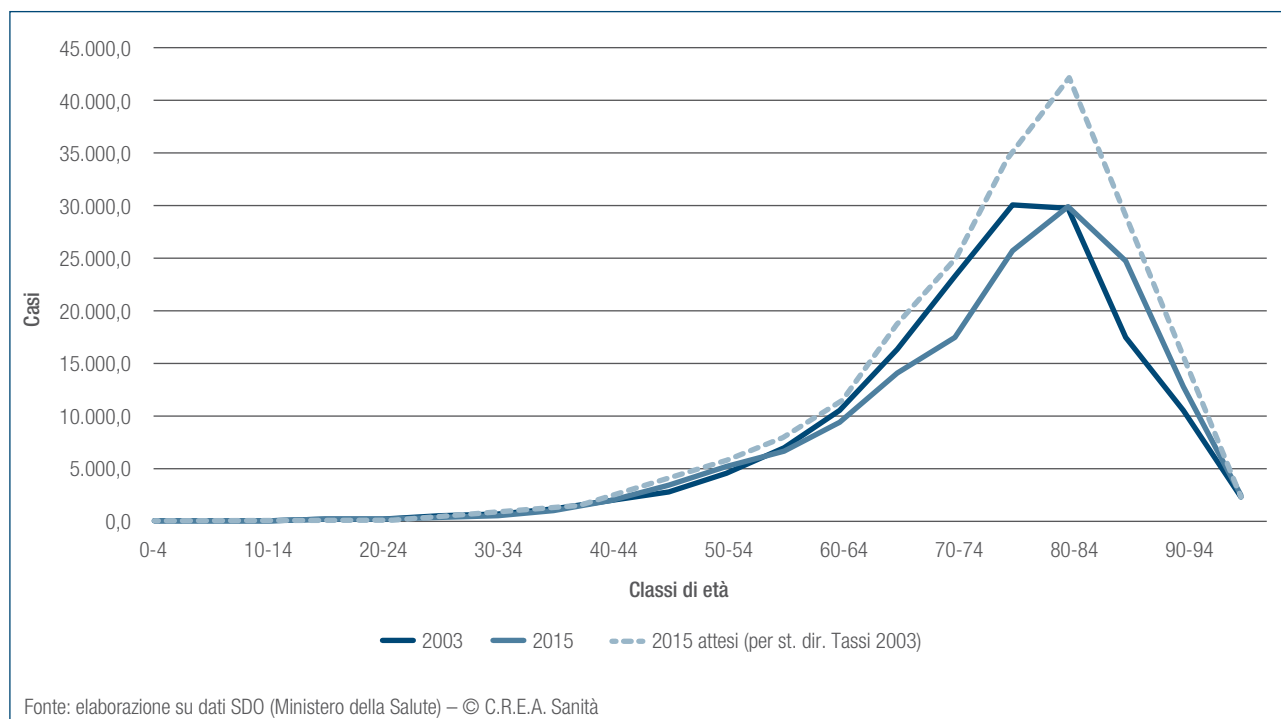


Tabella 1.1. Ricoveri per ictus: modalità di dimissione

Modalità di dimissione	2003	2015	Variazione 2015 vs 2003
Deceduto	24.212	22.460	-7,2%
Dimissione ordinaria a domicilio	110.108	92.127	-16,3%
Dimissione presso RSA	2.606	5.900	126,4%
Dimissione ospedalizzazione domiciliare	607	360	-40,7%
Dimissione volontaria	6.544	4.526	-30,8%
Trasferimento ad altro istituto per acuti	7.949	8.893	11,9%
Trasferito ad altro regime di ricovero	3.970	6.623	66,8%
Trasferimento ad istituto di riabilitazione	4.832	15.216	214,9%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	449	1.961	336,7%

Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità

gli anni ricade oltre l'80% della casistica complessiva, l'incidenza passa da 12,0 casi a 10,0 casi per 1.000 abitanti; la riduzione maggiore si rileva nei maschi con un tasso che passa da 13,8 casi a 10,8 casi per 1.000 abitanti, mentre nelle femmine si passa da 10,7 casi a 8,8, casi per 1.000 abitanti.

Complessivamente le giornate di degenza per ictus si riducono nei 12 anni considerati del 6,2%, passando da 1.826.245 a 1.713.926; la degenza media passa da 12,1 giorni a 11,1 giorni nel 2015.

Nel tempo risultano inoltre modificate sensibilmente le modalità di dimissione (Tabella 1.1), che sicuramente hanno influito sulla riduzione della degenza media. Risultano più che raddoppiate le dimissioni in RSA che passano da 2.606 a 5.900 (+126,4%); così come sono marcatamente aumentati i trasferimenti in riabilitazione da 4.832 nel 2003 a 15.216 nel 2015 (+214,9%). Ancora limitata rispetto alla casistica complessiva, ma sicuramente in incremento, anche la dimissione con attivazione di assistenza domiciliare integrata (+336,7%).

Si evidenzia infine una riduzione del 7,2% nel numero di decessi che passano da 24.212 a 22.460; l'età media dei pazienti deceduti risulta in significativo incremento, passa infatti dai 78,3 anni del 2003 ai 79,5 anni del 2015 ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 0,9-1,3), maggiore risulta la differenza rispetto all'età mediana all'evento che slitta di due anni passando da 80 ad 82 anni.

### 1.3. Infarto acuto del miocardio (IMA)

Replicando l'analisi per i casi di infarto acuto del miocardio (IMA), osserviamo come essi passino dai

128.560 del 2003 a 126.694 con un decremento pari all'1,5%. A parità di tassi di incidenza specifici per età i casi attesi nel 2015 sarebbero dovuti essere 158.024, il 19,8% in più di quelli realmente verificati. Si riportano le distribuzioni dei due anni in studio ed i casi attesi in Figura 1.2.

In termini di casistica si rileva una netta sovrapposizione tra le due curve fino a 65 anni di età, mentre i casi attesi anche in questa fascia di età sarebbero dovuti essere superiori a quelli verificati. In particolare tra i 40 ed i 64 anni si rileva come, rispetto ad una popolazione che aumenta del 18,3%, la casistica si incrementi solo dello 0,3%, i casi evitati a tassi 2003 risultano oltre 6.000.

Nelle fasce più anziane della popolazione si evidenzia anche nel caso dell'IMA uno slittamento della curva nel 2015. Complessivamente i casi di IMA osservati nella popolazione di 65 anni e più si riducono rispetto al 2003 di 1.473 a fronte di un incremento del 21% della popolazione. Rispetto ai casi attesi a tassi 2003 gli IMA evitati risultano circa 25.000. L'età media dei pazienti passa dai 77,5 anni nel 2003 a 78,1 anni nel 2015 ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 0,5-0,7), mentre l'età mediana passa da 77 a 78 anni.

Sull'intera popolazione l'incidenza di IMA passa da 2,2 casi ogni 1.000 abitanti a 2,1 nel 2015; più netta risulta la riduzione del tasso di incidenza tra la popolazione di 65 anni ed oltre, dove da un tasso su 1.000 abitanti pari a 7,9 casi nel 2003 si passa a 6,4 casi nel 2015. La casistica per sesso evidenzia, sull'intera popolazione, un rapporto pari a 1,9:1,0, cioè circa due casi nei maschi verso uno nelle femmine. Sui soggetti ultra sessantacinquenni tale rapporto si attenua, anche per effetto della maggiore consistenza

Figura 1.2. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto per IMA

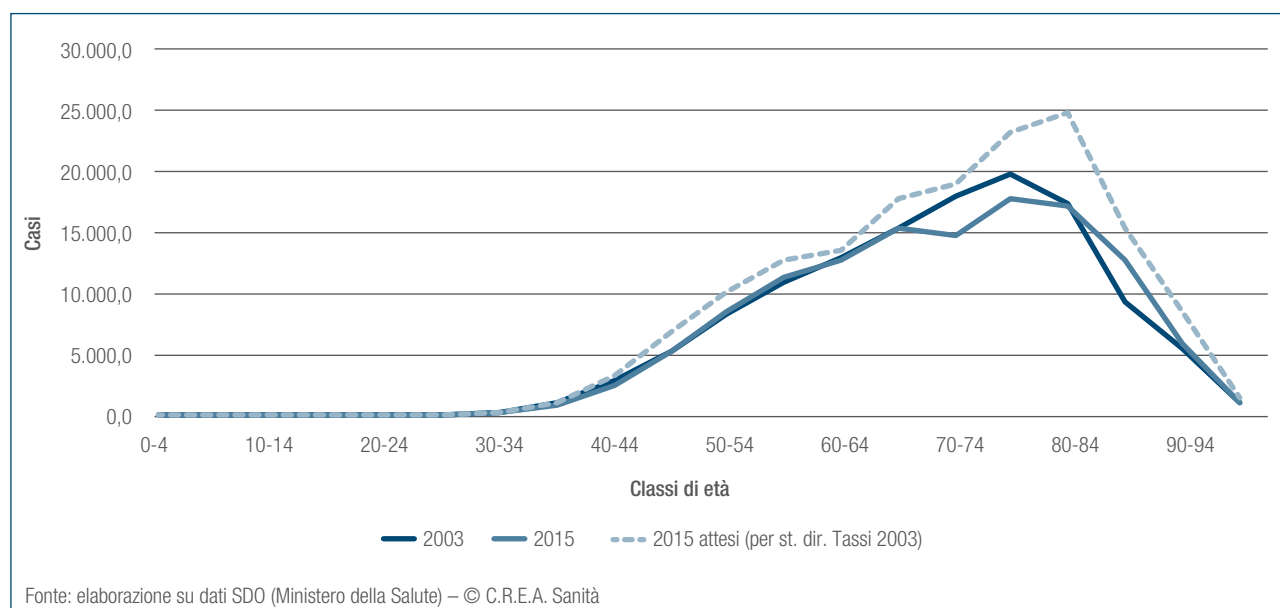


Tabella 1.2. Ricoveri in acuto per IMA: modalità di dimissione

Modalità di dimissione	2003	2015	Variazione 2015 vs 2003
Deceduto	13.330	9.355	-29,8%
Dimissione ordinaria a domicilio	93.480	90.195	-3,5%
Dimissione presso RSA	532	1.159	117,9%
Dimissione ospedalizzazione domiciliare	332	67	-79,8%
Dimissione volontaria	2.732	2.342	-14,3%
Trasferimento ad altro istituto per acuti	15.412	17.127	11,1%
Trasferito ad altro regime di ricovero	853	1.705	99,9%
Trasferimento ad istituto di riabilitazione	1.832	4.441	142,4%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	57	303	431,6%

Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità

della popolazione femminile nelle coorti più anziane, ma si mantiene a favore del sesso femminile con un rapporto di 1,4:1,0.

Bisogna altresì osservare che nel 2015 la casistica nei maschi con 65 anni e più rappresenta il 59,3% del totale degli IMA, mentre per le femmine tale dato sale all'82,0%, indicando un rischio di IMA più precoce nel sesso maschile. Da notare che rispetto al 2003 si evidenzia un lieve incremento nei maschi del peso dell'IMA oltre i 64, nell'anno base pari al 58,3% del totale, mentre tale peso si decrementa nelle femmine, l'84,2% del totale nel 2003.

Le giornate di degenza totale per IMA passano da 1.122.248 nel 2003 a 1.018.804 nel 2015, con una ridu-

zione pari al 9,2%, tale riduzione molto più consistente della riduzione che si evidenzia nella casistica, è dovuta anche ad una contrazione nelle giornate di degenza media degli episodi di ricovero, che passano infatti dalle 8,7 giornate del 2003 a 8,0 giornate nel 2015 ( $P < 0,0001$ ); il valore mediano passa da 7,0 a 6,0 giornate.

Per quanto riguarda i soggetti nelle coorti più anziane la degenza media risulta più elevata comunque consistente la riduzione di tale parametro dal 2003 al 2015, infatti si passa da una media di 9,4 giornate a 8,8 giornate, con una riduzione sul totale delle giornate di degenza pari all'8,6%.

Per quanto riguarda le modalità di dimissione (Tabella 1.2) anche per IMA si assiste, nel periodo considerato,

ad un netto incremento delle dimissioni verso regimi assistenziali a più bassa intensità assistenziale, come RSA e riabilitazione, comportamenti che sicuramente incidono sulla durata della degenza. Molto significativa risulta la riduzione dei decessi pari al 29,8% rispetto al 2003, in valore assoluto si evidenziano quasi 4.000 decessi in meno nel 2015.

## 1.4. Frattura del femore

Per quanto concerne le fratture di femore, esse passano dai 92.869 casi del 2003 a 104.784 nel 2015, con un incremento del 12,7%. Si riportano in Figura 1.3 le distribuzioni per età degli episodi di ricovero nei due anni considerati ed i casi attesi se si fossero mantenuti nel 2015 i tassi specifici per età del 2003. I casi attesi risultano pari a 125.587, circa 21.000 in più di quanto rilevato, pertanto si rileva nel 2015 una netta riduzione dei tassi di incidenza per età che, come evidenziato in Figura 1.3, si manifesta a partire dai 70 anni. Come per le altre tipologie di ricovero anche per la frattura del femore si rileva uno slittamento della curva nel 2015 rispetto al 2003 verso le età più avanzate. La moda passa infatti da 83 a 85 anni, mentre la mediana da 81,0 ad 83,0

anni. Complessivamente l'età media avanza di 2,5 anni passando da 77,9 anni a 80,4 anni nel 2015 ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 2,37-2,62). Se si considerano solo i soggetti con 65 anni e più l'età media passa da 82,3 anni del 2003 a 83,3 anni nel 2015.

Sull'intera popolazione italiana l'incidenza della fratture di femore è pari a 1,7 per 1.000 abitanti nel 2015, in lieve incremento rispetto al 2003 dove il tasso risulta pari a 1,6 casi per 1.000 abitanti. Per quanto poco percepibile dalla lettura della figura in quanto i numeri sono relativamente piccoli, si riscontra un sensibile decremento della casistica al di sotto dei 40 anni, dove gli episodi passano dai 3.737 del 2003 a 1.521 nel 2015 (-59,3%), in questa fascia di età dove la frattura di femore è verosimilmente legata ad episodi traumatici ed incidenti si rileva peraltro una netta prevalenza di casistica nei maschi 2,3:1. Tra i 41 ed i 64 anni si concentra, con circa 8.000 casi, in entrambi gli anni analizzati, l'8,0% della casistica nel 2003 ed il 7,6% nel 2015, il rapporto tra i sessi diventa pressoché pari con 0,92:1 e 0,94:1 nel 2015 e 2003 rispettivamente. Il 91,0% dei casi nel 2015 e l'87,9% nel 2003 si riscontra nella popolazione dai 65 anni in su, in questa fascia d'età la prevalenza femminile è macroscopica con un rapporto tra i sessi costante nei due anni in esame e pari a 0,3:1.

Figura 1.3. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto per frattura del femore

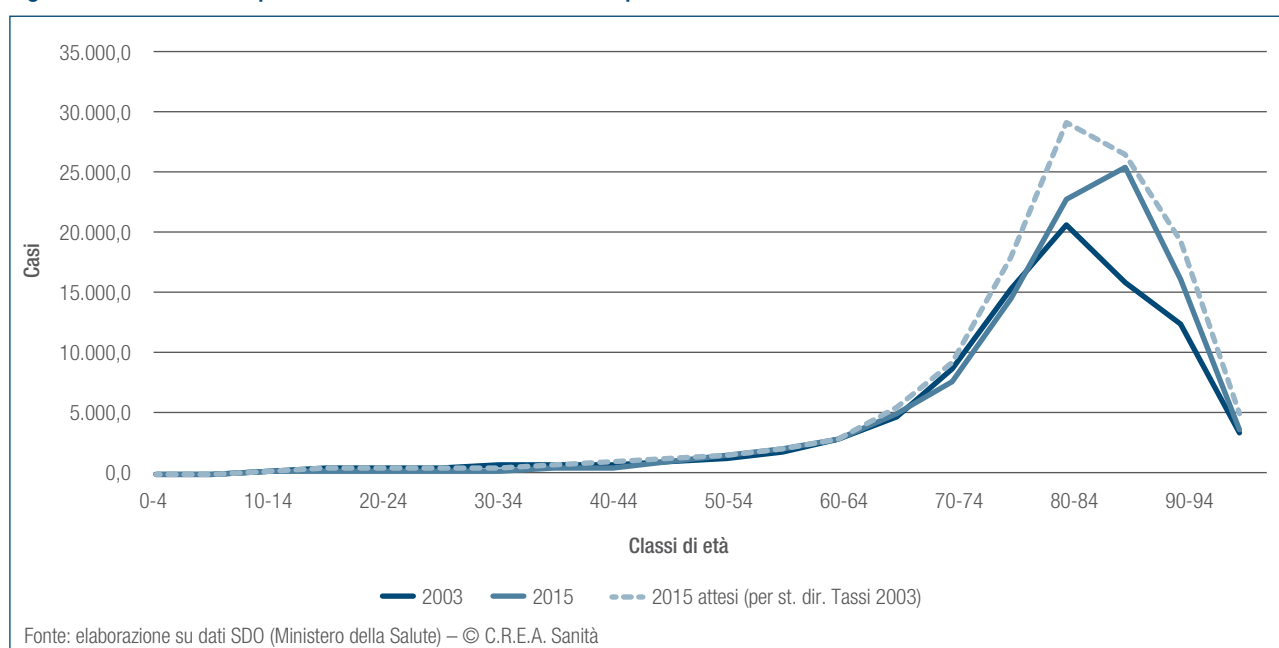


Tabella 1.3. Ricoveri in acuto per frattura del femore: modalità di dimissione

Modalità di dimissione	2003	2015	Variazione 2015 vs 2003
Deceduto	3.338	3.082	-7,7%
Dimissione ordinaria a domicilio	72.766	60.176	-17,3%
Dimissione presso RSA	2.607	7.569	190,3%
Dimissione ospedalizzazione domiciliare	225	235	4,4%
Dimissione volontaria	3.239	2.594	-19,9%
Trasferimento ad altro istituto per acuti	2.809	5.286	88,2%
Trasferito ad altro regime di ricovero	3.732	6.008	61,0%
Trasferimento ad istituto di riabilitazione	3.663	17.502	377,8%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	490	2.231	355,3%

Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità

Complessivamente, nonostante l'incremento dei ricoveri specifici, le giornate di degenza totali si riducono nel 2015 rispetto al 2003 dell'1,4% passando da 1.199.019 a 1.181.943. La degenza media si riduce nel 2015 rispetto al 2003 di 1,6 giornate, da 12,9 a 11,3 giornate ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 1,5-1,7). Anche negli ultra sessantacinquenni la degenza media si mantiene sostanzialmente in linea con il dato generale pur evidenziando una maggiore durata nel 2003, 13,7 vs 11,4.

Sicuramente sulla durata della degenza ha giocato un ruolo significativo la spinta verso un trattamento tempestivo della frattura del collo del femore, che indica di intervenire chirurgicamente entro 2 giorni dal ricovero nei pazienti di età superiore ai 65 anni. Così come sicuramente hanno influito il netto incremento dei trasferimenti verso regimi assistenziali di tipo riabilitativo e di assistenza domiciliare (Tabella 1.3).

## 1.5. Amputazioni

Per quanto concerne le amputazioni, sono stati presi in considerazione tutti i ricoveri ordinari dove fosse presente un intervento di amputazione sugli arti inferiori e dove fosse menzionato il diabete mellito in almeno una delle cinque diagnosi primarie e secondarie, presupponendo pertanto che l'amputazione fosse da ritenersi secondaria alla patologia di base. Nei dodici anni considerati i casi passano da 6.684 a 7.420 evidenziando in valore assoluto un incremento dell'11,0%. Si riporta in Figura 1.4 la distribuzione per

classi di età della casistica nel 2003 e nel 2015, la linea tratteggiata evidenzia i casi attesi nel 2015 laddove si fossero mantenuti i tassi specifici rilevati nel 2003, i casi attesi ammontano a 8.010, 550 casi in più di quelli effettivamente rilevati. Dall'analisi delle curve risulta evidente come, sia nelle età al di sotto dei 60 anni che nelle età più avanzate, le incidenze per età si mantengano in linea con quelle rilevate nel 2003, si rileva infatti una sostanziale sovrapposizione dei casi del 2015 con quelli attesi. Le due curve si discostano sensibilmente tra i 65 e gli 85 anni, anche in questo caso si evidenzia uno slittamento della curva di circa un quinquennio. Sull'intera casistica l'età media passa da 69,9 anni a 70,6 mentre l'età mediana da 71 a 72 anni. Considerando solo i soggetti tra i 65 e gli 85 anni l'età media passa da 73,9 a 74,8 anni.

Tra i 65 e gli 85 anni l'incidenza di questa tipologia di amputazione passa da 0,44 casi per 1.000 abitanti a 0,39.

Complessivamente le giornate di degenza passano da 128.119 rilevate nel 2003 a 116.743 nel 2015, con una riduzione percentuale dell'8,9%. La degenza media pari a 19,2 giornate nel 2003 si contrae a 15,7 giornate nel 2015, evidenziando una riduzione di circa 3,5 giornate per ricovero ( $P < 0,0001$ ; I.C. 95% 2,9-4). Si riporta in Tabella 1.4 la distribuzione dei ricoveri per modalità di dimissione. Anche in questo caso si evidenzia una consistente riduzione della mortalità ospedaliera (-6,8%) ed un apprezzabile incremento di dimissioni in regimi assistenziali di tipo riabilitativo o con attivazione di assistenza domiciliare.

Sulla consistente riduzione della degenza media in



Figura 1.4. Distribuzione per classi di età dei ricoveri in acuto per intervento di amputazione sugli arti inferiori in pazienti diabetici

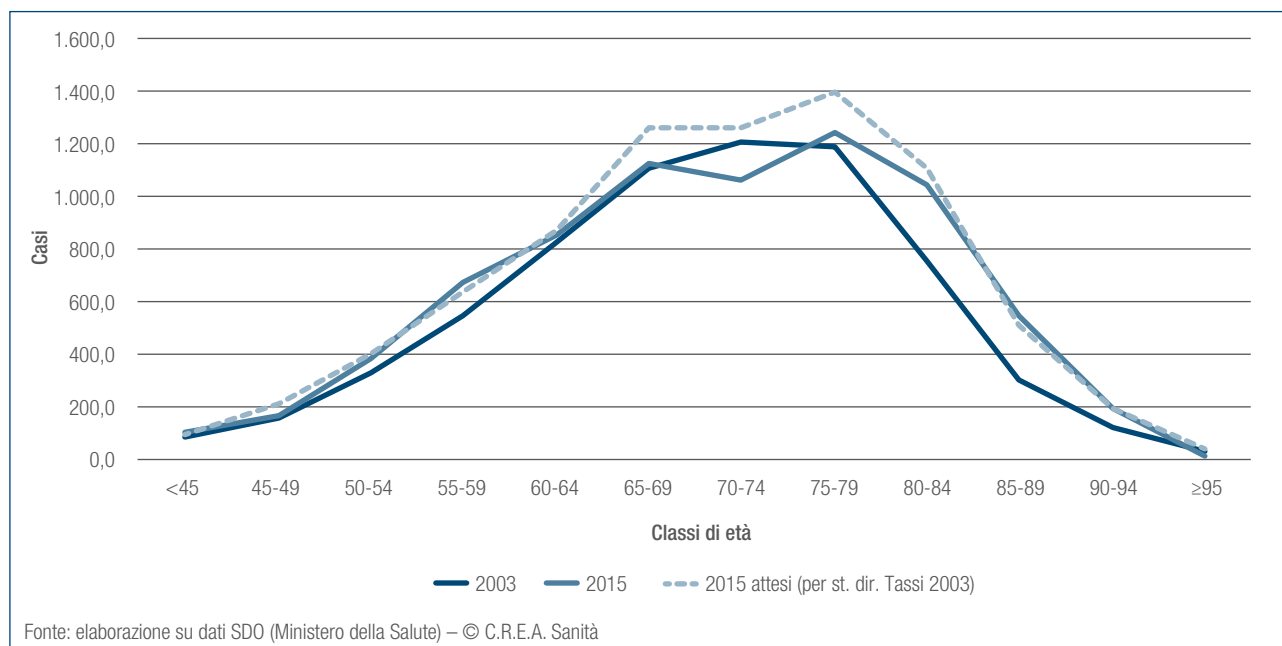


Tabella 1.4. Ricoveri in acuto per intervento di amputazione sugli arti inferiori in pazienti diabetici: modalità di dimissione

Modalità di dimissione	2003	2015	Variazione 2015 vs 2003
Deceduto	3.338	3.082	-7,7%
Dimissione ordinaria a domicilio	72.766	60.176	-17,3%
Dimissione presso RSA	2.607	7.569	190,3%
Dimissione ospedalizzazione domiciliare	225	235	4,4%
Dimissione volontaria	3.239	2.594	-19,9%
Trasferimento ad altro istituto per acuti	2.809	5.286	88,2%
Trasferito ad altro regime di ricovero	3.732	6.008	61,0%
Trasferimento ad istituto di riabilitazione	3.663	17.502	377,8%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	490	2.231	355,3%

Fonte: elaborazione su dati SDO (Ministero della Salute) – © C.R.E.A. Sanità

questa tipologia di ricovero pesa sicuramente anche la complessità e l'invasività dell'intervento di amputazione, si riportano in Figura 1.5 le variazioni percentuali delle diverse tipologie di intervento. Come è evidente risultano in forte decremento le amputazioni maggiori, amputazione dell'intero arto inferiore da 288 nel 2003 a 192 nel 2015 e le amputazioni al di sopra del ginocchio da 1.485 a 1.101; per contro risultano in aumento le amputazioni minori e soprattutto quelle relative alle dita del piede che nei 12 anni considerati passano da 2.818 a 3.597. Tale modificazione sulla tipologia di intervento oltre ad impattare meno sulla conseguente disabilità e quindi sui costi a questa connessa, è sicuramente segno di un migliore controllo della patologia di base

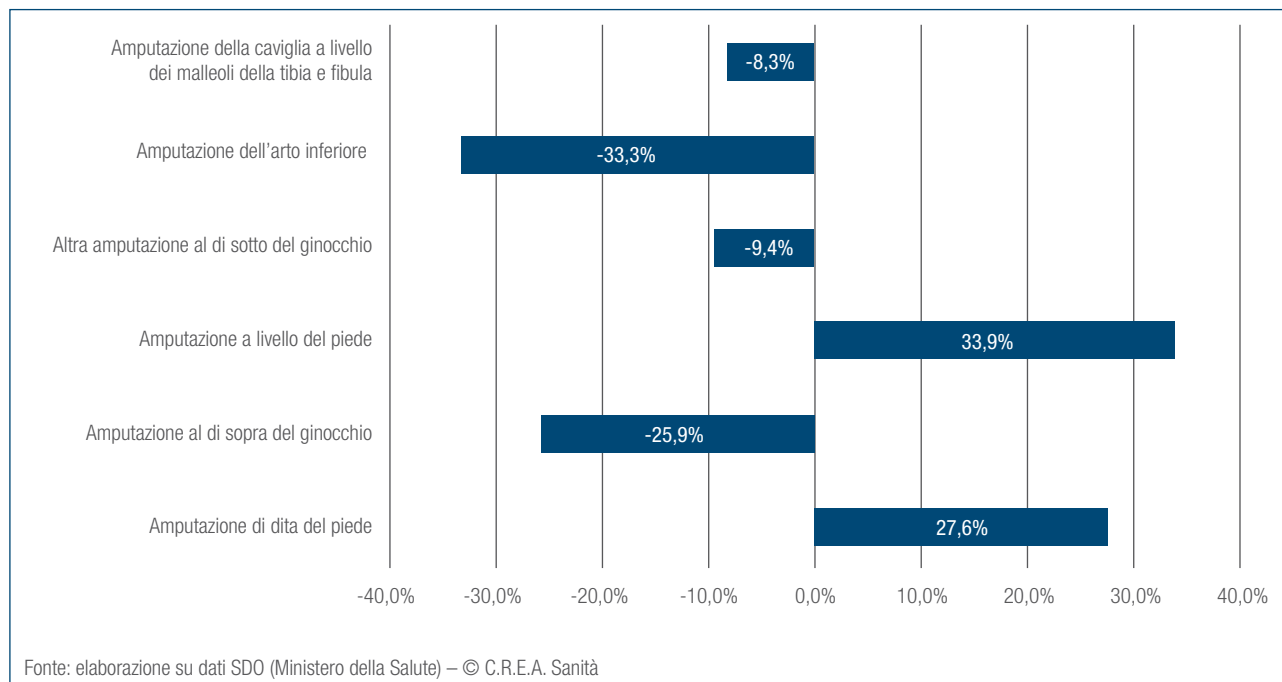
così come di una tendenza ad intervenire più precocemente.

## 1.6. Conclusioni

In conclusione, si potrebbero sintetizzare le analisi dicendo che l'invecchiamento è in parte compensato dal fatto che si sposta in avanti l'epoca di insorgenza delle patologie, ma anche che una migliore organizzazione riduce l'onere assistenziale.

Le analisi condotte rappresentano un punto a favore della prevenzione e anche delle innovazioni tecnologiche che permettono una assistenza più efficace ed efficiente.

Figura 1.5. Variazione 2015 vs 2003 della tipologia di intervento di amputazione



Per le sole quattro patologie proposte le giornate di degenza risultano ridotte del 5,7%, e ipotizzando un valore medio per giornata di degenza pari a 500 euro, negli ultimi 12 anni si può stimare un minor costo ospedaliero di oltre € 122 mln. È evidente che tale cifra non può essere considerata in toto come risparmio, in quanto andrebbe depurata dai costi derivanti dal maggior ricorso a regimi a bassa intensità assistenziale (Riabilitazione, RSA, ADI), modalità assistenziali, comunque sicuramente molto meno onerose per il SSN dell'ospedalizzazione in acuzie.

## Riferimenti bibliografici

OECD (2015), *Ageing: Debate the Issues*, OECD Insights, OECD Publishing, Paris. <http://d1.doi.org/10.1787/9789264242654-en>

World Health Organization (2017) *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Data are available at <http://apps.who.int/iris>

## ENGLISH SUMMARY

### *The socio-demographic contest: some evidence about the ageing impact*

*Among the economically more developed countries, Italy is the one recording the oldest population. At January 1, 2017 the people aged 65 and over exceeded 13.5 million and accounted for 22.3% of the total population. The people aged 80 and over were 4.1 million, i.e. 6.8% of the total population. Italy will record the peak of population aging in 2045-2050, when the share of people over 65 will be almost 34%.*

*This chapter seeks to analyze the impact of ageing, going deeper on whether and how acute care for the elderly population has changed qualitatively and quantitatively from 2003 (the base year) to 2015. The cases of hospitalizations for stroke, acute myocardial infarction (AMI), femur fracture and diabetes-related amputations have been considered.*

*With reference to these pathologies, the cases of hospitalization by age have been analyzed in the two years under consideration, as well as the expected hospitalizations in 2015 calculated by direct standardization of the age incidence rates recorded in the base year. As to stroke, a 2% reduction in cases was recorded, with a sharp decrease in incidence rates as against 2003 for all the age groups considered. The patients' average age rose from 73.9 to 75. Also the acute myocardial infarction rate declined by 1.2%, while the drop at 2003 rates was as much as 19.8%. Even in this case, the average age of onset increased in 2015 (77.5 vs 78.1). Hospitalizations for femur fractures showed a 12.7% increase compared with 2003, although a significant drop in incidence rates was recorded especially among the people aged 70-89. At constant rates, the expected hospitalizations should have been approximately 21,000*

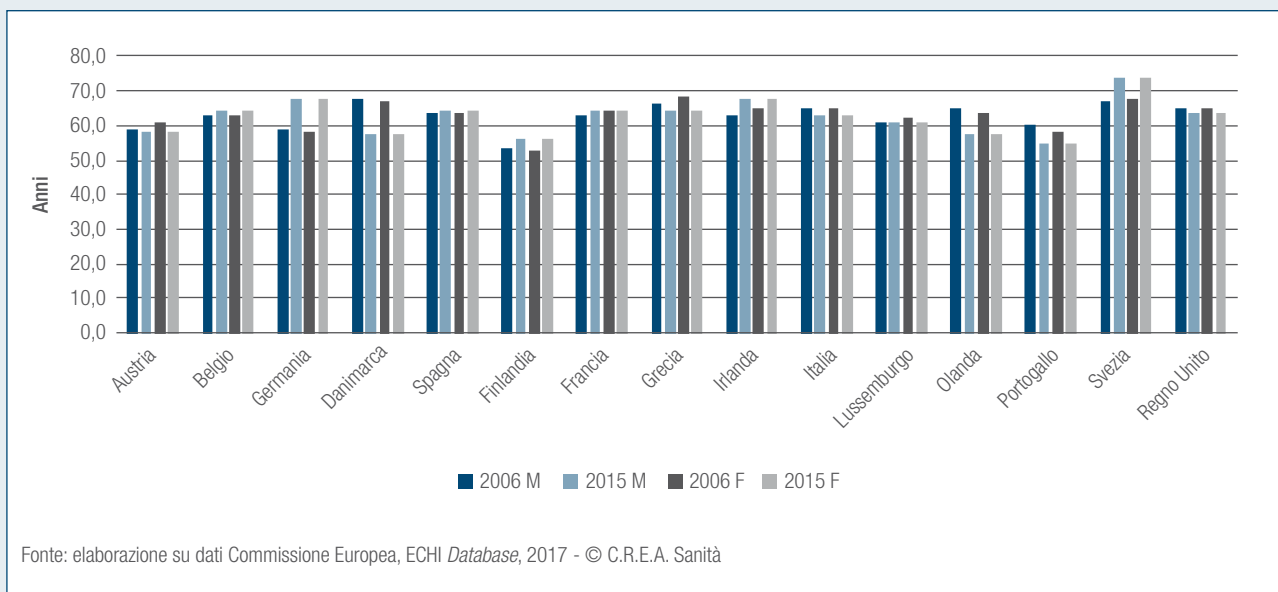
*more than the ones recorded. The average age of onset increased by 2.5% during the 12 years considered (77.9 vs 80.4). Even with regard to diabetes-related amputations, the number of cases increased by 11% (from 6.684 to 7.420) - anyway below the expected cases equal to 8,010. The incidence rate decline was particularly evident in the 65-85 age group. The average age rose from 69.9 to 70.6. For this type of hospitalizations there was a significant reduction in the invasiveness of amputation surgery. In fact there was a significant drop in the total number of lower limb amputations (- 33.3%), above-knee amputations (- 25.9 %) and below-knee amputation (- 9.4%). On the contrary, there was a sharp increase in toe amputations (+ 27.6%).*

*For all pathologies a marked decrease in the hospital mortality rate was recorded, as well as a significant increase in discharges to lower care-intensive settings. A marked reduction of the average length of hospitalization was recorded for all types of hospitalization. The changed discharge patterns and the reduced average length of hospitalization led to a 5.7% decrease of total hospitalization days, with a lower burden on hospital spending of over € 122 million (considering an average cost per day of hospitalization equal to € 500).*

*In conclusion, the analysis made could be summarized by stating that aging is partially offset by the fact that the onset of diseases takes place later and that better organization reduces the care burden.*

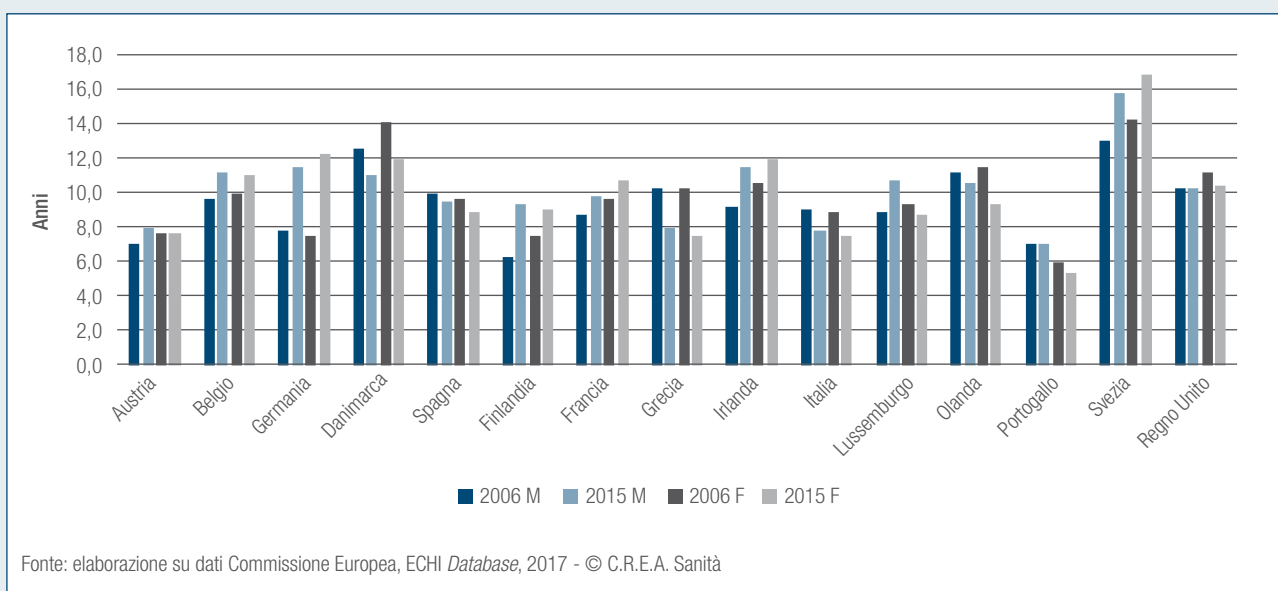
*The analysis made shows the importance of prevention and also of technological innovations which permit more effective and efficient care.*

## KI 1.1. Aspettativa alla nascita di vita in buona salute



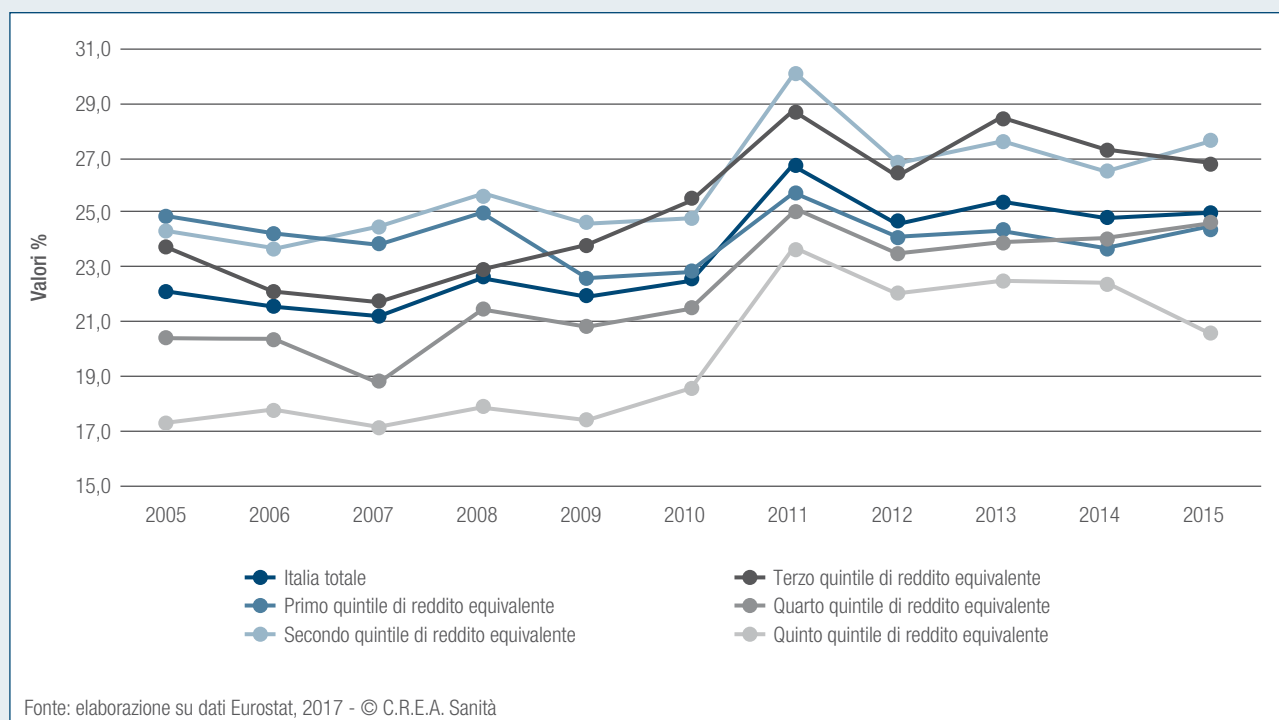
Gli anni di vita in buona salute (o “speranza di vita senza disabilità”) sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. Questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi dell'EU-OCC, considerando l'aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2015 il primato spetta alla Svezia (74,0 anni contro i 67,3 del 2006). Fanalino di coda l'Austria, con una aspettativa maschile alla nascita di vivere pari a 57,9 anni in buona salute (58,7 nel 2006). In Italia ci si ferma ad un valore di 62,6 anni, in calo rispetto al 2006 (quando gli anni erano 65,2). Si evidenziano il calo del -10,8% della Danimarca e l'aumento del +11,6% della Finlandia. Tra le femmine, nel 2015 il primato spetta alla Svezia (73,8 anni contro i 67,5 del 2006). Fanalino di coda il Portogallo, con una aspettativa femminile alla nascita di vivere pari a 55,0 anni in buona salute (57,9 nel 2006). In Italia ci si ferma ad un valore di 62,7 anni, in calo rispetto al 2006 (quando gli anni erano 64,7). Si evidenziano il calo del -14,3% della Danimarca e l'aumento del +15,8% della Germania.

## KI 1.2. Aspettativa a 65 anni di vita residua in buona salute

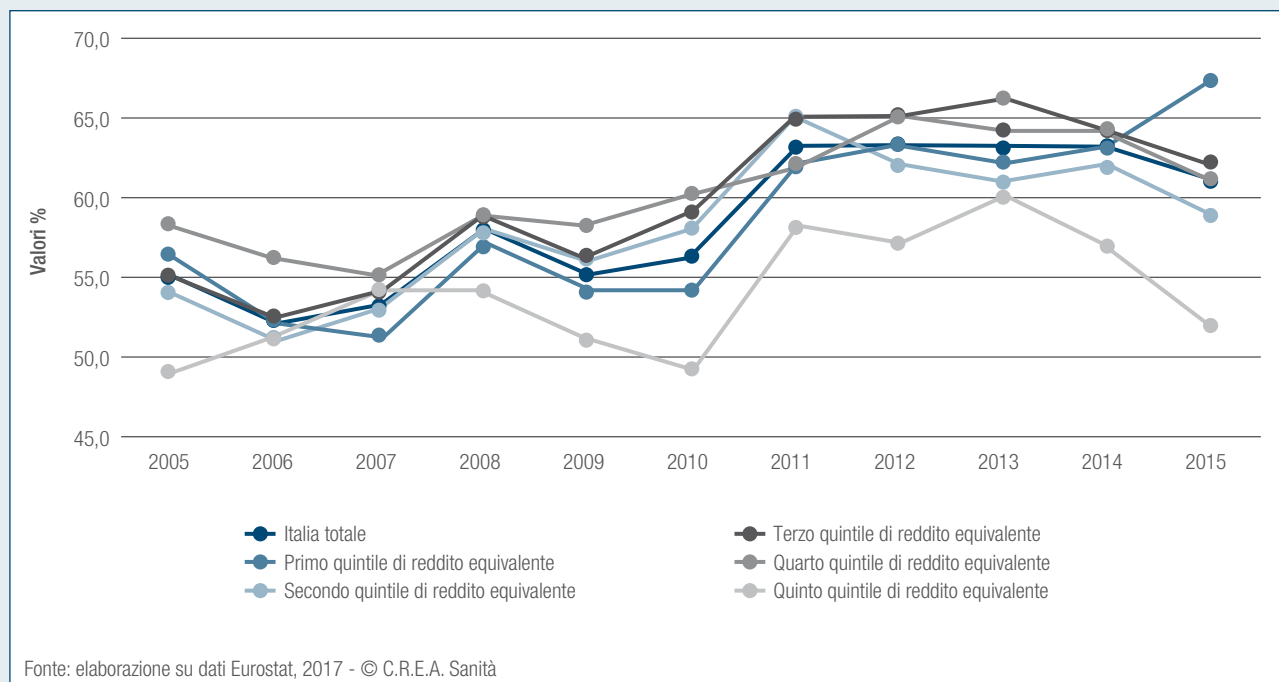


Gli anni di vita in buona salute (o “speranza di vita senza disabilità”) sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. Questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi dell'EU-OCC, considerando l'aspettativa a 65 anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2015 il primato spetta alla Svezia (15,7 anni contro i 13 del 2006). Fanalino di coda il Portogallo, con una aspettativa maschile a 65 anni di vivere pari a 7,0 anni in buona salute (come per il 2006). In Italia ci si ferma ad un valore di 7,8 anni, in calo rispetto al 2006 (quando gli anni erano 9,0). Si evidenziano il calo del -22,5% della Grecia e l'aumento del +50,0% della Finlandia. Per le femmine, nel 2015 il primato spetta alla Svezia (16,8 anni contro i 14,2 del 2006). Fanalino di coda il Portogallo, con una aspettativa femminile a 65 anni di vivere pari a 5,4 anni in buona salute (6,0 nel 2006). In Italia ci si ferma ad un valore di 7,5 anni, in calo rispetto al 2006 (quando gli anni erano 8,8). Si evidenziano il calo del -27,2% della Grecia e l'aumento del +64,0% della Germania.

KI 1.3. Quota popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito

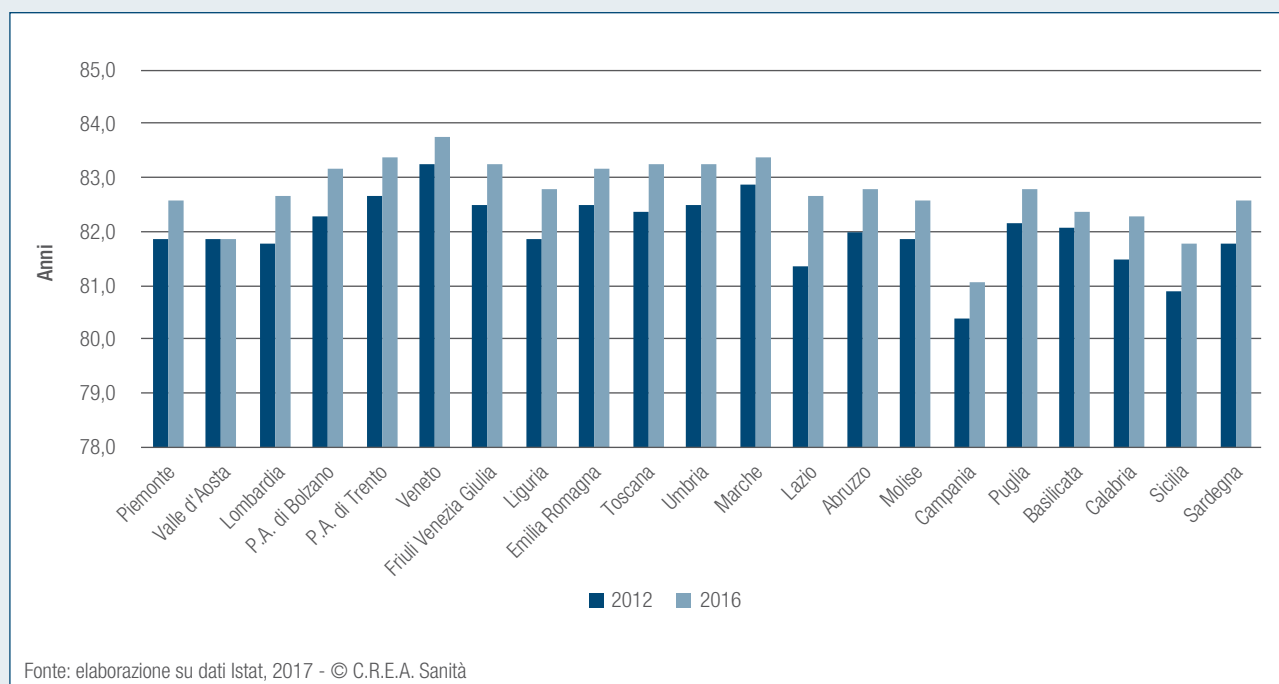


Sulla popolazione italiana, la quota di soggetti affetti da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute tende nel decennio ad una progressiva crescita: da un 22,0% del 2005 al 24,8% del 2015 (+2,8%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo; infatti il dato aggregato disponibile per EU-27 al 2015 è pari al 34,1% e nello stesso anno per la Germania risulta pari al 42,5%, al 37,4% per la Francia e al 35,3% per il Regno Unito. In Germania e Francia si evidenzia una variazione in aumento del +6,3% e del +2,9% rispettivamente; il Regno Unito registra una riduzione del -1,9%. Più marcato è l'incremento nei Paesi maggiormente toccati dalla crisi come Spagna e Grecia, dove si rileva rispettivamente un +8,8% ed un +4,0%, anche se la Germania (Paese economicamente più stabile della Grecia) registra un incremento maggiore rispetto alla Grecia. Per l'Italia è evidente che buona parte dell'incremento di tale indicatore negli anni è da attribuire al progressivo invecchiamento; nel complesso a fronte di una crescita della popolazione nel decennio del 4,0% la quota di popolazione in cattivo stato di salute cresce del 23,4%. L'andamento è significativamente diversificato tra le fasce di reddito. Fino al 2010 sopra il dato nazionale si collocava la popolazione entro il secondo quintile di reddito equivalente, mentre sotto costantemente nel decennio troviamo i redditi più elevati. La quota di popolazione più povera in cattivo stato di salute registra un lieve miglioramento dell'indicatore (differenza 2005-2015 -0,2%). Gli incrementi maggiori si riscontrano tra i soggetti a più alto reddito, +3,1% nel terzo quintile, +4,2% nel quarto e +3,3% nel quinto. Riportando il dato in valore assoluto sulla popolazione al 2015 il numero di soggetti con problemi di salute o affetti da malattie di lunga durata è pari a poco oltre 15 mln., 2,2 mln. in più rispetto al 2005. Di questi, per fasce di reddito, circa 3,7 mln. hanno un reddito inferiore al massimo del primo quintile, per contro circa 3,0 mln. di soggetti in cattiva salute appartengono alla popolazione più ricca.

KI 1.4. Quota di popolazione *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito

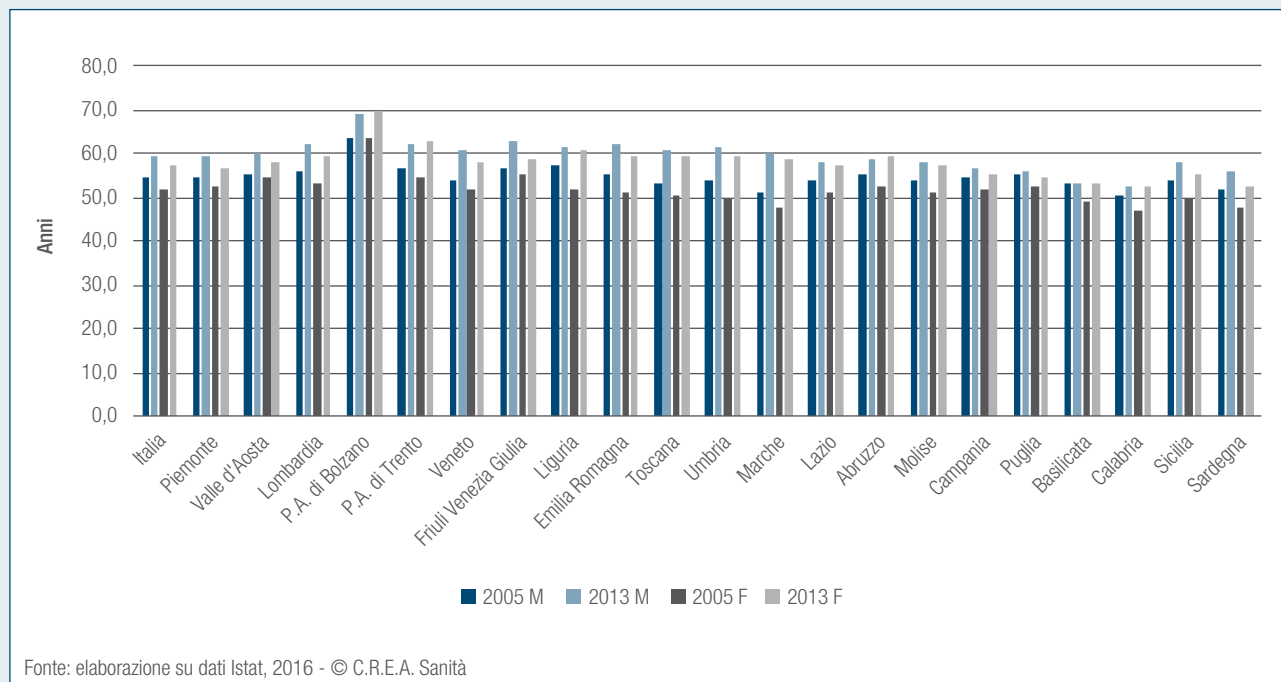
L'indicatore evidenzia la quota di popolazione *over 75* affetta da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute, sia nel complesso che per quintile di reddito. Si evidenzia nel decennio un *trend* in aumento: dal 54,8% del 2005 al 60,5% del 2015 (+5,7%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo nel nostro Paese anche nelle classi più anziane, infatti il dato aggregato disponibile per EU-27 al 2014 è pari al 67,0% e nello stesso anno per la Germania risulta pari al 65,5%, al 70,5% per la Francia e al 69,8% per il Regno Unito. Tutti i maggiori Paesi europei mostrano per questa classe di età un incremento nel decennio della quota di popolazione in cattiva salute, ad eccezione della Germania in cui si rileva un -0,2%, mentre la Francia mostra un incremento dal 2005 al 2014 del 2,2%, il Regno Unito del 5,8%. L'incremento dell'indicatore che si evidenzia in Italia, pur con dati complessivamente migliori, risulta tra i più alti tra i Paesi europei a noi più simili. Incrementi di pari o maggiore intensità si rilevano anche nei due Paesi europei maggiormente toccati dalla crisi economica degli ultimi anni: la Grecia passa dal 59,1% del 2005 al 67,2% del 2014 (+8,1%) e la Spagna dal 56,4% del 2005 al 63,9% del 2014 (+7,5%). Per quanto riguarda l'Italia in tutte le fasce di reddito si evidenzia una crescita dell'indicatore nel tempo, più accentuata nelle fasce a reddito più basso, intorno al +5% rispetto alle fasce a reddito superiore. Indipendentemente dal reddito, la quota di soggetti in cattiva salute tende nel tempo a convergere sul dato nazionale. In valore assoluto sono poco più di 4 mln. i soggetti, pari al 6,6% del totale della popolazione italiana, in cattivo stato di salute. La differenza in valore assoluto tra 2005 e 2015 in questa fascia di età è pari a circa 1.430.120 soggetti in più.

## KI 1.5. Speranza di vita alla nascita



L'indicatore speranza di vita esprime il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti ad una certa data, in questo caso alla nascita. Nel 2012, la Regione che registra una speranza di vita alla nascita più alta è la P.A. di Trento (83,3 anni), seguita dalle Marche (82,9 anni) e dalla P.A. di Bolzano (82,7 anni). Mentre le Regioni che registrano una speranza di vita alla nascita più bassa sono: Lazio (81,4), Sicilia (80,9) e Campania (80,4). Nel 2016 la situazione non cambia, in quanto le prime tre Regioni con speranza di vita alla nascita più alta sono le stesse del 2012: P.A. di Trento (83,8), P.A. di Bolzano (83,4) e Marche (83,4). Le Regioni che invece registrano una speranza di vita alla nascita più bassa sono Valle d'Aosta (81,9), Sicilia (81,8) e Campania (81,1) anche se in aumento rispetto al 2012. Considerando gli anni 2012 e 2016, in Italia, si registra un miglioramento della speranza di vita alla nascita. In particolare, la Regione che presenta la più alta variazione percentuale annua di tale indicatore è il Lazio (+1,6%), mentre la Valle d'Aosta non registra variazioni in termini di speranza di vita alla nascita.

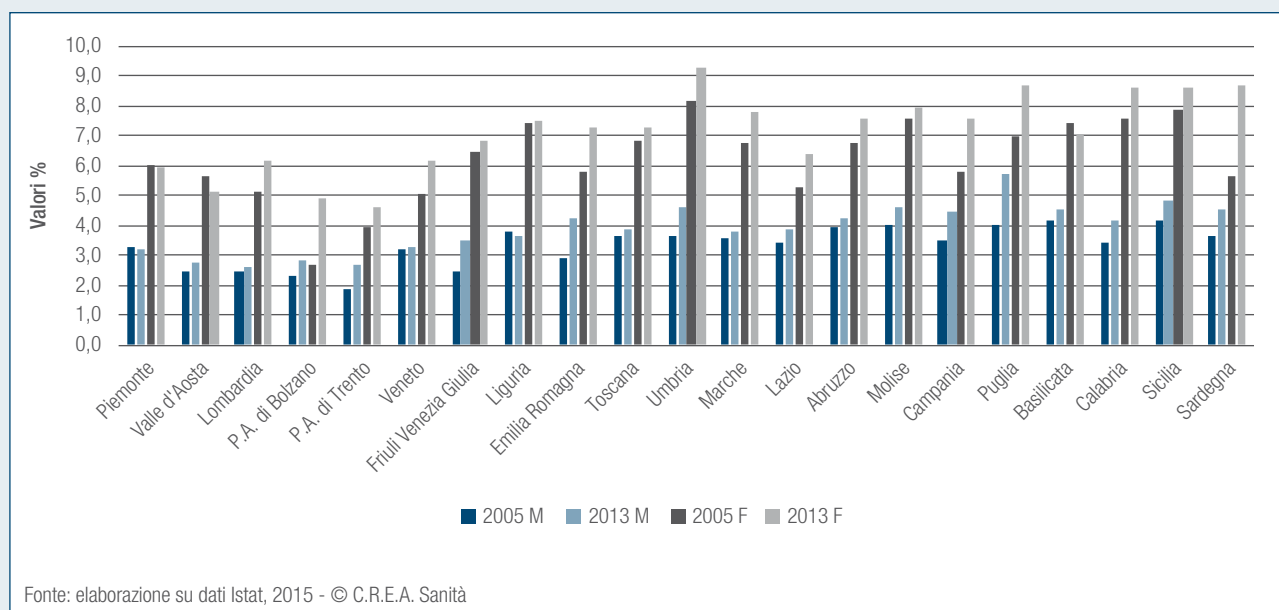
KI 1.6. Aspettativa alla nascita di vita in buona salute



Gli anni di vita in buona salute sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti da Istat per l'Italia a livello regionale, considerando l'aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2013 il primato spetta alla P.A. di Bolzano (68,6 anni contro i 63,3 del 2005). Fanalino di coda la Calabria, con una aspettativa maschile alla nascita di vivere pari a 52,6 anni in buona salute (50,2 nel 2005). A livello Italia c'è un miglioramento dell'indicatore, con una variazione percentuale in aumento del 9,0% tra il 2005 e il 2013; in particolare tutte le Regioni negli anni considerati hanno una speranza di vita in buona salute tra i maschi in crescita, da un +17,8% della Marche ad un +0,5% della Puglia, ad eccezione però della Basilicata che registra un -0,02%. Considerando, invece, l'aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra le femmine, nel 2013 il primato spetta alla P.A. di Bolzano (69,6 anni contro i 63,6 del 2005). Fanalino di coda la Calabria, con una aspettativa femminile alla nascita di vivere pari a 52,0 anni in buona salute (46,7 nel 2005), dato confermato anche per i maschi. A livello Italia c'è un miglioramento dell'indicatore, con una variazione percentuale in aumento del 11,3% tra il 2005 e il 2013; in particolare tutte le regioni negli anni considerati hanno una speranza di vita in buona salute tra le femmine in crescita, da un +22,9% della Marche ad un +4,1% della Puglia.



## KI 1.7. Quota popolazione (6 anni e +) con limitazioni funzionali



Per rilevare la presenza di limitazioni funzionali l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti, utilizzata fino all'edizione del 2004-2005 per stimare la presenza di disabilità. Il cambiamento di denominazione dell'aggregato individuato mediante tale batteria, predisposta dall'OECD sulla base della classificazione ICDH del 1980 dell'OMS, è dovuto alla necessità di differenziarla con la nuova definizione di disabilità proposta dall'OMS con la classificazione ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*). Con questa nuova classificazione la disabilità è concepita come la risultante di un'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali), vale a dire che esprime una restrizione, causata da problemi di salute, nella partecipazione alle attività. La disabilità, quindi, non è più vista come una condizione della persona, ma come il risultato negativo dell'interazione tra un singolo individuo e ambiente. Nel 2013, in Italia, le persone di sesso femminile con limitazioni funzionali sono 2.201.888 mln. su un totale di 30.795.630 mln. A livello regionale, l'Umbria risulta la Regione con il più alto tasso di persone con limitazioni funzionali (9,3%), seguita dalla Puglia (8,7%) e dalla Sardegna (8,7%); le Regioni che invece registrano un tasso di persone tra le femmine con limitazioni funzionali più basso sono P.A. di Trento (4,6%), P.A. di Bolzano (4,9%) e Valle d'Aosta (5,2%). Considerando gli anni 2005 e 2013, la Regione che ha registrato la variazione percentuale annua più alta di persone con limitazioni funzionali è la Valle d'Aosta (+85,8%), mentre la regione con la variazione percentuale più bassa, riducendo il numero di persone con limitazioni funzionali, è la Valle d'Aosta (-6,6%). Sempre nel 2013, in Italia, le persone di sesso maschile con limitazioni funzionali sono 1.118.027 mln. su un totale di 28.889.597 mln. A livello regionale, la Puglia risulta la Regione con il più alto tasso di persone con limitazioni funzionali (5,7%), seguita dalla Sicilia (4,8%); le Regioni che invece registrano un tasso di persone tra i maschi con limitazioni funzionali più basso sono Lombardia (2,6%), P.A. di Trento (2,7%) e Valle d'Aosta (2,7%). Considerando gli anni 2005 e 2013, la Regione che ha registrato la variazione percentuale annua più alta di persone con limitazioni funzionali è l'Emilia Romagna (+47,4%), mentre la regione con la variazione percentuale più bassa, riducendo il numero di persone con limitazioni funzionali, è la Liguria (-3,6%).



A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, set against a dark blue background. The sun and bar chart are rendered in a lighter blue color, creating a subtle watermark effect.

# *Capitolo 2*

**Il finanziamento:  
livello e risanamento**

*English Summary*  
*Key Indicators*



## CAPITOLO 2

### Il finanziamento: livello e risanamento

Giordani C.<sup>1</sup>, Ploner E.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>

#### 2.1. Il finanziamento della spesa sanitaria nel contesto internazionale

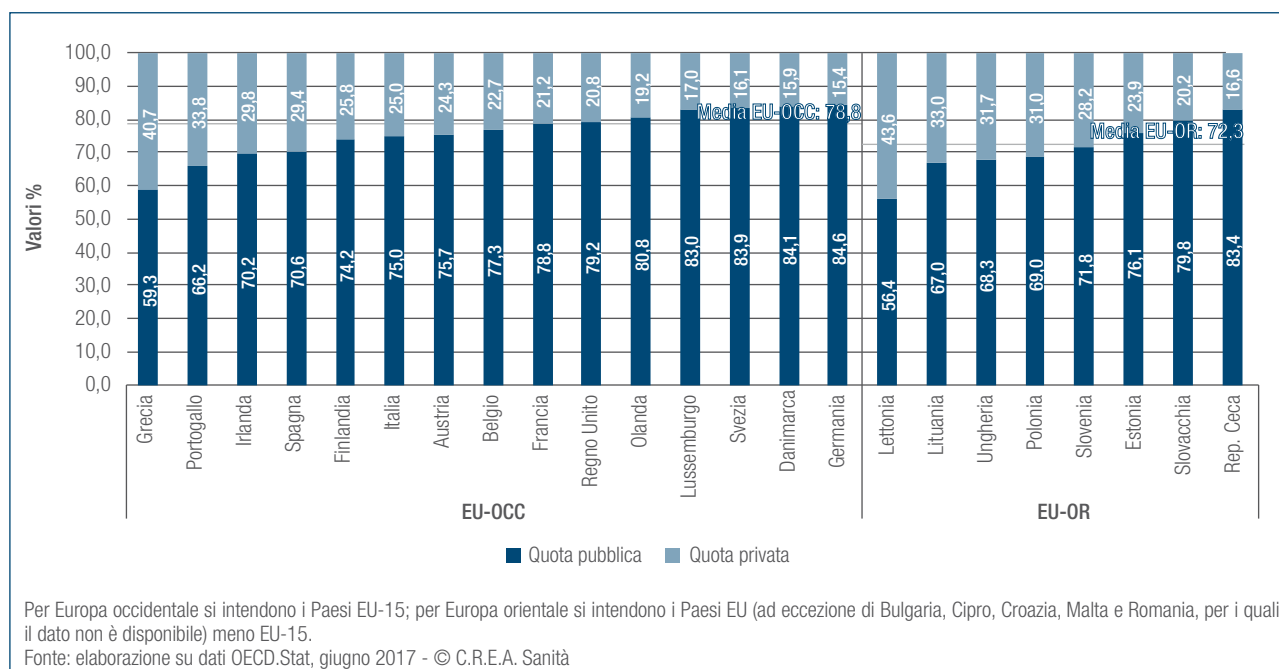
Il settore pubblico rappresenta la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU<sup>2</sup> (Figura 2.1).

Considerando i soli Paesi dell'Europa occidentale (EU-OCC<sup>3</sup>), nel 2016 il settore pubblico fa fronte al

78,8% della spesa sanitaria corrente; in Italia tale quota risulta pari al 75,0%. Sono solo cinque i Paesi con una percentuale inferiore a quella italiana: Grecia (che si arresta al 59,3%), Portogallo (66,2%), Irlanda (70,2%), Spagna (70,6%) e Finlandia (74,2%).

All'altro estremo troviamo la Germania, con una quota di copertura pubblica della spesa che raggiunge l'84,6% (Figura 2.1).

Figura 2.1. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, anno 2016

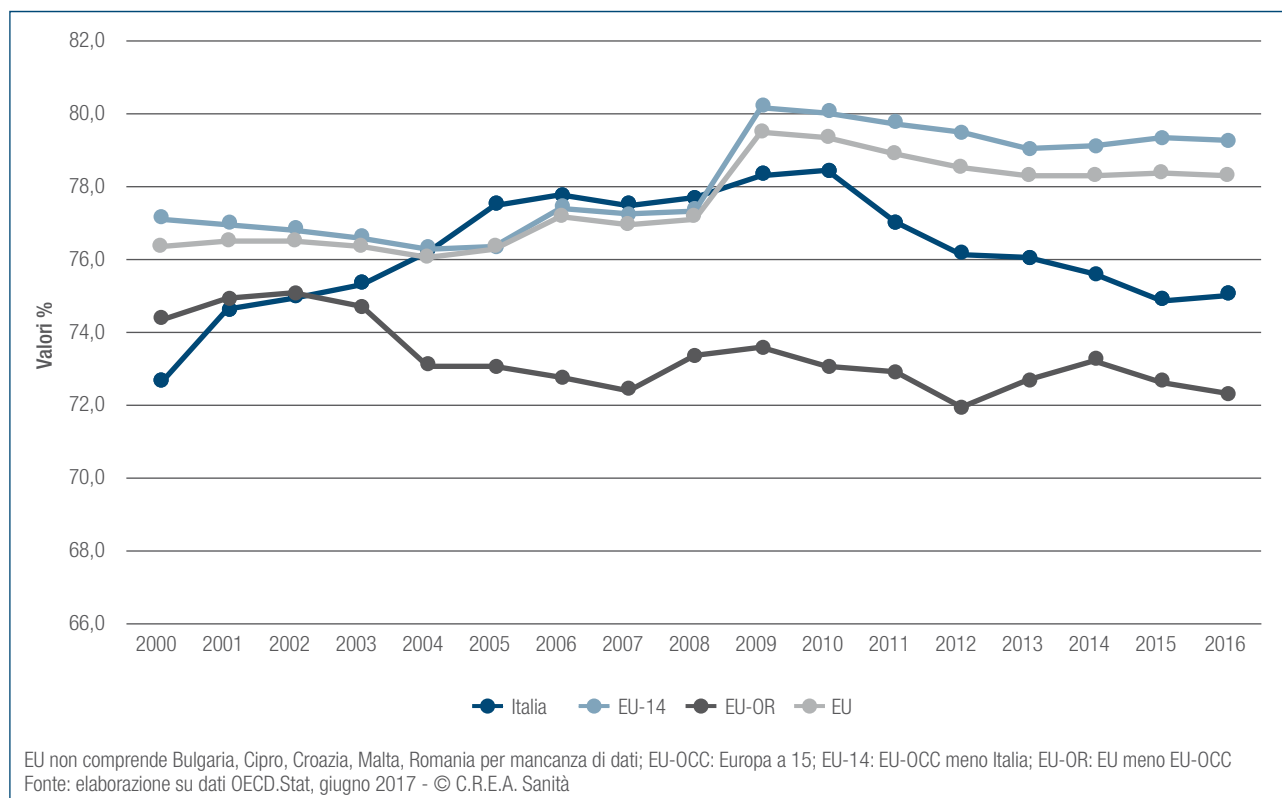


<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie a causa di uno o più "break in time series" (per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro). I dati per l'anno 2016 sono stime OECD. Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

<sup>3</sup> In tutte le analisi del volume, l'Europa a 28 (EU) comprende tutti gli attuali membri dell'Unione Europea, anche se rimangono esclusi Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta, Romania, in quanto OECD non fornisce dati per tali Paesi. Per Europa occidentale (EU-OCC) si intendono convenzionalmente i Paesi dell'Europa a 15 (Grecia, Portogallo, Irlanda, Spagna, Finlandia, Italia, Austria, Belgio, Francia, Regno Unito, Olanda, Lussemburgo, Svezia, Danimarca, Germania), mentre per Europa orientale (EU-OR) si intendono Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Slovenia, Estonia, Slovacchia e Repubblica Ceca. Ove il dato italiano viene confrontato con quello degli altri Paesi del gruppo denominato EU-OCC, tale gruppo si indica come EU-14

Figura 2.2. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Nei Paesi dell'Europa orientale (EU-OR), che analizziamo per la prima volta da questa edizione del Rapporto, la quota pubblica media di finanziamento della spesa sanitaria scende, per il 2016, al 72,3%, ovvero 6,5 punti percentuali in meno rispetto alla media dei Paesi dell'Europa occidentale (EU-OCC). Si passa dal 56,4% della Lettonia, all'83,4% della Repubblica Ceca. Tre Paesi dell'EU-OR registrano una quota superiore alla media (e anche al valore dell'Italia): Estonia (76,1%), Slovacchia (79,8%) e, come detto, Repubblica Ceca (83,4%).

L'osservazione dei trend a livello internazionale, relativi al periodo 2000-2016 (Figura 2.2), evidenzia come, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa italiana sia costantemente diminuita (a parte +0,2 punti percentuali nel 2016 rispetto all'anno precedente), mantenendosi sempre al di sotto della media EU-14, con un gap che nel 2016 supera di poco i 4 punti percentuali. Nel periodo considerato, la quota di finanziamento pubblico in Italia ha superato, sia pur di poco, quella registrata in EU-14 solo nel quadriennio 2005-2008.

Per effetto degli andamenti descritti, il valore di copertura pubblica dell'Italia è ormai più vicino a quello

medio dei Paesi dell'EU-OR che a quello dei Paesi dell'EU-OCC.

Complessivamente, la quota di copertura pubblica per i Paesi EU-14 è in media aumentata negli anni di massima crisi, ed è rimasta su valori prossimi all'80% malgrado una lieve flessione registrata negli ultimi anni.

Di contro, è progressivamente calata la copertura pubblica nei Paesi dell'EU-OR, ma ancor di più in Italia.

L'Italia è quindi "dissonante" rispetto alla aspettativa, che trova conferma in EU-OCC, di una natura anticiclica della spesa per *Welfare* in generale e della Sanità in particolare, avvicinandosi invece al comportamento dei Paesi EU-OR, che hanno certamente sacrificato il *Welfare* al perseguimento di istanze di crescita.

Nei sistemi sanitari universalistici di ispirazione beveridgiana (Danimarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna, Svezia, Regno Unito, etc.) la parte preponderante della spesa pubblica è finanziata attraverso l'imposizione fiscale: nei sistemi di assicurazione sociale di ispirazione bismarkiana (Austria, Francia, Germania, etc.), la quota maggiore è sostenuta con contributi versati alle mutue.

Tabella 2.1. Spesa sanitaria corrente per tipologia di finanziamento<sup>4</sup>, anno 2015

	Spesa pubb. su tot (%)	di cui governo (%)	di cui assicurazioni sociali e obbligatorie (%)	Spesa priv. su tot (%)
Austria	75,6	40,7	59,3	24,4
Belgio	77,5	23,6	76,4	22,5
Rep. Ceca	83,5	14,6	85,4	16,5
Danimarca	84,1	100,0	-	15,9
Estonia	75,7	14,3	85,7	24,3
Finlandia	74,4	82,1	17,9	25,6
Francia	78,9	4,9	95,1	21,1
Germania	84,5	7,8	92,2	15,5
Grecia	59,1	51,3	48,7	39,3
Ungheria	66,7	16,6	83,4	33,3
Irlanda	70,0	99,6	0,4	30,0
Italia	74,9	99,6	0,4	25,1
Lettonia	57,5	100,0	-	42,5
Lussemburgo	82,0	11,1	88,9	18,0
Olanda	80,7	11,5	88,5	19,3
Polonia	70,0	13,3	86,7	30,0
Portogallo	66,2	98,2	1,8	33,8
Rep. Slovacca	79,7	5,4	94,6	20,3
Slovenia	71,7	4,2	95,8	28,3
Spagna	71,0	93,4	6,6	29,0
Svezia	83,7	100,0	-	16,3
Regno Unito	79,7	99,7	0,3	20,3
Lituania	66,9	14,8	85,2	33,0

EU non comprende Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta, Romania per mancanza di dati  
Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, edizione giugno 2017 – © C.R.E.A. Sanità

La Tabella 2.1 fornisce il dettaglio delle quote per tipologia di finanziamento nei Paesi EU nell'anno 2015.

A titolo di esempio, con le cautele esposte in nota 2, secondo OECD il finanziamento pubblico in Italia è costituito quasi totalmente (99,6%) dal finanziamento del Governo, mentre solo un residuale 0,4% proviene da assicurazioni sociali; di contro, in Francia la quota di finanziamento pubblico (78,9%) è costituita per il 95,1% da assicurazioni sociali e solo per il 4,9% dal finanziamento statale.

## 2.2. Il finanziamento della Sanità in Italia

Il tema del finanziamento (pubblico) della spesa sanitaria, come noto, è estremamente rilevante sia per

gli impatti sulla finanza pubblica che in termini di effetti redistributivi innescati.

Il sistema di finanziamento della Sanità italiana rimane fortemente centralizzato, secondo un modello che vede lo Stato concordare con le Regioni l'ammontare dei trasferimenti erariali, con l'impegno poi delle stesse a finanziare con proprie risorse i livelli di assistenza o inefficienze di gestione.

Ad oggi il fabbisogno sanitario è così coperto:

- entrate proprie delle Aziende sanitarie (*ticket* e ricavi derivanti dall'attività di intramoenia dei propri dipendenti), quantificate secondo un importo pre-definito e cristallizzato in seguito ad intesa fra Stato e Regioni;
- fiscalità generale delle Regioni: imposta regionale sulle attività produttive, Irap, nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità ed

<sup>4</sup> Nel database OECD viene contemplata la voce "Altro" (contiene ad es. la valorizzazione di assicurazioni private sottoscritte in Italia da residenti all'estero) in aggiunta a "Pubblica" e "Privata", ma non viene qui considerata perché con l'aggiornamento di giugno 2017 questa voce non viene valorizzata (a meno di un residuale numero per alcuni Paesi)

addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, Irpef;

- compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle P.A. di Trento e di Bolzano, che compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti descritte nei punti precedenti, ad eccezione della Regione Sicilia, per la quale l'aliquota di compartecipazione è fissata dal 2009 nella misura del 49,11% del suo fabbisogno sanitario;
- bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario, non coperto dalle altre fonti di finanziamento, attraverso la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto, IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), le accise sui carburanti ed il Fondo Sanitario Nazionale (di questo, una quota è destinata alla Regione Sicilia, mentre il resto finanzia complessivamente anche altre spese sanitarie vincolate a determinati obiettivi).

Nel 2017 il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) (nella sua quota indistinta) ammonta a € 109.218,5 mln. in aumento di quasi € 1 mld. rispetto al 2016. Tra il 2016 ed il 2017 la Liguria e la Basilicata sono state le Regioni in cui la quota del fabbisogno indistinto è cresciuta maggiormente (rispettivamente +3,3% e +2,5%), mentre all'opposto si sono posizionate la Valle d'Aosta con un incremento pari allo 0,2% e il Piemonte ed il Friuli Venezia Giulia entrambe con una crescita di mezzo punto percentuale (Tabella 2.2).

Dal momento che alla data in cui stiamo scrivendo non sono ancora stati resi noti i dati relativi agli importi 2017 delle diverse fonti che concorrono alla formazione del fabbisogno indistinto, per completezza di analisi riportiamo i principali risultati già pubblicati nella scorsa edizione del Rapporto Sanità.

In particolare, nel 2016, il fabbisogno indistinto è stato finanziato per l'87,3% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e Irpef) e indiretta (IVA e accise, ovvero D. Lgs. 56/2000), per l'8,4% dalla partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale, per l'1,8% da ricavi ed entrate proprie convenzionali delle varie Aziende Sanitarie, ed, infine, per il residuale 2,5% dalla voce relativa al FSN e alle ulteriori integrazioni a carico dello Stato (Figura 2.3).

Facendo un confronto con il 2015 risulta che, sia gli introiti generati dall'imposizione fiscale (Irap e Irpef),

**Tabella 2.2. Riparto Fondo Sanitario Nazionale**

Regioni	Riparto (€ mln.)	Var. 2016-2017
Italia	109.218,5	0,9%
Nord	50.388,4	1,0%
Centro	21.854,1	0,8%
Sud e Isole	36.975,9	1,0%
Piemonte	8.083,1	0,5%
Valle d'Aosta	230,4	0,2%
Lombardia	17.963,7	1,0%
P.A. di Bolzano	912,9	1,4%
P.A. di Trento	959,0	1,1%
Veneto	8.840,9	0,8%
Friuli Venezia Giulia	2.251,3	0,5%
Liguria	3.053,7	3,3%
Emilia Romagna	8.093,3	0,8%
Toscana	6.876,4	0,6%
Umbria	1.640,3	0,8%
Marche	2.831,9	1,0%
Lazio	10.505,6	0,9%
Abruzzo	2.403,2	0,6%
Molise	574,2	1,5%
Campania	10.254,0	1,6%
Puglia	7.240,9	0,6%
Basilicata	1.052,4	2,5%
Calabria	3.501,2	0,8%
Sicilia	8.959,4	0,6%
Sardegna	2.990,6	0,8%

Fonte: elaborazione su proposta di riparto - © C.R.E.A. Sanità

**Figura 2.3. Composizione del fabbisogno indistinto, anno 2016**

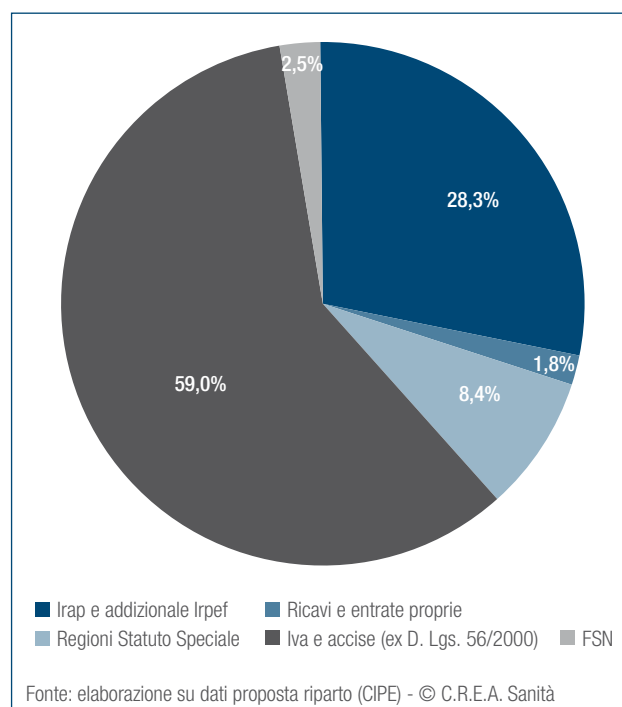
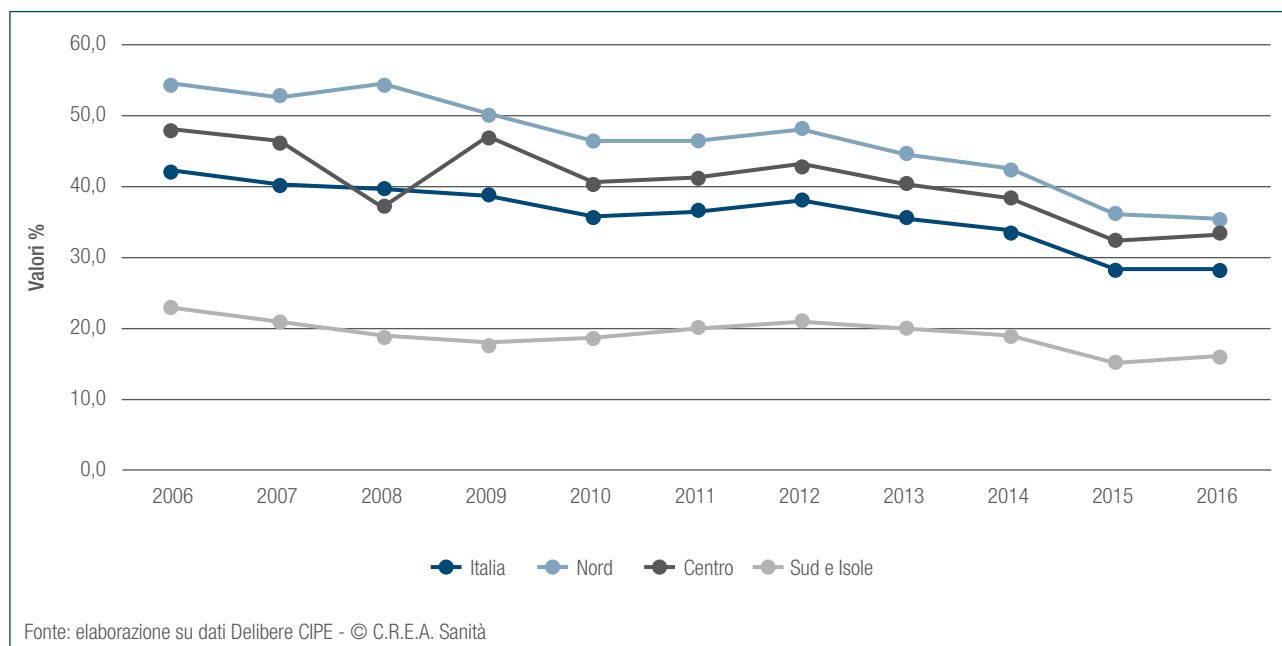




Figura 2.4. Quota del fabbisogno indistinto generata da Irap e addizionale Irpef



che quelli introitati tramite l'imposta sul valore aggiunto e quella sulle accise, sono aumentati, rispettivamente dell'1,5% e dell'1,2%; le rimanenti voci di entrata, ad eccezione di quella attinente al FSN ed alle ulteriori integrazioni a carico dello Stato che ha riportato una variazione di segno negativo pari all'1,8%, si sono invece mantenute tendenzialmente stabili.

Nel corso degli ultimi dieci anni (2006-2016), il contributo dell'imposizione fiscale diretta alla copertura del fabbisogno sanitario indistinto è andato progressivamente diminuendo, sebbene nel 2016 in lievissima ripresa rispetto al 2015: dal 42,3% del 2006 al 28,3% del 2016 (Figura 2.4).

In tutto il periodo analizzato, inoltre, sono riscontrabili marcate differenze nelle diverse ripartizioni: l'incidenza dell'Irap e dell'addizionale Irpef sul fabbisogno indistinto complessivo è sempre stata molto più elevata nella ripartizione centro-settentrionale a conferma della maggior capacità contributiva delle Regioni centrali e soprattutto settentrionali (nel 2016, a fronte di una media Italia pari a 28,3%, l'incidenza ha raggiunto infatti il 35,3% nel Nord, il 33,0% nel Centro e si è fermata al 16,0% nel Sud).

Si noti come i dati del Centro e del Nord tendano ad allinearsi. Questo fatto potrebbe essere per buona parte ascrivibile ai maggiori contributi medi in termini di

Irpef ed Irap che i contribuenti del Lazio sono costretti a versare a causa delle clausole previste dai Piani di Rientro (PdR).

Come è noto, in seguito all'emanazione del D. Lgs. 56/2000, che ha istituito il fondo perequativo nazionale alimentato dall'IVA, il finanziamento delle Regioni che hanno minori gettiti da Irap e Irpef è comunque garantito dal trasferimento di parte delle entrate generate dall'imposta sul valore aggiunto.

Per quanto precede, dunque, fino al 2009 la percentuale più elevata di introiti da IVA e accise si è avuta nelle Regioni del Sud; dopo tale data e per la rimanente parte del periodo considerato, si è verificato un "sostanziale sorpasso" da parte delle Regioni della ripartizione centrale. Nel 2016, a fronte di un valore nazionale pari al 59,0%, il Centro ha raggiunto il 65,2%, seguito dalle Regioni settentrionali con il 57,6% e da quelle meridionali con il 57,2%. In definitiva, nel 2016 si è verificato un sostanziale allineamento tra le Regioni del Nord e quelle del Sud (Figura 2.5).

L'incidenza della voce rappresentata dai ricavi e dalle entrate proprie, dalla partecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome e dal FSN sul fabbisogno totale indistinto è risultata tendenzialmente stabile nel 2016 rispetto all'anno precedente in tutte le aree del Paese. Inoltre, il contributo di tale voce al finan-

Figura 2.5. Quota del fabbisogno indistinto generata da Iva e accise

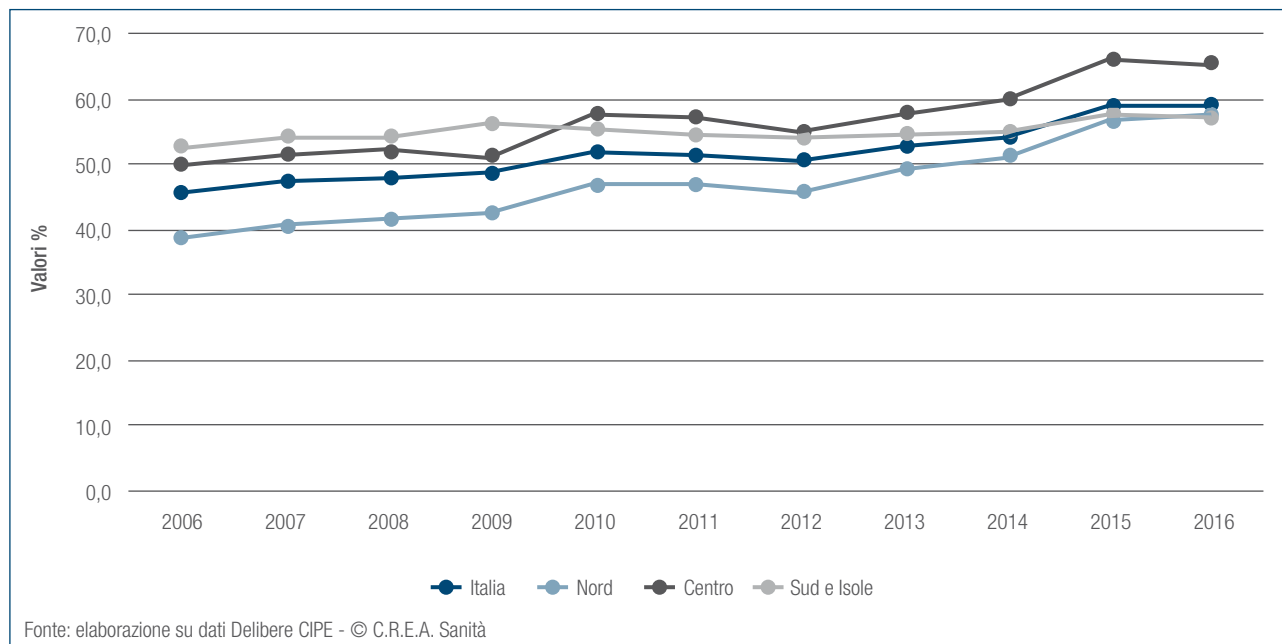
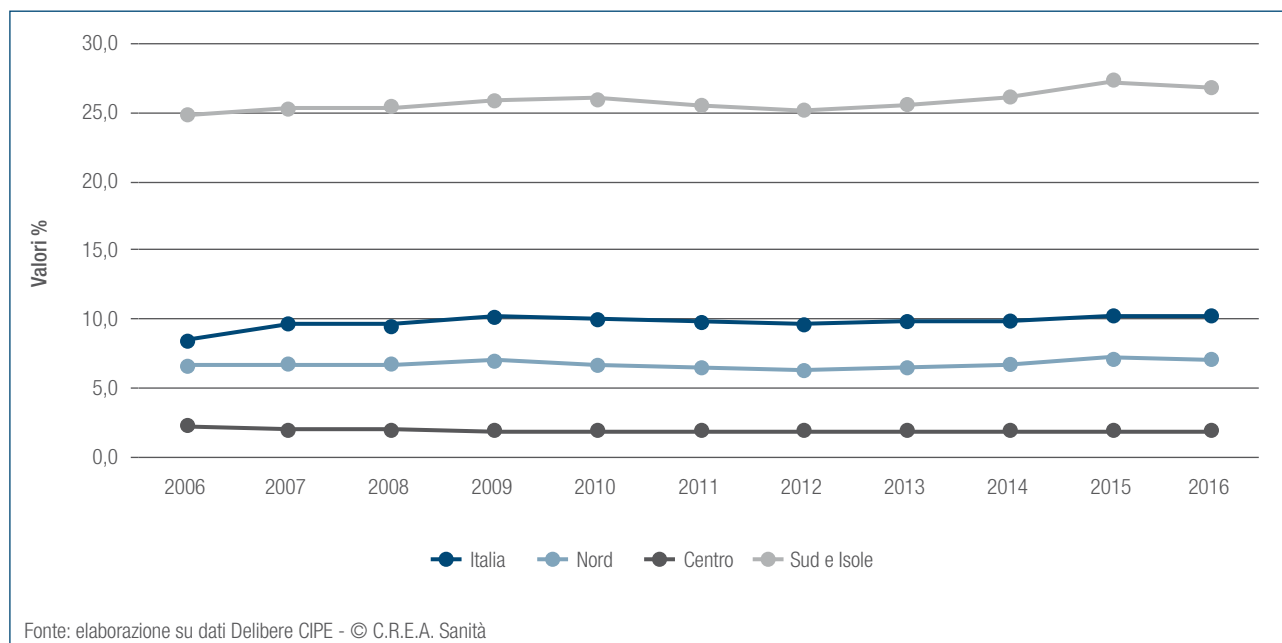


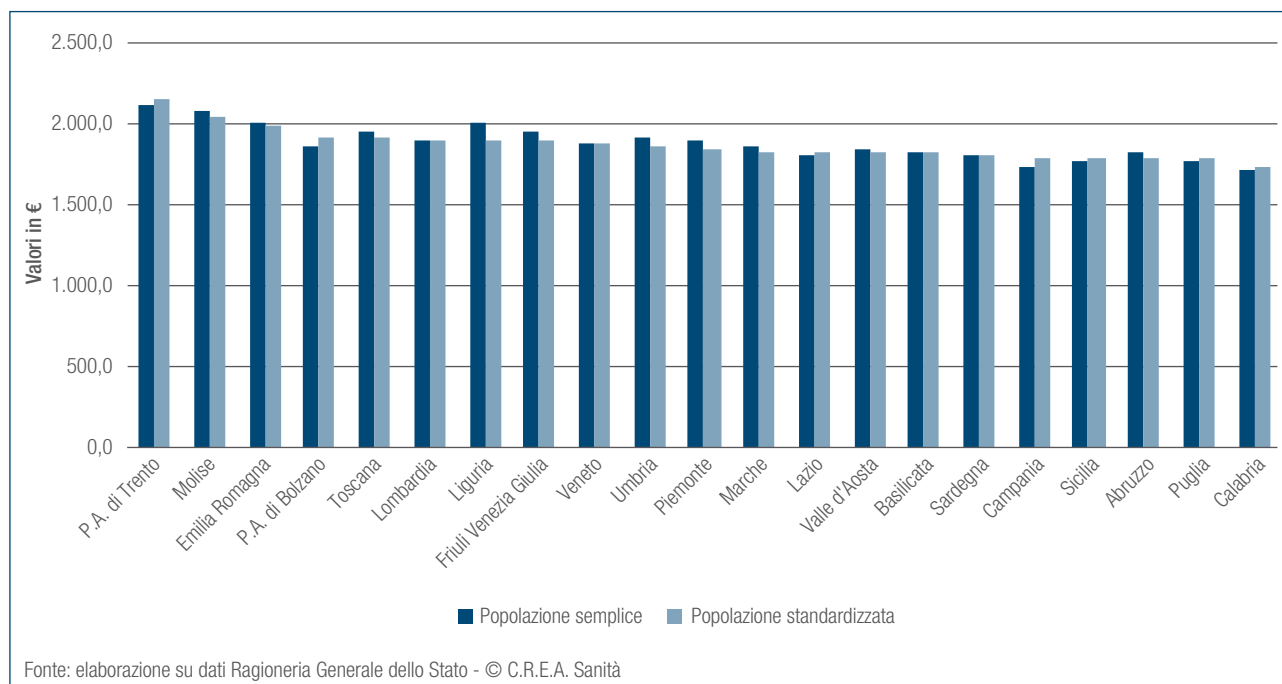
Figura 2.6. Quota del fabbisogno indistinto generata da ricavi e entrate proprie delle Az. sanit., da partecipazione Reg. a statuto speciale e P.A. e FSN



ziamento delle Regioni del Sud è stato assolutamente superiore rispetto a quelle del Centro-Nord in tutto il periodo analizzato. Per il 2016, a fronte di una quota nazionale pari al 10,2%, il Nord ha raggiunto il 7,1%, il Centro si è fermato all'1,8%, mentre Sud e Isole hanno superato il 26,0% (26,8%) (Figura 2.6).

In definitiva, i cambiamenti in atto in termini di fonti di finanziamento del SSN comportano e comporteranno una serie di effetti e di impatti tutt'altro che banali da un punto di vista redistributivo delle risorse tra le diverse ripartizioni: attualmente, però, tali impatti non appaiono adeguatamente indagati.

Figura 2.7. Finanziamento pro-capite



Il finanziamento effettivo del 2016, ovvero quello conseguito in sede di riparto del FSN, maggiorato da quanto generato dalle Aziende sanitarie grazie alle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate nell'Intesa Stato-Regioni del 2001, ha raggiunto € 112.922,1 mln.<sup>5</sup> in aumento dello 0,9% rispetto all'anno precedente (€ 111.907,5 mln.).

Nel 2016, il finanziamento pro-capite medio è stato di € 1.861,4 con un incremento dell'1,1% rispetto al 2015, e del 4,3% nel quinquennio, pari ad una crescita media annua dello 0,8%.

Tra la Regione con il finanziamento pro-capite più elevato, e quella con il finanziamento minore, vi è uno scarto in termini assoluti di € 416,6, pari a circa il 24,0%. Non considerando le Regioni a Statuto Speciale, tale *gap* tra la Regione con finanziamento pro-capite più elevato e quella con finanziamento minore è pari a € 307,5 (pari al 17,7%) (Figura 2.7).

Tra il 2010 ed il 2016 il finanziamento pro-capite nominale è cresciuto di € 90,8: questo fatto si traduce in una riduzione in termini reali del finanziamento pro-capite di € 35,7. In ogni caso, già a partire dal 2011 il finanziamento pro-capite, in termini reali, ha cominciato

a decrescere progressivamente fino al 2013, anno dopo il quale sembrerebbe cominciata una inversione di tendenza (Figura 2.8).

In termini di quota di PIL destinata alla Sanità, si passa dal 6,6% del 2011 al 6,9% del 2016, con un evidente gradiente negativo Nord-Sud.

In particolare, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, per effetto della redistribuzione di risorse operata con il meccanismo della perequazione, rappresentano il 9,9% del PIL locale, livello in leggera crescita rispetto al 2011 (9,4%). Nelle Regioni del Nord, invece, le risorse destinate alla sanità rappresentano il 5,8% del PIL locale, livello in lieve crescita rispetto al 2011 (+2,2%).

Infine, nel 2016, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, malgrado siano minori in termini nominali di quelle stanziare nelle altre ripartizioni, incidono significativamente di più sul PIL locale (9,9%) e sono tendenzialmente stabili rispetto al 2011 (9,4%). Si tenga presente che tutto ciò è reso possibile dalla redistribuzione delle risorse operata con il meccanismo di perequazione. Rispetto alla media nazionale, osserviamo come il *gap* tra quest'ultima ed il dato riportato

<sup>4</sup> Secondo le risultanze prodotte dalla Ragioneria Generale dello Stato nell'ambito del Rapporto su *Il monitoraggio della spesa sanitaria*

Figura 2.8. Finanziamento pro-capite nominale e reale

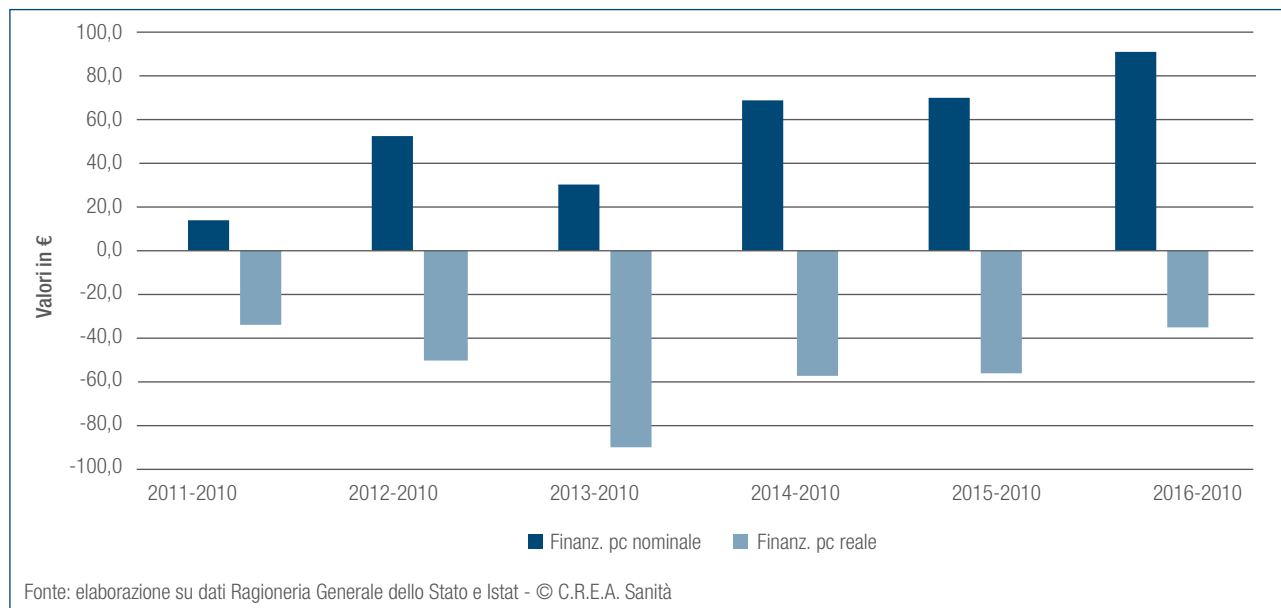
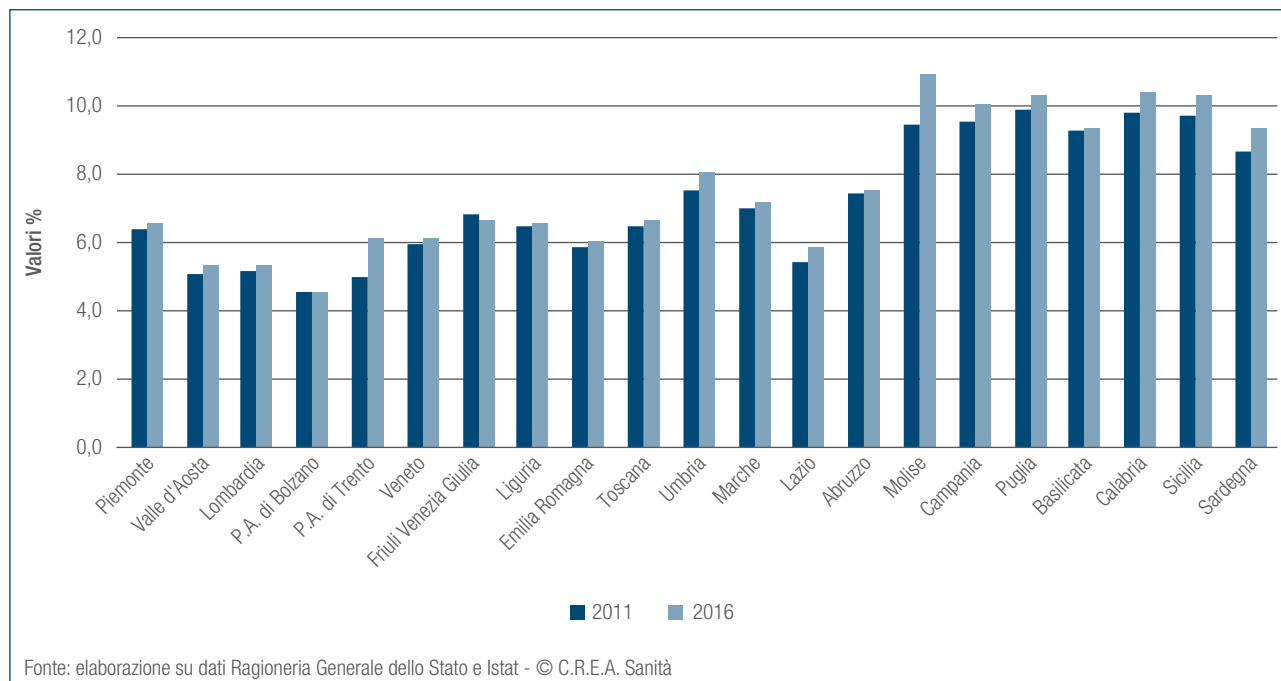


Figura 2.9. Finanziamento su PIL



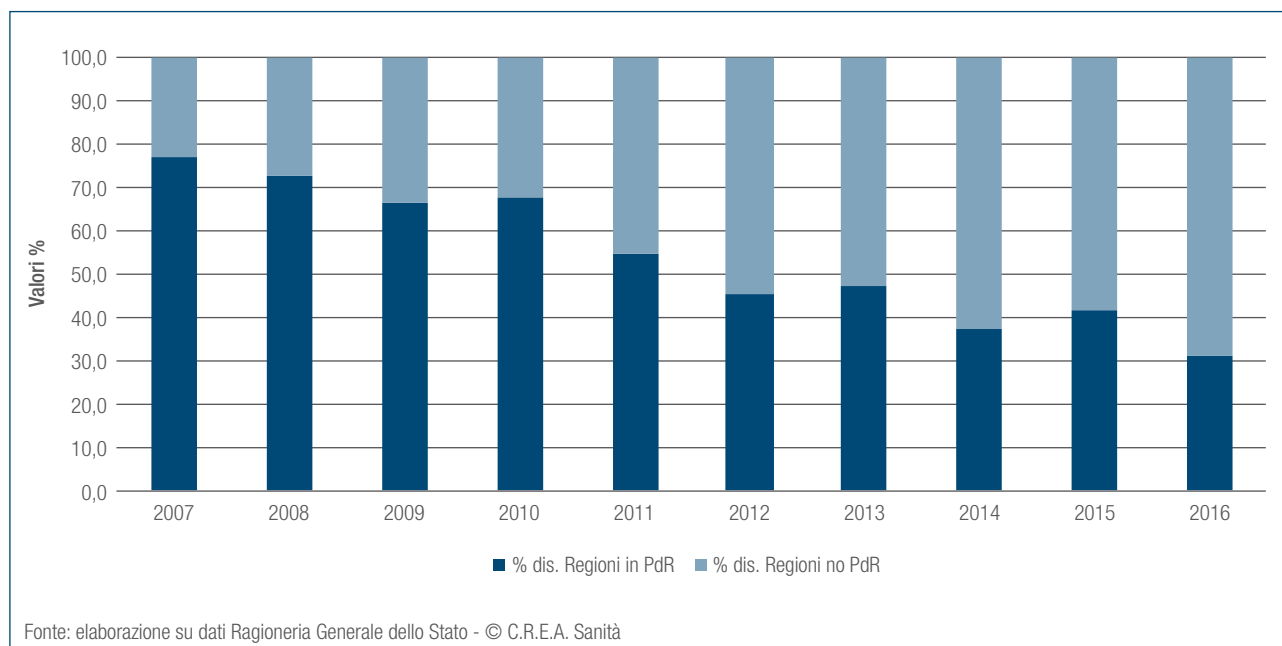
nelle Regioni del Centro si sia mantenuto stabile rispetto al 2011 (0,5% nel 2011 vs 0,5% nel 2016); analoga considerazione può essere fatta sia con riferimento alle Regioni del Nord (*gap* tendenzialmente invariato: Italia vs Nord 0,9% nel 2011 e 1,0% nel 2016) che rispetto a quelle del Sud (*gap* tendenzialmente invariato: Italia vs Sud -2,8% nel 2011 e -3,1% nel 2016). In particolare, nel 2016, sono Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia

le Regioni in cui le risorse per la sanità assorbono oltre il 10,0% del PIL locale (Figura 2.9).

### 2.3. I risultati di esercizio

Nel seguito si analizzano i risultati di esercizio delle Regioni, sulla base di quanto contenuto nel rapporto

Figura 2.10. Contributo alla formazione del disavanzo del SSN



sul *Monitoraggio della spesa sanitaria* della Ragioneria Generale dello Stato e nei Conti Economici (CE) delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale<sup>6</sup>.

Propedeuticamente ricordiamo che il settore sanitario nell'ultimo ventennio è stato attraversato da una serie di trasformazioni del sistema di *governance*, dirette ad introdurre il principio della piena responsabilizzazione da parte delle Regioni al rispetto dell'equilibrio di bilancio, di cui fa parte lo strumento del PdR.

Nel seguito (Figura 2.10) viene riportato, in termini percentuali, il contributo alla formazione del disavanzo da parte sia delle Regioni in PdR, che da parte di quelle non in PdR.

L'analisi dei dati evidenzia come, tra il 2007 ed il 2016, tenda a diminuire la quota del disavanzo totale attribuibile alle Regioni in PdR, sebbene nel 2010, 2013 e 2015 si siano potute osservare temporanee inversioni di tendenza rispetto all'anno precedente: il contributo alla formazione del deficit totale da parte delle Regioni

in PdR passa, infatti, dal 76,7% del 2007 al 31,3% del 2016.

Va sottolineato che il 49,1% del disavanzo totale delle Regioni in PdR del 2016 è ancora generato dal solo Lazio.

Quanto appena asserito trova riscontro anche nelle risultanze dei CE: a partire dal 2012<sup>7</sup> la quota di deficit di spettanza delle Regioni in PdR si è costantemente ridotta: se nel 2012 la quota più elevata di disavanzo era generata dalle citate Regioni, nel 2015 tale quota è diventata marginale (il 5,9% del deficit complessivo) (Figura 2.11).

Il miglioramento della situazione economico-finanziaria, a seguito degli interventi di riequilibrio adottati, è confermato dalla riduzione del rapporto tra il disavanzo sanitario e il relativo finanziamento effettivo della spesa sanitaria: nel 2006 il disavanzo era pari al 6,5% del finanziamento, mentre nel 2016 ne assorbe solo lo 0,9% (Figura 2.12).

<sup>6</sup> Si precisa che si fa riferimento ai disavanzi quali risultano prima delle verifiche dei Tavoli di Monitoraggio e, quindi, ottenibili attraverso la differenza tra ricavi e costi così come si ricavano dai CE

<sup>7</sup> Abbiamo analizzato i dati relativi ai risultati di esercizio a partire dal 2012, poiché in seguito all'emanazione del D. Lgs. 118/2011 sull'armonizzazione dei principi contabili tutte le Aziende Sanitarie si sarebbero dovute adeguare alle nuove regole. Prima del 2012, pertanto, non vi è omogeneità nella tenuta delle scritture contabili e pertanto i risultati potrebbero essere profondamente condizionati dai diversi sistemi di tenuta dei conti vigenti nelle Regioni prima della promulgazione del Decreto. Inoltre, abbiamo supposto che già a partire dal bilancio del 2012 tutte le Aziende si fossero adeguare ai nuovi dettati normativi

Figura 2.11. Contributo alla formazione del disavanzo

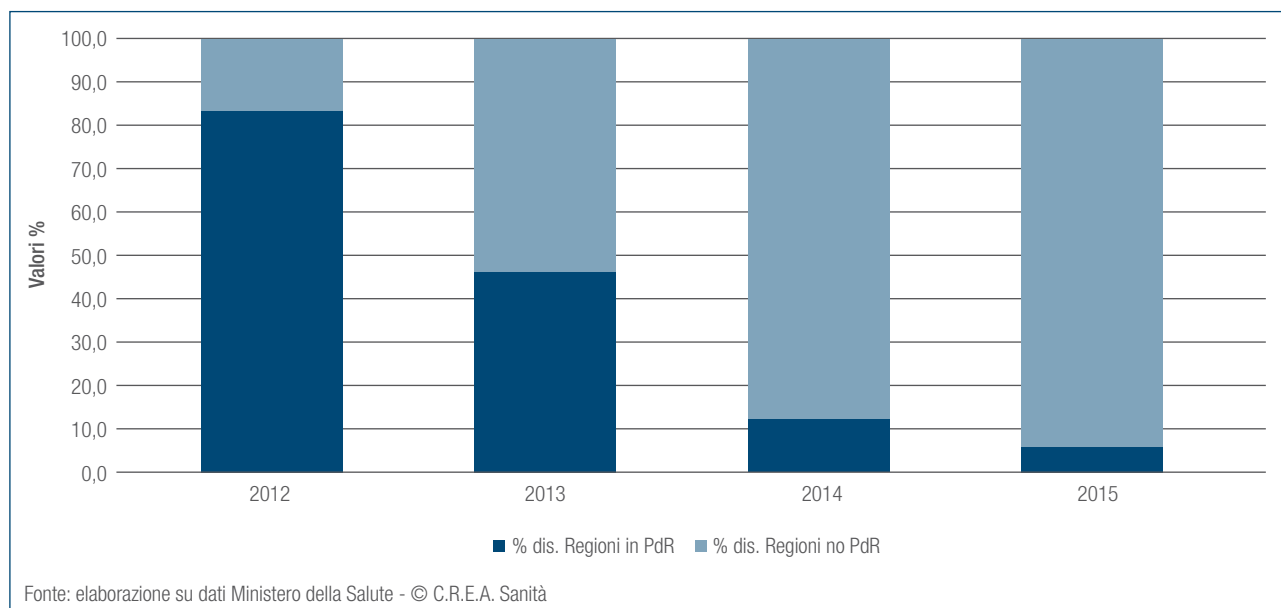
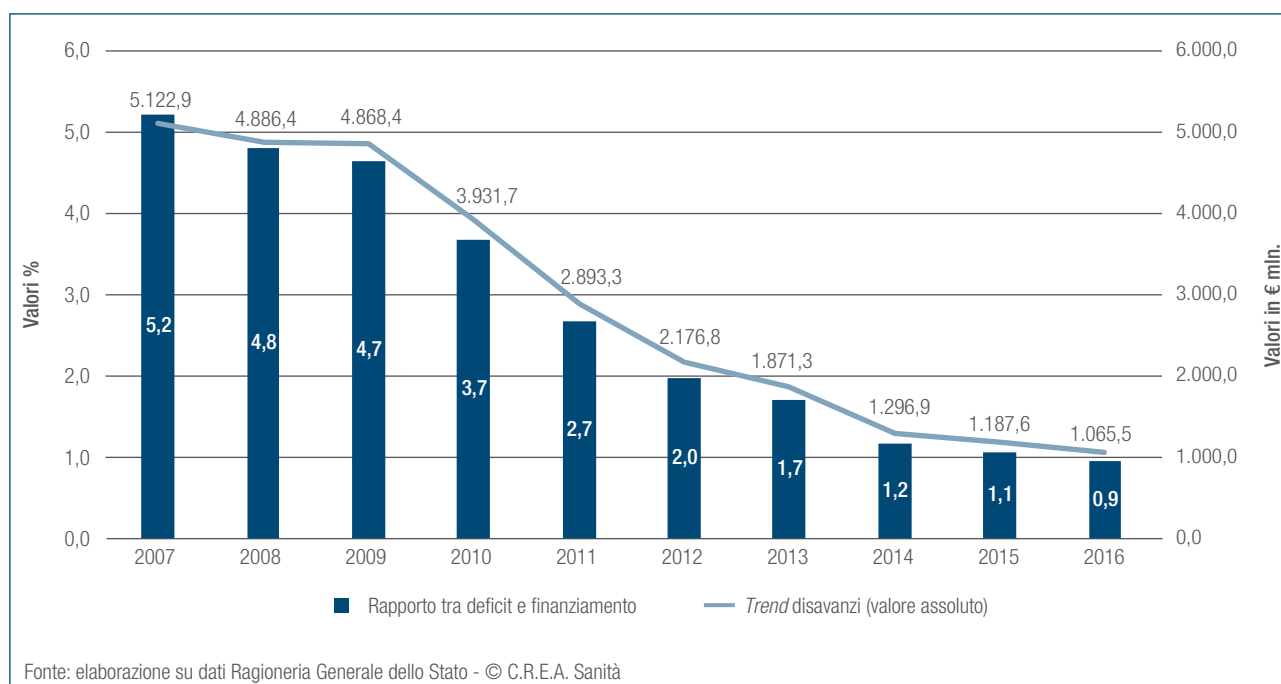


Figura 2.12. Rapporto deficit su finanziamento e trend disavanzi



Quindi, il disavanzo si è ridotto del 79,2% dopo l'intervento dei PdR (Figura 2.12) passando da € 5.122,9 mln. del 2007 a € 1.065,5 mln. nel 2016, pari ad una diminuzione media annua del 16,0%.

In termini pro-capite si passa da un disavanzo medio di € 356,8 nel quinquennio 2007-2011, a € 113,5 in quello 2012-2016 (Tabella 2.3).

Nell'ultimo quinquennio analizzato, le Marche e l'Umbria hanno presentato i risultati di esercizio pro-capite positivi più elevati e rispettivamente pari a € 91,5 e a € 30,1.

All'estremo opposto si collocano la P.A. di Bolzano nella quale il deficit pro-capite cumulato ha sfiorato € 2.000,0 e la Valle d'Aosta con € 1.422,5.

**Tabella 2.3. Risultati di esercizio pro-capite cumulati per quinquenni**

Regioni	2007-2011	2012-2016
Italia	-356,8	-113,5
Nord	-206,9	-83,5
Centro	-583,9	-180,0
Sud e Isole	-424,7	-115,6
Piemonte	-365,2	-21,0
Valle d'Aosta	-2.071,6	-1.422,5
Lombardia	-1,8	4,3
P. A. di Bolzano	-2.336,5	-1.964,5
P. A. di Trento	-1.829,5	-1.254,7
Veneto	-58,0	7,7
Friuli Venezia Giulia	-245,2	-34,3
Liguria	-357,6	-225,7
Emilia Romagna	-113,0	-6,9
Toscana	-82,6	-47,8
Umbria	43,8	30,1
Marche	38,2	91,5
Lazio	-1.187,2	-373,1
Abruzzo	-210,0	-2,9
Molise	-1.019,0	-952,4
Campania	-551,8	13,8
Puglia	-313,0	-31,2
Basilicata	-278,7	-1,8
Calabria	-508,1	-143,5
Sicilia	-275,4	1,3
Sardegna	-714,7	-1.075,5

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat - © C.R.E.A. Sanità

## 2.4. Griglia LEA e risultati di esercizio prima delle coperture

L'analisi del disavanzo resta poco significativa se non messa in relazione ai servizi resi.

A tal proposito, a partire dall'anno 2005 la verifica degli adempimenti nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte delle Regioni è stata realizzata a livello centrale con la cosiddetta Griglia LEA. Dal 2015, poi, sono stati inseriti nella "griglia" ulteriori indicatori quali: un "Indicatore composito sugli stili di vita" e la "Percentuale di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN". Inoltre, gli indicatori "Tasso ospedalizzazione in età pediatrica per asma e gastroenterite" e "Tasso ospedalizzazione standardizzato in

età adulta per complicanze (a breve e lungo termine per diabete), BPCO e scompenso cardiaco", sono stati introdotti in sostituzione di quello che recitava "Somma ponderata di tassi specifici per patologie evitabili" (indicatore 7).

La principale novità della Griglia LEA 2015 riguarda, però, la valutazione finale delle Regioni, che non avviene più sulla base delle tre precedenti classi di valutazione (adempienza, adempienza con impegno, inadempienza), bensì con sole due classi: adempienza, inadempienza. Questo fatto ha determinato una interruzione con la precedente metodologia di valutazione in quanto alcune Regioni che erano state dichiarate nei precedenti anni adempienti sebbene "con impegno su alcuni indicatori" con il nuovo sistema di classificazione sono state "declassate" a inadempienti contraddicendo, pertanto, parzialmente i risultati conseguiti negli anni precedenti.

Sulla base della nuova metodologia, se mettiamo in relazione i *trend* dei punteggi della "Griglia LEA" con i risultati di esercizio evidenziati dai CE prima delle coperture relativamente al periodo 2007-2015, otteniamo il posizionamento complessivo (inteso come valore medio) delle Regioni in PdR rispetto alle Regioni non in Piano, tanto dal punto di vista di erogazione dell'assistenza che da quello della gestione economico-finanziaria.

Dalla lettura della Figura 2.13<sup>8</sup> emerge che:

- le Regioni in PdR, in media, hanno presentato per tutto il periodo considerato punteggi della Griglia LEA inferiori alle Regioni non in PdR;
- le Regioni in PdR, in media, hanno fatto registrare un significativo miglioramento avvicinandosi sia nei consuntivi che nel punteggio della Griglia (sebbene nel 2015 in lievissima diminuzione rispetto al 2014), alle Regioni non in PdR.

Si tenga altresì presente che fino al 2014 una Regione era considerata adempiente se conseguiva un punteggio maggiore a 160, adempiente con impegno su alcuni indicatori se otteneva un punteggio compreso tra 130 e 160 e inadempiente qualora non fosse riuscita a raggiungere il punteggio di 130.

A partire dalla Griglia 2015, invece, una Regione si aggiudica la qualifica di adempiente se ottiene un pun-

<sup>8</sup> Si fa riferimento alle Regioni: Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lombardia, Veneto, Marche, Piemonte, Basilicata, Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio, Sicilia, Puglia, Campania e Calabria

Figura 2.13. Trend Griglia LEA e risultati di esercizio pro-capite prima delle coperture

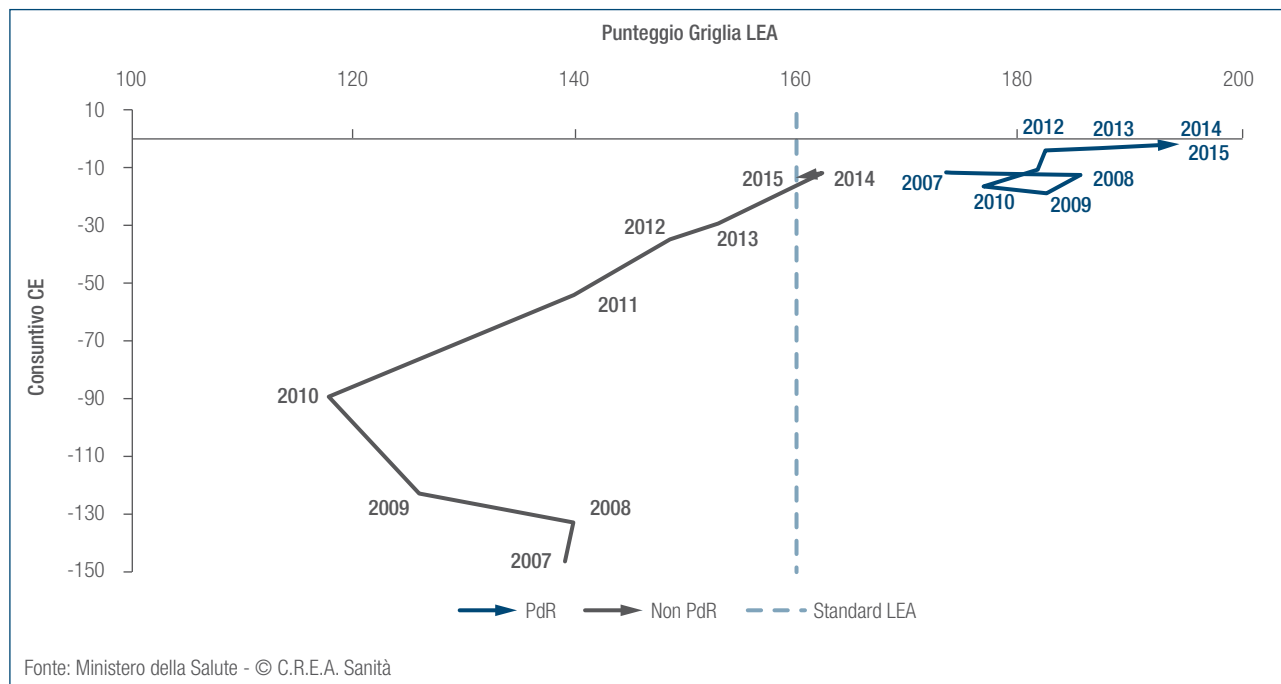
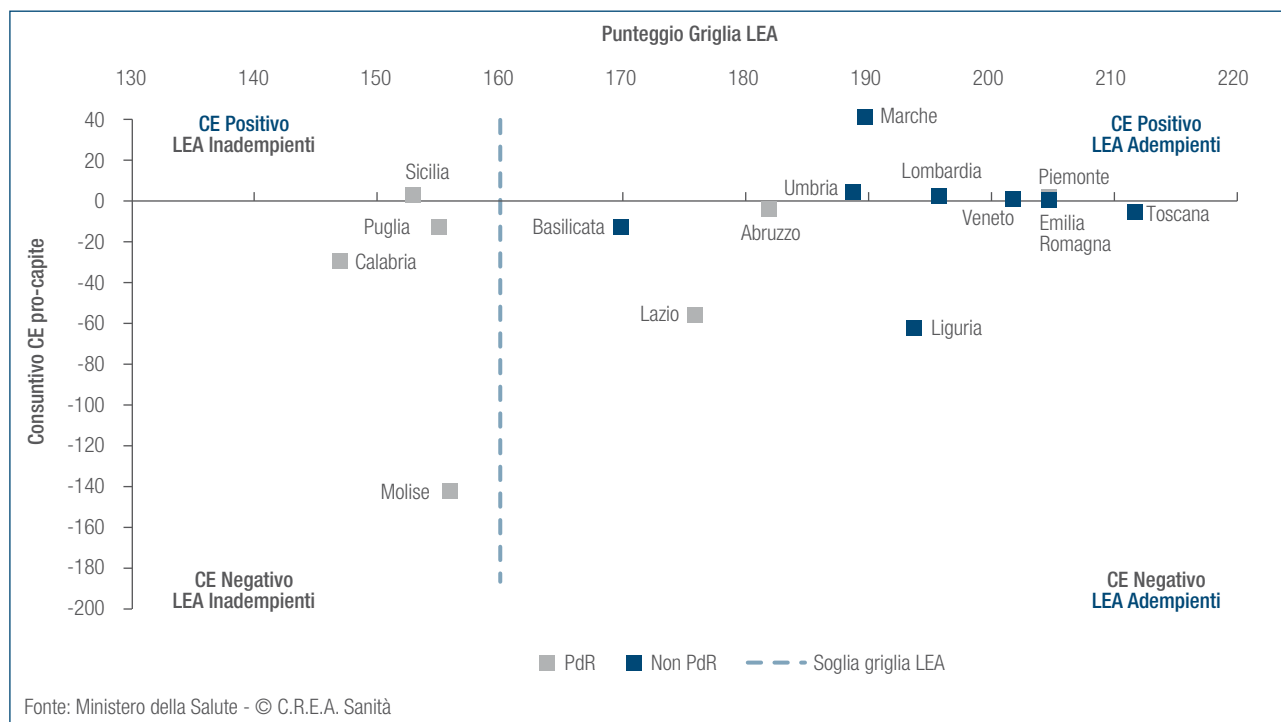


Figura 2.14. Trend regionali Griglia LEA e risultati di esercizio pro-capite prima delle coperture



teggio maggiore o uguale a 160 oppure se raggiunge un punteggio dell'intervallo 140-160 e non presenta alcun indicatore critico. Inadempianti, invece, sono tutte le Regioni con un punteggio inferiore a 140 oppure con

punteggio compreso nell'intervallo 140-160 con almeno un indicatore critico.

La Figura 2.14 mette in relazione risultati economici e punteggio LEA con dettaglio regionale.



Tabella 2.4. Griglia LEA: risultati 2015

Valutazione	Regione	Punteggio	Criticità
Adempiente	Toscana	212	
	Emilia Romagna	205	
	Piemonte	205	
	Veneto	202	
	Lombardia	196	
	Liguria	194	
	Marche	190	
	Umbria	189	
	Abruzzo	182	
	Lazio	176	
Basilicata	170		
Inadempiente	Molise	156	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal PdR stesso. Criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, assistenza residenziale agli anziani, assistenza semiresidenziale a disabili, assistenza ospedaliera (percentuale ricoveri con DRG chirurgico)
	Puglia	155	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal PdR stesso. Criticità: vaccinazioni per MPR, <i>screening</i> , prevenzione veterinaria, assistenza ospedaliera (percentuale ricoveri con DRG chirurgico)
	Sicilia	153	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal PdR stesso. Criticità: vaccinazioni per ciclo base (3 dosi) e MPR, <i>screening</i> , prevenzione veterinaria, assistenza residenziale agli anziani, assistenza ai disabili, assistenza ospedaliera (ospedalizzazioni evitabili in età pediatrica)
	Calabria	147	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal PdR stesso. Criticità: vaccinazioni antinfluenzale per anziani, <i>screening</i> , prevenzione veterinaria, assistenza malati terminali, assistenza ospedaliera (parti cesarei primari e interventi per frattura del femore entro due giornate nei soggetti ultrasessantacinquenni)
	Campania	106	Rinvio al PdR per gli obiettivi stabiliti dal PdR stesso. Criticità: vaccinazioni per ciclo base (3 dosi), MPR ed antinfluenzale per anziani, <i>screening</i> , prevenzione veterinaria, assistenza residenziale ai disabili

Fonte: Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Sebbene in media le Regioni in PdR abbiano visto progressivamente migliorare la loro situazione sia da un punto di vista finanziario che da quello di erogazione dei LEA, per il 2015 la Griglia LEA “boccia” 5 Regioni (tutte in PdR): Molise, Puglia, Sicilia, Campania e Calabria. In tali Regioni sono emerse criticità relativamente ad alcune aree di assistenza ed in particolare con riferimento alle vaccinazioni, agli *screening*, all’assistenza agli anziani e ai disabili e all’appropriatezza nell’assistenza ospedaliera.

In definitiva, con la nuova metodologia di valutazione che, come sopra ricordato, comprende due sole classi di valutazione (adempiente, inadempiente) 5 Regioni in PdR hanno ottenuto il “semaforo rosso” in tema di adempimenti nell’erogazione dei LEA, ma quattro lo avrebbero avuto giallo (ovvero sarebbero state adempienti con impegno) se la valutazione fosse stata condotta secondo le tre precedenti classi di valutazione (Tabella 2.4 e Tabella 2.5).

Tabella 2.5. Punteggi regionali Griglia LEA, anni 2012-2015

Regioni	2012	2013	2014	2015
Toscana	193	214	217	212
Emilia Romagna	210	204	204	205
Piemonte	186	201	200	205
Veneto	193	190	189	202
Lombardia	184	187	193	196
Liguria	176	187	194	194
Marche	165	191	192	190
Umbria	171	179	190	189
Abruzzo	145	152	163	182
Lazio	167	152	168	172
Basilicata	169	146	177	170
Molise	146	140	159	156
Puglia	140	134	162	155
Sicilia	157	165	170	153
Calabria	133	136	137	147
Campania	117	136	139	106
Regioni non in PdR (punteggio medio)	183	187	195	195
Regioni in PdR (punteggio medio)	149	152	162	160

Fonte: elaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato e Istat - © C.R.E.A. Sanità

## 2.5. Conclusioni

Come già osservato negli anni scorsi, il settore pubblico rappresenta la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU.

Nei Paesi dell'EU-OR, tuttavia, il finanziamento pubblico della Sanità è mediamente inferiore di 6,5 punti percentuali rispetto alla media dell'EU-OCC.

Per quanto concerne l'Italia si evidenzia come, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa italiana sia costantemente diminuita, mantenendosi sempre al di sotto della media degli altri Paesi appartenenti a EU-OCC e avvicinandosi maggiormente a quella dei Paesi EU-OR.

Il tasso di crescita del finanziamento pro-capite evidenzia come la crescita nominale osservabile tra il 2010 ed il 2016 sia solamente apparente, in quanto determina una cospicua riduzione reale delle risorse, sebbene a decorrere dal 2014 sembrerebbe evidenziarsi un'inversione di tendenza.

Malgrado la riduzione della crescita del finanziamento, si deve sottolineare come al 2016 i problemi finanziari del SSN sembrano complessivamente superati, con alcuni residui sbilanciamenti concentrati in realtà specifi-

che; quest'ultimo fatto, è ascrivibile al risanamento delle Regioni in PdR, tant'è che l'Abruzzo ha ottenuto risultati di esercizio positivi già a partire dal 2010 e la Sicilia e la Campania dal 2013.

Se, contestualmente all'aspetto economico-finanziario, si prende in considerazione la dinamica della capacità di adempiere al mantenimento nell'erogazione dei LEA, secondo la nuova metodologia, si constata come nel 2015 cinque delle Regioni (tutte in Piano) non siano risultate adempienti.

## Riferimenti bibliografici

- Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica – CIPE (anni vari), *Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario*
- Ragioneria Generale dello Stato (anni vari), *Il Monitoraggio della spesa sanitaria*
- Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Analisi statistiche e dichiarazioni fiscali*
- Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico e Griglia LEA*

## ENGLISH SUMMARY

### *Funding: level and recovery*

*The issue of (public) funding for healthcare spending is extremely important both for the impact on public finances and in terms of redistributive effects triggered.*

*In particular, this chapter analyzes the aspect of the origin of resources - i.e. who “pay” for funding public health spending - and the aspect of the allocation of resources available. We need to consider that even deficits may produce redistributive effects, although not “planned”.*

*As is well-known, the public sector is the main source of funding for health spending in almost all EU countries.*

*Considering only Western European countries (EU-West), in 2016 the public sector accounted for 78.8% of current health spending. In Italy said share was 75%.*

*In Eastern European Countries (EU-East), in 2016 the average share of public spending for healthcare fell to 72.3%.*

*Since 2010 the Italian share of public spending has declined steadily, remaining always below the average of the other Western European countries (EU-14). Currently Italy’s public coverage value is now closer to the average of the EU-East countries than to the average of the EU-West countries.*

*At national level, in 2017 the National Health Fund (in its undifferentiated component) amounts to € 109,218.5 million, with an increase of almost € 1 billion as against 2016. Between 2016 and 2017, Liguria and Basilicata were the regions where the share of undifferentiated requirements grew more while, on the other extreme, we find Valle d’Aosta, and Friuli Venezia Giulia.*

*The 2016 actual funding - i.e. the one achieved in the phase of allocation of the National Health Fund, increased by the amount generated by the Healthcare Units thanks to the higher own revenues than the revenues set and reflected in the 2001 State-Regions Agreement - reached € 112,922.1 million, with a 0.9% increase as against the previous year (€ 111,907.5 million).*

*In 2016 the average per-capita funding amounted to € 1,861.4, with a 1.1% increase compared to 2015 and a 4.3% rise over the five year period, equal to a 0.8% average annual growth.*

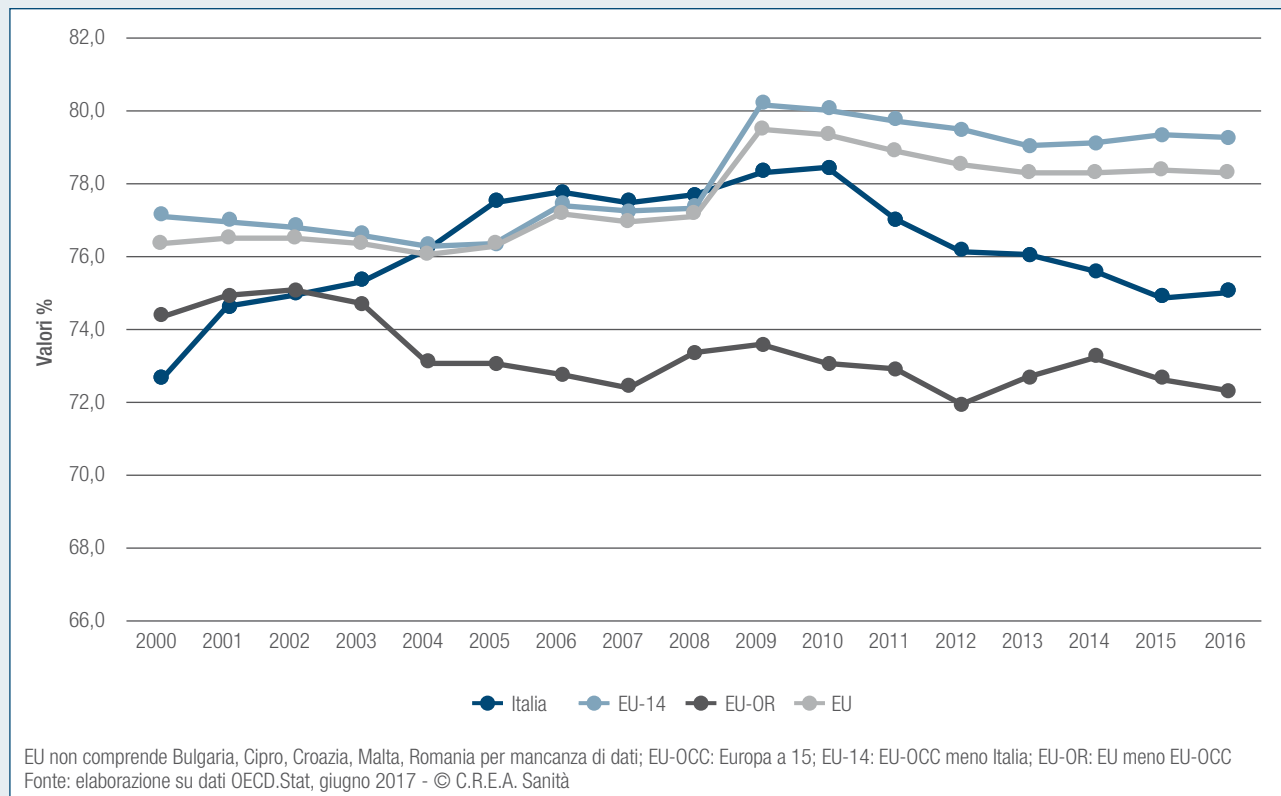
*The gap between the Region with the highest per-capita funding and the one with the lowest one is equal to € 416.6 in absolute terms (approximately 24%).*

*Between 2010 and 2016 the nominal per-capita funding rose by € 90.8, thus resulting in a reduction of the per-capita funding in real terms of € 35.7.*

*As a consequences, in 2016, the former structural deficit seemed to have been substantially overcome, with a reduction of € 1.1 billion, equal to 0.9% of the total funding. It should be noted that the residual deficit is focused on specific realities and situations.*

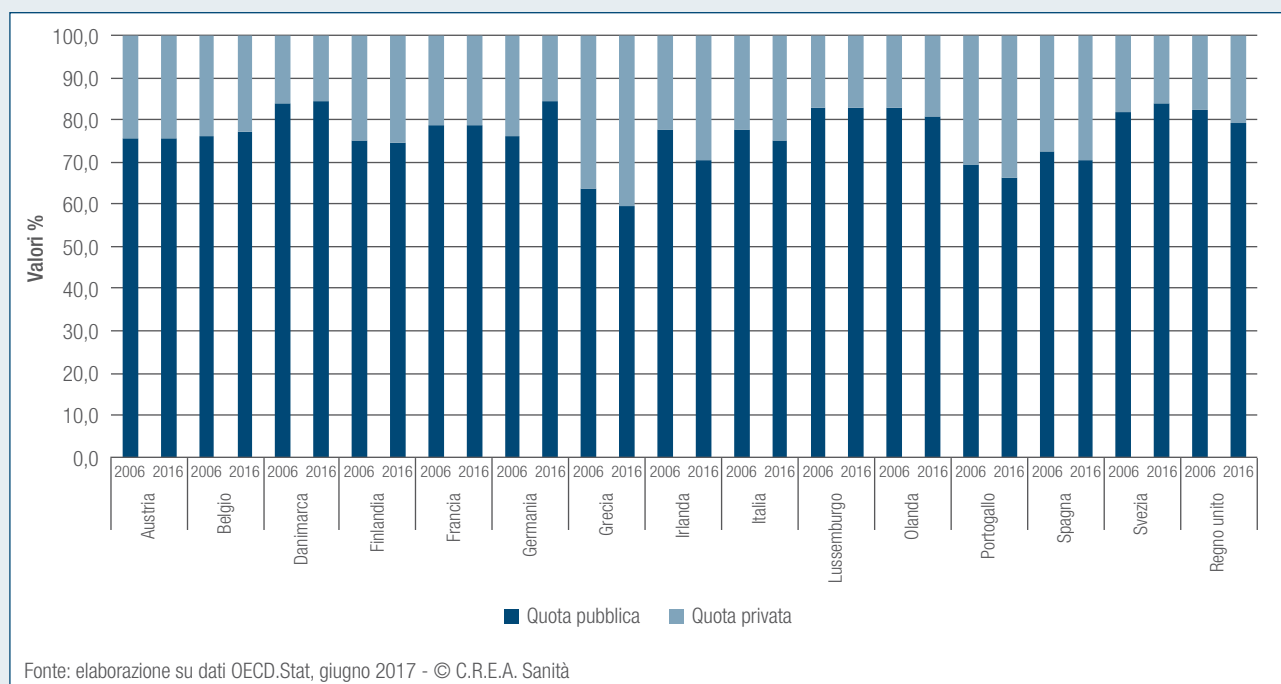
*Finally it is worth recalling that - although requiring greater cuts in the Regions subject to recovery plans, mostly in the South of Italy - recovery does not seem to have significantly deteriorated the quality of healthcare, at least in the terms measured by the so-called LEA Grid developed by the Ministry of Health.*

KI 2.1. Quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



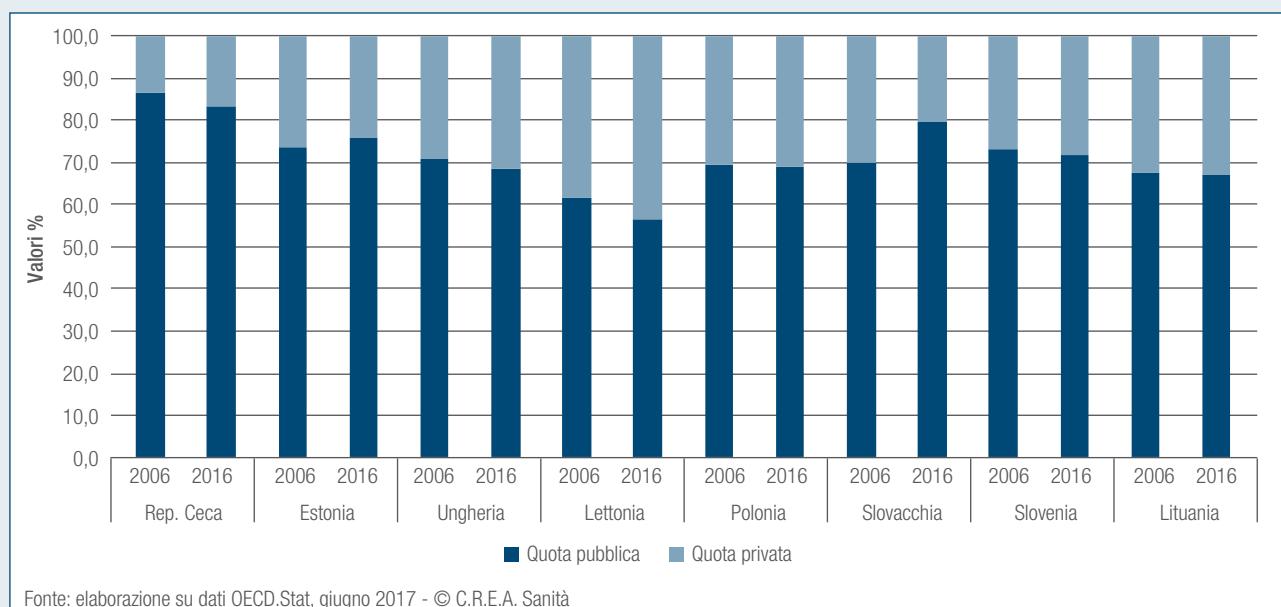
L'osservazione dei trend internazionali (Unione Europea, esclusi Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romaniaa, per i quali OECD non fornisce il dato) relativi al periodo 2000-2016 evidenzia come, a partire dal 2010, la quota pubblica della spesa italiana sia costantemente diminuita (a parte +0,2 punti percentuali nel 2016 rispetto all'anno precedente), mantenendosi sempre al di sotto della media degli altri Paesi appartenenti all'Europa a 14 (EU-14), con un gap che nel 2016 supera di poco i 4 punti percentuali. Nel periodo considerato, la quota di finanziamento pubblico in Italia ha superato, sia pur di poco, quella registrata in EU-14 solo nel quadriennio 2005-2008. Il valore di copertura pubblica dell'Italia è ormai più vicino a quello medio dei Paesi dell'Europa orientale (EU-OR) che a quello dei Paesi dell'Europa Occidentale (EU-OCC). Complessivamente, va detto che la quota di copertura pubblica per i Paesi EU-14 è in media aumentata negli anni di massima crisi, ed è rimasta su valori prossimi all'80% malgrado una lieve flessione registrata negli ultimi anni. Di contro, è progressivamente calata la copertura pubblica nei Paesi EU-OR, ma ancor di più in Italia. Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i Paesi, e che in alcuni anni sono possibili discontinuità nelle serie. Per approfondire, <http://stats.oecd.org>

**KI 2.2. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, Paesi EU-OCC**



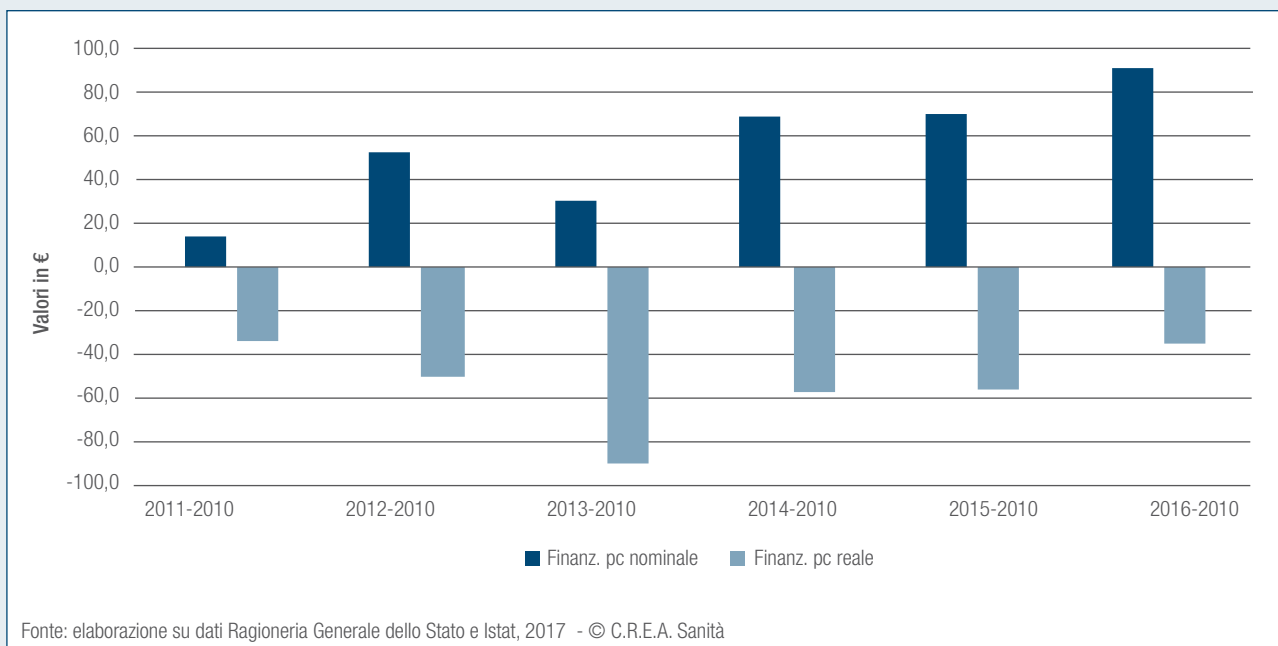
In base alle stime fornite da OECD nel giugno 2017 (e con le cautele espresse per l'indicatore KI 2.1 circa la confrontabilità dei dati), nel 2016 in Italia la quota media di spesa pubblica è pari al 75,0%, contro il 77,8% registrato nel 2006. Osservando i Paesi dell'Europa occidentale (EU-OCC), nel 2016 la forbice va dal 59,3% della Grecia all'84,6% della Germania, mentre nel 2006 si andava dal 63,7% della Grecia all'83,9% della Danimarca. Tra il 2006 e il 2016, in EU-OCC sono 8 i Paesi che hanno registrato una diminuzione della quota pubblica: Grecia (-4,5 punti percentuali), Portogallo (-2,9), Spagna (-1,9), Finlandia (-0,6), Italia (-2,7), Irlanda (-7,7), Regno Unito (-3,1) e Olanda (-1,8). Tra gli aumenti, si segnala il +8,4 punti percentuali registrati dalla Germania nel decennio 2006-2016.

**KI 2.3. Finanziamento pubblico e privato della spesa sanitaria corrente, Paesi EU-OR**



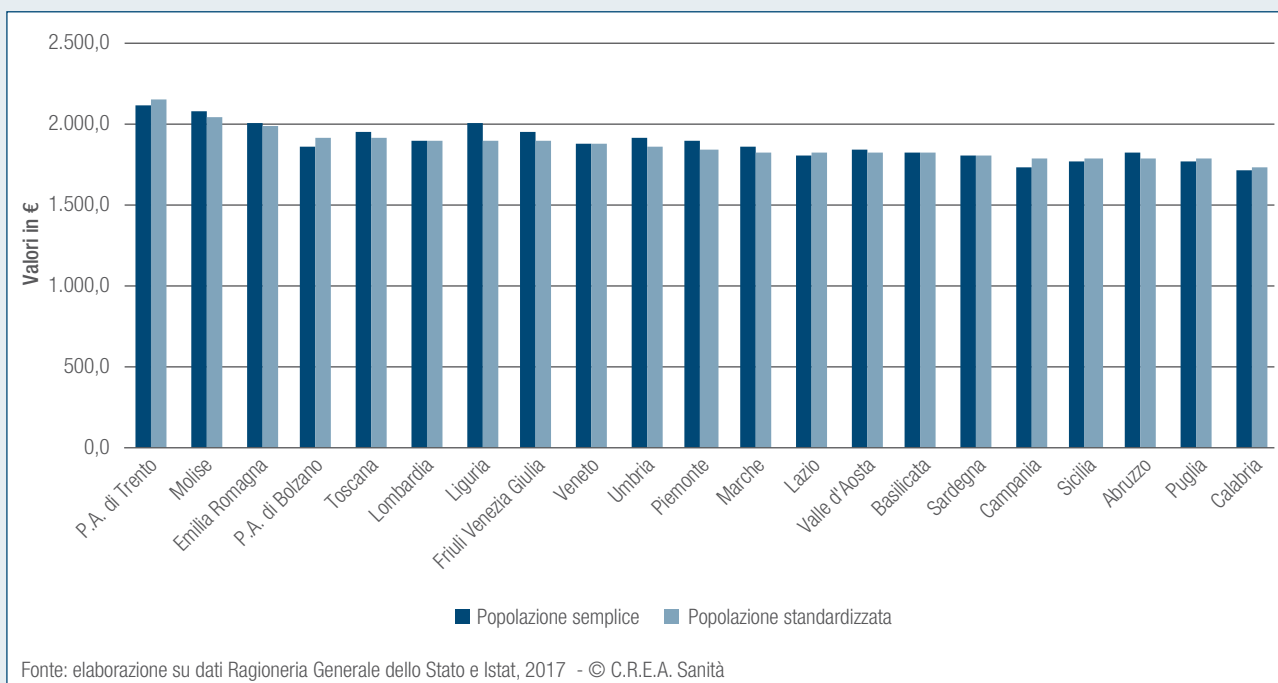
In base alle stime fornite da OECD nel giugno 2017 (e con le cautele espresse per l'indicatore KI 2.1 circa la confrontabilità dei dati), osservando la quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente nei Paesi dell'Europa orientale (EU-OR: EU meno EU-15), nel 2016 si va dal 56,4% della Lettonia all'83,4% della Repubblica Ceca. Nel 2006 la forbice interessava i medesimi Paesi: si andava dal 61,5% della Lettonia all'86,3% della Repubblica Ceca. Tra il 2006 e il 2016, in EU-OR tutti i Paesi hanno registrato una diminuzione della quota pubblica, ad eccezione di Slovacchia (+9,8 punti percentuali) ed Estonia (+2,6): Lettonia (-5,1 punti percentuali), Lituania (-0,6), Polonia (-0,3), Ungheria (-2,5), Slovenia (-1,3) e Repubblica Ceca (-2,9).

## KI 2.4. Trend finanziamento pro-capite nominale e reale



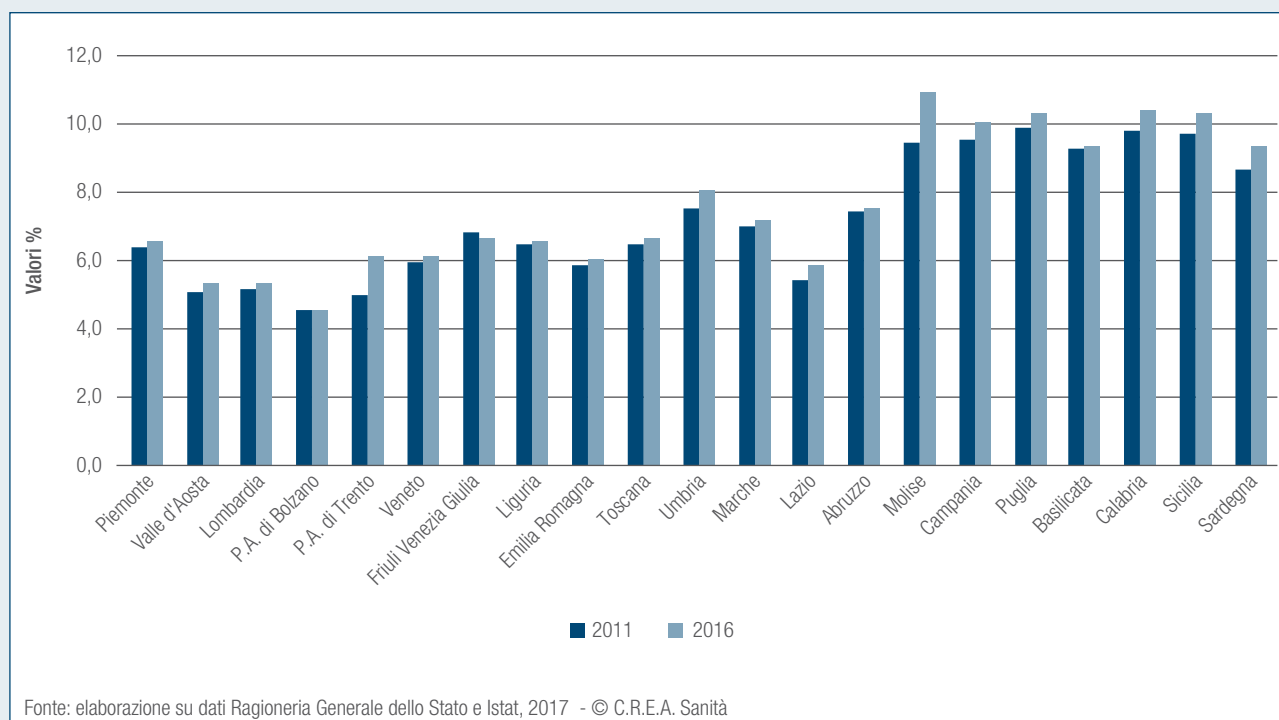
Tra il 2010 ed il 2016 il finanziamento pro-capite nominale è aumentato di circa € 90,8; ma la crescita nominale di questo periodo è stata accompagnata da una riduzione del finanziamento pro-capite reale di € 35,7. Si noti, inoltre, che tra il 2010 ed il 2016 la crescita del finanziamento pro-capite reale è stata sempre negativa.

## KI 2.5. Finanziamento pro-capite per popolazione semplice e standardizzata, anno 2016

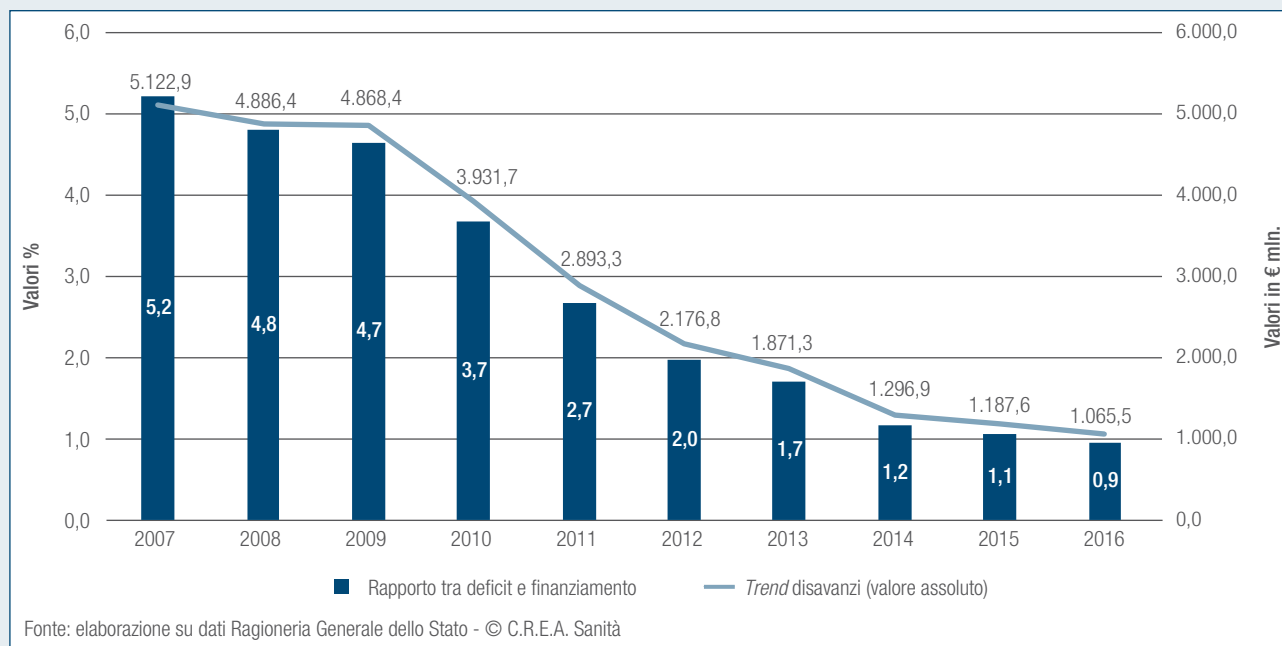


Nel 2016, il finanziamento pro-capite medio per popolazione pesata, ovvero depurata degli effetti demografici, è stato di € 1.861,4. Nel medesimo anno, la Regione che ha presentato il finanziamento in termini pro-capite per popolazione pesata più elevato è stata la P.A. di Trento (€ 2.157,3) seguita da Molise (€ 2.048,2) e dall'Emilia Romagna (€ 1.977,7); all'estremo opposto si colloca la Calabria dove il finanziamento pro-capite supera di poco € 1.740,0. Si tenga, inoltre, presente che tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di € 416,6, ovvero uno scarto del 23,9%.

## KI 2.6. Finanziamento regionale su PIL

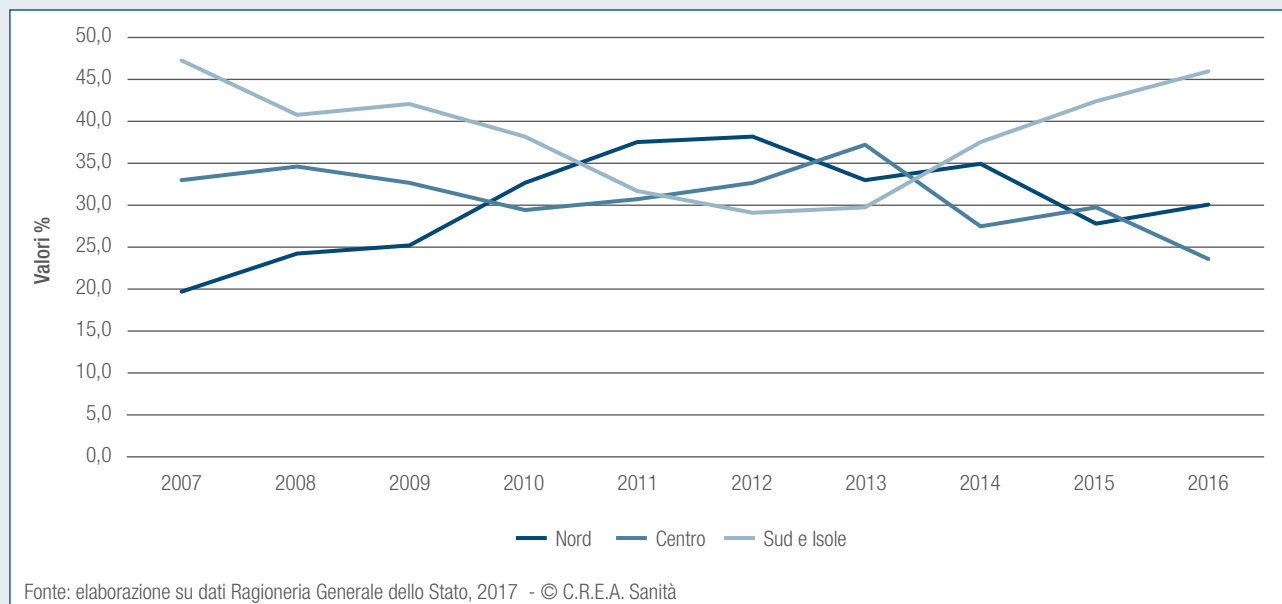


Nel 2016, le risorse messe a disposizione per la tutela della salute nelle Regioni del Sud, malgrado siano minori in termini nominali di quelle stanziare nelle altre ripartizioni, incidono significativamente di più sul PIL locale (9,9%) e in maniera tendenzialmente stabile rispetto al 2011 (9,4%). Si tenga presente che tutto ciò è reso possibile dalla redistribuzione delle risorse operata con il meccanismo di perequazione. Per quanto concerne il *gap* tra il dato medio nazionale ed il dato riportato nelle Regioni del Centro è possibile osservare come questo sia stabile rispetto al 2011 (0,5% nel 2011 vs 0,5% nel 2016); anche il *gap* tra il dato nazionale e quello delle Regioni del Nord è rimasto tendenzialmente invariato (*gap* Italia vs Nord 0,9% nel 2011 e 1,0% nel 2016); infine, anche quello tra l'Italia e il Sud è rimasto sostanzialmente invariato (*gap* Italia vs Sud -2,8% nel 2011 e -3,1% nel 2016). In particolare, nel 2016, sono Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia le Regioni in cui le risorse per la sanità assorbono oltre il 10,0% del PIL locale.

KI 2.7. Quota di deficit su finanziamento e *trend* disavanzi

Il miglioramento della situazione economico-finanziaria, a seguito degli interventi di riequilibrio adottati, è evidente se si osserva il rapporto tra il disavanzo sanitario registrato nei vari anni e il relativo finanziamento effettivo della spesa sanitaria. In effetti, si può osservare che nel 2006 tale indicatore registrava valori del 6,5%, mentre nel 2016 il deficit complessivo arriva ad assorbire meno dell'1,0% del finanziamento complessivo (lo 0,9%). Anche la considerazione del *trend* del disavanzo totale (ricordiamo che si fa riferimento alle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo) conferma che il deficit si è ridotto, di circa il 79,2% dopo l'intervento dei PdR, tanto che allo stato attuale può ritenersi, soprattutto per alcune realtà, un problema superato. Tra il 2007 ed il 2016 il disavanzo complessivo è passato da € 5.122,9 mln. a € 1.065,5 mln., riportando una diminuzione del 16,0% medio annuo.

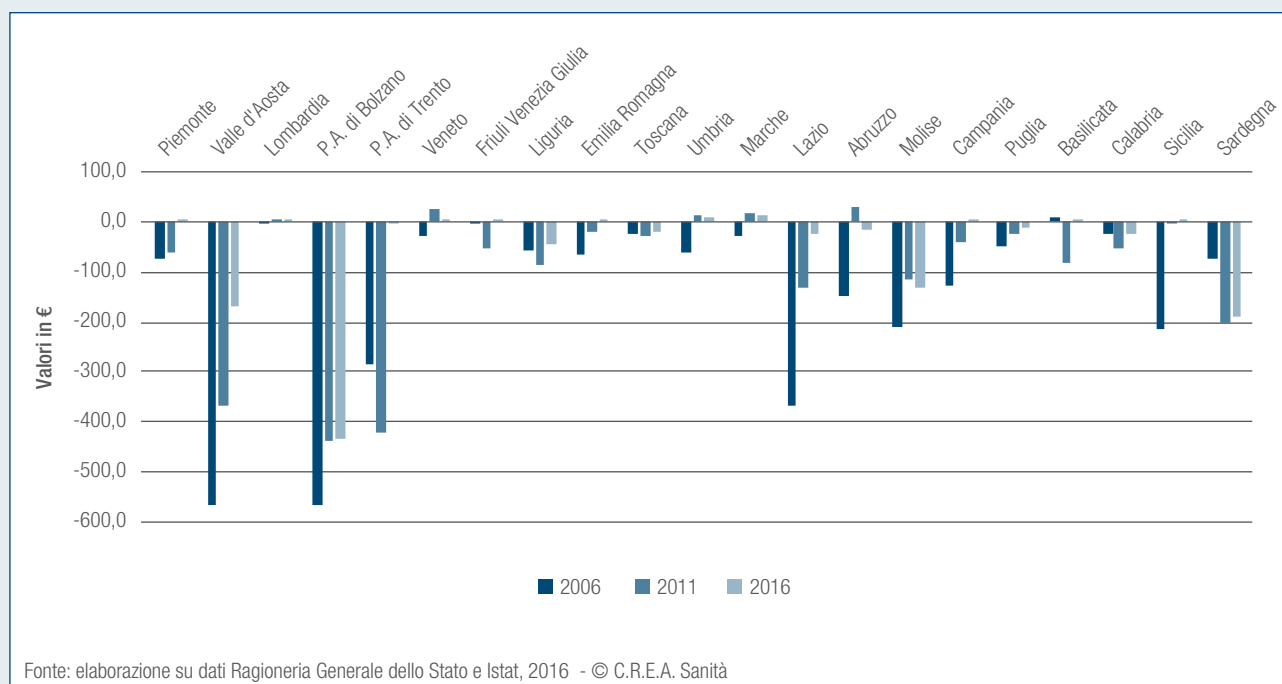
## KI 2.8. Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica



Qualora escludessimo dall'analisi le Regioni in utile, se ne ricava che la perdita di gestione complessiva nel 2016 ammonterebbe a € 1.065,5, mln., di cui il 30,2% realizzato nelle Regioni settentrionali, il 23,7% in quelle centrali ed, infine, il 46,1% in quelle meridionali. La figura evidenzia il cambiamento intervenuto nella composizione territoriale del disavanzo tra il 2010 ed il 2013: in questo periodo cresce la quota di spettanza dell'area settentrionale e diminuisce nel 2012, quella di pertinenza dell'area meridionale, mentre nel Centro cresce progressivamente. Dopo tale periodo il disavanzo del Sud ricomincia a crescere, quello del Centro prima diminuisce (nel 2014) e poi (nel 2015) fa nuovamente un balzo in avanti e quello della ripartizione settentrionale nel 2014 aumenta per poi nel 2016 diminuire nuovamente.



## KI 2.9. Risultati di esercizio pro-capite



Secondo quanto è possibile desumere dai dati pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato nell'ambito del rapporto su il *Monitoraggio della spesa sanitaria*, nel 2016 il disavanzo pro-capite, in Italia, scende a € 16,7 vs un disavanzo pro-capite pari a € 44,5 nel 2011 (una riduzione del 62,5%). Giova, peraltro evidenziare come tra il 2011 ed il 2016 il disavanzo pro-capite subisca una notevole riduzione in tutte le ripartizioni (Nord € 34,5 nel 2011 vs € 10,7 del 2016; Centro € 71,7 nel 2011 vs € 19,3 nel 2016; Sud € 42,2 nel 2011 vs € 23,1 nel 2016). Nel 2016 sono undici le Regioni che presentano ancora un risultato di esercizio pro-capite negativo contro le sedici del 2011 e le diciannove del 2006. In particolare, nel 2016, i disavanzi pro-capite più cospicui sono riportati dalla P.A. di Bolzano e dalla Sardegna (€ 437,3 la prima, € 193,5 la seconda). Si ricorda che si fa riferimento ai risultati di esercizio ottenuti dopo le verifiche dei Tavoli di monitoraggio.





*Capitolo 3*

**La spesa:**

**l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali**

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 3

## La spesa: l'evoluzione nei confronti internazionali e nazionali

d'Angela D.<sup>1</sup>, Ploner E.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

## 3.1. Il contesto internazionale e la sostenibilità del sistema italiano

La spesa sanitaria totale corrente italiana, nel 2016, risulta pari a € 2.464,3 pro-capite (OECD), con uno scarto del 31,2% rispetto a € 3.583,8 medio pro-capite dell'Europa occidentale (EU-OCC)<sup>3</sup> (Figura 3.1).

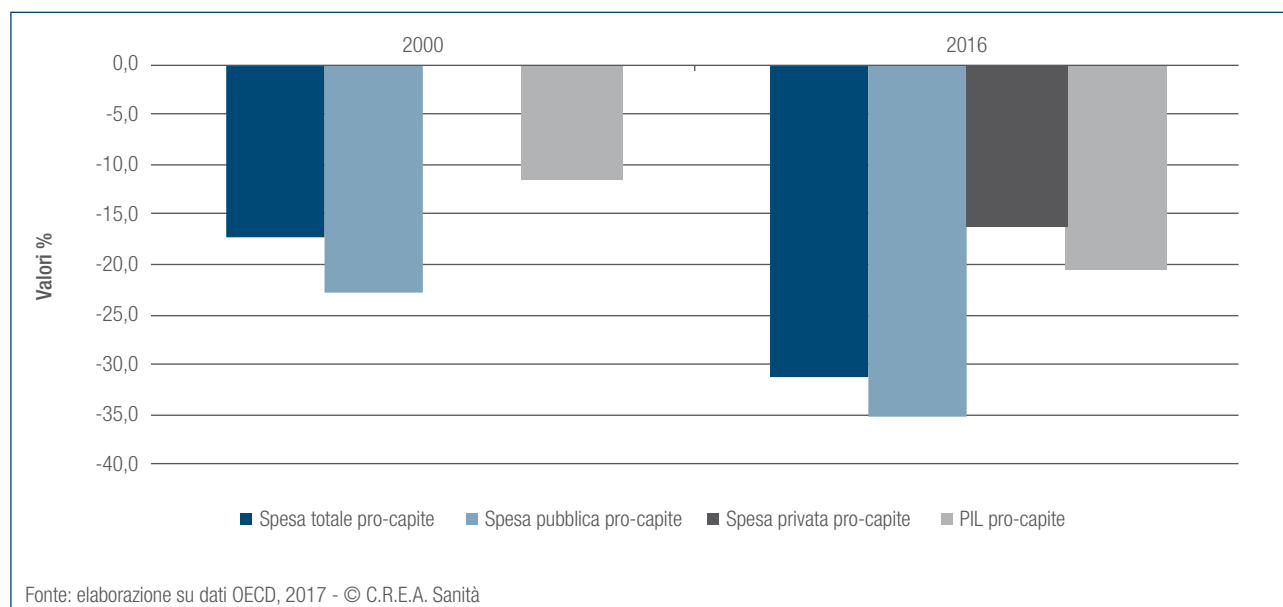
Va sottolineato, che, sebbene il *gap* risulti in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto all'anno precedente, presenta comunque un incremento di 13,3 punti percentuali rispetto al 2000. Nel periodo 2000-2016 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'EU-OCC (EU-14<sup>4</sup>) è, quindi, quasi raddoppiato (17,9% vs 31,2%). Sebbene nell'ultimo anno, la spesa sanitaria to-

tale pro-capite del nostro Paese sia cresciuta dell'1,1% contro una decrescita dello -0,1% dell'EU-OCC, la crescita media annua tra il 2011 ed il 2016 è pari allo 0,2% dell'Italia vs una del 3,0% dell'EU-OCC al netto dell'Italia (EU-14) (Figura 3.2).

A ben vedere, però, questa inversione di tendenza del *gap* è solo "apparente" in quanto legata alla massiccia contrazione della spesa sanitaria che si è verificata sia in Grecia (in seguito alla grave crisi economica iniziata nel 2009 e tutt'ora in corso), che nel Regno Unito; in quest'ultimo Paese la riduzione della spesa per l'assistenza sanitaria è, in effetti, effetto della svalutazione della Sterlina.

I risultati si confermano ripetendo l'analisi in valori

Figura 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in €. Gap Italia vs EU-14



<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

<sup>3</sup> Fonte: *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)*, database OECD.Stat, edizione luglio 2017.

<sup>4</sup> EU-15 esclusa Italia

Figura 3.2. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in €. Gap Italia vs EU-14

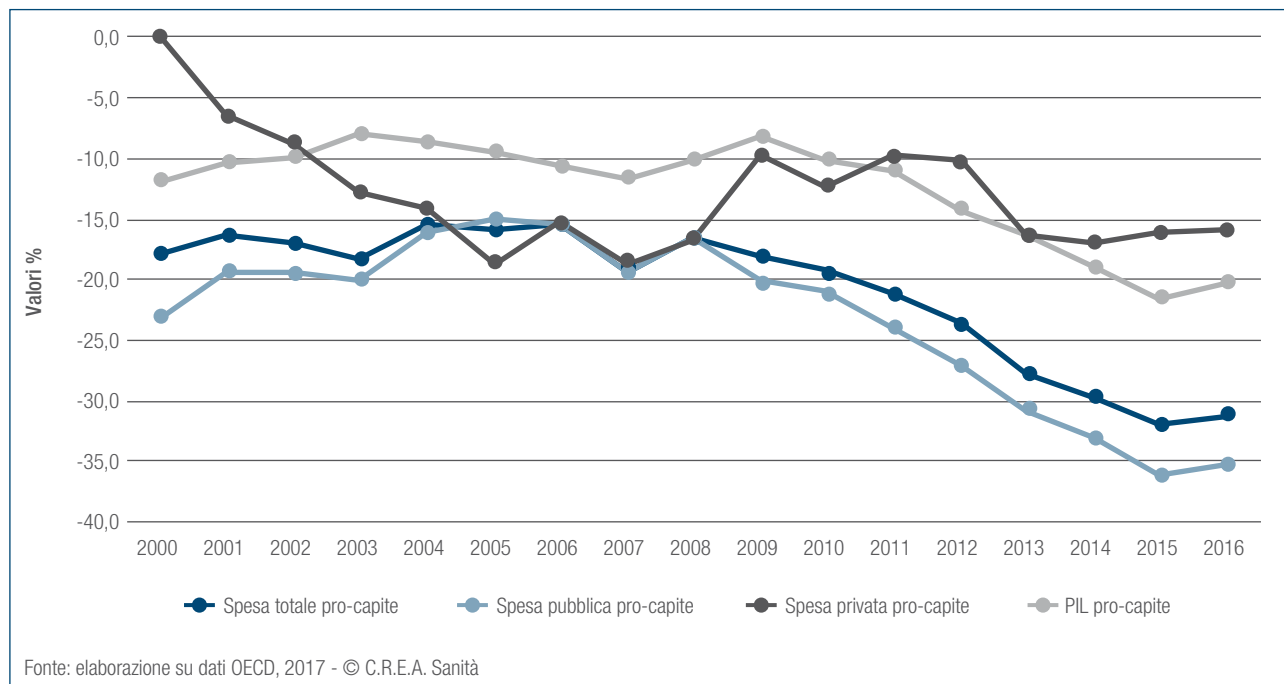
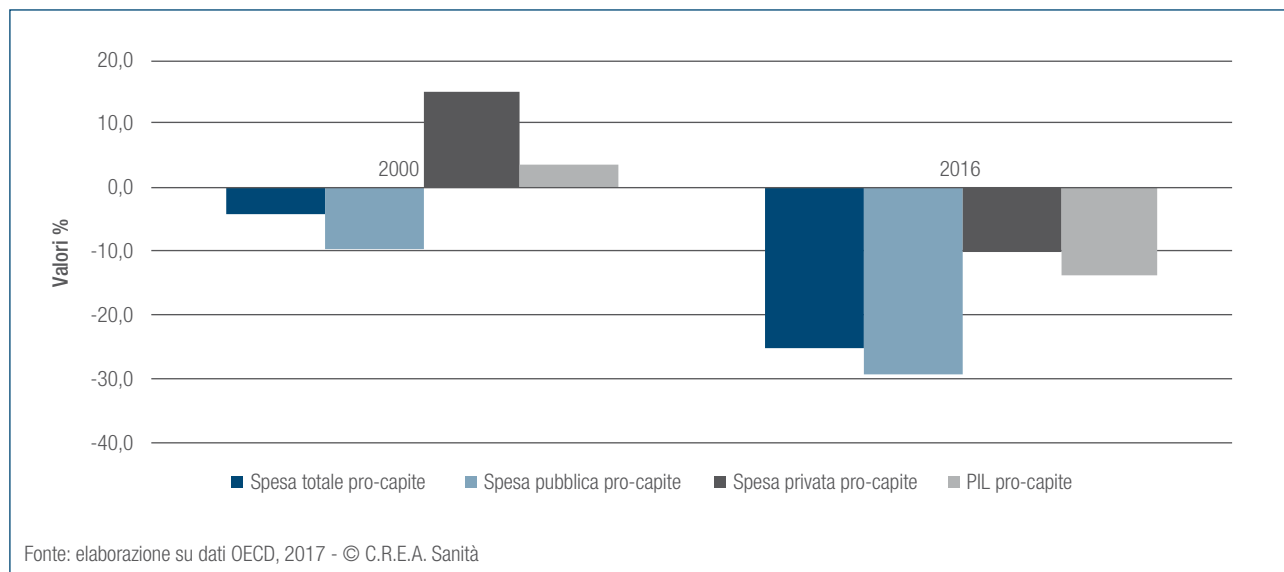


Figura 3.3. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in \$-PPP. Gap Italia vs EU-14

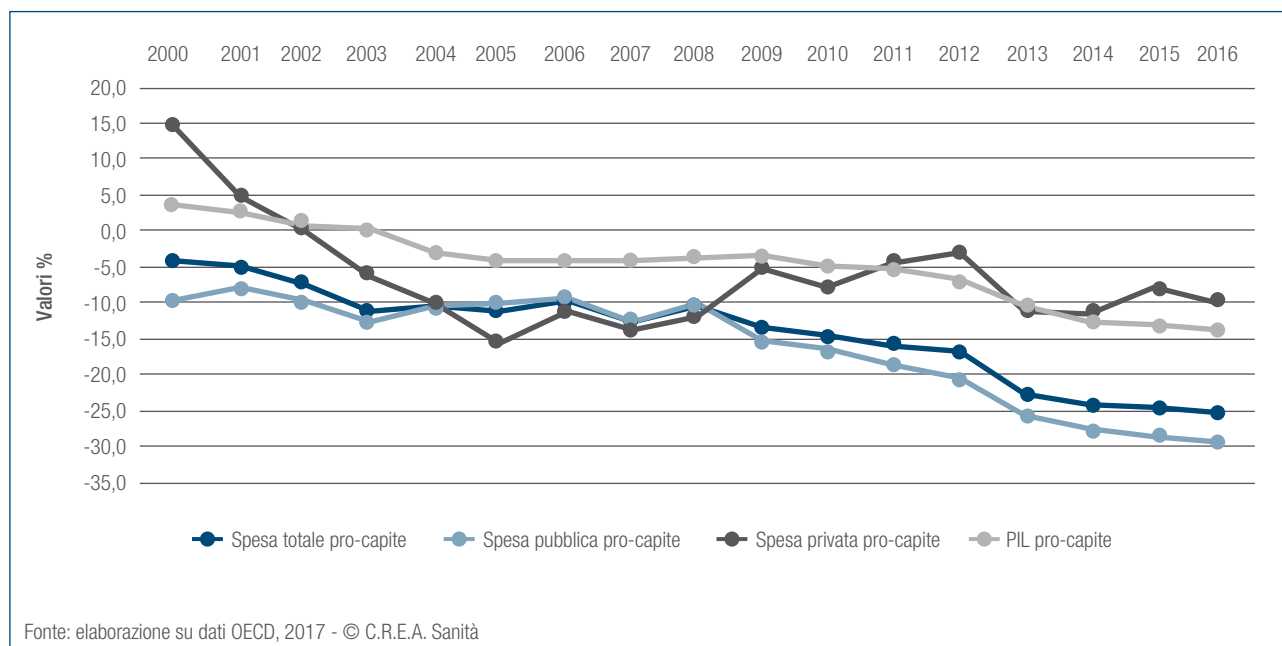


pro-capite in \$-PPP (*Purchasing Power Parity*); nel caso della spesa totale, lo scarto tra l'Italia ed i Paesi EU-14 tra il 2000 ed il 2016 è cresciuto di 21,3 punti percentuali passando dal 4,0% del 2000 al 25,3% del 2016: anche nell'ultimo anno il *gap* è cresciuto, comunque, di 1,0 punto percentuale (Figura 3.3).

Sul fronte della spesa pubblica, il divario tra l'Italia e EU-14 ha raggiunto il 35,2% (-0,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente); al pari di quanto verifica-

tosì per la spesa totale, va notato che nel 2000 il *gap* superava appena il 23,0% (in pratica, una crescita dello scarto, nel periodo considerato, di 12,0 punti percentuali). Nuovamente, qualora esprimessimo la variabile di interesse in \$-PPP, avremmo che la forbice tra l'Italia ed i Paesi dell'EU-14 ha continuato ad allargarsi in tutto l'arco temporale analizzato, passando dal 9,6% nel 2000 al 29,3% a fine 2016 e con un incremento di 0,7 punti percentuali nell'ultimo anno.

Figura 3.4. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite in \$-PPP. Gap Italia vs EU-14



Passando all'analisi della spesa sanitaria privata pro-capite, è possibile osservare che il *gap* si ferma al 16,0%, riportando peraltro una crescita assai consistente nel periodo 2000-2016 (basti considerare che nel 2000 lo scarto fra Italia ed EU-14 era praticamente nullo): la distanza tra l'Italia e EU-14 tra il 2015 ed il 2016 si è ridotta dello 0,2%. In termini di \$-PPP è possibile evidenziare come nell'ultimo anno il *gap* sia, invece, aumentato di circa 2,0 punti percentuali, sebbene tra il 2000 ed il 2002 lo scarto fosse a vantaggio dell'Italia e la variabile abbia avuto nell'intero periodo analizzato un andamento oscillante.

Parallelamente il *gap* del PIL pro-capite è diminuito nell'ultimo anno di 1,2 punti percentuali, sebbene il PIL pro-capite, tra il 2011 ed il 2016, abbia avuto una crescita media nulla in Italia contro un aumento del 2,3% medio annuo nei Paesi dell'EU-14. In \$-PPP lo scarto di PIL pro-capite fino al 2003 è a favore dell'Italia per poi subire un'inversione di tendenza, riportando una crescita di 0,9 punti percentuali tra il 2015 ed il 2016 (Figura 3.4).

In sintesi, quindi, nel 2016 il *gap* tra l'Italia ed i Paesi dell'EU-14:

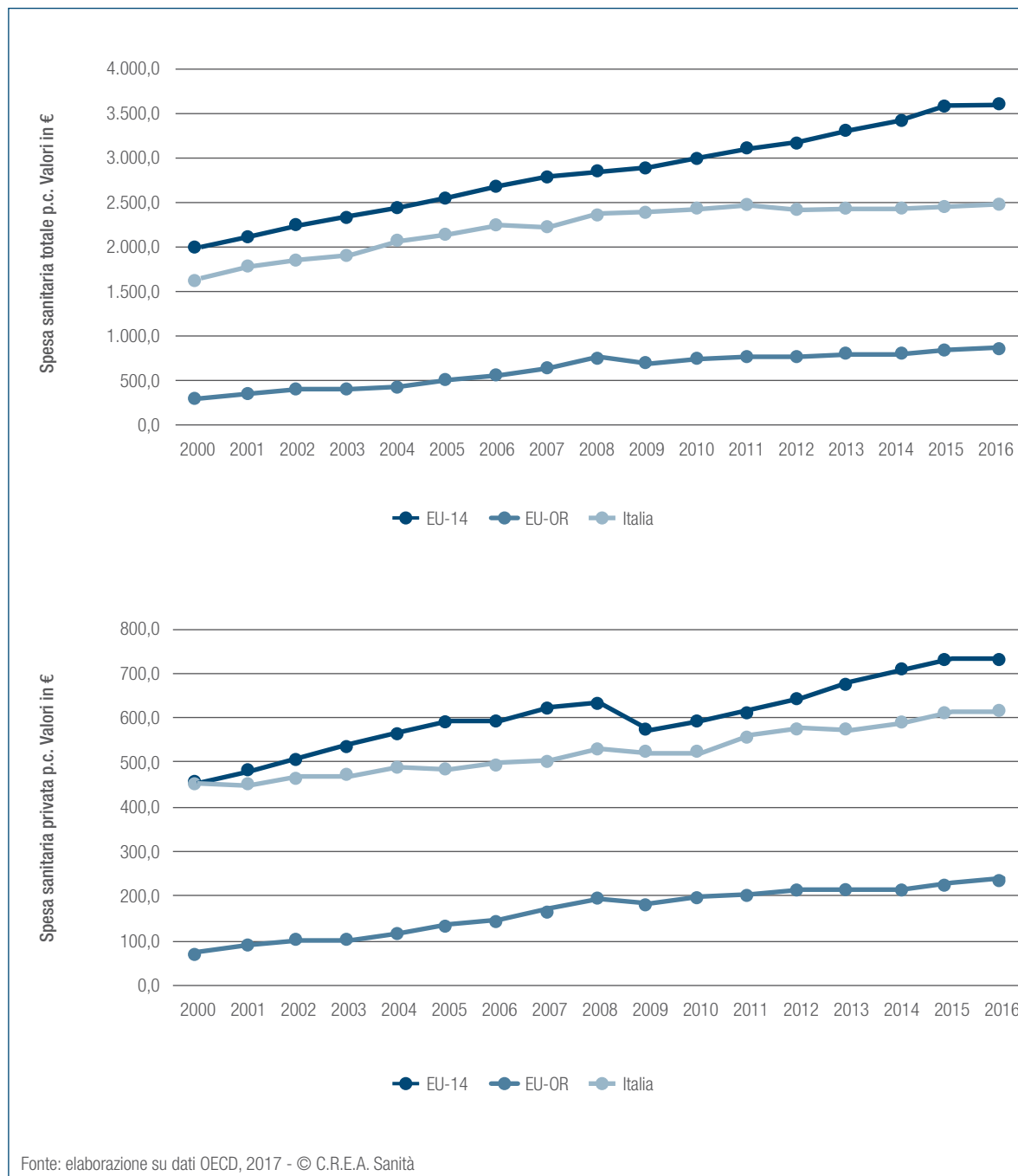
- in termini di spesa totale ha raggiunto il 31,2% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 25,3% qualora si utilizzino i

valori espressi in \$-PPP. Data l'approssimazione della correzione in \$-PPP nel caso specifico della Sanità, possiamo, quindi, ragionevolmente sostenere che in termini di servizio il *gap* italiano è intermedio (quindi nel *range* 25%-31%) fra gli indicatori elaborati;

- in termini di spesa pubblica ha raggiunto il 35,2% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 29,3% qualora si utilizzino i valori espressi in \$-PPP;
- in termini di spesa privata ha raggiunto il 16,0% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 10,0% qualora si utilizzino i valori espressi in \$-PPP;
- in termini di PIL, ha raggiunto il 20,4% qualora nell'analisi si faccia ricorso ai valori pro-capite espressi in €, mentre si ferma al 13,8% qualora si utilizzino i valori espressi in \$-PPP.

Allargando l'analisi ai Paesi dell'Europa Orientale (EU-OR), osserviamo come la spesa sanitaria totale pro-capite abbia in questi Paesi una crescita assai più sostenuta che in EU-14 o in Italia (6,9% 3,7%, e 2,5% medio annuo rispettivamente per EU-OR, EU-14, e Italia). Analogo andamento ha caratterizzato tutte le altre variabili analizzate (crescita media annua della spesa pubblica pro-capite: 6,8%, 3,8%, e 2,7% rispettivamente per EU-OR, EU-14, e Italia; crescita media annua della

Figura 3.5. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite, Italia, EU-14 e EU-OR



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

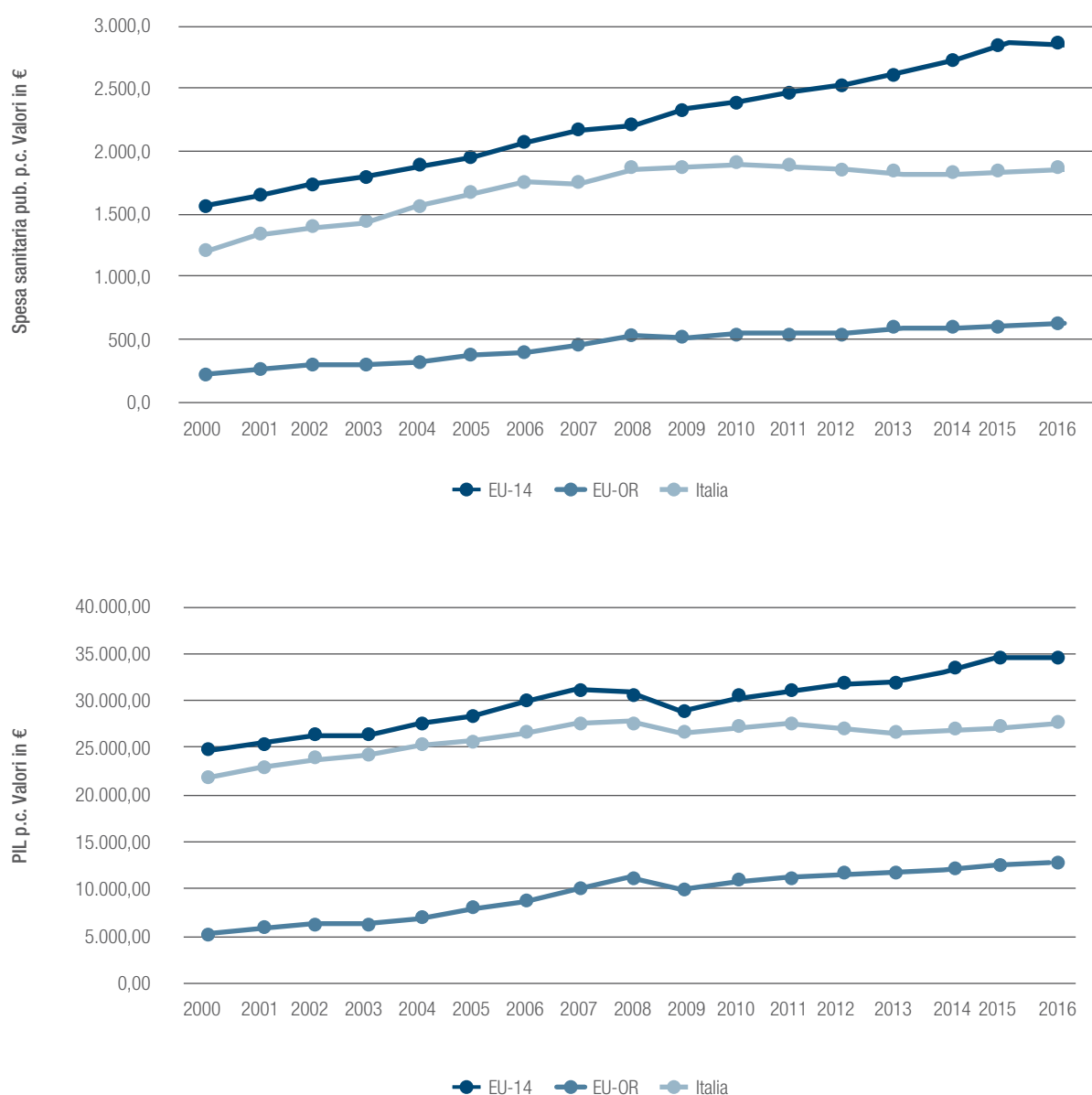
spesa privata pro-capite: 7,4%, 3,1% e 2,0% rispettivamente per EU-OR, EU-14 e Italia; crescita media annua del PIL pro-capite: 5,8%, 2,1%, e 1,5% rispettivamente per EU-OR, EU-14, e Italia).

Osserviamo, quindi, la tendenza ad un “progressivo avvicinamento” dell’Italia ai Paesi EU-OR e un altrettanto “progressivo allontanamento” da EU-OCC (Figura 3.5).

Un tema di grande interesse è rappresentato dall’e-

voluzione della spesa privata in Italia: nel periodo 2000-2015 la spesa privata pro-capite italiana ha registrato un valore inferiore a quello medio europeo, ed è anche cresciuta meno: nel quinquennio 2000-2005 è aumentata con un tasso medio annuo del +0,2% a fronte di un aumento del +6,5% dei Paesi EU-14 ed uno del +10,1% dei Paesi EU-OR; +3,6% dal 2005 al 2010 rispetto a +1,8% EU-14 ed +8,6% di EU-OR. Nel quinquennio



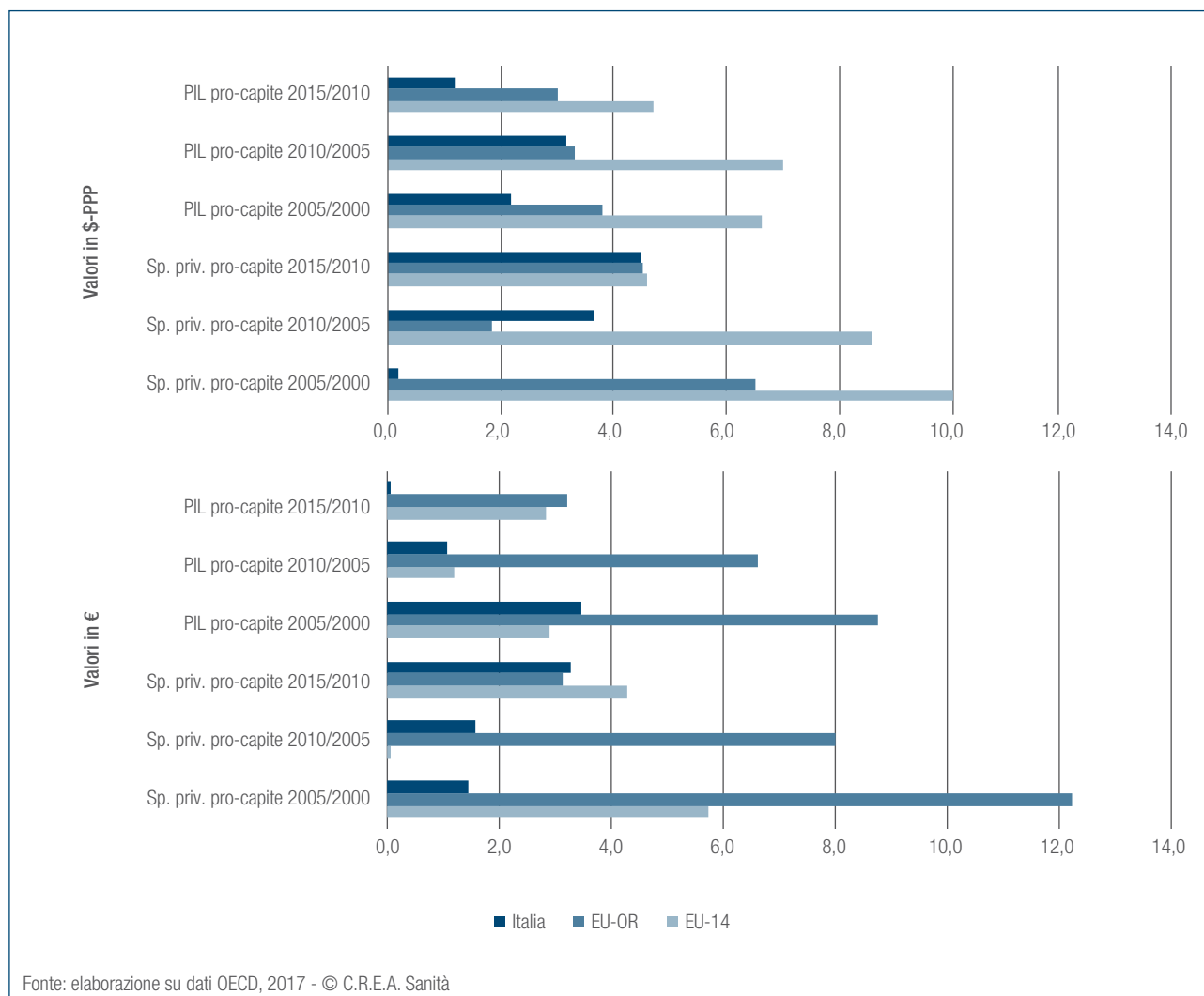


2010-2015 il tasso di crescita si è sostanzialmente allineato: +4,5% Italia ed EU-14 e +4,6% in EU-OR.

Il tasso di crescita annua della spesa privata delle famiglie è rimasto invariato nei due quinquenni 2000-2005 e 2005-2010 (+1,4%), mentre in quello successivo (2010-2015) è più che raddoppiato (+3,2%), allineandosi a quello riscontrato in EU-OR (+3,1%), e rimanendo inferiore di un punto percentuale a quello EU-14.

Si fa presente che l'incremento reale nell'ultimo quinquennio potrebbe essere inferiore, poiché a partire dal 2012 si riscontra un disallineamento tra la spesa sanitaria delle famiglie dichiarata da OECD e quella indicata nella contabilità nazionale dell'Istat (nella fonte OECD risultano circa € 1,6 mld. annui in più, presumibilmente attribuibili alla componente intermediata della spesa): considerando il dato di contabilità nazionale, l'incremen-

Figura 3.6. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazioni vs altri Paesi dell'EU-OCC (EU-14) e EU-OR



to nell'ultimo quinquennio sarebbe, quindi, di minore entità: +2,4% (0,8 punti percentuali in meno) (Figura 3.6).

### 3.2. La spesa sanitaria nelle Regioni

Da questa edizione del Rapporto, per le analisi riguardanti la spesa pubblica si è fatto riferimento ai dati di spesa pubblicati dall'Istat nell'ambito del *report "Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia"*. Si osserva che il nuovo sistema dei conti della sanità pubblicato dall'Istat è costruito secondo la metodologia del *System of Health Accounts* (SHA) ed è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti (SEC 2010), migliorando quindi il livello di confrontabilità dei dati.

Nel 2016, secondo il nuovo approccio per l'assistenza

sanitaria sono stati spesi circa € 112,2 mld.: una crescita del +1,2% rispetto all'anno precedente; la somma in questione risulta inferiore di quasi 3,0 mld. rispetto a quella registrata per il medesimo anno dal Ministero della Salute; di contro, è tendenzialmente in linea con quella pubblicata dalla Ragioneria Generale dello Stato (si tratta, in questo caso di uno scarto di circa € 165,0 mln.) (Tabelle 3.1 e 3.2).

Appare doveroso evidenziare come la maggior parte della differenza tra i dati Istat e i dati del Ministero della Salute sia spiegata dalla diversa modalità di contabilizzazione di alcune voci di entrata.

I dati di spesa sanitaria pubblica diffusi dall'Istat il 4 luglio scorso, come citato, sono stimati secondo la metodologia SHA e sono coerenti con le regole del SEC 2010: la spesa considerata è quella secondo il SEC 2010 definita spesa per consumi finali – divisione

**Tabella 3.1. Spesa sanitaria pubblica per fonte dei dati, valori assoluti in € mln.**

Fonte dei dati	2012	2013	2014	2015	2016
Ragioneria Generale dello Stato	110.436,6	109.483,3	110.813,0	111.143,6	112.347,9
Corte dei Conti	113.106,2	111.916,1	113.101,2	n.d.	n.d.
Ministero della Salute	114.509,9	n.d.	112.513,0	113.907,1	115.168,8
Istat – SHA	110.001,0	109.254,0	110.556,0	110.830,0	112.182,0
Istat – <i>health for all</i>	109.892,0	109.290,0	110.566,0	111.653,0	n.d.

Fonte: Corte dei Conti, Istat, Ministero della Salute, Ragioneria Generale dello Stato, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

**Tabella 3.2. Spesa sanitaria pubblica per fonte dei dati, differenza Istat vs altre fonti, valori assoluti in € mln.**

Fonte dei dati	2012	2013	2014	2015	2016
Istat (SHA) vs Ragioneria Generale dello Stato	-435,6	-229,3	-257,0	-313,6	-165,9
Istat (SHA) vs Corte dei Conti	-3.105,2	-2.662,1	-2.545,2	n.d.	n.d.
Istat (SHA) vs Ministero della Salute	-4.508,9	n.d.	-1.957,0	-3.077,1	-2.986,8

Fonte: Corte dei Conti, Istat, Ministero della Salute, Ragioneria Generale dello Stato, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

“Sanità” della classificazione COFOG – sostenuta dagli enti della Pubblica Amministrazione che forniscono assistenza sanitaria. In particolare, la spesa per consumi finali include:

- il valore dei beni e dei servizi prodotti dalle amministrazioni pubbliche stesse, diversi dagli investimenti per uso proprio, la produzione di beni e servizi destinabili alla vendita ed i flussi monetari inerenti alla produzione di beni e servizi non destinabili alla vendita;
- il valore degli acquisti da parte delle amministrazioni pubbliche di beni e servizi, prodotti da produttori di beni e servizi destinabili alla vendita, forniti (senza alcuna trasformazione) alle famiglie a titolo di trasferimenti sociali in natura. I beni e i servizi forniti dai venditori alle famiglie sono pagati dalle amministrazioni pubbliche.

Nella stima della spesa per consumi finali si sottraggono dalle voci di costo (redditi, consumi intermedi, ecc.) la stima degli investimenti per uso proprio ed i ricavi che gli enti conseguono per la vendita di determinati beni e servizi, mentre nel caso delle elaborazioni prodotte dal Ministero della Salute tali ricavi non vengono contabilizzati a riduzione della spesa, essendo inclusi nel totale delle entrate, dando origine in tal modo ad un valore

della spesa pubblica più alto di quello stimato dall’Istat.

Con i caveat espressi, la spesa pubblica pro-capite, nel 2016, è quindi di € 1.849,2 (+1,4% rispetto al 2015) (Figura 3.7) con valori massimi nelle due PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 2.309,2 e € 2.160,2 pro-capite), in Valle d’Aosta (€ 2.084,3 pro-capite), e Liguria (€ 2.043,2 pro-capite); all’estremo opposto si collocano Campania, Puglia e Sicilia con una spesa pro-capite rispettivamente pari a € 1.757,6, € 1.763,8 e € 1.766,4.

La differenza tra la Regione con spesa massima pro-capite e quella con spesa minima è pari al 31,4%, ovvero € 551,5; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane significativa essendo pari al 16,2% (€ 285,5).

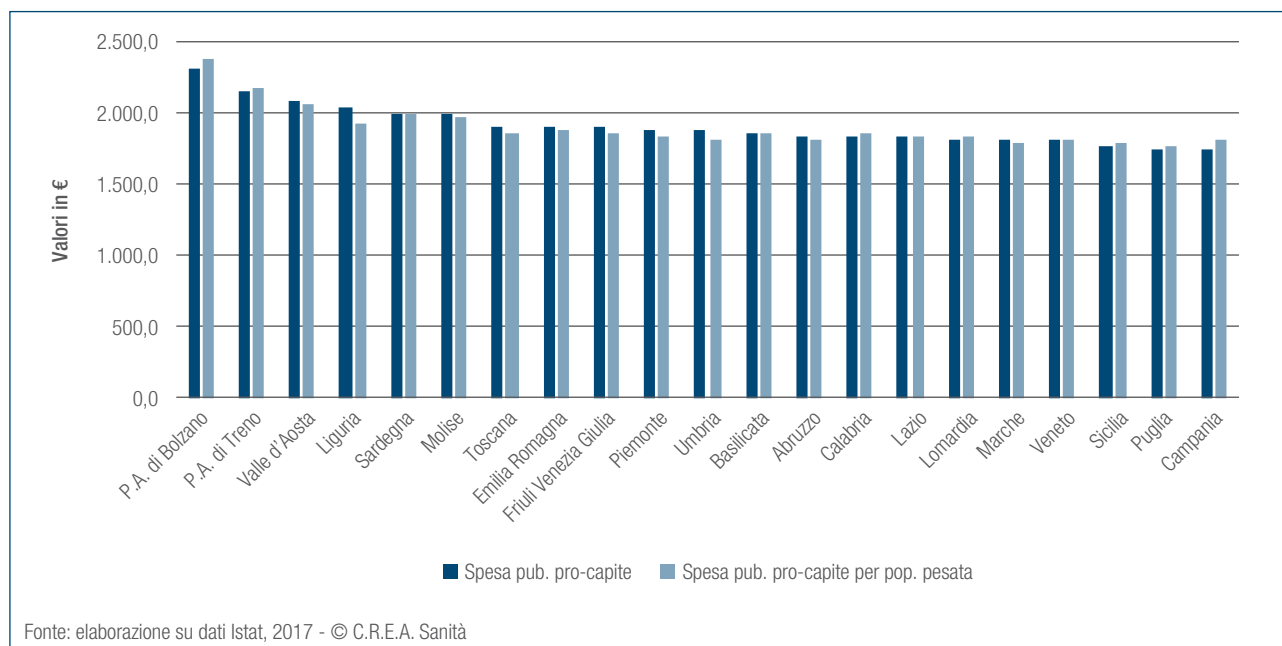
Utilizzando al posto della spesa effettiva quella standardizzata<sup>5</sup>, permane una differenza assolutamente importante tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, con uno scarto prossimo al 34,0% (€ 606,4).

Tra il 2012<sup>6</sup> ed il 2016 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dello 1,4% (variazione media annua pari allo 0,4%) (Tabella 3.3), che in termini reali si riduce allo 0,2% (ovvero € 3,6).

<sup>5</sup> La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, come da relative delibere CIPE

<sup>6</sup> Nel 2011 c’è stato un censimento che ha portato nei due anni successivi ad una ricostruzione intercensuaria. Questo ha fatto sì che la popolazione residente nel 2012 e nel 2013 fosse piuttosto sottostimata. Nella nostra analisi abbiamo pertanto effettuato una stima della popolazione residente nel 2012 e nel 2013

Figura 3.7. Spesa sanitaria pubblica pro-capite per popolazione semplice e standardizzata



A livello regionale, in termini nominali, la Calabria ha riportato la crescita più sostenuta (+2,4% medio annuo) a cui fanno seguito la Campania con l'1,6% medio annuo, la Basilicata e la Sicilia rispettivamente con +1,5% e +1,4% medio annuo. All'estremo opposto si collocano il Friuli Venezia Giulia che ha riportato una contrazione della spesa pubblica pro-capite espressa in termini nominali del 1,5% medio annuo, il Lazio (Regione quest'ultima, ricordiamo, in Piano di Rientro), dove la diminuzione della spesa pubblica pro-capite ha raggiunto l'1,5% medio annuo ed, infine, la Valle d'Aosta ed il Molise dove la spesa ha riportato una decurtazione prossima all'1,0% medio annuo (0,9%).

Per quanto riguarda la spesa privata pro-capite a livello regionale<sup>7</sup>, nel 2016 risulta pari a € 596,7 (+1,2% rispetto al 2015) con valori massimi in Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige (rispettivamente € 827,4 e € 805,5), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 326,8) e Sardegna (€ 361,8).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 153,2%, pari a € 500,6; anche escludendo le Regioni a statuto speciale, la differenza rimane considerevole e pari a € 476,8 (145,9%).

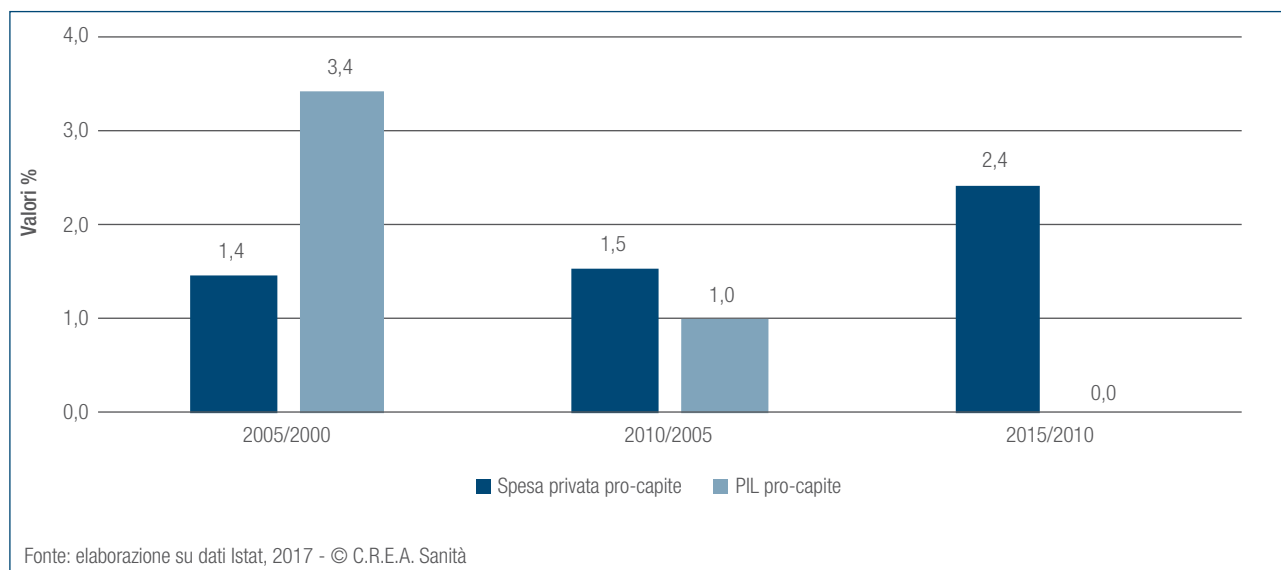
Tabella 3.3. Spesa sanitaria pubblica regionale

Regioni	Spesa pro-capite nominale Anno 2016 (€)	Var. media annua nominale (%) 2012-2016
Italia	1.849,2	0,4
Piemonte	1.881,1	-0,1
Valle d'Aosta	2.084,3	-0,9
Lombardia	1.831,4	-0,1
P.A. di Bolzano	2.309,2	0,8
P.A. di Trento	2.160,2	-0,0
Veneto	1.813,4	0,7
Friuli Venezia Giulia	1.904,2	-1,5
Liguria	2.043,2	0,9
Emilia Romagna	1.906,9	-1,0
Toscana	1.908,0	0,1
Umbria	1.880,2	0,7
Marche	1.825,3	1,1
Lazio	1.835,0	-1,3
Abruzzo	1.851,1	1,2
Molise	2.007,2	-0,9
Campania	1.757,7	1,6
Puglia	1.763,8	1,3
Basilicata	1.859,8	1,5
Calabria	1.850,1	2,4
Sicilia	1.766,4	1,4
Sardegna	2.008,9	1,0

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

<sup>7</sup> Tale spesa è ottenuta come somma della spesa *Out of Pocket*, della spesa per polizze assicurative individuali e della spesa per Fondi Sanitari Integrativi

Figura 3.8. Variazione media annua della spesa sanitaria delle famiglie e del PIL pro-capite



Analizzando il *trend* della spesa sanitaria pro-capite delle famiglie dall'avvio dell'aziendalizzazione del SSN (D.L. 52/1992), si riscontra un notevole aumento, pari al +15,2% nel primo quinquennio (1995/1990), seguito da uno di minore entità, +7,3%, nel quinquennio successivo (2000/1995); nel periodo 2000-2010 il tasso di crescita medio annuo non ha riportato variazioni significative: +1,4% dal 2000 al 2005 e +1,5% dal 2005 al 2010; nell'ultimo quinquennio, invece, sembra esserci stata nuovamente una crescita maggiore, con un tasso medio annuo del +2,4%. Tale andamento porta ad ipotizzare che siano stati i Piani di Rientro ed il decreto "Spending review" (D.L. 135/2012) ad aver comportato una maggior compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, anche in considerazione del fatto che nel periodo considerato il PIL pro-capite è sostanzialmente rimasto invariato (variazione media annua del +0,01%), tendendo a deprimere i consumi volontari (Figura 3.8).

Dall'analisi della composizione dei consumi sanitari delle famiglie, si riscontra come in questi anni si sia ridotta la quota di spesa privata per farmaci, articoli sanitari e materiale terapeutico, passando dal 41,6% del 2000 al 38,0% del 2016, e sia invece aumentata quella per i servizi ospedalieri ed ambulatoriali (visite specialistiche, esami, odontoiatria, etc.), passata dal 58,4% al 62,0%.

Per i servizi ospedalieri si passa dal 13,4% nel 2000 al 14,0% nel 2016, con un picco nel quadriennio 2011-2014 (valore massimo del 15,2% nel 2011); per quelli

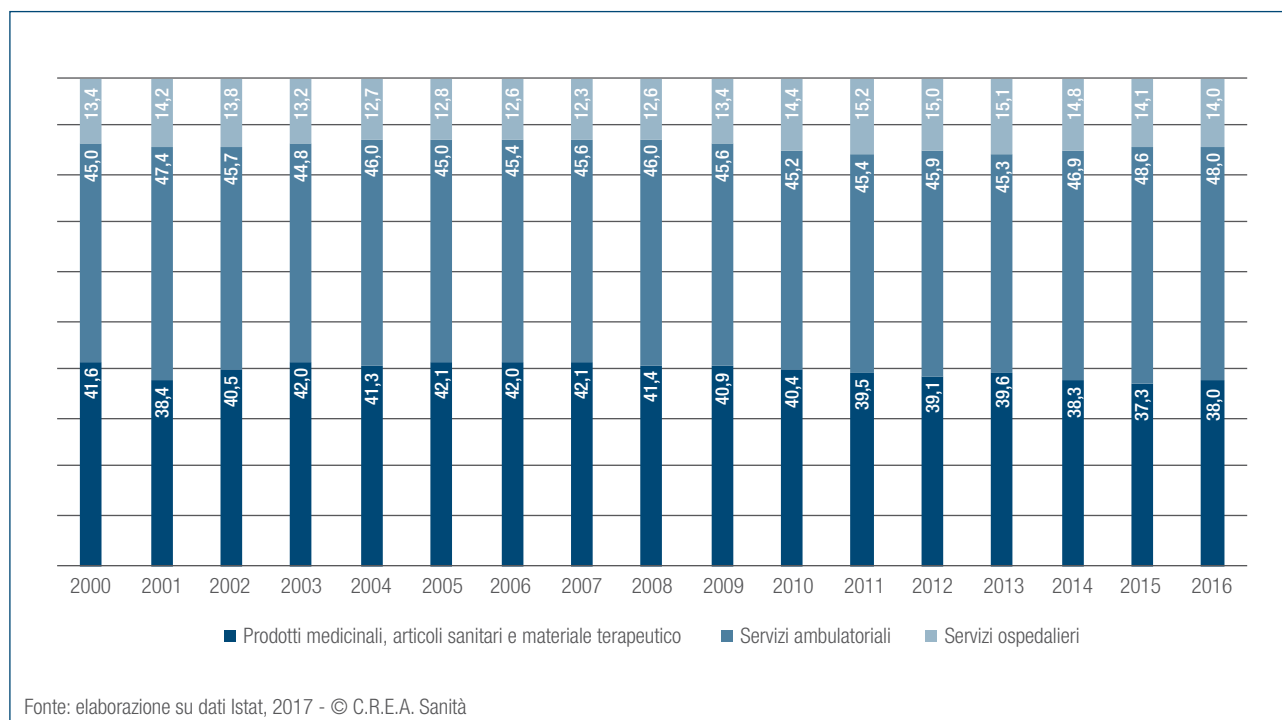
ambulatoriali l'aumento è di tre punti percentuali nello stesso periodo, rappresentando questi ultimi, nel 2016, quasi la metà (48,0%) della spesa sanitaria *Out of Pocket* delle famiglie (Figura 3.9).

Confrontando a livello regionale la dinamica della spesa sanitaria delle famiglie e quella del PIL pro-capite, osserviamo come, nel periodo 2005-2010, in 17 Regioni si sia registrato un aumento della spesa sanitaria privata media pro-capite delle famiglie con una variazione media annua del +3,1%. In tutte le Regioni entrate in Piano di Rientro negli anni 2007 e 2009 la spesa sanitaria privata è aumentata con un tasso medio annuo del +2,9%, ad eccezione della Campania, dove il livello di spesa sanitaria privata è rimasto sostanzialmente invariato (0,2% annuo) nel periodo considerato.

In Valle d'Aosta, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia (52,9% delle Regioni dove si è registrato un aumento della spesa sanitaria privata), l'aumento è stato pari o superiore alla media, e sei SSR su nove in Piano di Rientro nel periodo considerato appartengono a questo gruppo; in Abruzzo, in particolare, si è registrata nel periodo considerato anche una riduzione del PIL pro-capite (0,1%), già inferiore alla media nazionale: fenomeno questo che rende poco plausibile l'ipotesi che il ricorso alla spesa *Out of Pocket* sia stata una scelta legata alla maggior disponibilità a spendere delle famiglie.

In Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia l'aumento della

Figura 3.9. Composizione della spesa sanitaria delle famiglie (%)



spesa privata è stato importante (7,1% e 5,9% rispettivamente) e oltre otto volte superiore rispetto a quello del PIL pro-capite (che è superiore alla media nazionale).

Nel periodo 2005-2010, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sicilia le azioni intraprese per il contenimento della spesa pubblica, sanitaria e non, hanno comportato un onere per il cittadino, quasi sicuramente generato dall'aumento del livello di compartecipazione alla spesa sanitaria.

Analizzando il quinquennio successivo, 2010-2015, l'incremento medio annuo di spesa sanitaria pro-capite delle famiglie (+2,4%), ha coinvolto solo 11 Regioni, tra le quali il Piemonte (+4,1%), che è entrato in Piano di Rientro proprio nel 2010.

Ad eccezione di Puglia e Sicilia, si tratta di Regioni del Nord e del Centro. In Piemonte, Lombardia, Lazio e Liguria, l'aumento della spesa privata è risultato almeno otto volte maggiore a quello del PIL; nelle restanti, Campania, Puglia e Sicilia (+1,0%, +4,3% e +1,3% medio annuo rispettivamente), caratterizzate da un PIL pro-capite inferiore alla media nazionale, è plausibile pensare l'aggravio di spesa sia stato conseguenza delle "azioni"

adottate per il contenimento della spesa pubblica (Piano di Rientro, *Spending Review*) (Figura 3.10 e Figura 3.11).

La spesa sanitaria totale pro-capite (standardizzata), nel 2016, si è quindi attestata a € 2.445,9 pro-capite (€ 148,4 mld.) in aumento dell'1,3% rispetto al 2015 con valori massimi nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.095,5,0 e € 2.946,5), mentre all'estremo opposto si collocano Campania (€ 2.073,7) e Sicilia (€ 2.205,0).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,3%, ovvero € 1.021,8; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 563,7 (ovvero al 27,2%).

Utilizzando la popolazione standardizzata<sup>8</sup>, tra la Regione con la spesa totale pro-capite più elevata e quella con la spesa inferiore, la differenza rimane del 48,9%, corrispondente a € 1.049,2; escludendo dall'analisi le Regioni a statuto speciale la differenza pur riducendosi rimane molto significativa: 23,1% pari a € 496,2 (Figura 3.12).

<sup>8</sup> Si rimanda alla lettura della nota 9

Figura 3.10. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua 2010/2005

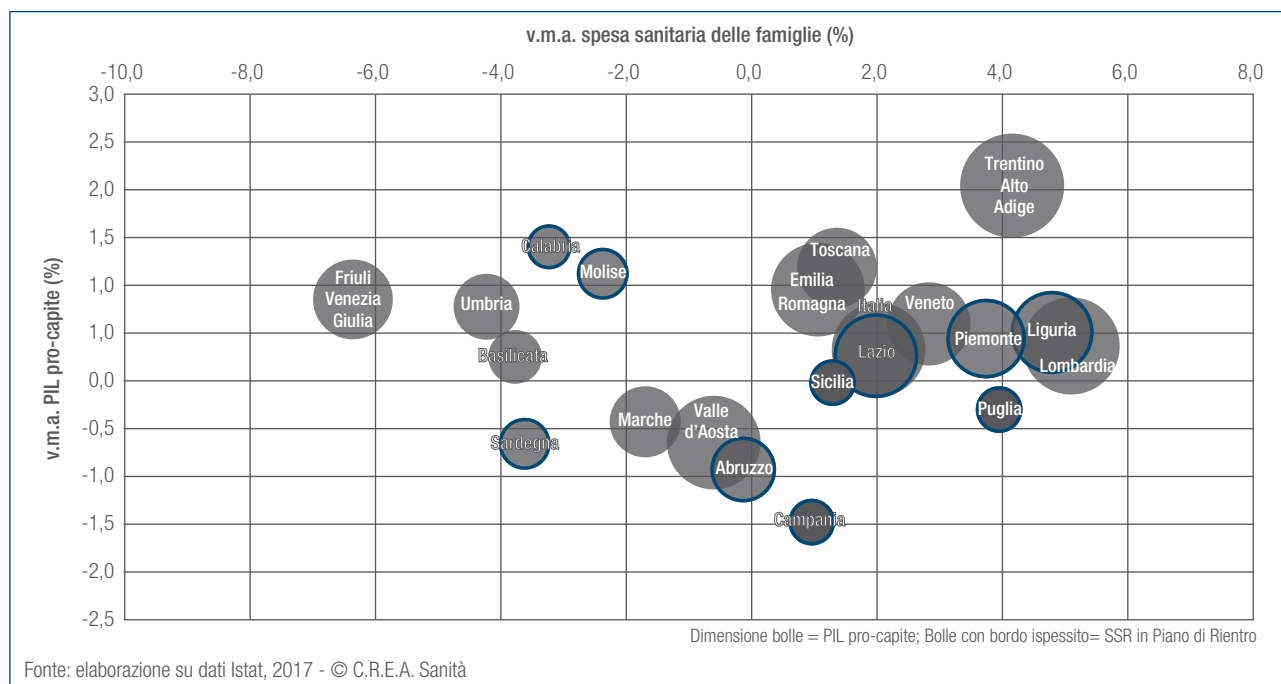
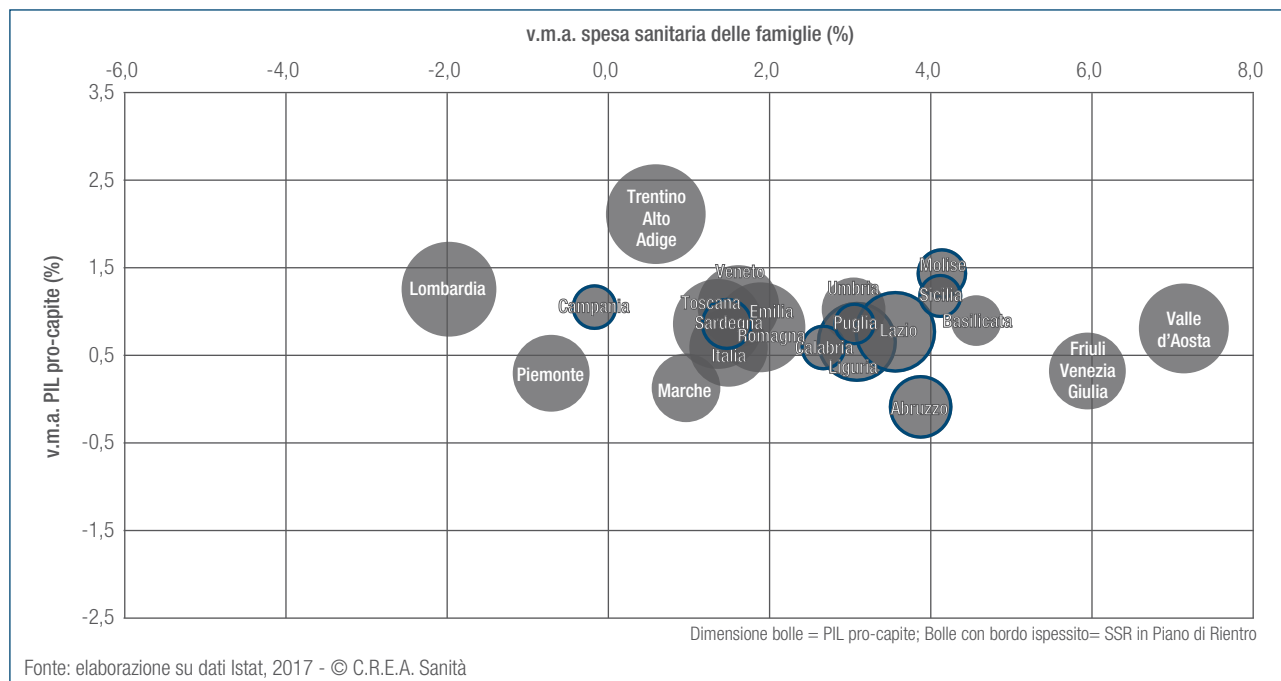


Figura 3.11. Spesa sanitaria delle famiglie e PIL pro-capite. Variazione media annua 2015/2010

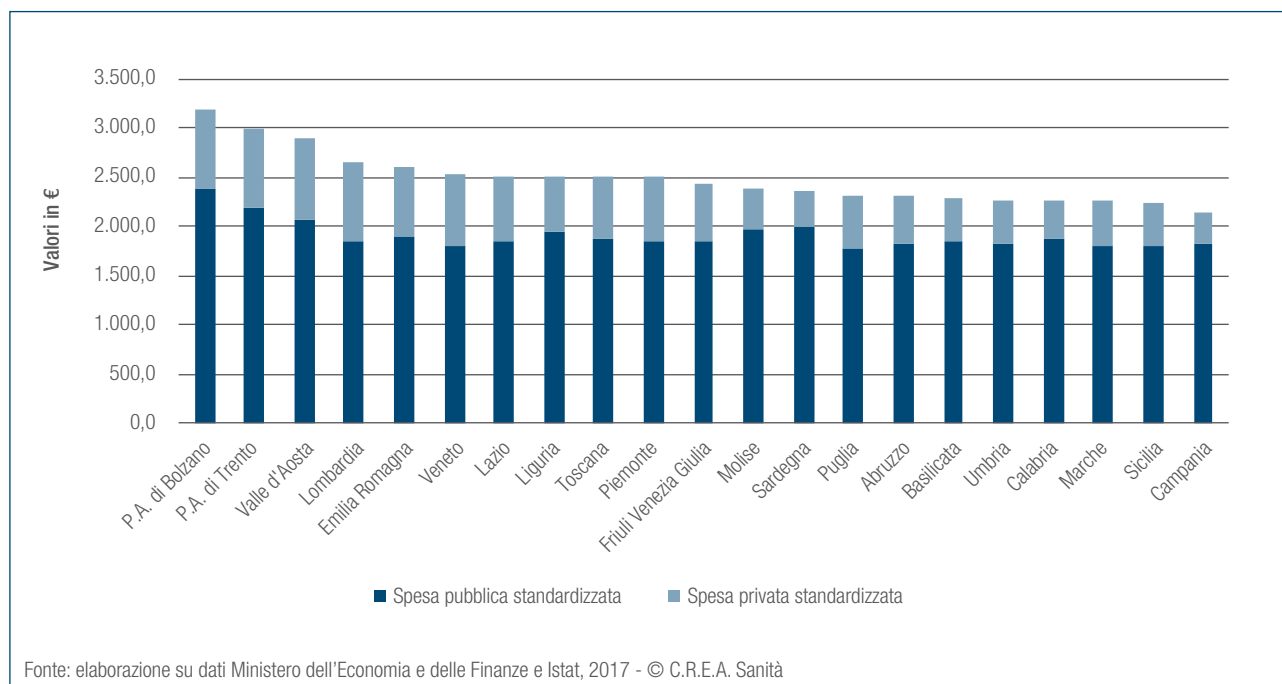


### 3.3. La spesa sanitaria per funzione

La crescita assai modesta della spesa sanitaria pubblica, tra il 2012 ed il 2015, è frutto del contenimento sia della spesa diretta che di quella convenzionata: nel periodo 2012-2015 la spesa diretta ha riportato una va-

riazione media annua positiva dello 0,2%; variazione che peraltro cambia segno nella ripartizione centrale (-0,2% medio annuo): risultato attribuibile, per buona parte, alla Regione Lazio, caratterizzata nel periodo analizzato da gravi squilibri finanziari. Anche la crescita della spesa convenzionata è stata tendenzialmente nulla: lo 0,4%,

Figura 3.12. Spesa sanitaria totale pro-capite



pari allo 0,1% medio annuo tra il 2012 ed il 2015 (Tabella 3.4).

Tra il 2012 ed il 2015 l'incidenza della spesa convenzionata sulla spesa sanitaria pubblica si è quindi mantenuta sostanzialmente inalterata, passando dal 35,7% del 2012 al 35,6% del 2015, sebbene siano evidenziabili *trend* difformi tra le Regioni. La spesa convenzionata cresce, infatti, dell'1,2% in Campania e dell'1,1% nelle Marche; sul versante opposto si posizionano, invece, Friuli Venezia Giulia e Sicilia, dove la convenzionata si contrae rispettivamente dell'1,9% e dell'1,4%.

La spesa convenzionata ha un peso generalmente maggiore nelle Regioni meridionali, superando il 41,0% in Campania e Molise.

La ripartizione centrale registra l'incidenza della spesa convenzionata minima: risultato largamente ascrivibile alla Toscana dove la spesa convenzionata si ferma al 26,0% della spesa pubblica totale (Tabella 3.5).

Qualora dalla spesa convenzionata sottraessimo i costi relativi alla medicina generale, le Regioni meridionali continuano ad essere quelle nelle quali la spesa convenzionata ha un peso maggiore sulla spesa pubblica e la Campania rimane la Regione con la più alta quota di convenzionata (37,7%), seguita, in questo caso, dal Lazio (37,2%) (Figura 3.13).

Tabella 3.4. Spesa sanitaria diretta e convenzionata

Regioni	Var. 2012-2015	Var. media annua 2012-2015
<b>Spesa diretta</b>		
Italia	1,0%	0,2%
Nord	1,2%	0,3%
Centro	-0,7%	-0,2%
Sud e Isole	1,8%	0,4%
<b>Spesa convenzionata</b>		
Italia	0,4%	0,1%
Nord	-0,2%	-0,1%
Centro	0,8%	0,2%
Sud e Isole	1,0%	0,2%

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Sin dal 2011, con l'esclusione della voce "acquisto dei servizi di natura non sanitaria" (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, il riscaldamento, le utenze telefoniche, etc.) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa pubblica sono decresciute in maniera più o meno accentuata. A questo *trend* tendenzialmente generalizzato, nell'ultimo anno (2015), fanno eccezione la spesa farmaceutica totale che, per effetto degli acquisti di farmaci in "File F", ha riportato un valore in crescita rispetto al 2014 (98,7 vs 108,7 in numero indice), e la



Tabella 3.5. Quota spesa sanitaria pubblica convenzionata

Regioni	2012	2013	2014	2015
Italia	35,7%	36,0%	36,1%	35,6%
Nord	35,2%	35,4%	35,6%	34,9%
Centro	33,3%	33,5%	33,7%	33,6%
Sud e Isole	37,8%	38,3%	38,4%	37,6%
Piemonte	33,7%	33,4%	33,6%	33,0%
Valle d'Aosta	21,6%	22,8%	22,4%	21,4%
Lombardia	42,4%	43,0%	42,9%	41,9%
P.A. di Bolzano	24,8%	25,1%	24,8%	24,3%
P.A. di Trento	24,8%	25,1%	24,8%	24,3%
Veneto	34,1%	34,0%	33,9%	33,7%
Friuli Venezia Giulia	26,7%	25,9%	26,5%	24,8%
Liguria	32,1%	32,4%	32,2%	32,2%
Emilia Romagna	29,4%	29,6%	29,9%	29,5%
Toscana	26,1%	26,1%	26,4%	25,9%
Umbria	25,5%	25,7%	25,7%	26,1%
Marche	28,1%	29,0%	29,8%	29,2%
Lazio	40,0%	40,3%	40,4%	40,6%
Abruzzo	33,8%	33,6%	34,7%	33,4%
Molise	41,6%	39,6%	41,7%	41,4%
Campania	40,5%	41,4%	42,6%	41,7%
Puglia	39,3%	40,4%	40,1%	39,1%
Basilicata	32,2%	32,4%	32,5%	32,1%
Calabria	35,7%	35,9%	35,8%	35,2%
Sicilia	39,0%	38,9%	38,1%	37,6%
Sardegna	29,9%	30,2%	30,0%	29,0%

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.13. Quota spesa convenzionata al netto della spesa per la medicina generale, anno 2015

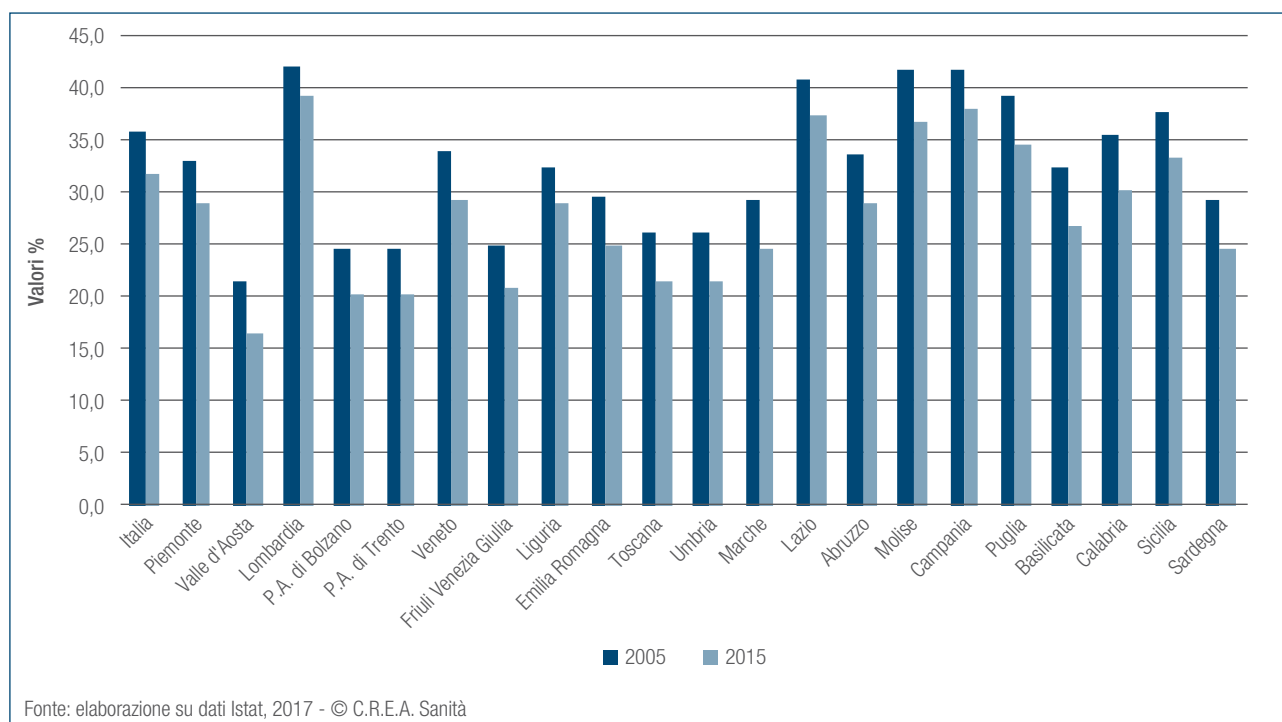
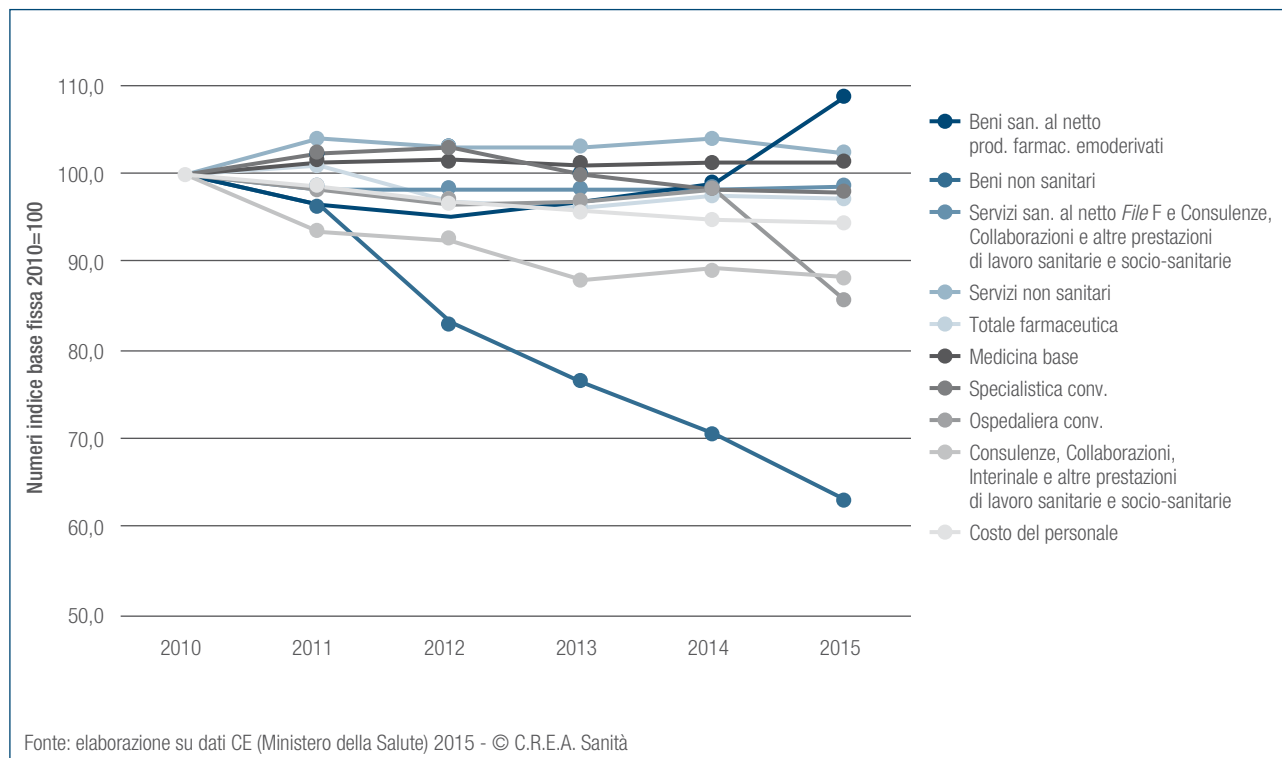


Figura 3.14. Spesa sanitaria pubblica per funzioni



voce relativa all'acquisto di servizi ospedalieri da privato, che, dopo essersi mantenuta essenzialmente stabile tra il 2011 ed il 2014, nel 2015 subisce un'importante riduzione (Figura 3.14).

La voce che si è contratta maggiormente è quella relativa all'acquisto dei beni non sanitari (-37,2% tra il 2010 ed il 2015), sebbene siano evidenziabili forti differenze tra le varie ripartizioni: si va da una riduzione del 43,2% nelle Regioni settentrionali, ad una del 24,2% in quelle meridionali. Anche la spesa totale per il personale, nel periodo analizzato, ha avuto un *trend* decrescente riportando una variazione del -5,7%; anche in questo caso sono apprezzabili differenze tra le ripartizioni: se nelle Regioni del Nord il valore dell'indicatore ha riportato una flessione del -2,8%, in quelle centromeridionali è diminuito in modo molto più considerevole e rispettivamente del -7,2% nelle Regioni del Centro e del -8,9% in quelle delle Sud.

Il dato relativo alla spesa per il personale risente del blocco del *turnover* nelle Regioni in Piano di rientro e delle politiche di contenimento delle assunzioni per le Regioni non in Piano, oltre che delle misure relative ai limiti retributivi, al nuovo regime del trattamento accessorio e al congelamento della vacanza contrattuale. Nel

periodo analizzato (2010-2015) anche le spese relative alle consulenze e alle collaborazioni sono state tagliate (-11,7%); in particolare, si passa dal valore massimo nelle Regioni meridionali (per lo più in Piano di Rientro) dove la spesa ha riportato una variazione del -16,2% a quello minimo delle Regioni Centrali dove la contrazione della citata voce ha toccato il -7,5%.

Anche la spesa per l'acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati) ha mostrato una *performance* piuttosto difforme tra le varie ripartizioni: è aumentata del 5,9% nel Sud, mentre si è ridotta nelle rimanenti ripartizioni (Nord -5,2%, Centro -8,5%).

Contrariamente alle precedenti voci di spesa, tra il 2010 ed il 2015, la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica è aumentata in tutte le aree geografiche (Nord +9,5%, Centro +8,0% e Sud +8,1%); in particolare, se da un lato si è verificata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata (-22,3%), dall'altro hanno evidenziato incrementi assai significativi sia la spesa per l'acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (+48,7%, che include la spesa farmaceutica ospedaliera e la distribuzione diretta), che quella per il *File F* (+219,6%).

Sul fronte del comparto accreditato, sia la specialistica ambulatoriale che l'assistenza ospedaliera sono entrambe arretrate: la spesa per l'assistenza specialistica accreditata si è ridotta di oltre due punti percentuali (-2,2%) evidenziando, peraltro, un *trend* difforme nella ripartizione centro-settentrionale rispetto a quella meridionale (Nord -6,6%, Centro -7,2% e Sud +4,4%); la spesa per l'assistenza ospedaliera, invece, è diminuita in maniera assai più sostenuta nelle Regioni della ripartizione centro-settentrionale che non in quelle del Sud (Italia -14,5%, Nord -19,2%, Centro -20,6% e Sud -3,5%).

Infine, la spesa per la medicina di base è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +1,2% (Nord -0,4%, Centro +3,4% e Sud +1,9%).

Le forti differenze regionali non sembra possano essere attribuite solo all'esistenza di Regioni in Piano di Rientro o alla dimensione dei disavanzi. Prendendo, ad esempio Lazio e Campania (sebbene quest'ultima abbia avuto un risultato di esercizio positivo nel 2015) storicamente sono le due Regioni che hanno accumulato i maggiori disavanzi è possibile evidenziare come abbiano palesato un comportamento difforme in alcune voci di spesa: ad esempio, relativamente all'acquisto di servizi sanitari al netto del *File F*, collaborazioni, consulenze, etc. si osserva che la spesa, tra il 2010 ed il 2015, aumenta in Campania (+5,3%) ma diminuisce nel Lazio (-3,3%). Ulteriori discrepanze sono evidenziabili con riferimento all'acquisto di servizi non sanitari (-15,5% Lazio, +9,2% Campania), alla ospedaliera convenzionata (-17,5% Lazio, +1,7% Campania) etc.

In definitiva, l'analisi dell'evoluzione temporale delle voci di spesa ricavate dai Conti Economici palesa che a partire dal 2011, buona parte dei cennati aggregati economici ha smesso di crescere, o si è addirittura contratta in maniera più o meno considerevole, sebbene con effetti regionali difformi (Tabella 3.6).

Per quanto concerne la composizione per funzioni della spesa privata, è qui analizzata in termini di quota OOP (o non intermediata) e di intermediata; quest'ultima, a sua volta, è stata ripartita in spesa per polizze assicurative individuali e spesa per fondi integrativi, casse, mutue etc. In premessa va osservato che i dati disponibili evidenziano significative carenze.

Citiamo, fra tutti, l'aspetto della potenziale duplica-

zione di spesa derivante dalle coperture (assicurative e non) erogate in forma indiretta e la non rilevazione del crescente fenomeno dei fondi sanitari complementari e integrativi.

Si è quindi deciso di tentare una ricostruzione quantitativa del fenomeno, in particolare della spesa *Out of Pocket*, che è stata rivalutata a partire dalla spesa per i servizi sanitari sostenuta dalle famiglie (Indagine sulla Spesa delle famiglie, Istat), nettandola dei rimborsi previsti nel caso di coperture "indirette"; prudenzialmente si è ipotizzato che vengano rimborsati i due terzi del valore delle coperture assicurative e la metà di quello relativo ai Fondi. Assumendo le ipotesi sopra riportate, si giunge ad una stima di spesa OOP effettiva di € 33,5 mld. (€ 32,3 mld. nel 2015).

Sul versante della spesa intermediata, è stata considerata quella delle polizze assicurative individuali relativa alle voci "Rimborso spese mediche" e "LTC", in base alle rilevazioni ANIA (€ 474,4 mln.), attribuendo il resto a polizze collettive, che attengono alla gestione dei Fondi.

Per i Fondi è stato infine considerato il dato relativo ai contributi, raccolto dall'anagrafe istituita presso il Ministero della Salute, che riporta € 2,2 mld., valore che è da ritenersi tendenzialmente sottostimato.

Per la distribuzione regionale della spesa intermediata, è stata considerata quella relativa alle polizze individuali rinveniente dall'Indagine sui consumi delle famiglie (anno 2015) dell'Istat; per le polizze collettive (Fondi) il dato raccolto presso esperti del settore, vede una distribuzione per il 38,9% nel Nord-Ovest, il 14,9% nel Nord-Est, il 33,4% nel Centro e per il 12,8% nel Mezzogiorno, con un incremento del ricorso nel Centro (20,1% nell'anno precedente) e di minore entità nel Sud (7,4% nell'anno precedente).

Ciò premesso, la stima indica che la spesa OOP, nel 2016, rappresenterebbe circa il 92,6% del totale della spesa privata, e quella intermediata il restante 7,4%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,3% alle polizze individuali (Figura 3.15).

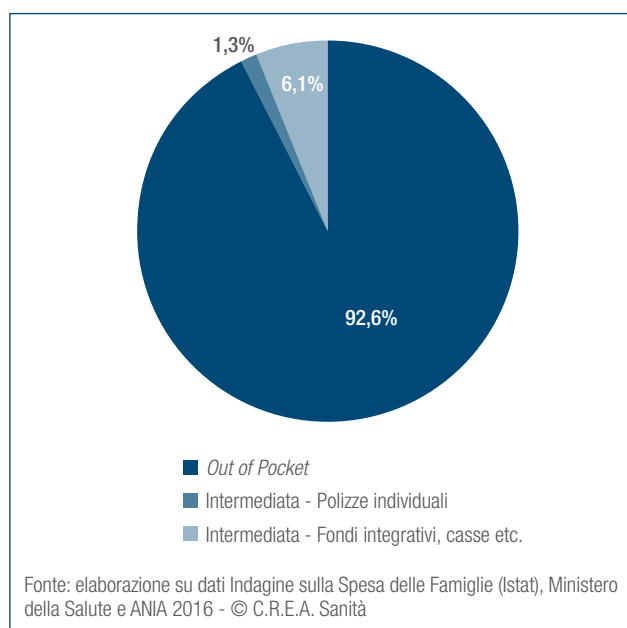
Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica è interessante osservare come la componente intermediata rappresenti il 7,1% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud

Tabella 3.6. Variazione (%) della spesa sanitaria pubblica per funzioni

Regioni	Beni sanit. al netto dei prodotti farma. ed emoder.	Beni non sanit.	Ser. sanit. al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interin. e prestaz. sanit. e socio-sanitarie	Acquis. Serv. non sanit.	Acquis. servizi al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e socio-sanitarie
Italia	-2,7	-37,2	-1,6	2,2	-1,6
Nord	-5,2	-43,2	-3,3	3,1	-3,3
Centro	-8,5	-29,5	-2,0	-9,9	-2,0
Sud e Isole	5,9	-24,2	1,1	11,8	1,1
Piemonte	-4,2	-43,1	-11,1	5,4	-11,1
Valle d'Aosta	38,3	-37,9	-7,0	-21,0	-7,0
Lombardia	-0,7	-59,5	-2,4	12,1	-2,4
P.A. di Bolzano	29,1	-18,7	-1,5	-3,6	-1,5
P.A. di Trento	108,0	-14,1	6,7	11,4	6,7
Veneto	0,9	-29,7	-7,0	9,2	-7,0
Friuli Venezia Giulia	1,5	-35,6	-4,5	-29,7	-4,5
Liguria	-19,8	-33,1	-2,0	-9,9	-2,0
Emilia Romagna	-14,6	-18,5	5,6	-1,5	5,6
Toscana	-7,6	-36,6	-1,6	-4,5	-1,6
Umbria	5,1	-19,0	0,0	-7,1	0,0
Marche	-14,1	-25,8	2,8	-2,4	2,8
Lazio	-24,1	-25,8	-3,3	-15,5	-3,3
Abruzzo	27,6	-21,7	-0,9	14,7	-0,9
Molise	13,7	6,9	23,0	4,7	23,0
Campania	-32,3	-23,2	5,3	9,2	5,3
Puglia	-3,8	-23,0	-3,0	9,3	-3,0
Basilicata	-0,1	-42,7	-3,8	-13,7	-3,8
Calabria	-16,7	-16,2	17,9	32,0	17,9
Sicilia	-3,8	-24,3	-5,9	13,2	-5,9
Sardegna	-14,9	-33,0	0,7	13,4	0,7

Fonte: elaborazione su dati CE (Ministero della Salute) 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 3.15. Composizione della spesa sanitaria privata, anno 2016



e Isole, aggiungendo nuove forme di potenziale iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria (Figura 3.16).

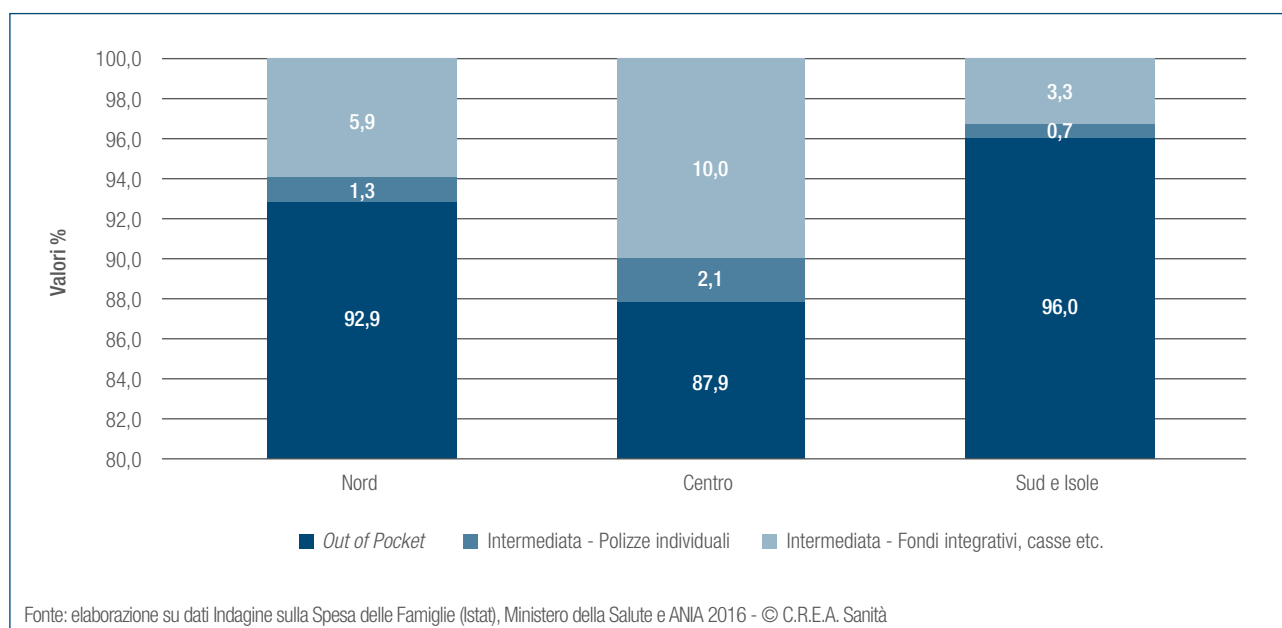
Basilicata, Campania, Calabria e Sardegna risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa privata OOP, che ivi supera il 97,0%.

Lazio, Liguria, Toscana e Piemonte risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 14,6%, 11,2%, 11,1%, e 11,0%. Infine, Lazio e Toscana sono le Regioni con la quota più elevata di spesa privata intermediata: tale spesa raggiunge rispettivamente il 2,6% e il 2,0%. All'opposto si collocano Basilicata e Molise: 0,1% e 0,3% rispettivamente.

Lazio e Liguria, con il 12,0% e 9,2% rispettivamente, risultano essere anche le Regioni con la quota più alta di spesa intermediata da Fondi contrattuali, società di mutuo soccorso, etc..

Tot. farmaceutica	Medicina di base da convenz.	Specialistica conv.	Osp. conv.	Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e socio-sanit.	Personale
8,7	1,2	-2,2	-14,5	-11,7	-5,7
9,5	-0,4	-6,6	-19,2	-10,0	-2,8
8,0	3,4	-7,2	-20,6	-7,5	-7,2
8,1	1,9	4,4	-3,5	-16,2	-8,9
0,9	1,1	-16,2	-23,5	-25,8	-6,1
1,2	10,6	-34,4	102,7	-63,4	-1,3
26,0	-3,6	-6,4	-18,9	17,1	-2,9
14,4	2,6	32,3	-11,5	-37,7	6,4
5,7	2,7	6,4	-1,2	-29,0	4,1
3,3	1,2	-7,5	-8,2	-12,6	-1,6
1,0	-1,6	-9,5	-30,6	-18,1	-2,9
-4,0	-3,3	-18,2	31,6	-35,3	-7,8
2,1	2,5	13,2	-33,7	-12,6	-1,0
5,1	1,2	-9,3	-29,8	7,9	-3,6
10,5	4,4	22,5	-46,4	-5,8	0,1
7,4	2,6	3,8	-32,9	-37,8	-4,8
9,6	5,1	-8,5	-17,5	-6,3	-12,5
10,0	2,6	-5,5	-17,8	34,8	-3,1
9,8	-5,5	11,2	-56,4	-35,9	-10,4
13,8	0,1	0,3	1,7	1,8	-16,9
5,5	4,4	18,8	-4,0	-41,7	-9,1
3,9	-3,8	40,2	205,9	-22,1	-4,3
9,1	1,0	7,7	-5,6	11,7	-11,9
2,8	2,8	-0,1	-1,4	-33,9	-5,5
9,4	3,4	13,1	-6,5	-27,9	2,4

Figura 3.16. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica, anno 2016



### 3.4. La spesa sociale (LTC)

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto, nel presente paragrafo, si tenta di stimare l'integrazione della spesa sanitaria, stimando gli oneri relativi alle prestazioni sociali legate alla non-autosufficienza e disabilità, tipicamente riconducibili a spesa per *Long Term Care* (LTC), sebbene, dunque, non strettamente sanitarie.

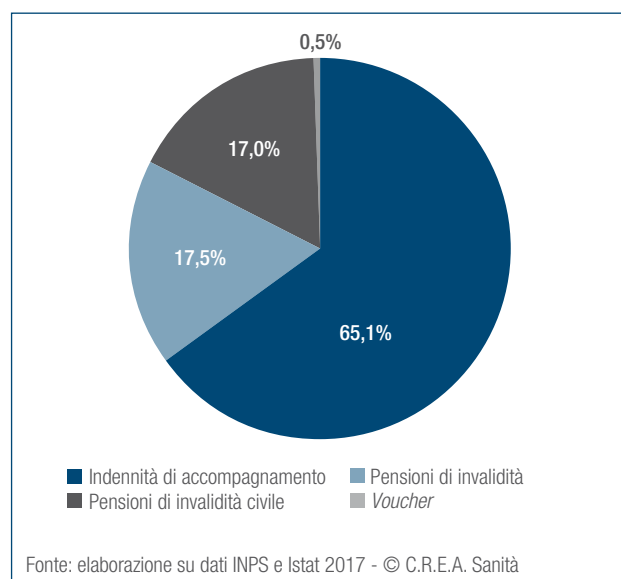
Si tratta di un insieme piuttosto eterogeneo di benefici, che comprendono prestazioni sia in natura che in denaro:

- prestazioni di competenza comunale, propriamente sociali a rilevanza sanitaria<sup>9</sup>;
- altre prestazioni in denaro, specificatamente erogate dall'INPS<sup>10</sup>;
- spese delle famiglie per l'assistenza agli anziani.

In altri termini, a livello pubblico, per la non-autosufficienza (o LTC) sono erogate prestazioni in natura e riconducibili alla assistenza residenziale o domiciliare, ma anche numerosi trasferimenti monetari, quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità (pensioni di invalidità civile, assegni di invalidità, pensioni di inabilità, pensioni di invalidità ante 1984), civile, permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e *voucher*<sup>11</sup> (questi ultimi a carico dei Comuni).

Iniziando dalle provvidenze economiche, erogate dall'INPS per le pensioni e/o indennità di accompagnamento a invalidi civili, a non udenti e a non vedenti, e dai Comuni per *voucher*<sup>12</sup> a favore di soggetti non-autosufficienti (disabili e anziani), esse ammontano per il 2016 a

**Figura 3.17. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, pensioni di invalidità e voucher, anno 2016**



circa € 21.045,0 mln. La parte preponderante di queste provvidenze, il 65,1%, è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, il 17,5% dalle pensioni di invalidità civile, il 17,0% dalle pensioni di invalidità ed il residuo 0,5% dai benefici economici offerti dai Comuni (Figura 3.17).

Se aggiungiamo la stima per i permessi retribuiti previsti dalla L. n. 104/1992 per i dipendenti sia del settore pubblico che di quello privato, si arriva ad un totale pari a € 23.007,9 mln.<sup>13</sup>.

Il complessivo onere per il settore pubblico per l'assistenza LTC di tipo sociale ai non-autosufficienti (anziani e disabili), si può ipotizzare, quindi, che abbia

<sup>9</sup> Hanno l'obiettivo di supportare le persone in stato di bisogno e con problemi di disabilità o di emarginazione e si esplicano attraverso interventi di sostegno economico e di aiuto domestico

<sup>10</sup> Ci riferiamo alle indennità di accompagnamento, alle pensioni sia di invalidità che di invalidità civile e ai costi della L. n. 104/1992

<sup>11</sup> Il *voucher* è uno strumento che, pur nascendo come provvidenza economica, ha una destinazione vincolata, ovvero è destinato all'acquisto di prestazioni in natura, quali ad esempio prestazioni di tipo domiciliare piuttosto che residenziale; l'indagine sugli "Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati" dell'Istat, tuttavia, non dettaglia quali servizi debbano essere acquistati con i *voucher*: non è, quindi, possibile ripartire l'importo dei *voucher* tra i servizi al cui acquisto è "predestinato". In definitiva, si tratta di uno strumento che permette di mettere fine all'incertezza che caratterizza le erogazioni dirette di denaro ai beneficiari dei programmi pubblici di sostegno economico

<sup>12</sup> La spesa del 2016 dei Comuni relativa ai *voucher* è stata stimata supponendo che la variazione media annua osservata tra il 2011 ed il 2013 rimanesse invariata negli anni successivi

<sup>13</sup> Per quanto riguarda il settore privato, la stima della spesa per permessi retribuiti è stata ottenuta moltiplicando il numero di giornate di permesso (abbiamo supposto che ciascun beneficiario goda di tre giorni al mese di permessi) per la retribuzione media giornaliera dei lavoratori dipendenti contribuenti INPS nell'anno 2015, ovvero per € 88,9. Per i dipendenti del settore pubblico, invece, è stato considerato il rapporto tra lo stipendio annuale medio 2015 (dato dalla somma di tutte le voci stipendiali) e il numero di giornate lavorative in un anno (260 giorni) ottenendo in tal modo la retribuzione media giornaliera; quest'ultima è stata quindi moltiplicata per il totale dei permessi retribuiti a norma della Legge 104. È stato altresì supposto che tra il 2015 ed il 2016 non vi siano state variazioni nei dati

Tabella 3.7. Spesa totale per LTC, anno 2016

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione
Spesa totale	26.675,0	100,0%
di cui pubblica per prestazioni in natura	588,6	2,2%
di cui pubblica per prestazioni in denaro	23.007,9	86,3%
di cui privata per badanti	3.078,5	11,5%

Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2017 - © C.R.E.A. Sanità

raggiunto € 23,6 mld. di cui il 2,1% assorbito dall'assistenza domiciliare socio-assistenziale e lo 0,5% da quella integrata con servizi sanitari entrambe di competenza comunale.

Per quanto concerne la spesa privata sostenuta dalle famiglie per i servizi di assistenza a disabili e anziani, notiamo che sulla base dei dati forniti dall'INPS nel 2016, si avrebbero 379.326 badanti; applicando una retribuzione media annua di € 14.000,0 al netto dei contributi, si può immaginare una spesa almeno di € 5.310,6 mln., senza considerare il fenomeno del "sommerso" (Tabella 3.7).

È anche lecito ipotizzare, sebbene l'ottenimento dell'indennità di accompagnamento non implichi per il beneficiario obblighi circa il suo impiego, che tale provvidenza venga impiegata per coprire parte della spesa per le badanti: in definitiva, moltiplicando l'importo medio annuo che viene erogato a favore dei percettori di indennità di accompagnamento per il numero delle badanti, se ne ricava che della spesa totale per badanti il 42,0% (€ 2.232,1 mln.) è coperto tramite il gettito derivante dalle indennità di accompagnamento e il residuo 58,0% (€ 3.078,5 mln.) rimane a totale carico delle famiglie, ovvero costituisce la spesa privata delle famiglie per le badanti.

Andrebbe, poi, anche considerato il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da *caregiver* familiari.

In definitiva, secondo le nostre stime, alla spesa sanitaria si accompagna una ulteriore spesa per LTC di tipo sociale che supera € 26,0 mld., ovvero l'1,6% del PIL.

### 3.5. La spesa socio-sanitaria

Di seguito utilizzeremo la dizione "spesa socio-sanitaria"<sup>14</sup> per riferirci al complesso della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più nonautosufficienti.

Si consideri che nel 2016 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 175.058,0 mln., è risultata essere composta per il 64,1% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 20,7% dalla spesa sanitaria privata, per l'13,5% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (provvidenze economiche<sup>15</sup> per il 13,1% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,4%) e per l'1,8% dalla LTC sociale privata, ovvero dalla spesa privata per badanti (Tabella 3.8).

La spesa socio-sanitaria così stimata ha rappresentato, nel 2016, il 10,7% del PIL, di cui il 6,8% imputabile alla spesa sanitaria pubblica, il 2,2% a quella privata, l'1,4% ai servizi della LTC sociale pubblica ed il residuo 0,2% alla spesa privata per badanti (Tabella 3.9).

Per l'assistenza di tipo socio-sanitario, sono stati spesi mediamente, nel 2016, € 2.885,6 per ciascun residente.

### 3.6. Conclusioni

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) italiana "non riesce a tenere il passo" con quella dell'EU-OCC, sebbene la considerazione delle variabili espresse in

<sup>14</sup> In particolare, per la definizione di socio-sanitario da noi utilizzata, la spesa socio-sanitaria totale è ottenuta sommando la spesa sanitaria pubblica totale, la spesa sanitaria privata totale, il totale delle provvidenze economiche elargite a favore di soggetti non-autosufficienti, il servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale ed, infine, la spesa privata per servizi di assistenza ad anziani e disabili

<sup>15</sup> Rimarchiamo che in questa categoria sono ricomprese le indennità di accompagnamento, le pensioni di invalidità civile, i *voucher* ed, infine, i permessi retribuiti a norma della L. n. 104/92

Tabella 3.8. Spesa socio-sanitaria, anno 2016

Funzioni di spesa	€ mln.	Composizione (%)
<b>Spesa socio-sanitaria totale</b>	175.058,0	100,0
di cui spesa sanitaria pubblica	112.182,0	64,1
di cui spesa sanitaria privata	36.201,0	20,7
di cui LTC sociale pubblica	23.596,5	13,5
di cui LTC sociale privata	3.078,5	1,8

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

Tabella 3.9. Spesa socio-sanitaria, quota su PIL

Funzioni di spesa	2016
<b>Spesa socio-sanitaria totale</b>	10,4%
di cui spesa sanitaria pubblica	6,8%
di cui spesa sanitaria privata	2,2%
di cui LTC sociale pubblica	1,2%
di cui LTC sociale privata	0,2%

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Istat - © C.R.E.A. Sanità

€ sembrerebbe indicare per il 2016 una “flebile” inversione di tendenza, sebbene provocata dalle vicissitudini del Regno Unito e quindi alla svalutazione della Sterlina.

La spesa sanitaria (totale, pubblica e privata) dei Paesi dell’EU-OR ha presentato nel periodo analizzato tassi di crescita più sostenuti di quelli osservabili sia in EU-OCC che in Italia. A tal proposito, i risultati sembrano indicare un progressivo avvicinamento dell’Italia ai Paesi dell’EU-OR piuttosto che a quelli dell’EU-OCC.

In aggiunta, l’analisi dettagliata della spesa privata ha evidenziato che tra il 2010 ed il 2015 il tasso di crescita è stato pari a quello riscontrato in media nell’EU-OR (+3,1%), ma inferiore di un punto percentuale a quello della media dei Paesi dell’EU-OCC.

In termini di “efficientamento” del sistema, notiamo che tra il 2012 ed il 2016 la spesa pubblica pro-capite, in termini nominali, è aumentata dello 1,4% (ovvero ha avuto una variazione media annua dello 0,4%), che in termini reali equivale ad un incremento di € 3,6 (0,2% ovvero una crescita media annua prossima allo zero).

Sin dal 2011, con l’esclusione della voce “acquisto dei servizi di natura non sanitaria” (tra cui rientrano ad esempio le spese per la lavanderia, la pulizia, la mensa, il riscaldamento, le utenze telefoniche, etc.) e della spesa per la convenzione con la medicina di base, tutte le altre voci di spesa pubblica sono decresciute in maniera più o meno accentuata. A questo trend tendenzialmente

generalizzato, nell’ultimo anno (2015), fanno eccezione la spesa farmaceutica totale e la voce relativa all’acquisto di servizi ospedalieri da privato, che, dopo essersi mantenuta essenzialmente stabile tra il 2011 ed il 2014, nel 2015 subisce un importante abbattimento.

Il fatto che la spesa privata abbia raggiunto il 24,4% della spesa totale, dimostra che la assoluta “supremazia” del servizio pubblico in Sanità è ormai non più riscontrabile nei numeri.

Pertanto, la componente OOP ha inciso in media per il 92,6% sulla spesa privata e quella intermediata solo per il restante 7,4%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e il 1,3% alle polizze individuali.

Analizzando la composizione della spesa privata per ripartizione geografica è interessante osservare come la componente intermediata rappresenti il 7,1% della spesa privata nel Nord (8,7% nel Nord-Ovest e 4,9% nel Nord-Est), il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria.

Purtroppo, l’arretramento relativo della quota di spesa pubblica e il contemporaneo sviluppo delle forme integrative (siano esse polizze individuali o forme collettive) stanno provocando una ulteriore fonte di disparità fra Nord e Sud del Paese: evidentemente, non si tratta di contrastare il fenomeno, reso intrinsecamente necessario dalla carenza di risorse pubbliche, quanto governarlo meglio, onde evitare l’ampliarsi delle iniquità.

## Riferimenti bibliografici

ANIA, Premi Danni (<http://www.ania.it/it/pubblicazioni/>)

Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, [www.istat.it](http://www.istat.it)

Ministero dell’Economia e delle Finanze (anni vari), *Il monitoraggio della spesa sanitaria*

Ministero dell’Economia e delle Finanze (anni vari), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*

Ministero della Salute, *Fondi Sanitari Integrativi*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

OECD (2016), *Health Data Statistics*

SDA Bocconi, (anni vari), *Osservatorio sui consumi privati in Sanità*



## ENGLISH SUMMARY

### *Health expenditure: international and national evolution*

*In 2016 the gap between the Italian current health expenditure and the one of the other Western European countries (EU-14) was considerable, namely over 31.2%. With reference to public expenditure, the gap between Italy and EU-14 reached 35.2% (- 0.9% as against the previous year). It should be noted that in 2000 the gap slightly exceeded 23% (practically a 12% increase was recorded in the period under consideration). With regard to current private expenditure, however, the gap amounted to “only” 16%, with a substantial increase in the period between 2000 and 2016 (suffice to consider that in 2000 the gap between Italy and EU-14 was virtually null).*

*Considering the Eastern European countries (EU-East), we note that the total per-capita health expenditure has grown much more in these countries than in EU-14 or in Italy. A similar trend has characterized all the other variables analyzed (per-capita current public and private expenditure).*

*Therefore the trend of recent years shows Italy’s “gradual moving away” from EU-West expenditure levels and a “gradual approaching” to EU-East ones.*

*Hence health expenditure in Italy amounts to € 148.4 billion, broken down in € 112.2 billion of public expenditure and € 36.2 billion of private expenditure. Furthermore, in 2016 the costs related to the social and Welfare benefits (not strictly healthcare ones) related to non self sufficiency and disability, typically falling within Long Term Care (LTC) expenditure, amounted to € 23 billion, of which the largest share were public money benefits (attendance and caregivers’ allowances, disability pensions, vouchers and paid leaves pursuant to Law 104/1992). Hence the total socio-healthcare expenditure amounted to € 171.5 billion.*

*In 2016 the total (standardized) per-capita health expenditure was equal to € 2,445.9, with a 1.3% per-capita increase as against 2015. The gap between*

*the Region with the highest expenditure and the Region with the lowest expenditure is 49.3%, equivalent to € 1.021.8. Also excluding the Regions having a special administrative status, the gap is still considerable, namely € 563.7 (27.2%). Conversely, the per-capita public expenditure amounts to € 1,849.2 (+ 1.4% compared to 2015): the gap between the Region recording the highest expenditure and the Region recording the lowest one is 31.4%, equal to € 551.5. Also excluding the Regions having a special administrative status, the gap is still remarkable, namely € 285.5 (16.2%).*

*The analysis of the trends of the per-capita public expenditure, has highlighted that the item recording the greatest reduction is the one relating to the purchase of non-sanitary goods (- 37.2% between 2010 and 2015). Over the same period we have also recorded a reduction of expenditure for consultancy and collaborations (- 11.7%) and for employees (- 5.7%).*

*It should be noted that also the expenditure for reimbursable drugs has decreased (- 22.3%) followed, however, by significant increases in both the purchase of medicines and blood products by public structures (+ 48.7%, including the hospital pharmaceutical expenditure and direct distribution), and in the one relating to the so-called File F (+ 219.6%). Also outpatient specialist care and hospital care have declined.*

*The per-capita private expenditure is estimated at € 596.7 (+ 1.2% as against 2015): the gap between the Region recording the highest expenditure and the Region recording the lowest one is 153.2%, equal to € 500.6. Also excluding the Regions having a special status, the gap is still considerable and is equal to € 476.8 (145.9%).*

*Therefore, in 2016, private expenditure accounted for 24.4% of total expenditure, thus showing that there is no longer full public health coverage.*

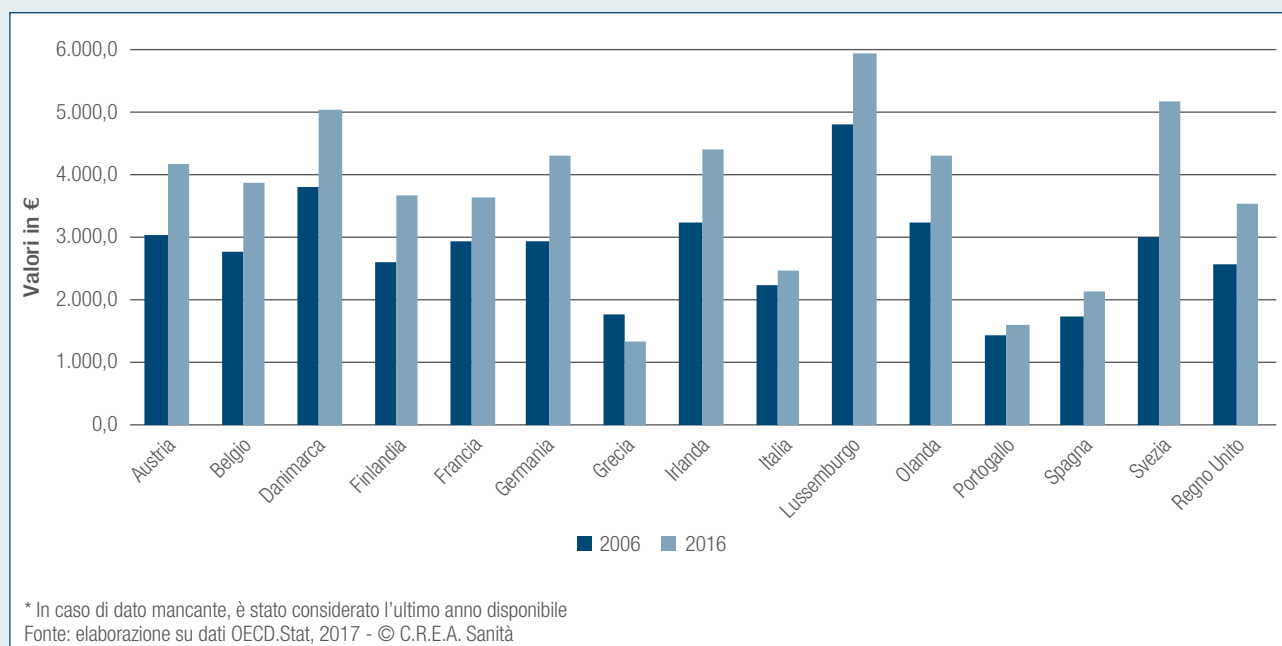
*The Out of Pocket component of private expendi-*

ture is 92.6% and the second and third pillar funds account for the remaining 7.4%, of which 6.1% is related to collective schemes (Funds) and 1.3% to individual policies.

While analyzing the geographical breaking down of private expenditure, we note that the second and

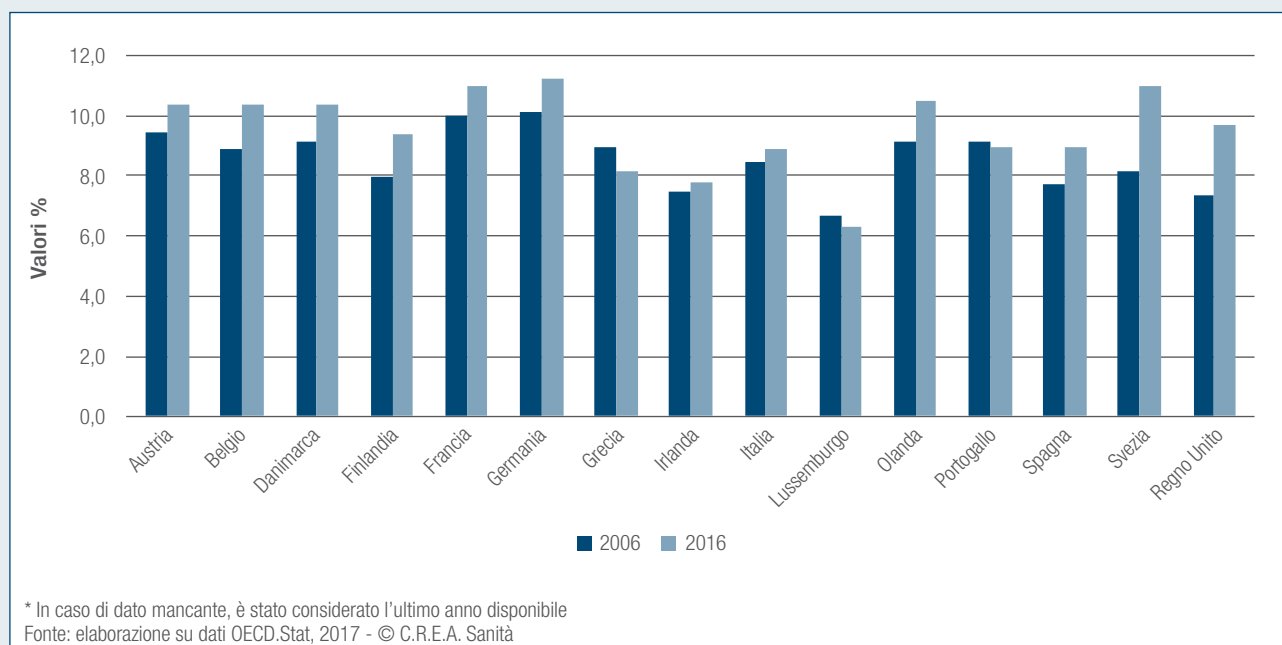
third pillar account for 7.1% of private expenditure in the North of Italy (8.7% in the North-West region and 4.9% in the North-East region), 12.1% in Central Italy and only 4% in the South and the Islands, thus adding new forms of injustice in the distribution of health expenditure.

## KI 3.1. Spesa sanitaria totale pro-capite



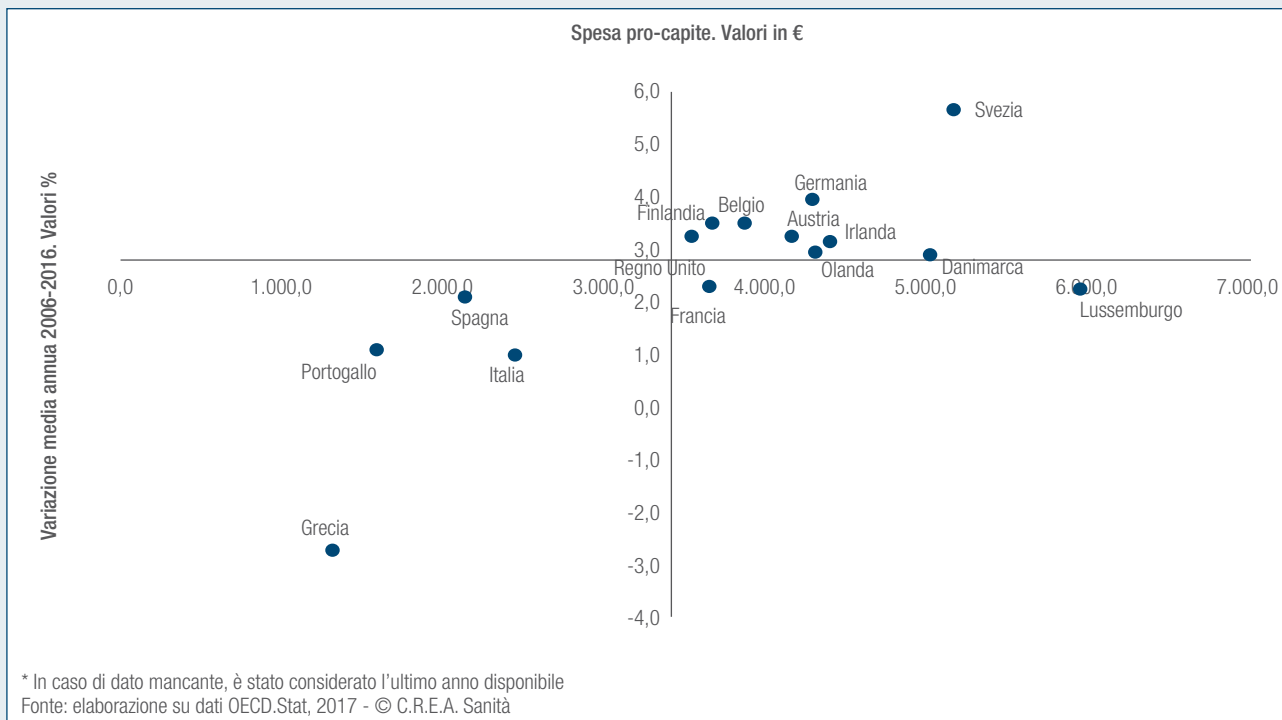
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2016, in Italia si attesta a € 2.464,3 con uno scarto del 31,2% rispetto a € 3.583,84 medio pro-capite dell'EU-14. Sebbene il *gap* risulti in diminuzione di 0,8 punti percentuali rispetto all'anno precedente è comunque in aumento di 15,9 punti percentuali in confronto al 2006. Nel decennio 2006-2016 il *gap* in termini di spesa totale pro-capite tra l'Italia e l'EU-14 è più che raddoppiato (15,3% vs 31,2%). Infine, sebbene nell'ultimo anno, la spesa sanitaria totale pro-capite del nostro Paese sia cresciuta dell'1,1% contro una decrescita dello -0,1% dell'EU-14, la crescita media annua tra il 2011 ed il 2016 è pari allo 0,2% dell'Italia vs una del 3,0% dell'EU-14.

## KI 3.2. Incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL



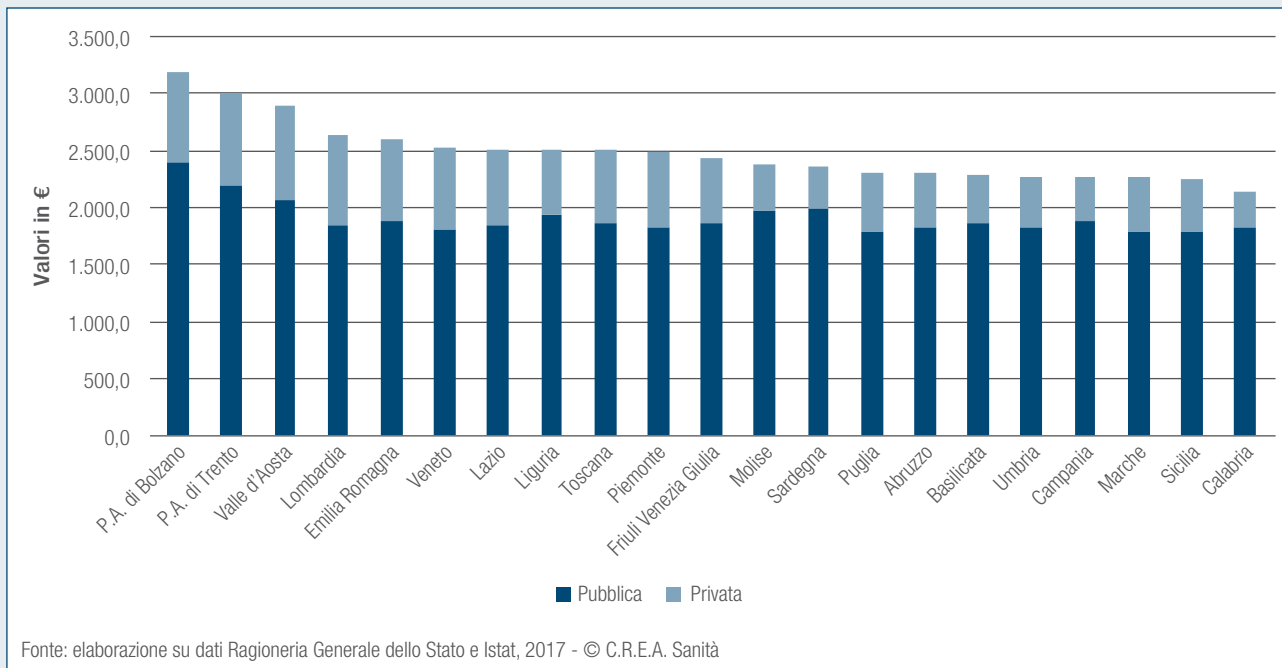
La spesa sanitaria totale (pubblica e privata) incide in Italia per l'8,9% sul PIL, valore in crescita di 0,4 punti percentuali rispetto a 10 anni prima. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL italiana è nettamente inferiore di oltre un punto percentuale rispetto alla media dell'EU-14 (10,4%). Solo in Grecia, Irlanda e Lussemburgo l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è inferiore a quella italiana e pari rispettivamente all'8,2%, al 7,8% ed al 6,3%. In Portogallo, invece, l'incidenza della spesa sanitaria totale sul PIL è stata, nel 2016, identica a quella dell'Italia.

KI 3.3. Livello e dinamica della spesa sanitaria in EU



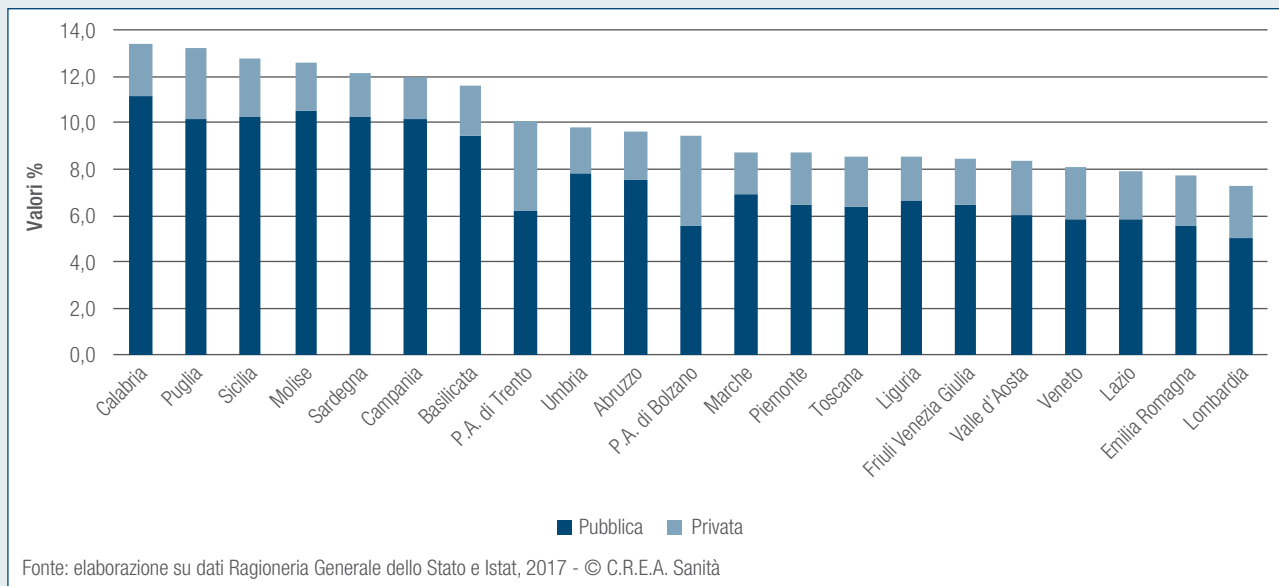
In media nell'EU-OCC la spesa sanitaria totale è cresciuta del 2,8% medio annuo nell'ultimo decennio (2006-2016) e la spesa sanitaria nel 2016 si attesta a € 3.416,5 pro-capite. I Paesi in cui la spesa è cresciuta più della media dell'EU-OCC a fronte di un incremento medio annuo superiore alla media sono Svezia, Germania, Danimarca, Irlanda, Austria, Olanda, Belgio e Regno Unito. La Francia e il Lussemburgo registrano una spesa pro-capite maggiore della media EU-OCC ma una crescita della stessa più lenta. Nei rimanenti Paesi (Grecia, Italia, Portogallo e Spagna) non solo il livello di spesa sanitaria è inferiore alla media EU-OCC ma la sua crescita media annua risulta più lenta.

KI 3.4. Spesa sanitaria pro-capite standardizzata, anno 2016



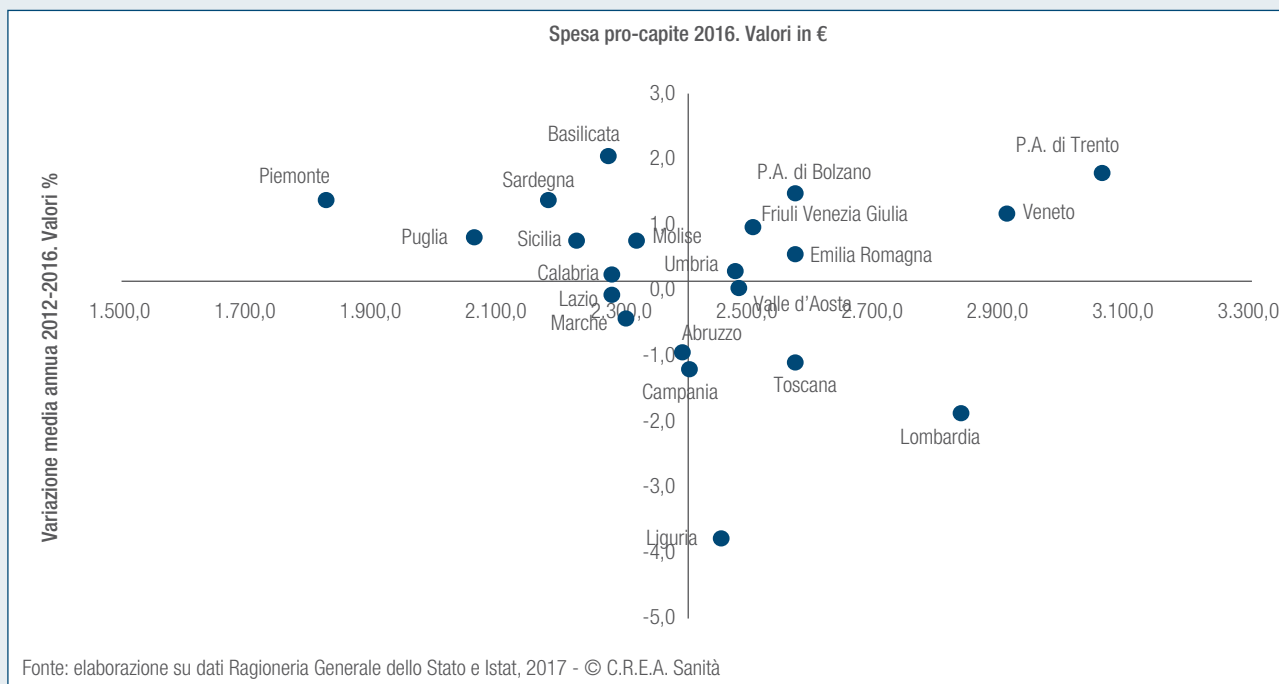
La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2016, si attesta a € 2.445,9 pro-capite (€ 148,4 mld.) in aumento dello 1,3% rispetto al 2015 con valori massimi nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 3.193,6 e € 2.998,4); all'estremo opposto si collocano Sicilia (€ 2.240,8) e Campania (€ 2.144,5). La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è del 49,3%, ovvero € 1.021,8; anche escludendo le Regioni a statuto speciale la differenza rimane considerevole e pari a € 563,7 (ovvero al 27,2%).

KI 3.5. Incidenza della spesa sanitaria sul PIL, anno 2016

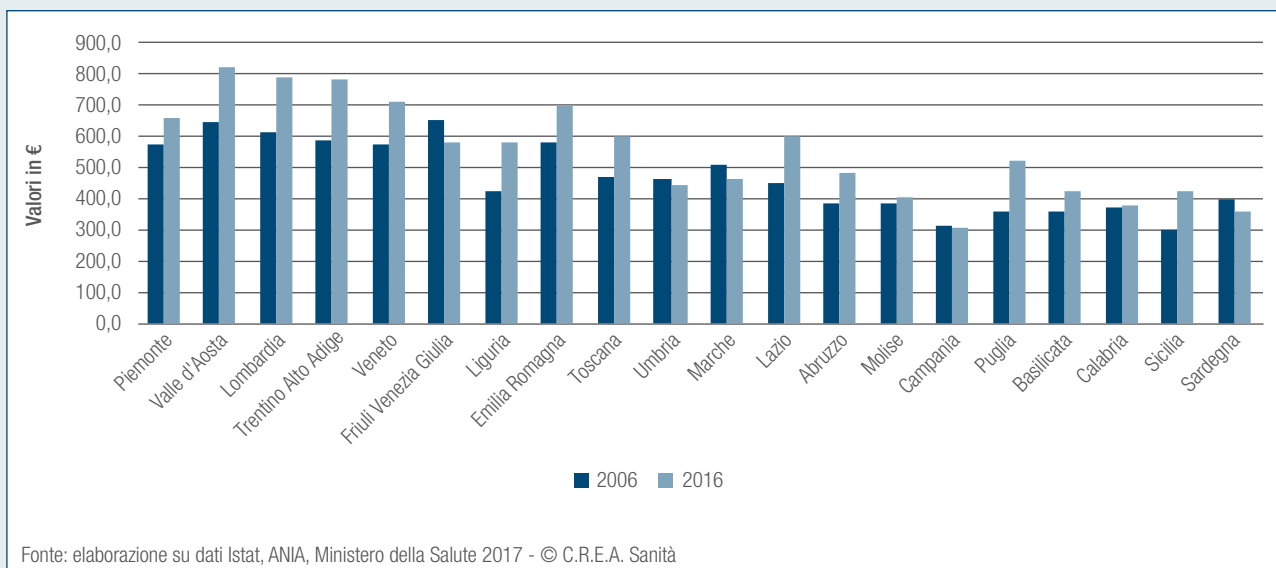


La spesa sanitaria pubblica pro-capite incide in Italia nel 2015 per il 6,8% sul PIL: si passa da un valore medio del 5,8% al Nord ad uno del 9,7% al Sud, segno che il meccanismo equitativo tra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria pubblica sia poco legata ai livelli di reddito. Per quel che concerne la spesa sanitaria privata pro-capite questa incide per il 2,2% sul PIL; in questo caso le differenze tra le ripartizioni si attenuano essendo la spesa privata fortemente correlata ai livelli di reddito: 2,3% al Nord, 2,0% al Centro e 2,3% al Sud.

KI 3.6. Livello e dinamica della spesa sanitaria pubblica e Out of Pocket in Italia

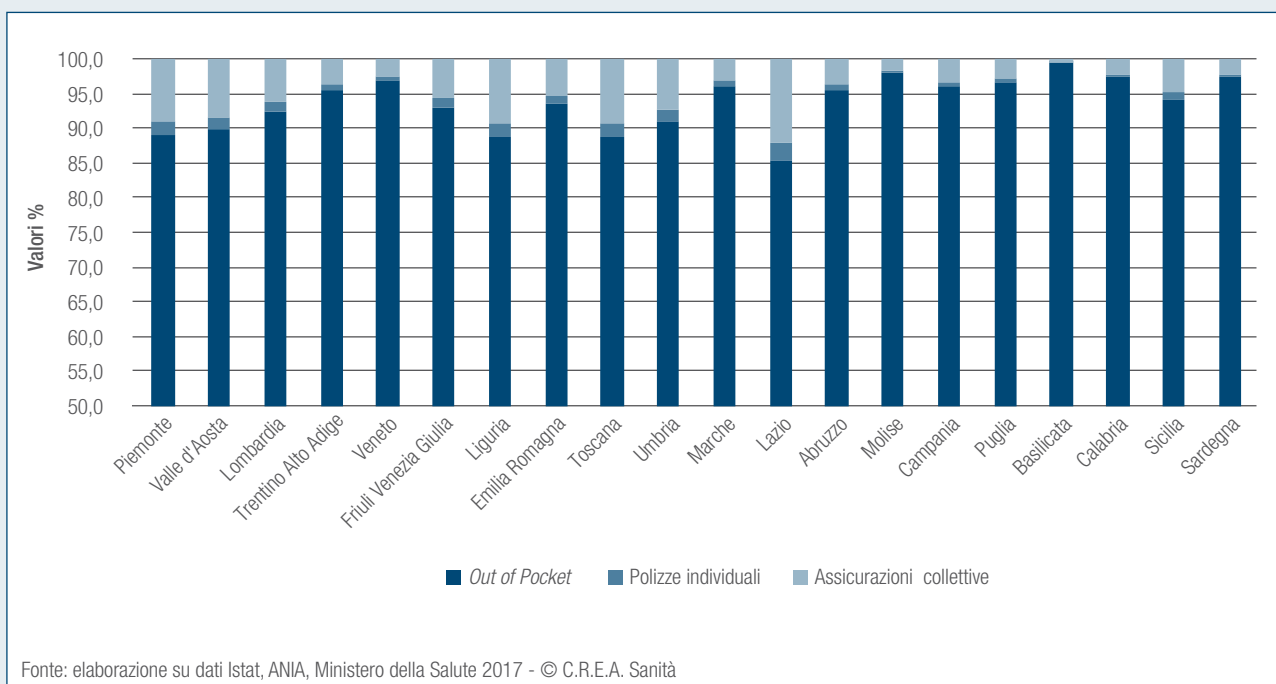


In media in Italia spesa sanitaria totale è cresciuta dello 0,4% medio annuo nell'ultimo quinquennio (2012-2016) e la spesa sanitaria nel 2016 si attesta a € 2.401,8 pro-capite. Le Regioni che hanno registrato una spesa pro-capite più elevata a fronte di una crescita superiore alla media sono tutte Regioni del Nord (P.A. di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Veneto ed Emilia Romagna); viceversa Calabria, Marche, Lazio, Abruzzo e Campania hanno fatto registrare una spesa pro-capite inferiore alla media italiana oltre che una crescita più lenta della stessa nell'ultimo quinquennio.

KI 3.7. Spesa sanitaria *Out of Pocket* pro-capite

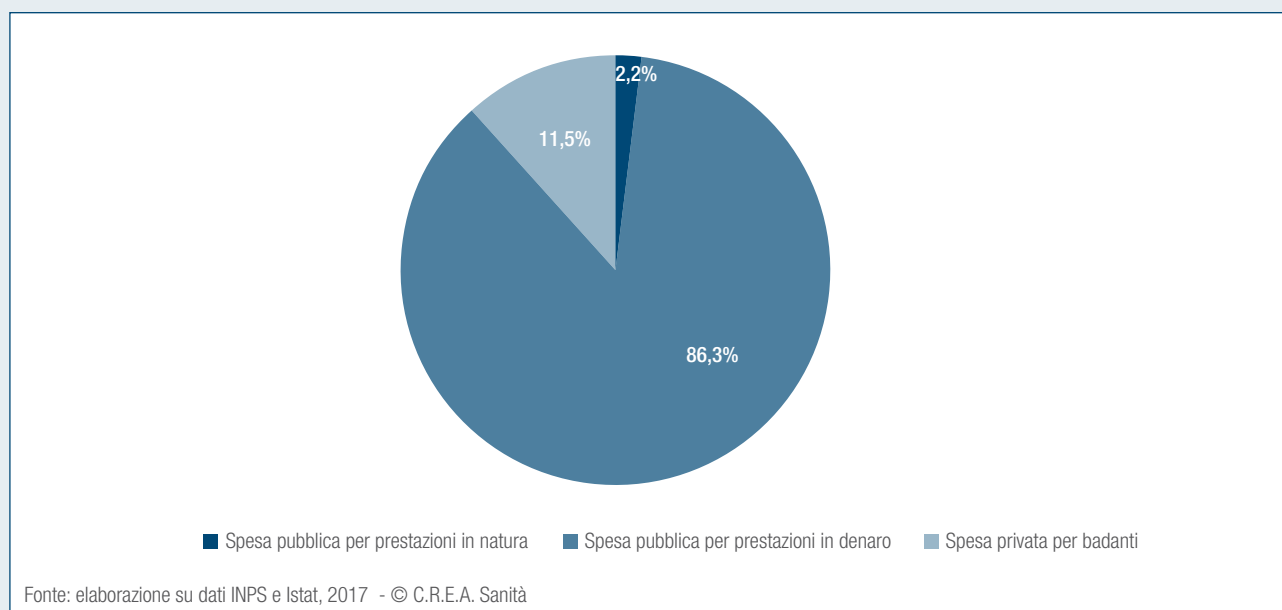
La spesa sanitaria *Out of Pocket* pro-capite, nel 2016, si attesta a € 588,2 pro-capite, in aumento del 18,4% rispetto al 2006 con valori massimi in Valle d'Aosta e Lombardia (rispettivamente € 827,3 e € 799,4); all'estremo opposto si collocano Campania (€ 314,1) e Sardegna (€ 366,0). Ad eccezione di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Calabria e Sardegna, in tutte le altre Regioni si è registrato un aumento rispetto al 2006: degno di nota è quello che ha interessato Puglia e Sicilia (+45,1% e +40,1% rispettivamente).

## KI 3.8. Composizione spesa sanitaria privata, anno 2016



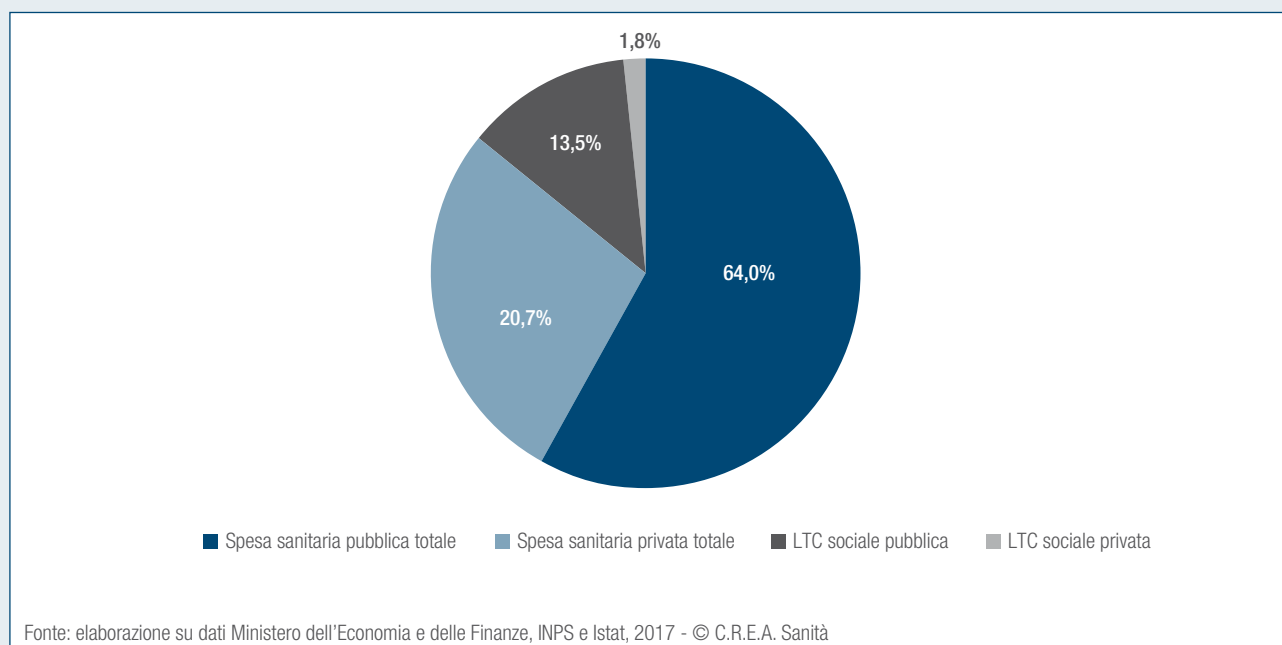
La spesa sanitaria privata, nel 2016, rappresenta circa il 92,6% del totale della spesa privata e quella intermediata il restante 7,4%, di cui 6,1% attribuibile a polizze collettive (Fondi) e l'1,3% alle polizze individuali. La componente intermediata rappresenta il 7,1% della spesa privata nel Nord, il 12,1% nel Centro e solo il 4,0% nel Sud e Isole, aggiungendo nuove forme di iniquità nella distribuzione della spesa sanitaria. Basilicata, Molise, Calabria e Sardegna risultano essere le quattro Regioni con la quota maggiore di spesa OOP, che ivi supera il 97,0%. Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Toscana e Lazio risultano invece quelle con la quota più bassa, ovvero quelle con la maggior percentuale di spesa privata intermediata, rispettivamente pari a 11,0%, 10,2%, 11,2%, 11,1% e 14,6%. Per quanto riguarda le polizze assicurative sanitarie, Liguria, Toscana e Lazio sono le Regioni con la quota più elevata di spesa intermediata per assicurazioni: raggiunge rispettivamente il 2,0% in Liguria e Toscana e il 2,6% nel Lazio. All'opposto si collocano Basilicata e Molise: 0,1% e 0,3% rispettivamente.

## KI 3.9. Spesa sociale per LTC, anno 2016



Nel 2016, su un totale di € 26,7 mld. di spesa sociale per assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti, ovvero anziani e disabili, l'86,3% è rappresentato dalla spesa pubblica per prestazioni in denaro (ovvero dalle provvidenze economiche erogate dall'INPS quali indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e permessi retribuiti a norma della L. 104/1992 e dai *voucher* erogati dai Comuni), il 2,2% dalla spesa pubblica per prestazioni in natura (servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari di competenza comunale) ed il rimanente 11,5% dalla spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie per l'assistenza a anziani e disabili.

## KI 3.10. Composizione spesa socio-sanitaria, anno 2016



Nel 2016 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a € 175.058,0 mln., è risultata essere composta per il 64,1% dalla spesa sanitaria pubblica, per il 20,7% dalla spesa sanitaria privata, per il 13,5% dalle prestazioni rientranti nella LTC sociale pubblica (indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile, permessi retribuiti a norma della L. n. 104/1992 e *voucher* per il 11,3% e servizio di assistenza domiciliare di competenza comunale per lo 0,4%) e per l'1,8% dalla spesa per la LTC sociale privata (ovvero spesa privata per badanti).







# Capitolo 4

## La valutazione delle *Performance* *Evaluation of healthcare services*

4a. Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

*English Summary*

4b. Una misura di *Performance* dei SSR (V edizione)

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 4

### La valutazione delle *Performance*

In ambito sanitario la valutazione assume un ruolo fondamentale, per effetto sia della meritorietà del bene salute, sia della asimmetria informativa che lo caratterizza.

Per entrambe le motivazioni, la ratio ultima risiede nella etica della trasparenza e del rendere conto ai cittadini, a cui si riferisce anche l'esigenza di *accountability* delle politiche sanitarie pubbliche.

La valutazione ha una natura multidimensionale ed è anche ragionevole pensare che l'esito dipenda dall'ottica nella quale viene svolta, che a sua volta dipende dagli obiettivi prefissati e quindi dagli interessi di cui i vari *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori.

Le dimensioni della valutazione sono molteplici: senza pretesa di esaustività citiamo gli esiti (clinici ma non solo), l'efficienza, e anche l'appropriatezza assistenziale, l'equità, il grado di innovazione (tecnologica, di processo etc.).

Anche le metodologie di valutazione sono di per sé degne di interesse e meritano maggiori approfondimenti: infatti, le tecniche proposte sono diverse e non sempre risultano sovrapponibili o anche coerenti in termini di risultati.

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno il capitolo 4 comprende valutazioni riferite in particolare alla:

- definizione di un indice sintetico indicativo del disagio economico delle famiglie per le spese sanitarie OOP dei SSR, ottenuto "aggregando" la quota di famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie *Out of Pocket (OOP)*, e la quota di famiglie che hanno dichiarato di aver dovuto limitare le spese sanitarie fino ad annullarle completamente ("nuove" rinunce) (Capitolo 4a);
- implementazione di tecniche di composizione delle preferenze espresse da diverse categorie di *stakeholders* finalizzate alla definizione di un'unica di misura di *Performance* dei SSR (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.). La metodologia è stata implementata costituendo un *Panel* di esperti, scelti, in funzione delle loro competenze, per rappresentare i diversi *stakeholder* del sistema sanitario, ai quali è stato richiesto di sottoporsi ad un esercizio di elicitazione delle loro personali preferenze (Capitolo 4b).

## Evaluation of healthcare services

*In the field of healthcare, evaluation plays a fundamental role, both by effect of deserving to be part of the healthcare plan and the information asymmetry that characterizes it.*

*In both cases, the ultimate rationale lies in the ethics of transparency and accountability towards citizens; to whom the need for accountability in the public healthcare policies sector is also addressed.*

*However, the concept evaluation is difficult to define: it is certainly of a multidimensional nature and it is also reasonable to believe that the outcome of its assessment depends upon the standpoint from which it was conducted; this, in turn, depends upon the objective of the assessment and therefore on the interests that the various stakeholders of the healthcare system carry.*

*The dimensions involved, as mentioned with “burdens” depending upon the perspective of the assessor and upon the objectives of the assessment, are multi-fold: outcomes (clinical, but not only clinical), efficiency, as well as care appropriateness, equity, innovations and others that may be proposed.*

*Even assessment methods are “per sé” of interest and deserve to be studied at length: in fact, many*

*methods have been proposed and these cannot always be overlapped or are not always coherent in terms of results.*

*In continuity with previous editions of the Health Report, once again Chapter 4 includes analysis summarizing pieces of evaluation, and in particular:*

- *the definition of a single index indicating the family’s economic for healthcare Out of Pocket (OOP) expenditures of RHSs (Regional Health Services), obtained by “aggregating” the indicator of impoverished families for healthcare expenditures and the quotas of families that should renounce to healthcare expenditures (Chapter 4a);*
- *the implementation of composition techniques regarding preferences expressed by different categories of stakeholders aimed at the establishment of a single Performance measurement for the RHSs (in terms of satisfaction for services, clinical results, social results, economic results, etc.). The methodology has been implemented by setting up a panel of experts, chosen according to their field of expertise, to represent the different stakeholders of the healthcare system and asked to take an elicitation exercise regarding their personal preferences (Chapter 4b).*

## CAPITOLO 4a

### Impoverimento, catastroficità e disagio economico delle famiglie

d'Angela D.<sup>1</sup>

#### 4a.1. Premessa

Al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, il presente contributo analizza i consumi sanitari delle famiglie, rapportando l'onere che ne deriva alla capacità di spesa di queste ultime.

In particolare è stata effettuata una stima del fenomeno dell'impoverimento a causa di spese sanitarie *Out of Pocket* (OOP), della catastroficità, delle "nuove" rinunce e del disagio economico per le spese sanitarie, anche in relazione alla tipologia di famiglia.

#### 4a.2. La composizione dei consumi sanitari privati

Nel 2015, secondo l'Indagine Istat "Spesa delle famiglie", sono 19,9 milioni le famiglie italiane che hanno fatto ricorso a spese sanitarie OOP, ovvero il 77,5% dei nuclei (che sono in totale 25,8 milioni): 137.740 famiglie in più rispetto all'anno precedente hanno, quindi, sostenuto spese sanitarie di "tasca propria".

Circa 930.000 famiglie, ovvero il 3,6% delle famiglie residenti, hanno dichiarato di disporre di una polizza assicurativa.

Dei 5,8 milioni di famiglie che non hanno sostenuto spese OOP, 1,13 milioni, ovvero il 4,4% di tutte le famiglie, hanno dichiarato di aver cercato di limitare tale tipo di spesa (circa 150.000 famiglie in meno rispetto al 2014): il combinato delle due informazioni ci porta a classificarle come rinunce a spese sanitarie.

Prendendo in analisi la tipologia di consumo privato sanitario delle famiglie, aumenta la quota di famiglie che spendono per farmaci e cure odontoiatriche (+0,9

e +1,2 punti percentuali rispettivamente), mentre per le altre voci tale dato è rimasto sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente.

Il 77,6% delle famiglie che sostiene spese sanitarie OOP, spende per farmaci, il 37,5% per servizi medici specialistici ed ospedalieri (visite specialistiche, ricoveri etc.), il 26,8% per servizi paramedici (indagini diagnostiche, fisioterapista, psicologo etc.), il 20,2% per le cure odontoiatriche.

La spesa sanitaria media annua familiare, nel 2015, è stata pari a € 1.343,1, rappresentando il 4,5% dei consumi delle famiglie (+ 3,0% rispetto al 2014).

Dopo una riduzione dei consumi totali e sanitari delle famiglie riscontrata nel periodo della crisi economica (2012), c'è stata una progressiva crescita di entrambe le voci, fenomeno che probabilmente ha comportato una riduzione del fenomeno delle rinunce.

Considerando nel computo le sole famiglie che sostengono spese sanitarie, la spesa media effettiva sostenuta risulta di € 1.733,1 (+2,4% nell'ultimo anno) (Figura 4a.1). La sua incidenza media sui consumi totali delle famiglie varia con la capacità di spesa, da un valore minimo pari a 3,5% per quelle del I quintile di consumo (che spendono in media € 790,6), al 5,0% per quelle dell'ultimo (che spendono in media € 3.132,5). Rispetto all'anno precedente solo in quelle del II e del IV c'è stato un aumento della quota: da 3,9% a 4,1% nei primi e dal 4,4% al 4,6% nei secondi.

Ovviamente anche la composizione della famiglia condiziona il consumo sanitario: il passaggio da un singolo componente alla coppia determina un incremento medio di spesa pari al 30,7% nel I quintile di consumo, al 33,0% nel II, al 52,1% nel III, al 67,1% nel IV e al 75,9% nell'ultimo.

Il *gap* di spesa OOP tra le famiglie monocompo-

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 4a.1. Spesa sanitaria OOP effettiva familiare, anno 2015

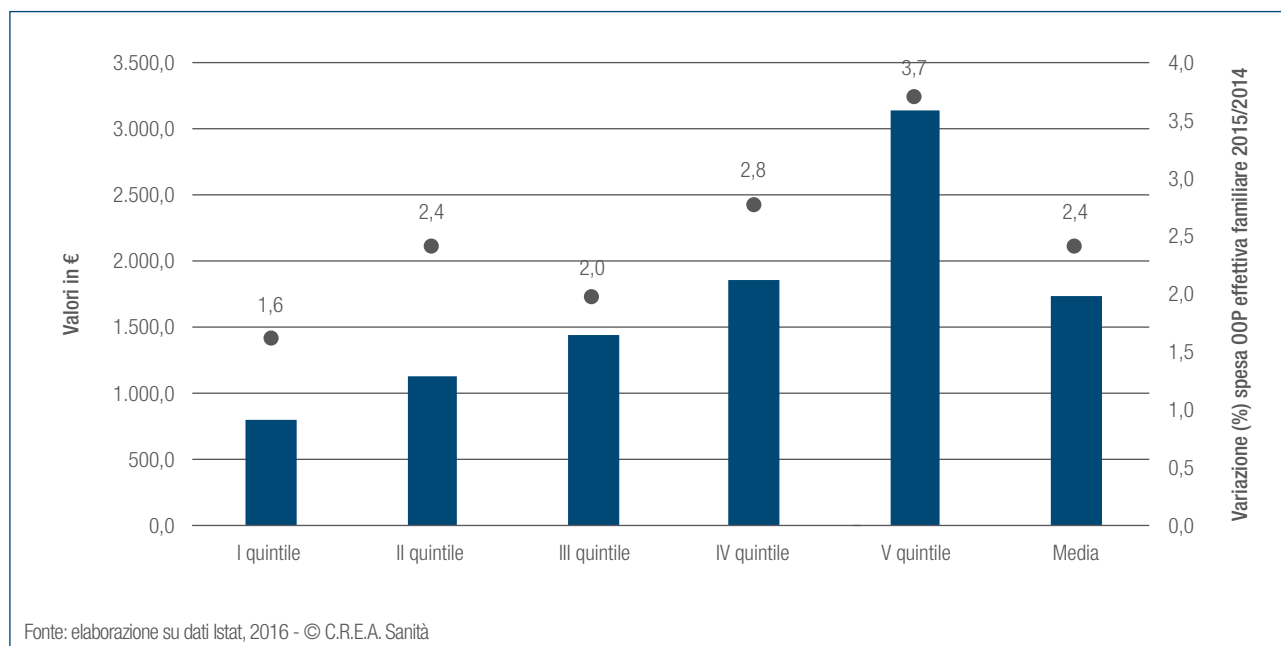
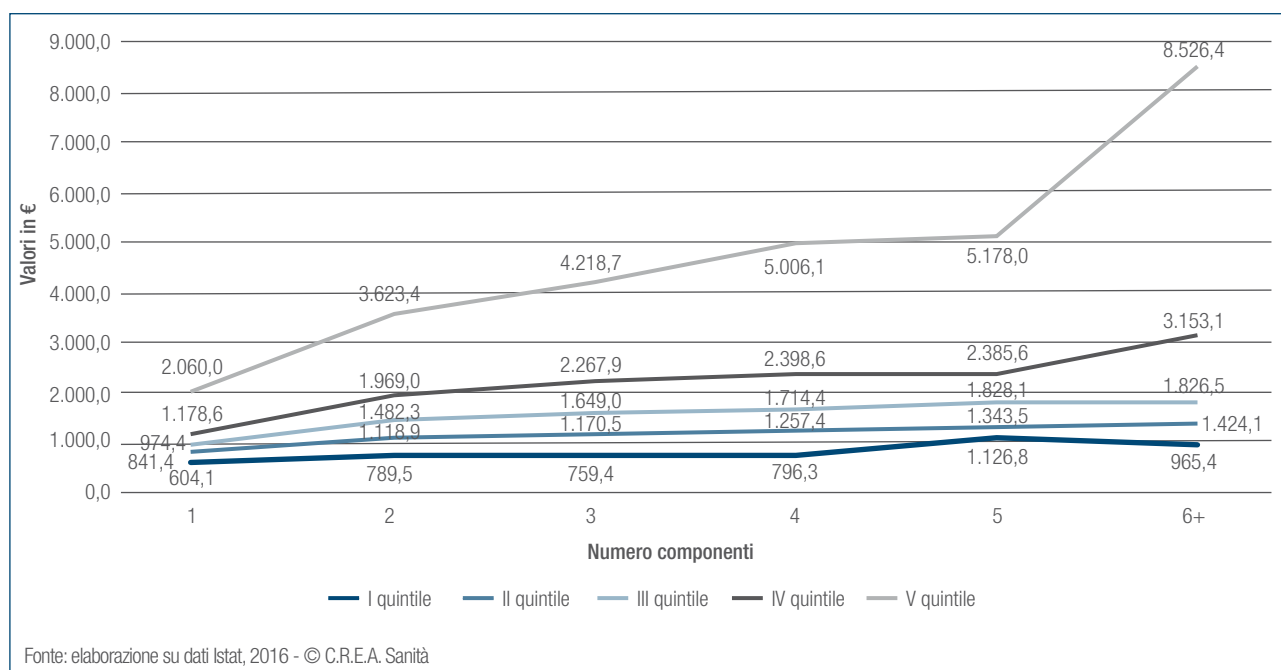


Figura 4a.2. Spesa sanitaria OOP effettiva familiare per quintile di consumo e numero di componenti della famiglia, anno 2015



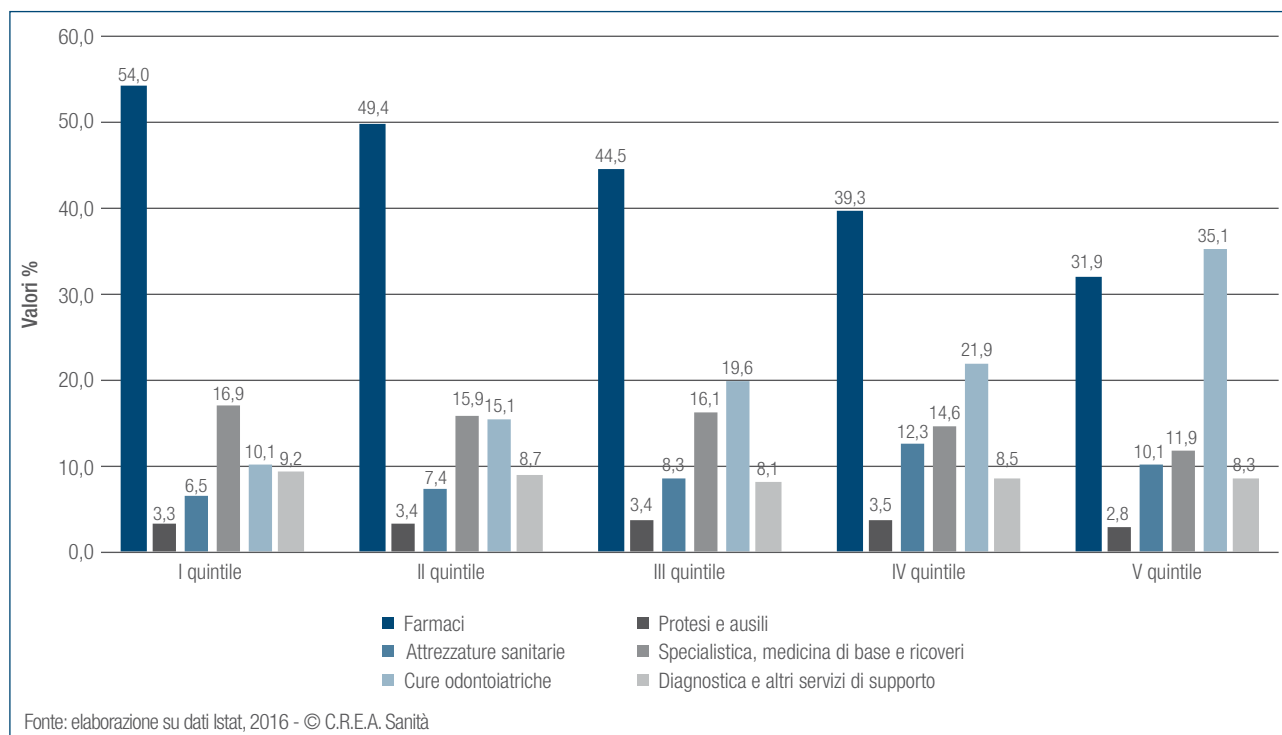
nente e quelle con 5 componenti varia da un minimo del +59,7% per quelle del II quintile ad un massimo del +151,4% per quelle dell'ultimo quintile (Figura 4a.2).

I farmaci rappresentano stabilmente la quota maggiore di spesa sanitaria privata, raggiungendo il 40,0% (38,4% nel 2014); seguono le cure odontoiatriche (24,5%), le visite specialistiche, medicina generale e

ricoveri (14,2%) e le attrezzature terapeutiche (9,7%). Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione di 4,7 punti percentuali della quota destinata alle visite specialistiche e ai ricoveri, che si sono spostati sulle cure odontoiatriche (Figura 4a.3).

La quota per la specialistica si è ridotta in egual misura in tutti i quintili, mentre invece quella per il dentista

Figura 4a.3. Composizione delle spese sanitarie OOP per tipo di spesa e quintile di consumo, anno 2015



è aumentata soprattutto nel II, IV e V quintile, rispettivamente di 3,2, 2,1 e 6,0 punti percentuali.

Dalla composizione della spesa emerge anche come, la quota destinata a “Diagnostica e servizi di supporto” e a “Protesi e ausili”, a differenza delle altre, non dipenda dalla disponibilità di spesa delle famiglie; sono le quote di spesa per i farmaci e per le cure odontoiatriche invece quelle con la elasticità alla disponibilità economica delle famiglie: da una quota massima del 54,0% in quelle del I quintile ad un minima del 31,9% in quelle dell’ultimo per i farmaci, e da un minimo del 10,1% in quelle del I quintile ad un massimo del 35,1% in quelle del V per le cure odontoiatriche.

#### 4a.3. La composizione dei consumi sanitari privati per area geografica

Rispetto all’anno 2014, l’aumento di spesa è risultato comune a tutte le ripartizioni, ad eccezione del Nord-Est dove meno famiglie hanno ricorso alle spese OOP (il 78,2% a fronte del 79,4% dell’anno scorso): il Sud rappresenta la ripartizione geografica con la maggior quota di famiglie che è ricorsa alle spese sanitarie OOP, il 79,9%

(1,1 punti percentuali in più rispetto all’anno scorso), seguita dal Nord-Ovest con il 75,1% (0,8 punti percentuali in più) e dal Centro con il 76,4% (0,7 punti percentuali in più).

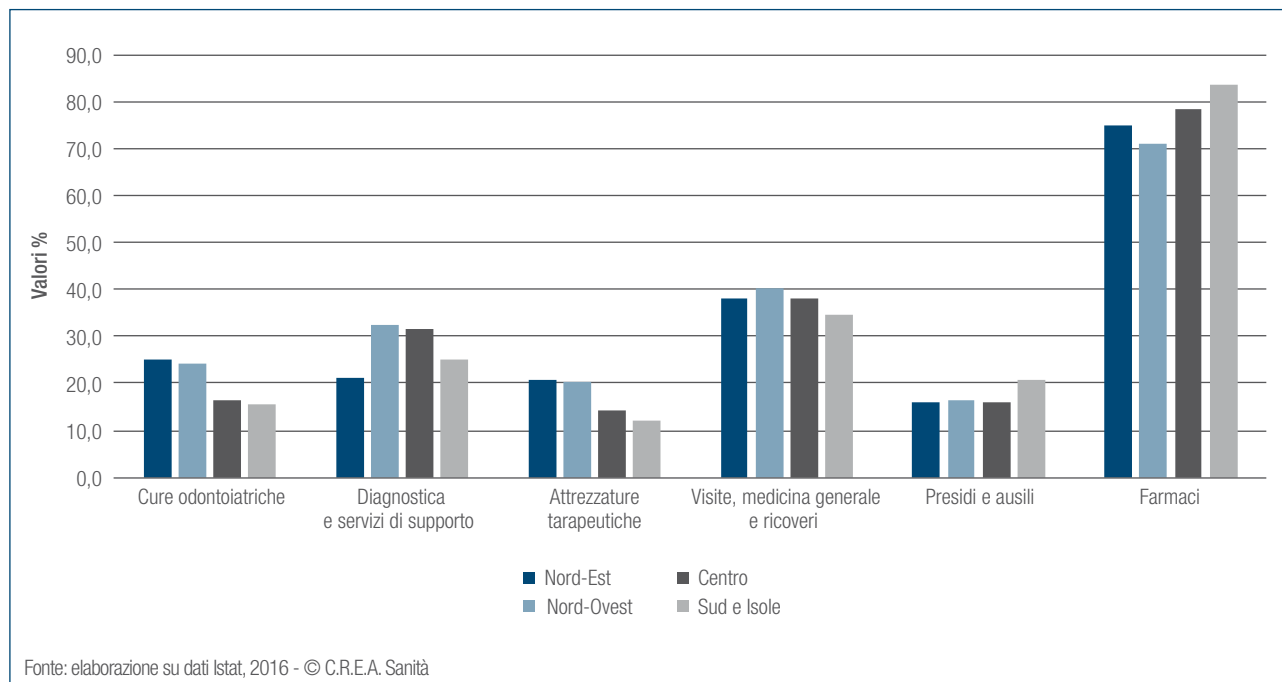
Si evidenzia, prima facie, una inversione rispetto al dato atteso, in quanto a livello geografico si rileva una correlazione inversa fra reddito e quota di famiglie che ricorrono alle spese OOP.

Osserviamo una maggiore copertura assicurativa per le famiglie che risiedono nel Nord-Est del Paese (6,2% delle famiglie), segue il Centro dove il 5,4% delle famiglie ha dichiarato di avere una polizza assicurativa sanitaria, poi il Nord-Ovest con il 3,3% ed infine il Sud dove appena l’1,2% dichiara di averla.

Considerando la quota totale di famiglie che hanno sostenuto spese private, OOP o intermedie da polizze assicurative, questa è massima nel Nord-Est (84,4%), e minima nel Nord-Ovest (78,3%); 81,8% nel Centro e 81,1% nel Sud. Fenomeno questo che evidentemente descrive una maggiore iniquità dovuta al basso ricorso nel Sud alla componente privata intermedia.

L’incidenza del fenomeno delle rinunce, come sopra stimato, sembra essere rimasta invariata nelle Regioni del Sud (5,6%), si è invece ridotta in quelle del Centro (da 5,9% a 3,7%) e del Nord (da 4,1% a 3,9%).

Figura 4a.4. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie OOP per voce e ripartizione geografica, anno 2015



Analizzando i consumi per tipologia, possiamo osservare come per voci di spesa quali farmaci, cure odontoiatriche e attrezzature terapeutiche ci sia una differenza di ricorso a tale spesa in base al contesto geografico di appartenenza: la quota di famiglie che sostengono fra le spese OOP sanitarie quella per i farmaci, oscilla fra il 72,8% del Nord e l'83,7% del Mezzogiorno.

Per le cure odontoiatriche si passa da quasi un quarto (24,8%) delle famiglie del Nord, al 16,6% di quelle del Centro ed il 15,7% di quelle del Sud; per le attrezzature terapeutiche si passa dal 20,6% delle famiglie del Nord, al 14,4% di quelle del Centro e al 12,1% di quelle del Sud.

Per le restanti voci (visite specialistiche, ricoveri, diagnostica, servizi di supporto etc.) non si registrano, invece, importanti differenze dipendenti dal contesto geografico di residenza (Figura 4a.4).

In termini di spesa media effettiva (quindi sui soli nuclei con consumi non nulli) per singola voce, si passa da € 551,8 annui sostenuti dalle famiglie campane per i farmaci, ai € 1.273,2 del Veneto, a fronte di una spesa media annua nazionale di € 882,5.

Per le visite specialistiche, l'assistenza primaria e i ricoveri si passa dai € 421,9 annui sostenuti dalle famiglie della Basilicata, ai € 826,7 del Piemonte, con una media nazionale di € 641,4.

Per gli esami diagnostici e altri servizi di supporto si passa da € 228,7 della Campania a € 869,6 della Lombardia, a fronte di una media nazionale di € 535,2.

Per le cure odontoiatriche, infine, si passa da una spesa minima effettiva di € 838,8 sostenuta dalle famiglie campane ad una massima di € 3.874,4 sostenuta da quelle residenti in Trentino Alto Adige (€ 2.069,2 media nazionale).

Per i farmaci, ad eccezione della Sicilia, si conferma una correlazione positiva con il livello economico regionale (PIL pro-capite), ragionevolmente spiegata dalle compartecipazioni; analoga correlazione si osserva per le cure odontoiatriche (Figura 4a.5).

Per le voci di spesa "Visite specialistiche, medicina generale e ricoveri", nonché "Esami diagnostici e altri servizi di supporto" la relazione appare meno chiara: per la prima voce le famiglie residenti in Calabria, Sicilia e Puglia sono chiamate a sostenere livelli di spesa prossimi a quelli dell'Emilia Romagna, del Friuli Venezia Giulia, Lombardia.

Relativamente alla spesa per esami diagnostici e servizi di supporto, ad eccezione di Sardegna e Campania, tutte le famiglie delle Regioni del Sud presentano livelli di spesa prossimi a quelli delle realtà del Centro e del Nord-Est (Figura 4a.6).



Figura 4a.5. Spesa effettiva familiare per farmaci e cure odontoiatriche vs PIL pro-capite, anno 2015

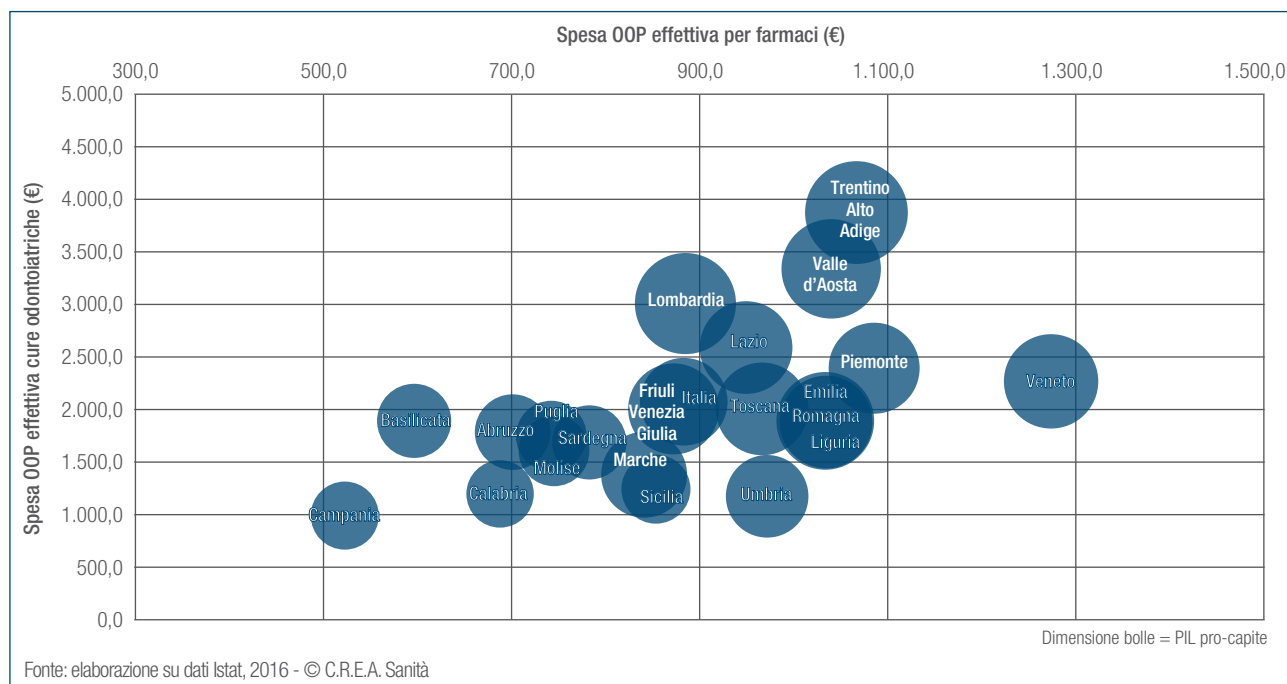
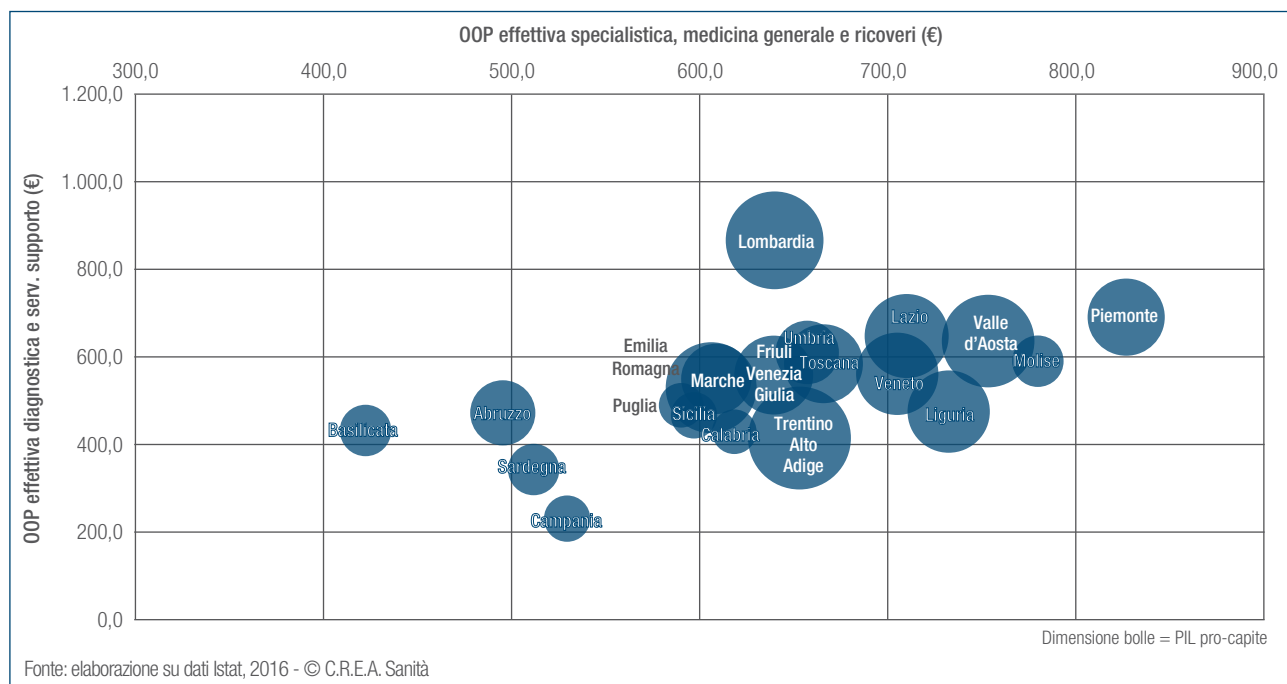


Figura 4a.6. Spesa effettiva familiare per esami diagnostici, servizi di supporto, visite e ricoveri vs PIL pro-capite, anno 2015



#### 4a.4. L'equità dei SSR: impoverimento

Nel 2015 l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie OOP fra le famiglie è pari all'1,4% (350.799 nuclei familiari, 34.497 in più rispetto all'anno precedente), ovvero l'1,8% di famiglie che sostengono

spese sanitarie OOP. Il fenomeno è cresciuto rispetto all'anno precedente a causa dell'aumento dei consumi sanitari effettivi (+2,4%).

L'impoverimento coinvolge soprattutto le famiglie dei quintili inferiori: il 6,4% di quelle del I quintile di consumo e lo 0,4% di quelle del secondo.

Il fenomeno colpisce soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno: il 2,8% di queste risultano impoverite per spese sanitarie OOP, contro l'1,1% di quelle del Centro, e la modesta incidenza del fenomeno nelle Regioni del Nord, dove risulta pari allo 0,4% delle famiglie del Nord-Ovest e allo 0,6% di quelle del Nord-Est.

Rispetto all'anno precedente ci sono quasi 24.000 famiglie in più impoverite nel Centro, 8.673 nel Sud e 1.745 nel Nord.

Campania, Molise e Abruzzo sono le Regioni con la maggior quota di famiglie impoverite: 3,7%, 3,3% e 2,8% rispettivamente; Trentino Alto Adige, Lombardia e Toscana risultano invece le meno colpite dal fenomeno: 0,1, 0,2% e 0,3% rispettivamente (Figura 4a.7).

Il fenomeno dell'impoverimento coinvolge soprattutto le famiglie degli anziani: oltre la metà delle famiglie impoverite (56,0%) ha una età media dei componenti superiore ai 70 anni, il 20,9% inferiore ai 30, il 20,9% tra i 51 e i 69 anni; il 2,1% nella fascia 31-50.

Si tratta, inoltre, di nuclei familiari di piccole dimensioni: il 66,9% delle famiglie che si impoverisce sono mono o bicomponente (il 5,3% e 3,4% rispettivamente del numero totale di queste famiglie); il 16,1% sono famiglie con quattro componenti (il 4,2% del totale), il 10,1% con tre (il 4,3% del totale), il 5,9% con cinque (il 5,4% del totale); e solo lo 0,9% di quelle con più di 6 componenti (il 4,3% del totale).

#### 4a.5. L'equità dei SSR: spese catastrofiche

Il fenomeno della catastroficità delle spese sanitarie OOP sembra invece essersi ridotto, in particolare nel Centro e nel Nord del Paese: risultano averne sofferto quasi 715.000 famiglie (712.928 nuclei, 68.180 in meno rispetto all'anno precedente): il 2,8% delle famiglie residenti. Il fenomeno coinvolge il 5,5% delle famiglie che risiedono nel Mezzogiorno, l'1,5% di quelle che risiedono nel Centro e l'1,5% di quelle residenti al Nord (Figura 4a.8).

Le Regioni più colpite dal fenomeno risultano essere Basilicata (8,0%), Sicilia (7,7%) e Calabria (6,8%); quelle quasi esenti Lombardia (0,8%) e Toscana (1,0%).

Le spese catastrofiche sono distribuite fra tutti i quintili di consumo, sebbene incidano maggiormente (8,9%) nel I quintile, verificandosi rispettivamente nell'1,6% di quelle del II, nell'1,3% di quelle del III, nello 0,7% di quelle del IV e nel 1,3% di quelle dell'ultimo (Figura 4a.9).

Oltre la metà delle famiglie (51,6%) soggette a spese catastrofiche sono di anziani (*over 70*), il 35,4% con età media dei componenti nella fascia 51-69 anni, il 2,9% con età inferiore ai 30 anni, e solo il 10,1% hanno un'età media nei 31-50 anni.

Anche questo fenomeno, in analogia all'impoverimento, coinvolge prevalentemente i nuclei familiari di piccole dimensioni: circa il 60% delle famiglie soggette a spese

Figura 4a.7. Quota famiglie impoverite

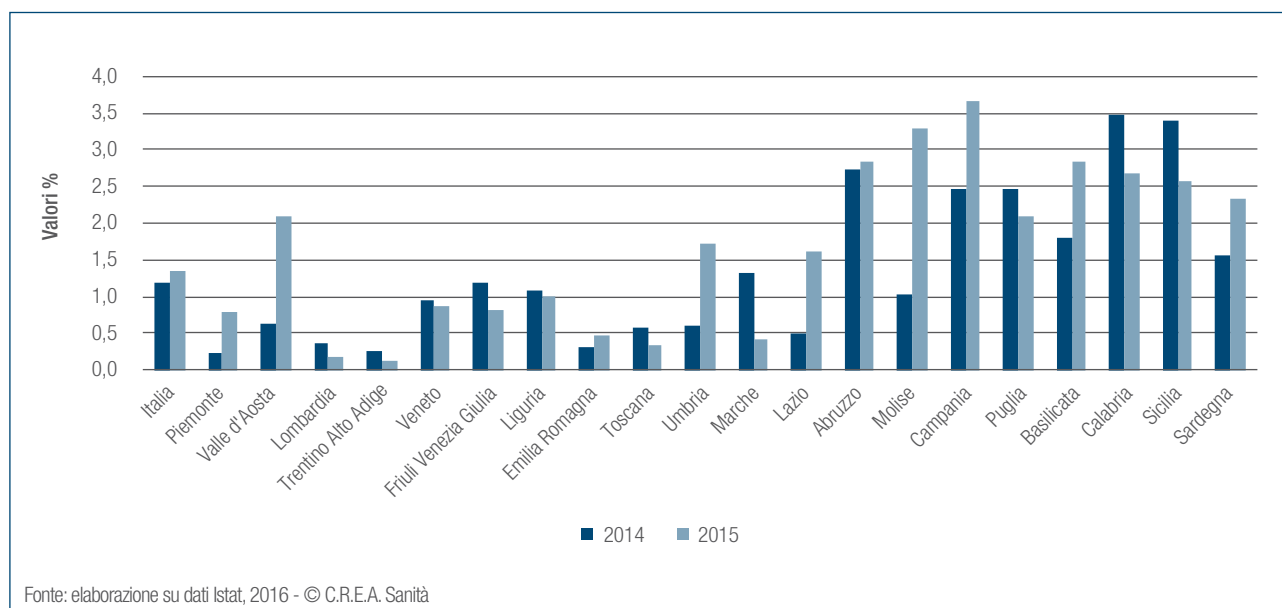


Figura 4a.8. Quota famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche, anno 2015

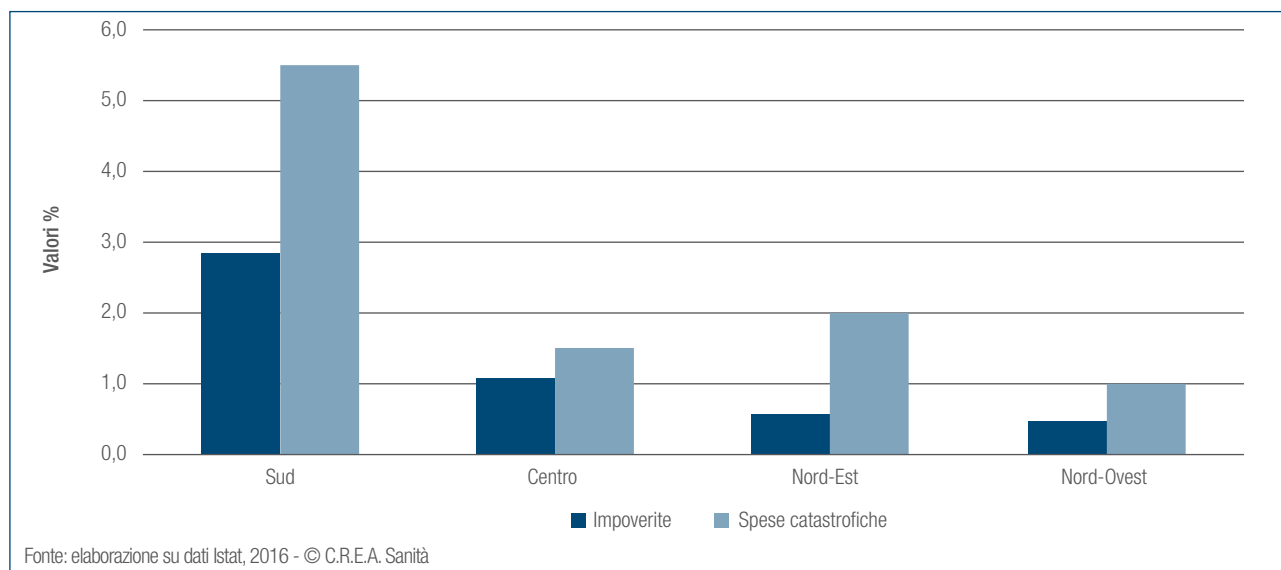
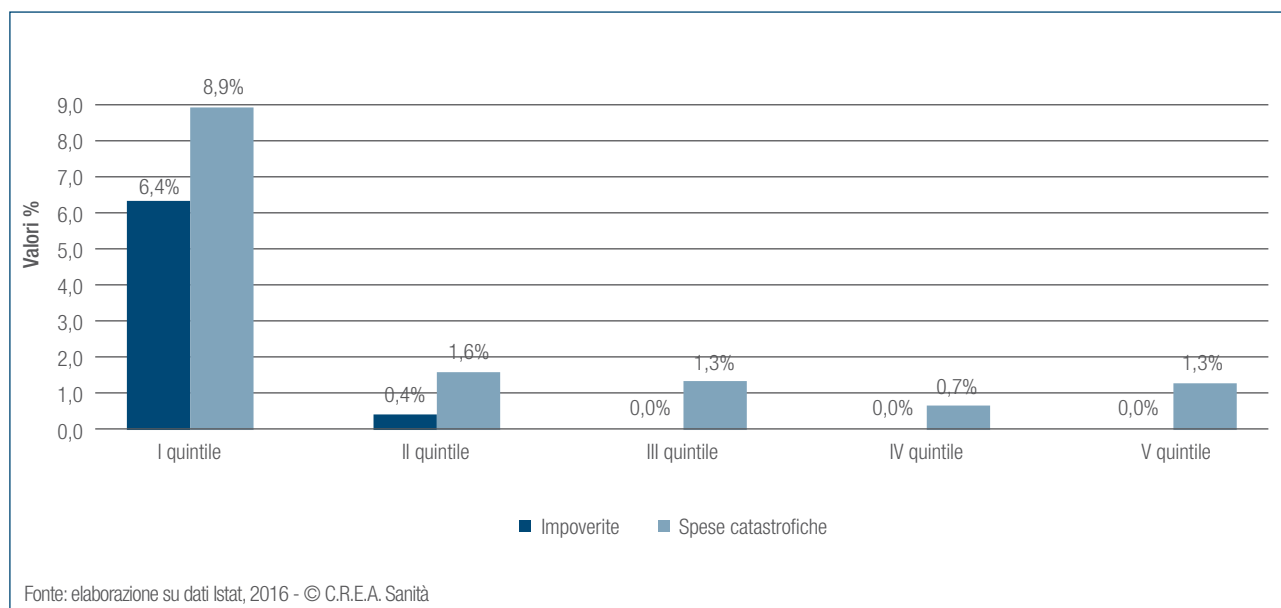


Figura 4a.9. Incidenza famiglie impoverite e soggette a spese catastrofiche per quintile di consumo, anno 2015



catastrofiche sono mono o bicomponenti (l'1,6% e l'1,3% rispettivamente del totale di queste famiglie); il 16,4% con quattro componenti (l'1,4% del totale), il 13,7% con tre (lo 0,8% del totale), il 7,1% con 5 (il 2,1% del totale); solo il 2,3% di quelle con più di 6 componenti (0,9% del totale).

#### 4a.6. L'equità dei SSR: "nuove" rinunce

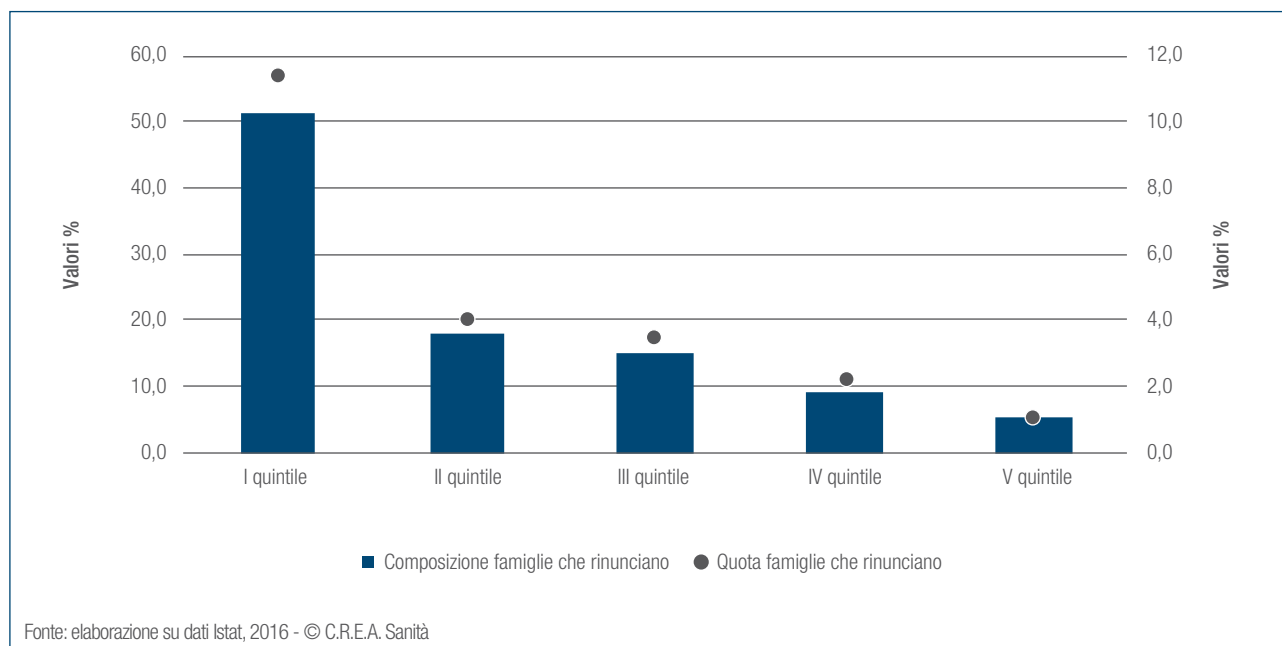
Oltre alle famiglie in condizioni di impoverimento e soggette a spese catastrofiche, nel 2015 risultano 4,4

milioni di famiglie residenti (pari al 17,1%) che hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie, e di queste 1,13 milioni le hanno annullate del tutto, configurandosi come "nuove" rinunce.

Il 69,3% di queste ultime famiglie appartengono ai primi due quintili di consumo; il fenomeno in particolare coinvolge l'11,3% delle famiglie del I quintile di consumo, il 4,0% di quelle del II, il 3,4% di quelle del III, il 2,1% di quelle del IV e l'1,2% di quelle dell'ultimo quintile (Figura 4a.10).

La maggiore quota di nuove rinunce (33,9%) si concentra nelle famiglie con età media dei componenti nella

Figura 4a.10. Composizione quota di famiglie con spese sanitarie OOP per quintile di consumo, anno 2015



fascia 51-69 anni (4,7% del totale delle famiglie con queste caratteristiche), seguita da quelle nella fascia 30-50, dove si concentrano il 28,8% delle rinunce (5,4% del totale); solo il 12,5% nelle famiglie degli anziani (età media *over 70*).

Le rinunce alle spese sanitarie OOP hanno coinvolto l'11,4% delle famiglie che hanno dichiarato di avere risorse economiche insufficienti, il 6,1% di quelle che le hanno scarse, il 2,3% di chi le ha adeguate e l'1,3% di chi ha dichiarato averle ottime.

La rinuncia da parte di chi ha dichiarato di avere risorse economiche adeguate ha riguardato, per il 78,8%, famiglie che non hanno variato il loro *status* economico, per il 17,3% quelle che lo hanno di poco peggiorato, per l'1,9% quelle che lo hanno peggiorato molto e per il 2,1% quelle che lo hanno un po' migliorato.

Rinunciano in maggior misura, il 5,4%, le famiglie con 5 componenti, e quelle con un solo componente (il 5,3%); le famiglie di soli due componenti sono invece quelle in cui è meno presente il fenomeno della rinuncia, verificandosi solo nel 3,4% di queste.

A livello regionale, si riscontrano valori rilevanti in Piemonte (7,2%), Sardegna (6,8%) e Molise (6,7%) e minimi in Valle d'Aosta (1,7%), Marche (2,3%), Emilia Romagna (2,4%) e nelle PP. AA. di Trento e Bolzano (2,6%).

Il 2,3% delle famiglie (101.131 nuclei) che hanno cercato di limitare le spese sanitarie OOP, risultano an-

che essere impoverite; il 25,7% (1,13 milioni) non hanno sostenuto alcuna spesa sanitaria, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo; il restante 76,0% (3,27 milioni) ha limitato la spesa ma senza impoverirsi.

Al fine di fare una valutazione globale sulla capacità dei SSR di tutelare i cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, nella precedente edizione era stato introdotto un indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie OOP, aggregando i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie. L'indicatore esprime la quota di famiglie che sperimentano condizioni di disagio economico per effetto dei bisogni sanitari.

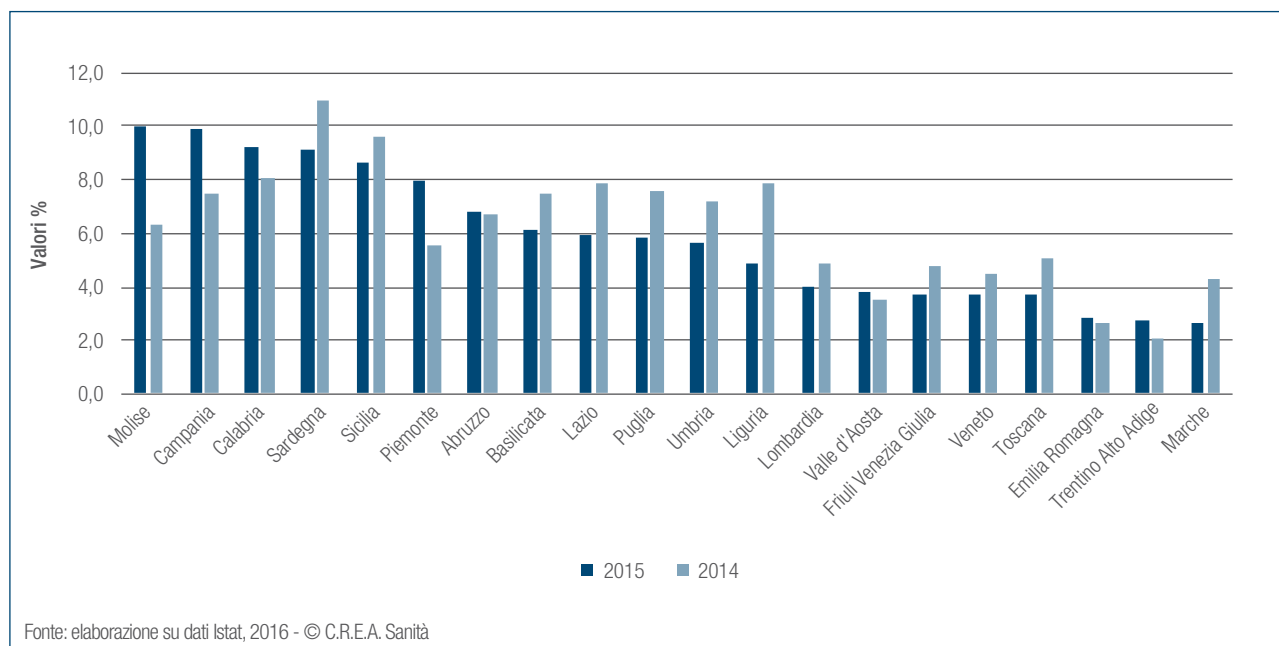
Preme sottolineare che tale indicatore sottostima il fenomeno del disagio poiché considera, oltre alle famiglie impoverite, solo le rinunce globali alle spese OOP e non le parziali.

La quota di disagio economico è pari in media al 5,7%, e aumenta soprattutto nel Sud del Paese (8,4% delle famiglie), seguito dal Centro (4,8%) e dal Nord (4,4%).

Rispetto all'anno precedente si è assistito ad una riduzione del fenomeno che ha interessato soprattutto le Regioni del Centro (da 6,5% a 4,8%) e del Nord (da 4,6% a 4,4%); nel Sud la quota di disagio è sensibilmente aumentata passando da 8,3% a 8,4% (Figura 4a.11).

Molise e Campania risultano essere le Regioni con la maggior incidenza di condizioni di disagio: il 10,0%

Figura 4a.11. Quota di disagio economico



e il 9,9% delle famiglie rispettivamente versano in tale condizione; all'estremo opposto troviamo le Marche e il Trentino Alto Adige dove solo il 2,7% delle famiglie residenti in entrambe le Regioni sono in condizioni di disagio economico per spese sanitarie OOP.

Rispetto all'anno precedente in Molise, Campania, Calabria e Piemonte il disagio è cresciuto; in Abruzzo, Valle d'Aosta, Emilia e Trentino Alto Adige è rimasto sostanzialmente invariato; nelle restanti realtà si è invece ridotto: in particolare in Liguria, Lazio, Puglia e Sardegna.

Il disagio si concentra per il 62,9% nelle famiglie mono o bicomponente (il 6,9% e 4,7% rispettivamente di queste famiglie), per il 15,4% nelle famiglie con 3 componenti (il 5,1% del totale), per il 15,4% in famiglie con 4 componenti (il 5,6% del totale), per il 5,0% in famiglie con 5 componenti (il 7,5% del totale) e per l'1,3% nelle famiglie con oltre 6 componenti (il 5,3% del totale).

Correlando tale indicatore al PIL pro-capite regionale, si nota una stretta correlazione inversa (Figura 4a.12).

## 4a.7. Conclusioni

La quota di spesa privata delle famiglie destinata ai consumi sanitari è in aumento rappresentando nel 2015 il 4,5% dei consumi totali.

È aumentato anche il numero di famiglie che sostiene privatamente spese sanitarie: queste rappresentano ormai il 77,5% del totale (137.740 nuclei in più rispetto all'anno precedente).

Anche la spesa pro-capite delle famiglie che la sostengono è aumentata del +2,4%.

Si conferma, inoltre, la correlazione fra spesa privata e disponibilità, passando dalle € 790,6 annue delle famiglie del I quintile di consumo alle di € 3.132,5 di quelle dell'ultimo.

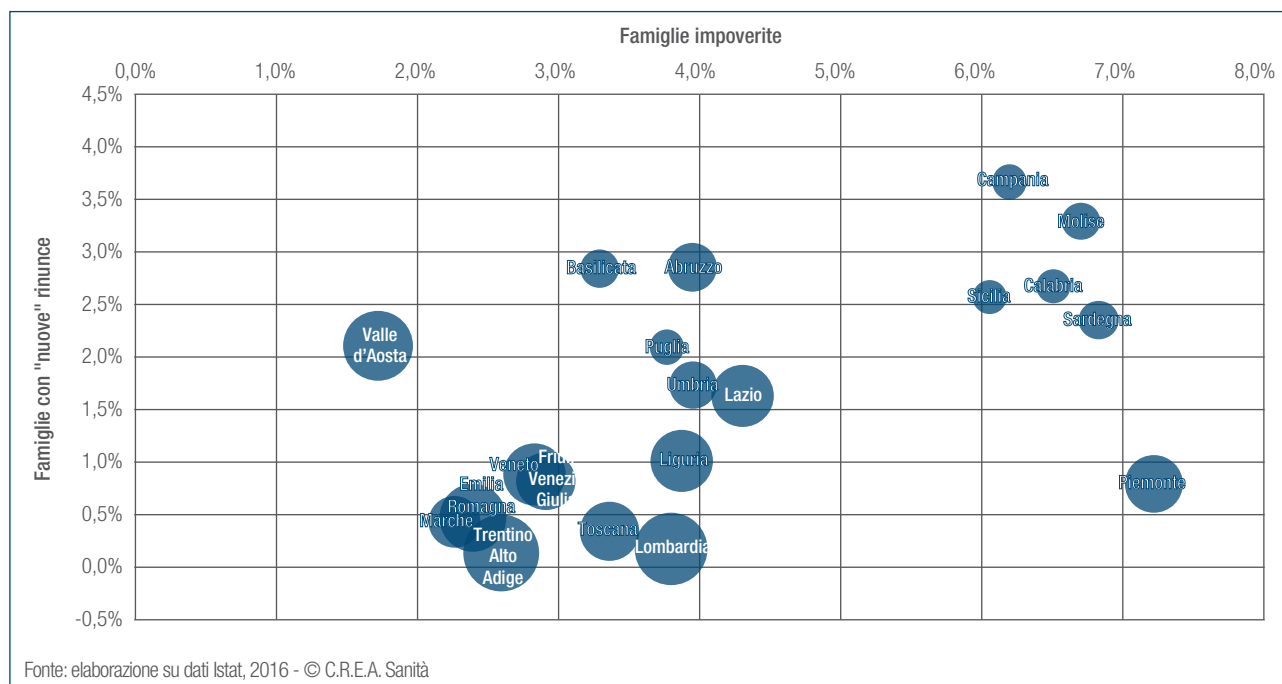
Complessivamente, rispetto all'anno precedente, è incrementata la quota di famiglie che hanno speso per farmaci, soprattutto al Sud, come anche per le cure odontoiatriche e poi per le attrezzature terapeutiche, queste ultime soprattutto al Nord.

Ne segue che aumenta l'incidenza della spesa per i farmaci e per le cure odontoiatriche (soprattutto nel II, IV e V quintile), e si riduce quella per le visite specialistiche ed i ricoveri (in egual misura in tutti i quintili di consumo).

La spesa effettiva per specialistica, ricoveri e servizi di supporto sostenuta dalle Regioni del Sud è simile a quella sostenuta dalle famiglie afferenti a Regioni "più ricche".

Il 4,4% delle famiglie residenti in Italia, soprattutto nel Centro e nel Sud, hanno dichiarato di aver limitato, tanto da annullare, le spese sanitarie private, configurando delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie.

Figura 4a.12. Quote di impoverimento e rinunce, in base al PIL pro-capite, anno 2015



Rinunciano prevalentemente le famiglie dei quintili medio-bassi e di piccole dimensioni, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese sanitarie OOP).

Le famiglie residenti che hanno dichiarato di avere un'assicurazione individuale, sono circa un milione, ovvero il 3,6%.

In termini di impatto equitativo, nel 2015, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese sanitarie OOP è nuovamente aumentato, per effetto dell'aumento della spesa sanitaria OOP e della riduzione delle rinunce.

Il fenomeno si concentra soprattutto nel Sud e nel Centro, raggiungendo la quota dell'1,4% delle famiglie. Si tratta prevalentemente di piccoli nuclei familiari con età media dei componenti elevata. Campania, Molise e Abruzzo sono le realtà più colpite dall'impoverimento.

Il fenomeno della catastroficità sembra invece essersi ridotto, al Centro e al Nord, mantenendo comunque

un'alta incidenza al Sud: Basilicata, Sicilia e Calabria sono le Regioni più colpite.

Anche le altre condizioni di disagio economico legato ai bisogni sanitari complessivamente si sono ridotte, ma solo al Nord e al Centro: Trentino Alto Adige e Marche sembrano essere le Regioni per cui si stima una minore incidenza del disagio; Molise e Campania, invece quelle con la maggiore incidenza.

La ripresa dei consumi, e in particolare di quelli sanitari, sembra quindi associata ad un nuovo allargamento delle disparità, perché avviene con limitati effetti equitativi indesiderati nel Centro e nel Nord, mentre penalizza le famiglie più fragili del meridione.

## Riferimenti bibliografici

C.R.E.A. Sanità (anni vari), *Rapporto Sanità*  
Istat (2014), *Indagine Spesa delle famiglie*  
Istat (2015), *Indagine Spesa delle famiglie*

## ENGLISH SUMMARY

### *Fairness in healthcare: catastrophic expenditure, impoverishment and economic discomfort*

The Italian National Health Service (SSN) may be classified as a social insurance of a universalistic type, aimed at promoting the health of the population and therefore also ensuring citizens against the onset of disease economic burdens.

In light of the aforesaid, the impact of private healthcare costs on households budgets have been analysed.

For that which regards the Out of Pocket (OOP) private expenditures, by the survey of the national statistics office (Istat) on household consumptions, it reaches € 33.5 billion, and the expenditure share for healthcare rises in the last year by reaching the 4.5% of overall consumptions. Whereas, in 2015, there has been an increase in the number of families personally covering the said expenses, reaching 77.5% (137.740 families; 77.0% in 2014) of the total.

We can observe that an increasingly frequent recourse to private funding in the last year is even associated to an increase of effective expenditure, that reaches € 1.377,1 per family.

Nearly five million families have been obliged to reduce their health expenditure, especially those residing in Southern Italy (27.2%), followed by those living in Central Italy (21.1%) and ultimately those from the North (15.0% of which 12.7% from the North-East and 16.6% from the North-West).

Of the households that have lowered their OOP health expenses, the 2.3% (101,131 families) are also impoverished; the 24.7% (1.1 million) have not paid for any health expenses and therefore have presumably waived consumption; the remaining 76.0% (3.7 million) have reduced the spending, but have not been impoverished.

Of the families who reduced their private healthcare expenses, to the point of having annulled them, 5.0% may be considered as “new” wavers of healthcare expenses.

Those wavering are principally households belonging to the lower and middle quintiles consumptions, who mainly spend their money on medicine, visits and diagnostic tests (80-90% of OOP healthcare expenses).

The waivers phenomenon decreased in the last year but only in Center and Northern Regions.

Obviously private expenditures are positively related to income, going from € 790.6 per year for families belonging to the 1<sup>st</sup> quintile of consumption, to € 3,132.5 for those belonging to the last one.

Resident families who have declared being in possession of an individual insurance are approximately one million – namely 3.7% of the whole.

In terms of fairness impact, in 2015 the incidence of the impoverishment phenomenon due to OOP healthcare expenditures increased, that of “catastrophic” expenditures, seem to have been reduced. The economic discomfort due to OOP healthcare expenditures decreased in the last year by reaching the 5.7% of families (6,2% in 2014), mainly in the Center and Northern Regions: Trentino Alto Adige and Marche seem to be the Regions estimated to have a lower incidence (2.7% of families); whereas Molise and Campania are those with a greater incidence (10.0% and 9.9% respectively).

Finally, we observe how a trend entailing a significant growth in recourse to OOP and of its entity, mainly in the Southern Regions, certainly could reduce fairness, so it is necessary to open up the way to the establishment of new scenarios, whose outlines are however already evident: in particular, resorting to complementary forms of healthcare insurance (supplementary health funds, contract funds, Mutual Aid Societies, insurance policies).

But it is likewise also evident that complementarity contains a significant share of services duplication, in addition to an overlapping due to the coverage of co-participations – rendering it absolutely necessary to define an overall governance of the sector.

## CAPITOLO 4b

### Una misura di *Performance* dei SSR (V edizione)

d'Angela D.<sup>1</sup>, Carrieri C.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>3</sup>

#### 4b.1. Il Progetto

Il progetto “Una misura di *Performance* dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR)”, è stato promosso da C.R.E.A. Sanità con la duplice funzione di fornire una valutazione dell’evoluzione dei servizi sanitari e contribuire allo sviluppo delle metodologie utilizzabili per le valutazioni di *Performance* in Sanità.

A tal fine la metodologia adottata si concentra sulla multi-dimensionalità delle *Performance* in campo sanitario e sulla esigenza, in una ottica multi-prospettiva, di integrare e mediare la visione di differenti *stakeholder* del sistema sanitario creando, quindi, mediante un esperimento di “ingegneria sociale”, informazioni utili nel supportare la formazione di indirizzi per le politiche sanitarie pubbliche.

Preme sottolineare che la valutazione riguarda il SSR, inteso in senso lato; non si limita infatti a considerare i risultati del sistema pubblico regionale di offerta, o per meglio dire, il raggiungimento degli obiettivi istituzionali e programmatici del *Welfare* pubblico, ma allarga il suo spettro di analisi agli impatti della spesa privata e in generale agli *outcome* di salute della popolazione.

Il progetto, quindi, non è finalizzato a valutare la capacità di garantire l’*accountability* dei SSR pubblici, quanto a rappresentare una modalità “terza” di valutazione complessiva della Sanità a livello regionale: in altri termini, esso ambisce a fornire una indicazione sul livello di legittima aspettativa del cittadino nei confronti della Salute, a seconda del contesto in cui risiede (Regione).

Nel presente capitolo si riassumono i principali risultati della V edizione del progetto, caratterizzata da analisi ad hoc svolta separando le preferenze degli *stakeholder* afferenti a Regioni in Piano di Rientro da quelle delle Regioni in

sostanziale equilibrio; l’analisi ha palesato come il dibattito di politica sanitaria assuma connotati diversi nelle diverse aree del Paese, in funzione dello “stato” dei diversi SSR, condizionando anche le valutazioni di *Performance*.

I risultati descritti di seguito sono il frutto del lavoro di un *Panel* composto da 102 membri provenienti da tutt’Italia, e afferenti a cinque Categorie di *stakeholder*, “Utenti” (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), “Professioni sanitarie” (Medici di medicina generale, medici ospedalieri, del servizio di emergenza-urgenza territoriale, farmacisti, etc.), “*Management* aziendale” (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), “Istituzioni” (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del farmaco, Ministero della Salute) e “Industria medicale”.

Il *Panel* ha prima identificato e scelto gli indicatori su cui basare la valutazione e quindi, in un *meeting* collegiale, 72 membri del *Panel* (dei 102 complessivi) hanno fornito le loro valutazioni.

Il processo di elicitazione è stato supportato da specifici *software* implementati dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità: ogni esperto ha operato singolarmente con l’ausilio di un *tablet*; il *team* di C.R.E.A. Sanità ha raccolto le risposte, le ha poi elaborate ed aggregate adottando una funzione di utilità multi-attributo.

Le valutazioni richieste agli *stakeholder* hanno riguardato tanto il valore attribuito alle determinazioni numeriche degli indicatori, quanto il grado di sostituibilità tra gli *outcome* di cui i diversi indicatori sono rappresentativi.

#### 4b.2. I risultati

Come anticipato, i componenti del *Panel*, avvalen-

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

<sup>2</sup> C.R.E.A. Sanità

<sup>3</sup> Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”, C.R.E.A. Sanità



Tabella 4b.1. Indicatori di *Performance*

Prospettiva	Indicatore
Sociale (Equità)	Quota di persone che rinuncia a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota spesa sanitaria delle famiglie ( <i>Out of Pocket</i> )
	Quota di persone che rinuncia a curarsi
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite standardizzata
	Spesa sanitaria privata pro-capite
Appropriatezza	Tasso standardizzato di ospedalizzazione ordinaria in acuzie
	Tasso ricorso al pronto soccorso
	Pazienti con IMA trattati con PTCA entro 2 giorni
Esiti	Prevalenza di disabilità
	Giorni perduti standardizzati pro-capite per morti prevenibili
	Speranza di vita libera da disabilità (75+)
Innovazione	Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia
	Quota pazienti con Epatite C trattati con nuovi farmaci
	Quota di pazienti con fibrillazione atriale e CHADS <sub>2</sub> in trattamento con anticoagulanti orali
	Quota interventi più frequenti di chirurgia generale eseguiti in laparoscopia

Fonte: elaborazione su dati *televoter* del *Panel*, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

dosi di un sistema di *televoter*, hanno selezionato 15 indicatori, 3 per Dimensione, da un set di 25 precedentemente scelti da un *dataset* iniziale di 186 selezionati dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità; gli indicatori sono afferenti a cinque Dimensioni di *Performance*: Sociale, Economico-finanziaria, Esiti, Appropriatezza e Innovazione (Tabella 4b.1); quest'ultima introdotta per la prima volta in questa edizione.

Rimandando alla pubblicazione "Una misura di *Performance* dei SSR" (d'Angela D., Spandonaro F., 2013) per i dettagli sulla metodologia, si osserva che nelle funzioni di utilità (o valore) degli indicatori della Dimensione Sociale si registrano valori che tendono a descrivere atteggiamento di "stigma" verso le situazioni che evidenziano maggiori iniquità; tale approccio si esaspera per chi opera in Regioni in sostanziale equilibrio, soprattutto nelle prospettive degli Utenti e delle Istituzioni.

Nelle Regioni in Piano di Rientro, sembra emergere una maggiore "rassegnazione" verso le problematiche sociali, ovvero verso l'esistenza di evidenti iniquità, peraltro causate in larga misura dalla fragilità socio-economica che caratterizza tutte le Regioni meridionali (in molti casi coincidenti con le Regioni in Piano di Rientro).

Le funzioni di valore o utilità, che il *Panel* ha associa-

to agli indicatori, appaiono razionalmente spiegabili, sia nel complesso, che nella articolazione derivante dalle diverse prospettive di cui sono portatori gli *stakeholder*, come anche dalla diversa provenienza geografica dei membri del *Panel*.

In generale, l'atteggiamento che emerge dalla elicitazione delle funzioni di valore corrisponde all'idea che vadano più che proporzionalmente "penalizzati" i risultati peggiori, a cui, quindi, sono associati contributi alla *Performance* nulli o minimi; e viceversa nel caso di determinazioni degli indicatori prossimi ai risultati migliori.

Questo è un "atteggiamento" che si riscontra in particolare per la Dimensione Sociale, peraltro in continuità con le edizioni precedenti: in aggiunta si rafforza, in questa edizione, la penalizzazione delle peggiori *Performance* equitative, ritenute totalmente inaccettabili (ovvero portatrici di contributo nullo alla *Performance*).

Analogo è l'atteggiamento del *Panel* verso gli indicatori di Appropriatezza, ove sotto certi livelli la "prestazione" viene comunque considerata inaccettabile e, quindi, non foriera di contributi alla *Performance*.

È interessante notare che questo vale maggiormente per gli indicatori di inappropriata clinica, mentre per quelli di tipo organizzativo la risposta tende a essere maggiormente neutrale (ove una funzione di valore lineare degli indicatori indica una diretta proporzionalità fra miglioramento dell'indicatore e della *Performance*).

Un'ulteriore evidenza degna di nota è la posizione molto più netta dei membri del *Panel* delle Regioni in sostanziale equilibrio nel ritenere inaccettabili i valori peggiori degli indicatori; i partecipanti provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro assumono, di contro, un atteggiamento che possiamo dire "più tollerante" verso i risultati peggiori, associando un beneficio non nullo, ancorché modesto, anche a miglioramenti marginali da posizioni di partenza molto "scarse".

Analizzando la storia di queste ultime Regioni, questa "rassegnazione" verso il permanere di valori modesti (nel senso di modesta *Performance*), sembrerebbe spiegabile con una pragmatica convinzione che non si possano migliorare gli esiti se non gradualmente.

Per Esiti e Innovazione le funzioni appaiono tendenzialmente lineari (neutrali), anche se al "crescere" della severità del fenomeno considerato, si tende (e questo sembra razionale) a ritenere maggiormente inaccettabili

i risultati peggiori degli indicatori: questo vale sia per gli esiti di mortalità, che per le innovazioni applicate a patologie severe (ad esempio epatite C).

Dove si colgono maggiori differenze è nella Dimensione Economico-finanziaria.

In questo ambito si assiste ad una netta separazione di tipo “geografico”: livelli di spesa alti sono di fatto giustificati nelle Regioni in sostanziale equilibrio e in particolare dai rappresentanti delle istituzioni locali, mentre la riduzione della spesa è considerata essenziale nella determinazione della *Performance* nelle Regioni in Piano di Rientro.

Ovviamente è facile spiegare in termini di struttura istituzionale il diverso approccio agli indicatori di spesa, sebbene questo sancisca, di fatto, l’ennesima “frattura” geografica nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano.

Va anche segnalato come la Categoria Utenti consideri la quota di spesa privata come un indicatore di insufficiente *Performance* dei sistemi sanitari pubblici, mentre i rappresentanti delle Istituzioni, e in generale coloro che contribuiscono all’erogazione pubblica, la ritengano una variabile fuori dal loro controllo.

Questa ambivalenza dell’indicatore spesa privata è stata oggetto di un approfondimento riportato nel seguito.

In termini di stabilità nel tempo delle funzioni di valore, si può osservare che per gli indicatori del Sociale, Quota di popolazione che rinuncia a spese socio-sanitarie per motivi economici e Quota di persone che rinuncia a curarsi, l’andamento “qualitativo” delle funzioni rimane sostanzialmente stabile nel tempo (ovvero nelle varie annualità del progetto), sebbene sia possibile osservare, in questa annualità, un atteggiamento di maggiore tolleranza per i valori peggiori da parte delle Istituzioni e delle Professioni sanitarie.

Per l’indicatore Spesa sanitaria totale standardizzata pro-capite l’andamento si è mantenuto lineare per tutte le categorie, ad eccezione di Industria e Professioni sanitarie, per le quali, in questa annualità, si evidenzia un andamento sigmoidale della funzione; ritengono, infatti, alti livelli di spesa inaccettabili e ulteriori riduzioni della stessa oltre una certa soglia non migliorativi in termini di *Performance*.

Per l’indicatore Spesa sanitaria pubblica standardizzata pro-capite l’andamento si è mantenuto stabile per tutte

le categorie ad eccezione di Utenti e Professioni sanitarie: i primi hanno “bocciato” i valori peggiori di spesa, i secondi, oltre a ritenere poco accettabili tali livelli di spesa, hanno valutato che valori inferiori ad una certa soglia non fossero ulteriormente migliorativi in termini di *Performance*.

Non risultano variare nel tempo le funzioni di valore relative al Tasso di ospedalizzazione ordinaria in acuzie, al Tasso di ricorso al Pronto Soccorso e alla Speranza di vita libera da disabilità 75+, che continuano ad assumere un andamento pressoché lineare.

Analizzando il contributo alla *Performance*, aggregato per Dimensione, osserviamo che risulta molto equilibrato: quelle Economico-finanziaria ed Esiti contribuiscono poco di più (21,2%), seguite dall’Appropriatezza (21,0%) e dal Sociale (20,3%); la Dimensione Innovazione, introdotta ex novo quest’anno, contribuisce meno di tutte fermandosi al 16,2%.

Gli Utenti sembrano dare maggior importanza al Sociale e all’Economico-finanziario (oltre il 50%) poi ad Appropriatezza, Innovazione ed Esiti.

Le Professioni sanitarie attribuiscono invece all’Appropriatezza quasi un terzo (26,5%) del peso della *Performance*, segue l’aspetto Economico-finanziario (23,5%) e gli Esiti (22,1%). Modesto è il contributo dell’Innovazione e del Sociale (13,9% e 13,4%).

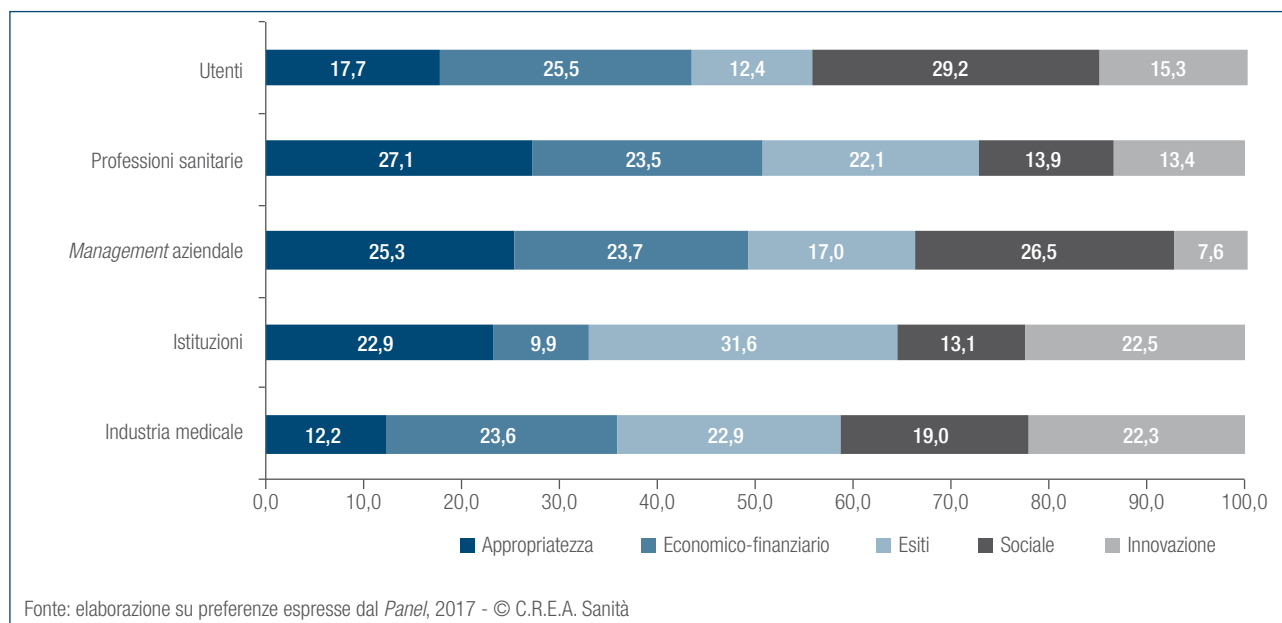
Il *Management* aziendale ritiene essere il Sociale la Dimensione che contribuisce maggiormente alla *Performance*, con il 28,8%, seguita dall’Appropriatezza con il 25,3% e dall’Economico-finanziaria con il 23,7%; l’Innovazione è invece quella che contribuisce in minor misura (7,2%).

Le Istituzioni, ritengono che oltre il 75% del contributo alla *Performance* sia associato ad Esiti (31,6%), Appropriatezza (22,9%) ed Innovazione (22,5%); decisamente modesto è il contributo della Dimensione Economica e Sociale (9,9% e 13,1%).

Infine i rappresentanti dell’Industria attribuiscono un maggior peso alla componente Economica (23,6%), agli Esiti (22,9%) e all’Innovazione (22,3%); Sociale ed Appropriatezza contribuiscono complessivamente per meno di un terzo alla *Performance* (19,0% e 12,2% rispettivamente) (Figura 4b.1).

Analizzando i pesi distintamente per *stakeholder* afferenti o meno a Regioni in Piano di Rientro si riscontra come per l’Industria afferente a Regioni in Piano di Rientro

Figura 4b.1. Contributo (%) per categoria delle Dimensioni alla Performance dei SSR



tro sia maggiormente importante il contributo del Sociale (42,7%) seguito da quello dell'Economico-finanziario (23,4%); per Istituzioni e Professioni sanitarie afferenti a regioni in Piano di Rientro è maggiormente importante il contributo dell'Innovazione: 28,1% e 39,2% rispettivamente; per queste stesse categorie, afferenti però alle Regioni in Piano di Rientro, risulta essere Esiti la Dimensione che pesa maggiormente: 38,1% e 35,5% rispettivamente, per le Istituzioni anche l'Innovazione ha un peso importante (30,3%). Per il *Management* aziendale delle Regioni in sostanziale equilibrio è importante il contributo del Sociale (41,9%), così come anche per gli Utenti (35,0% per Regioni in Piano di Rientro e 28,1% per le altre).

Complessivamente si rileva come in questa annualità sia nuovamente aumentato il peso della Dimensione Economico-finanziaria, il cui contributo rimane oggetto di dibattito, nella misura in cui si è reso evidente un differente, e quasi opposto, approccio dei membri del *Panel* provenienti dalle Regioni in Piano di Rientro o meno: nelle Regioni in sostanziale equilibrio, che per inciso notiamo sono in larga misura del Centro-Nord, ove la spesa complessivamente è maggiore, livelli di spesa più elevati sono di fatto ritenuti accettabili (e quindi danno un contributo alla *Performance*), mentre in quelle in Piano di Rientro (che sempre per inciso notiamo sono in larga misura del Meridione dove la spesa è inferiore),

l'ulteriore riduzione rimane il maggior fattore di contributo alla *Performance*.

Complessivamente diminuisce il peso della Dimensione Sociale, anche qui con una "spaccatura" geografica: rimane importante nelle Regioni in sostanziale equilibrio, mentre nel Meridione una quota di disagio viene "pragmaticamente" considerata ineliminabile, almeno nel breve periodo.

La Dimensione Innovazione, introdotta per la prima volta sperimentalmente, riscuote poco "successo", ma riteniamo che sia in qualche modo sottostimato a causa degli indicatori elaborati, che non sono ancora stati acquisiti come perfettamente rappresentativi della Dimensione.

Notiamo ancora che si riequilibra il peso fra le Dimensioni Appropriatazza e Esiti: il forte incremento dello scorso anno di questa ultima Dimensione possiamo immaginare fosse legato alla recente acquisizione dei risultati del sistema di valutazione Programma Nazionale Esiti dell'Age.na.s., nella gestione corrente dei SSR. L'Appropriatazza risale quindi come contributo fornito alla *Performance*, ed è ritenuta un elemento essenziale, in verità più nelle Regioni in sostanziale equilibrio che in quelle che non lo sono.

Da ultimo va segnalato come il contributo di Appropriatazza ed Esiti sia frutto di una media della differente

struttura dei pesi attribuiti agli indicatori (per entrambe le Dimensioni) che si riferiscono a esiti di patologie severe o appropriatezza clinica (dove valori peggiori vengono ritenuti inaccettabili e quindi non produttivi di benefici in termini di *Performance*) e quelli attribuiti a esiti di patologie meno severe e appropriatezza organizzativa (per cui si registra una maggiore tolleranza verso i risultati peggiori).

### 4b.3. La misura della *Performance*

La misura della *Performance* ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di *stakeholder* rappresentate nel *Panel* di Esperti, indica un risultato che (adottando la scala 1-0 come valore massimo e minimo) oscilla da un massimo di 0,54 ad un minimo di 0,38: il risultato migliore è ottenuto dalla Toscana ed il peggiore dalla Regione Molise (Figura 4b.2).

Il *range* tutto sommato ridotto nel quale si muove l'indice unico di *Performance*, come già riscontrato nella precedente edizione, è in buona misura derivante dalla possibilità data al *Panel* di attribuire il massimo e il minimo della *Performance* a valori degli indicatori maggiori o minori di quelli effettivamente rilevati a livello nazionale e da un atteggiamento particolarmente "esigente" riscontrato nella Categoria Utenti, che ritengono i valori

peggiori della maggior parte degli indicatori inaccettabili e quindi a contributo nullo alla *Performance*.

Anche per questa edizione si riscontra, di conseguenza, un atteggiamento "prudenziale" da parte dei componenti del *Panel* nella valutazione delle *Performance* attuali che porta a valutare il risultato migliore nell'ordine del 54% della *Performance* "ideale".

Si possono distinguere tre gruppi di Regioni in base ai livelli di *Performance*; in dettaglio, a 5 SSR (che convenzionalmente definiamo come l'area "dell'eccellenza") è associato una misura di *Performance* sensibilmente superiore al 50%, con modeste variazioni intra gruppo (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna); seguono altre 11 Regioni (Lazio, Sardegna, Marche, P.A. di Bolzano, Valle d'Aosta, Sicilia, Umbria, Piemonte, Campania, P.A. di Trento e Basilicata) con livello abbastanza omogeneo e prestazioni intorno al 45% (nel range 41-49%).

Per le ultime 5 Regioni, che convenzionalmente appartengono all'area "critica", (Calabria, Abruzzo, Puglia, Friuli Venezia Giulia e Molise), si registrano valori che scendono progressivamente fino ad arrivare allo 0,38 dell'ultima.

Ovviamente, alla luce della descrizione della metodologia e dei risultati, le valutazioni delle *Performance* dei SSR sono differenti a seconda della prospettiva di cui sono portatori i differenti *stakeholder*.

Figura 4b.2. *Performance* dei SSR

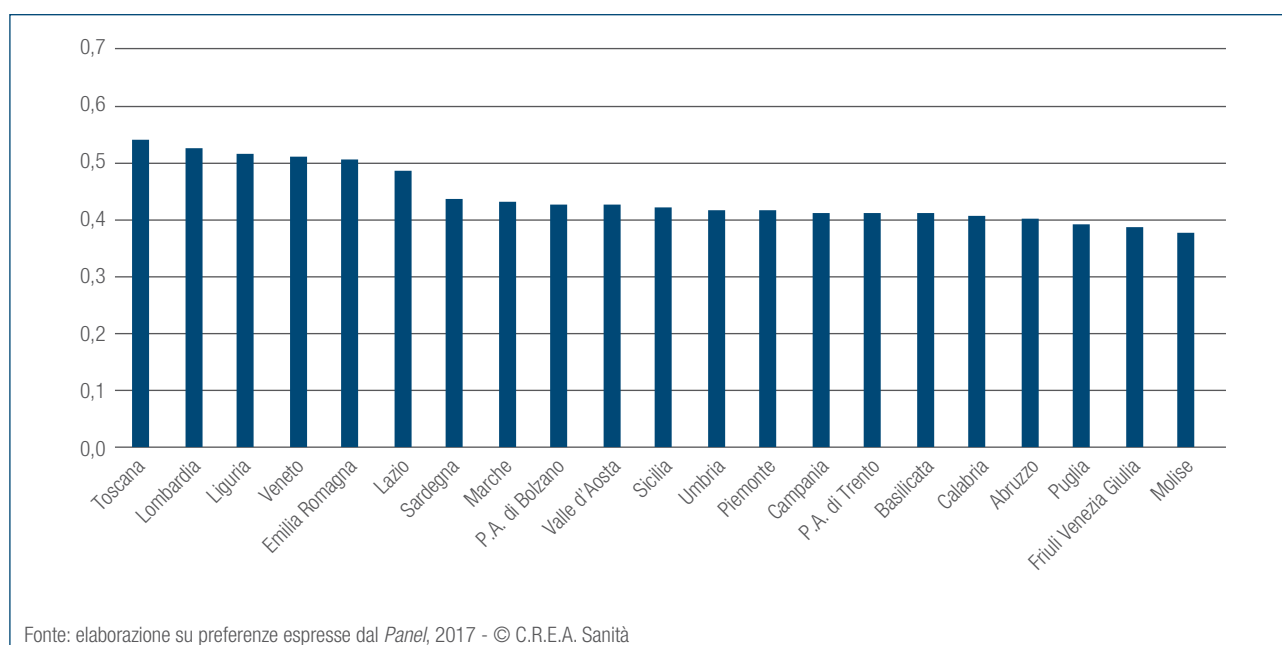
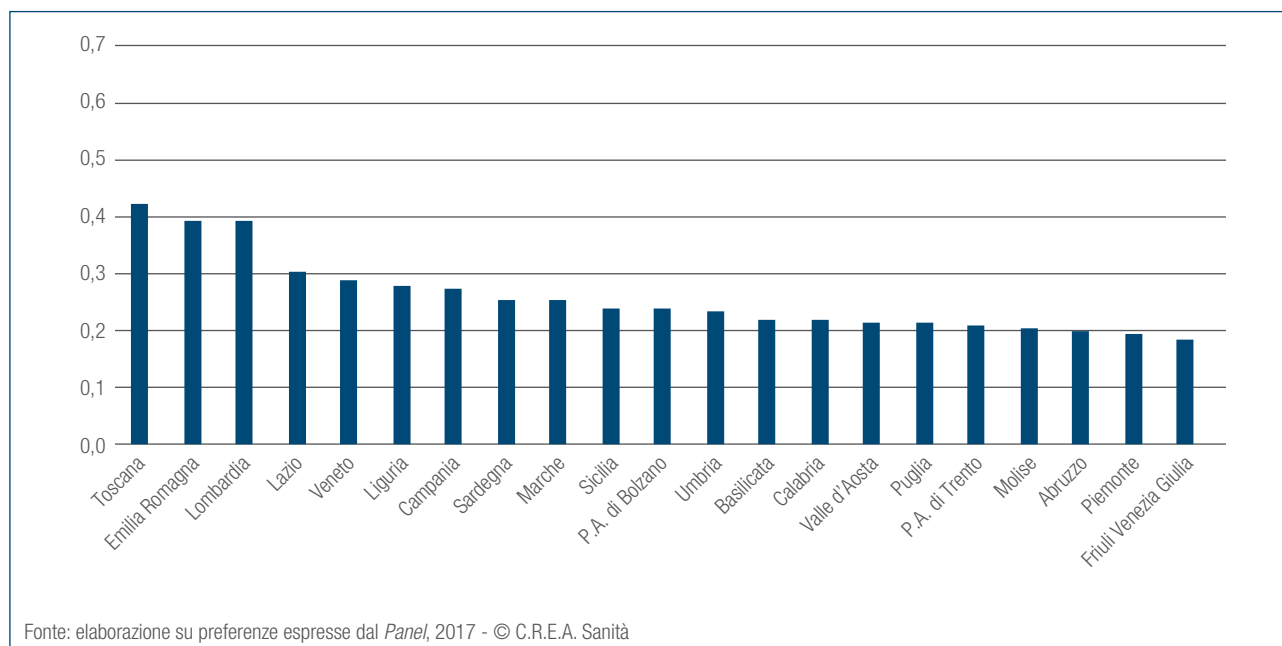


Figura 4b.3. Performance dei SSR - Categoria Utenti



Inoltre, un approfondimento di analisi ci porta a evidenziare che esiste anche una differenza legata al contesto in cui operano gli *stakeholder*, nella fattispecie ricondotto alle aree delle Regioni in Piano di Rientro ovvero di quelle in sostanziale equilibrio.

### Categoria Utenti

Per la Categoria Utenti, la Toscana continua a mantenere la prima posizione, seguita da Emilia Romagna e Lombardia con una *Performance* rispettivamente pari a 0,40 e 0,39: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto “esigenti” in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscono poco o nulla alla *Performance*; Abruzzo, Piemonte e Friuli Venezia Giulia occupano, invece, le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore a 0,20 (Figura 4b.3).

### Categoria Professioni sanitarie

La Categoria Professioni sanitarie valuta la *Performance* migliore di quanto sia nella media degli altri *stakeholder*: il punteggio varia fra lo 0,58 della Sardegna e lo 0,42 del Friuli Venezia Giulia; Sardegna, Liguria, Sicilia, Lombardia e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra 0,58 e 0,56 occupano le prime cinque posizioni; Basilicata, Piemonte e Friuli occupano, invece

le ultime tre con un indice di *Performance* comunque non basso, compreso tra 0,44 e 0,42 (Figura 4b.4).

### Categoria Industria medicale

Per la Categoria Industria medicale, la misura di *Performance* varia dallo 0,68 del Veneto, allo 0,45 del SSR molisano. Sette SSR hanno un valore di *Performance* superiore a 0,60: Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Piemonte e Lombardia; quattro, nello specifico Sicilia, Puglia, P.A. di Bolzano e Molise, hanno una *Performance* inferiore allo 0,50 (Figura 4b.5).

### Categoria Management aziendale

Per la Categoria *Management* aziendale la misura di *Performance* varia dallo 0,57 del Veneto allo 0,38 del SSR pugliese. Veneto, Liguria, Lazio e Toscana occupano le prime quattro posizioni con una *Performance* compresa tra 0,57 e 0,51; all'estremo opposto troviamo Sicilia, P.A. di Bolzano, Molise e Puglia che occupano le ultime quattro posizioni con un valore di *Performance* compreso tra 0,42 e 0,38 (Figura 4b.6).

### Categoria Istituzioni

Per la Categoria delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dallo 0,59 della Lombardia allo 0,32 del SSR del Friuli Venezia Giulia. La Toscana segue la Lombardia con

Figura 4b.4. Performance dei SSR - Categoria Professioni sanitarie

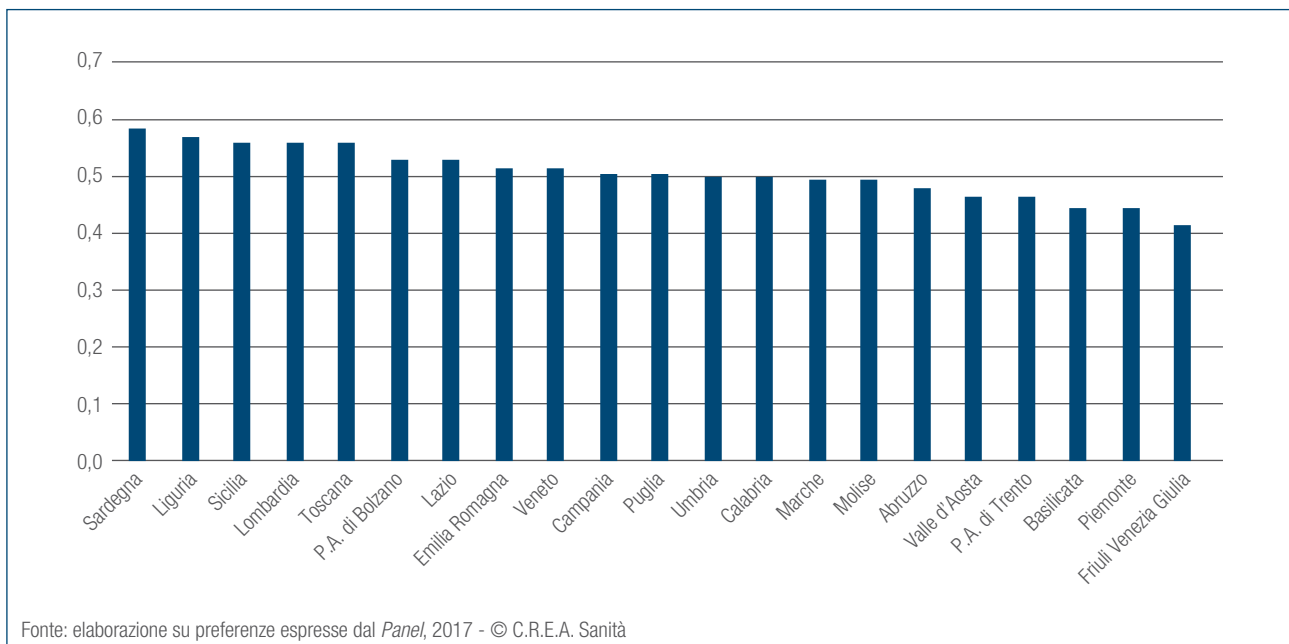
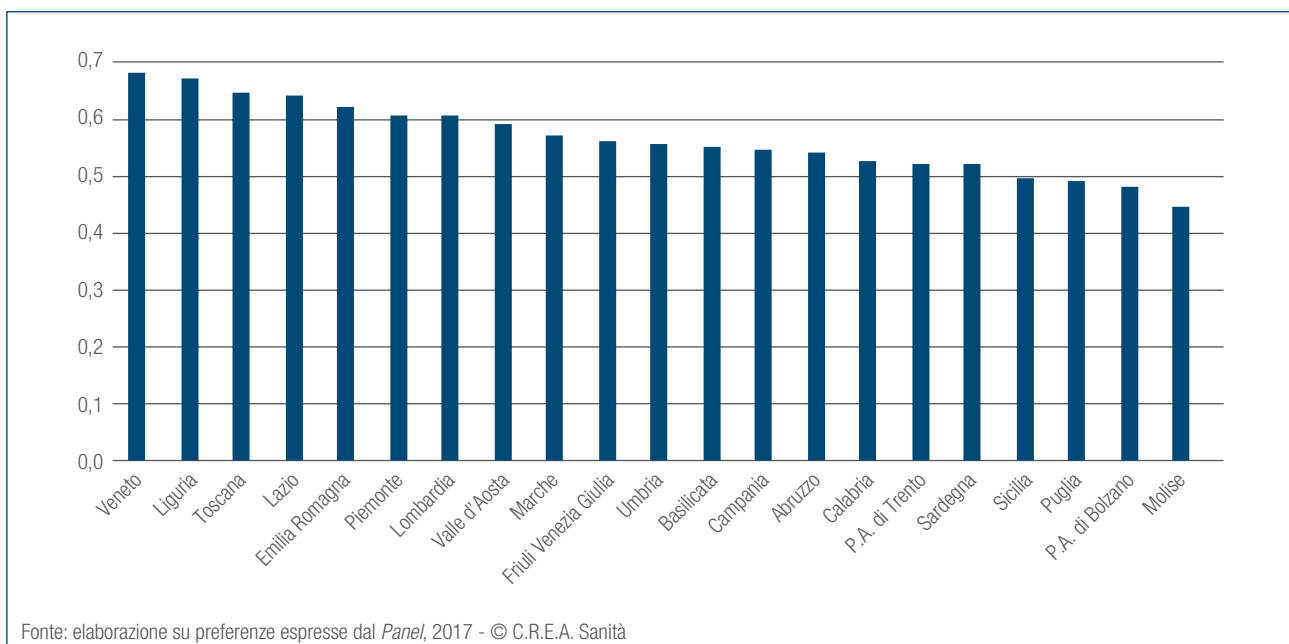


Figura 4b.5. Performance dei SSR - Categoria Industria medicale



un livello di *Performance* pressoché simile (0,58). Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Umbria, Calabria, Molise, Campania e Friuli Venezia Giulia che presentano un livello di *Performance* compreso tra 0,35 e 0,32 (Figura 4b.7).

È stata altresì effettuata una analisi della dinamica della *Performance* dal 2013 al 2015, relativamente agli indicatori (11) per i quali erano disponibili i dati per i due anni, emerge che complessivamente a livello nazionale

si è assistito ad un peggioramento dovuto sostanzialmente ad un aumento del fenomeno delle rinunce e della spesa privata (e totale). In alcuni SSR, quali Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Piemonte, Liguria e P.A. di Trento, si è assistito ad un miglioramento della *Performance*, negli altri invece ad un peggioramento da un valore minimo dello -0,1% del Lazio ad uno massimo pari al -5,8% della Puglia (Tabella 4b.1).

Figura 4b.6. Performance dei SSR - Categoria Management aziendale

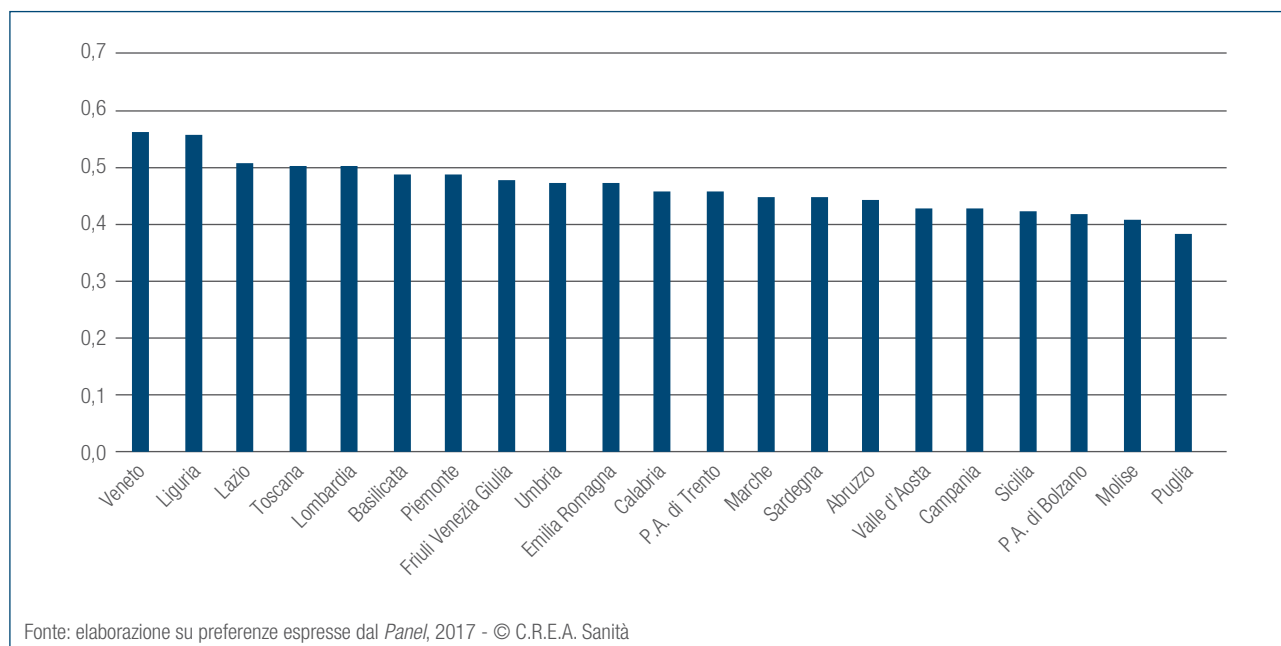
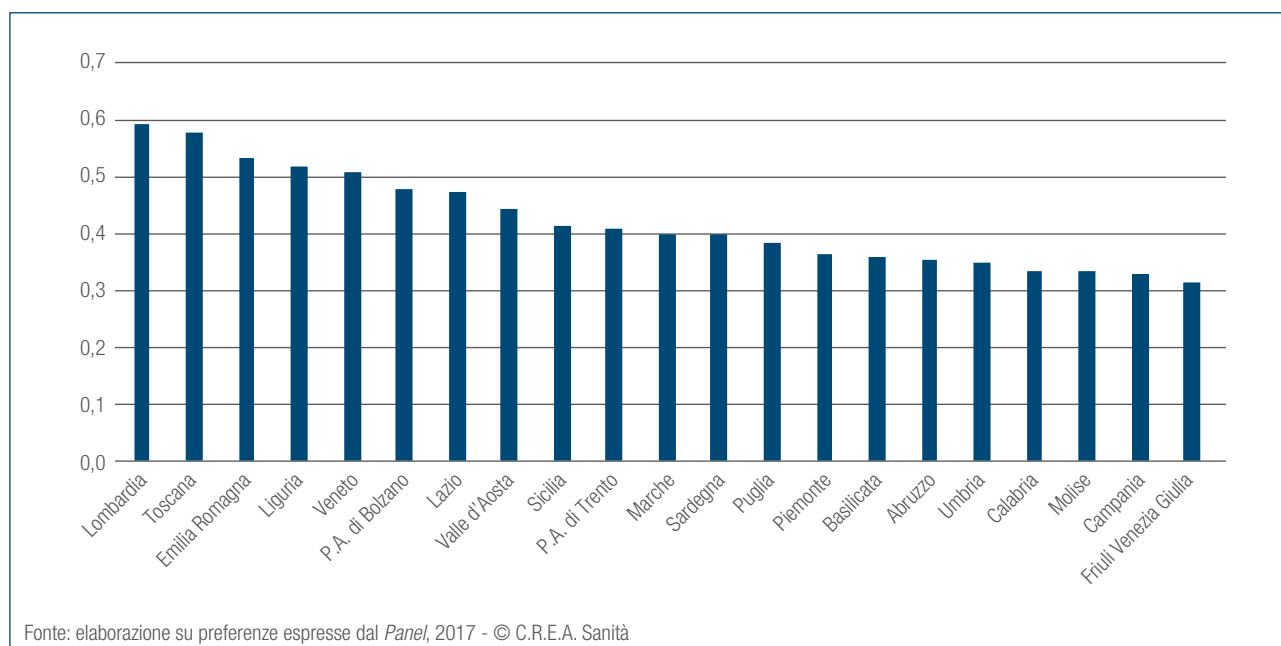


Figura 4b.7. Performance dei SSR - Categoria Istituzioni



#### 4b.4. Riflessioni per la politica sanitaria

Il progetto “Una misura di Performance dei SSR” ha l’ambizione di fornire un contributo alla definizione delle politiche sanitarie, fornendo una lettura comparativa dei SSR capace di approfondire tre elementi sostanziali negli esercizi di valutazione della Performance: il primo è

l’importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi, il secondo è quello della prospettiva adottata ed il terzo è quello del contesto di provenienza degli stakeholder.

In corso d’opera, come già testimoniato nelle precedenti edizioni, è emerso un elemento aggiuntivo che riteniamo di grande valenza interpretativa: ci riferiamo

Tabella 4b.2. Variazione indice di *Performance* e *ranking* 2015/2013

SSR	Variazione <i>Performance</i> (%)	Variazione <i>ranking</i> 2015/2013
Basilicata	6,4	+++
Friuli Venezia Giulia	3,7	+
Umbria	3,2	+++
Abruzzo	3,1	=
Piemonte	2,6	+++
Liguria	0,6	=
P.A. di Trento	0,4	=
Lazio	-0,1	=
Veneto	-0,2	=
Emilia Romagna	-0,4	=
Marche	-0,6	++
Calabria	-1,5	--
Toscana	-1,6	=
Sicilia	-1,7	=
Lombardia	-1,9	=
Campania	-2,8	--
Valle d'Aosta	-2,9	-
Molise	-2,9	--
Sardegna	-3,3	=
P.A. di Bolzano	-5,5	-
Puglia	-5,8	----

=	Posizione invariata	-	Perde una posizione
+	Recupera una posizione	--	Perde da 2 a 3 posizioni
++	Recupera da 2 a 3 posizioni	---	Perde da 4 a 5 posizioni
+++	Recupera da 4 a 5 posizioni	----	Perde più di 6 posizioni
++++	Recupera più di 6 posizioni		

Fonte: elaborazione su preferenze espresse dal *Panel*, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

alla dinamica dei pesi, che si è dimostrato cambiare di anno in anno, e in modo coerente con le modificazioni del dibattito di politica sanitaria in corso. Fa testo la riduzione della Dimensione Economico-finanziaria in corrispondenza del risanamento finanziario dei SSR, come anche la crescita della componente Esiti parallelamente alla diffusione del Piano Nazionale Esiti.

In altri termini, il progetto ha permesso di evidenziare come di fatto la *Performance* non sia solo multi-dimensionale, ma sia anche un concetto dinamico, che evolve nel tempo.

Dai risultati si conferma che:

- esistono differenze significative di valutazione che dipendono dalle prospettive dei diversi *stakeholder*
- il valore attribuito ai livelli degli indicatori non varia necessariamente in modo lineare, dimostrando una articolazione dei giudizi basata sullo specifico portato informativo dei singoli indicatori

- i partecipanti considerano anche i risultati migliori già raggiunti, non ancora ottimali.

A riprova della naturale multi-dimensionalità degli obiettivi e della esistenza di prospettive non sovrapponibili, possiamo portare le costanti evidenze di differenze nelle funzioni di valore elicitate per gli indicatori e i differenti *ranking* prodotti dalle diverse categorie di *stakeholder*.

Il contributo dei vari indicatori alla *Performance* è difforme, sebbene complessivamente quello delle Dimensioni sia quasi uguale.

La *Performance* varia con le preferenze di cui i diversi *stakeholder* sono portatori e quest'anno è emersa anche una dipendenza dal contesto in cui questi operano (SSR in Piano di Rientro o in sostanziale equilibrio).

La V edizione ha quindi aggiunto un nuovo spunto di riflessione, legato al fatto che la "pressione" della politica sanitaria e quindi gli obiettivi di *Performance* risultano diversi nelle diverse aree del Paese.

Potremmo sintetizzare questa evidenza dicendo che il noto divario Nord-Sud del SSN italiano trova una sua nuova Dimensione nei criteri di misurazione della *Performance*.

Corollario di tale frattura Nord-Sud è una netta differenziazione che osserviamo sul giudizio dato agli indicatori di Spesa: per i partecipanti al *Panel* che provengono dalle Regioni in Piano di Rientro, una minore spesa è "sinonimo" di netta migliore *Performance*, mentre per quelli provenienti dalle Regioni in sostanziale equilibrio, la maggiore spesa non pregiudica a priori la *Performance*.

Appare degno di approfondita riflessione tanto l'attribuzione di un potere "salvifico" alle riduzioni di spesa nelle Regioni (tipicamente) meridionali, che pure hanno una spesa inferiore alla media, quanto la (implicita) dimostrazione di consapevolezza in chi dispone di più risorse, del fatto che tale disponibilità può tramutarsi in una maggiore qualità dell'assistenza.

Un altro aspetto strategico emerso, è quello della disponibilità di informazioni utili a costruire indicatori significativi di *Performance* e l'impatto che le carenze in alcuni settori generano sul processo di valutazione.

Dalle opinioni del *Panel* in merito alla rappresentatività del set di indicatori di partenza è emerso che la selezione degli indicatori effettuata sia stata condizionata dalla concreta disponibilità di indicatori.



I dati dei flussi informativi, ad oggi disponibili con livello di dettaglio regionale, consentono di produrre un importante numero di indicatori per le Dimensioni Appropriata ed Esiti, anche se essi risultano prevalentemente focalizzati sull'attività ospedaliera; decisamente più limitata rimane la capacità di predisporre indicatori relativi alle Dimensioni Economico-finanziaria, Innovazione e Sociale (Equità): in particolar modo considerando la difficoltà di standardizzazione in questi ambiti, che pure rimane necessaria per evitare distorsioni nella valutazione derivanti dai diversi contesti socio-demografici e organizzativi.

Dalle valutazioni del *Panel* è emerso che le fonti informative ad oggi disponibili non riescono a rappresentare esaurientemente la *Performance* dei SSR, soprattutto in merito alle attività di assistenza extra-ospedaliera dei malati cronici e alla continuità delle cure ospedale-territorio.

In sintesi, il sistema presenta ancora dei limiti legati principalmente alla scelta degli indicatori, o meglio ad

alcune carenze delle fonti informative ad oggi disponibili. Durante il *Panel meeting* è emerso che sarebbe opportuno integrare le aree di assistenza oggetto di valutazione attraverso un contestuale aggiornamento delle fonti informative. Per alcune di tali aree, occorre far presente che, pur essendo disponibili fonti informative, esse non consentono la costruzione di indicatori che soddisfino i criteri riportati nella metodologia, in particolare in termini di confrontabilità. Tra le aree individuate dal *Panel* si citano: assistenza sul territorio, continuità ospedale-territorio, presa in carico dei pazienti cronici, emergenza-urgenza.

Nonostante i limiti sopra esposti ed i margini di miglioramento possibili, si conferma la complessità dei processi di misura della *Performance*, e la metodologia proposta può rappresentare uno strumento utile di analisi, ma anche di incentivazione al miglioramento degli interventi di politica sanitaria, e di valutazione dell'efficacia/efficienza della risposta garantita dalle Istituzioni sanitarie.

## ENGLISH SUMMARY

### *Performance evaluation (5<sup>th</sup> edition): the Italian Regional Healthcare Services*

The chapter reports the results of the fifth year of application of an experimental methodology, developed by the research team of C.R.E.A. Sanità with the aim of defining a measure of the performance of the Italian Regional Healthcare Services (RHS).

A measure that - in our opinion - should ensure the democratic participation of all the healthcare system stakeholders and a transparent methodology for aggregating preferences.

In developing this methodology, we have been inspired by the process of direct elicitation of preferences, and by decision analysis techniques, used for the subsequent composition.

The application of this method, on an experimental basis, has involved a panel of 102 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Users", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of performance are:

- outcomes;
- appropriateness;
- economic and financial;
- social (fairness);
- innovation.

Analysing the RHS rankings, in terms of both overall performance and by single dimension, the experiment has allowed us to confirm that the different stakeholders have significantly different structures of preferences.

It follows that a democratic performance appraisal, must represent a compromise between different viewpoints/preferences, which requires a focus on the methods for their composition.

In quantitative terms, the regional ranking has shown a certain degree of sensitivity, towards both the preferences for one or another indicator, as well as the replaceability of the results regarding the different dimensions of the performance.

In Italy, among the regional healthcare services, in the last edition (2017), Toscana ranks first, in the overall and for "Users" prospective, Veneto ranks first in "Management" and "Industry" perspectives, Lombardia for "Institutions" perspective and Sardegna for "Healthcare Professionals". At the opposite side of the scale, the region of Molise ranks last, in the overall and for "Industry" perspectives, Friuli Venezia Giulia in "Institutions", "Users" and "Management" perspectives, leaving the bottom position to Puglia for "Healthcare Professionals".

In the overall assessment, the perspective of the "Users" implies the bigger values for the worst and the best region, the higher in the "Healthcare professionals".

In this edition of the project the contribution of "Economic and Financial" dimension to the overall performance increased again, reaching that attributed to "Outcome", both at 21.2%, followed by "Appropriateness" with 21.0%, "Social" with 20.3% and "Innovation" with 16.4%. The last one has been introduced for the first time in this edition.

In the "Users" perspective "Economic and Financial" and "Social" are the most important dimensions; for the "Healthcare Professionals", "Social" and "Appropriateness"; for the "Management", "Social" and "Outcome"; for the "Institutions", "Outcome" and "Appropriateness".

Finally, for the "Medical industry" perspective all the dimensions weight almost in the same way.

In this last edition, an higher presence of stakeholders coming from Regions with budget deficit allowed us to make an analysis by differencing the expert panel into two groups: stakeholder of Regions with budget deficit and stakeholder of Regions experimenting economic balance.

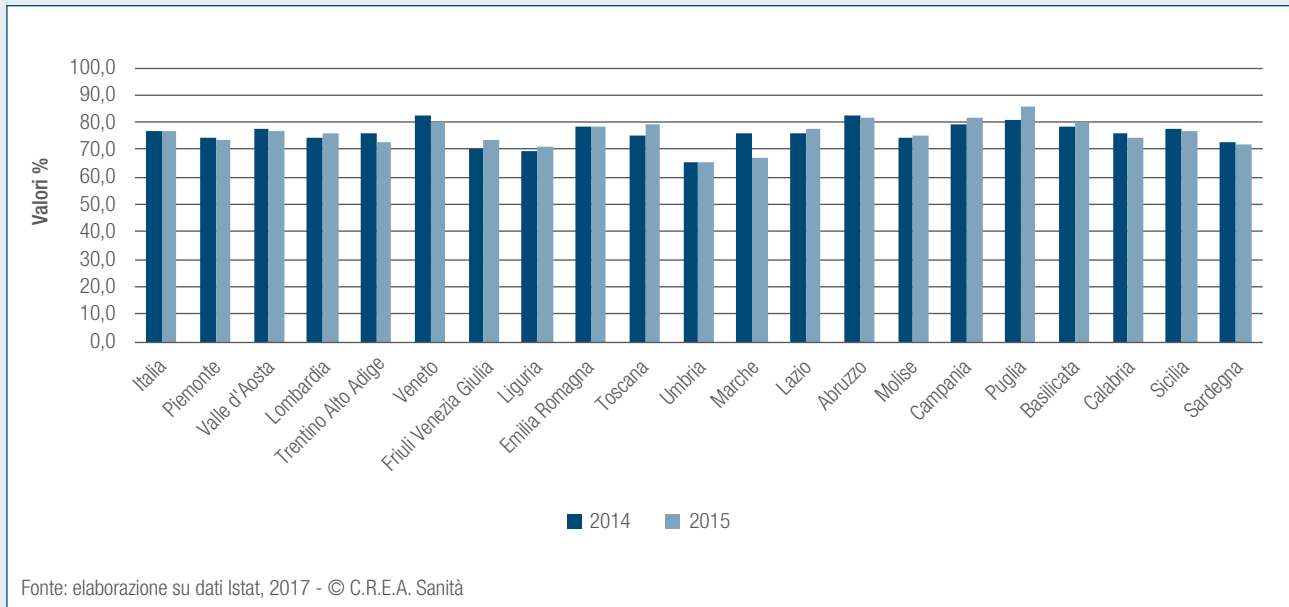
The analysis shows that the two groups have different opinions about Performance, related to the specific context: stakeholder coming from Regions with budget deficit give a higher "weight" to "Economic and Financial" and "Social" dimensions; the other ones to "Out-

come”, “Appropriateness” and “Innovation”, also if the last one is not been considered so much meaningful through the selected indicators.

In conclusion, in the belief that accountability is a duty, particularly by the public institutions, and that improvement can be encouraged and, indeed, stimulated by introducing merit-based rankings, the experimented method can contribute to the debate by having demonstrated that it is essential to:

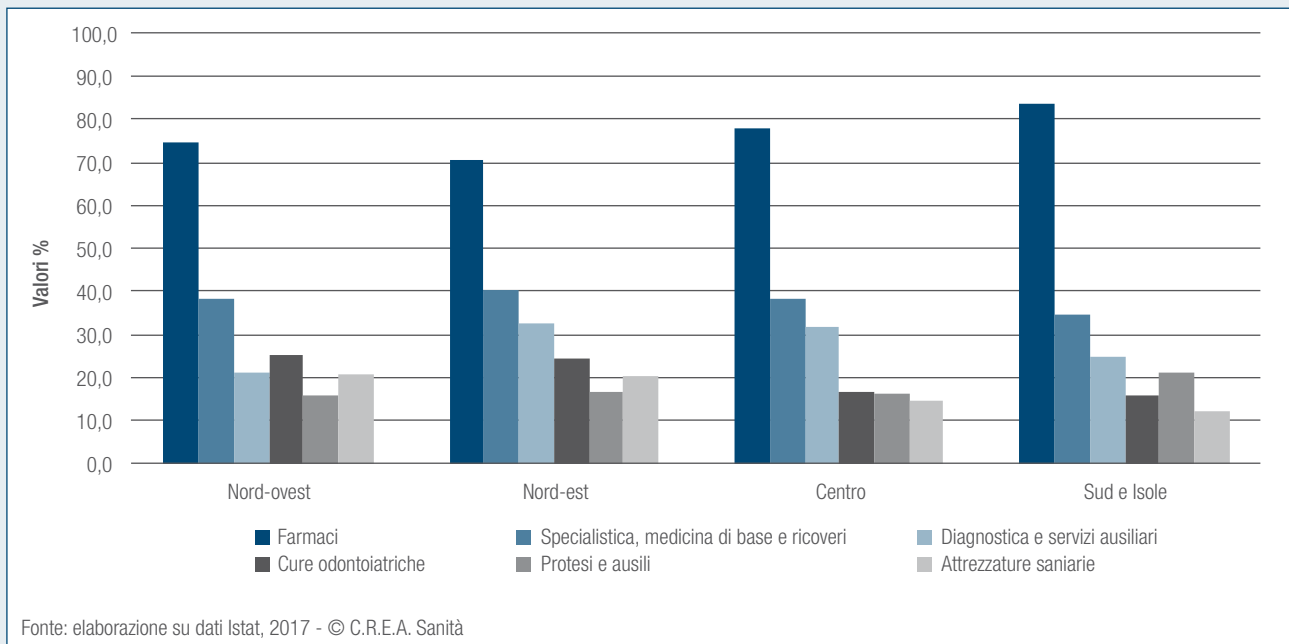
- ensure the explanation, and therefore the transparency of the system of values that underlies the assessments;
- democratically represent and compose the various issues, and therefore the different priorities of the various system stakeholders;
- assess the RHS Performance in a dynamic way, by considering the context (national and local) and consequently the changes of the political priorities.

KI 4a.1. Quota famiglie che sostengono spese sanitarie *Out of Pocket*

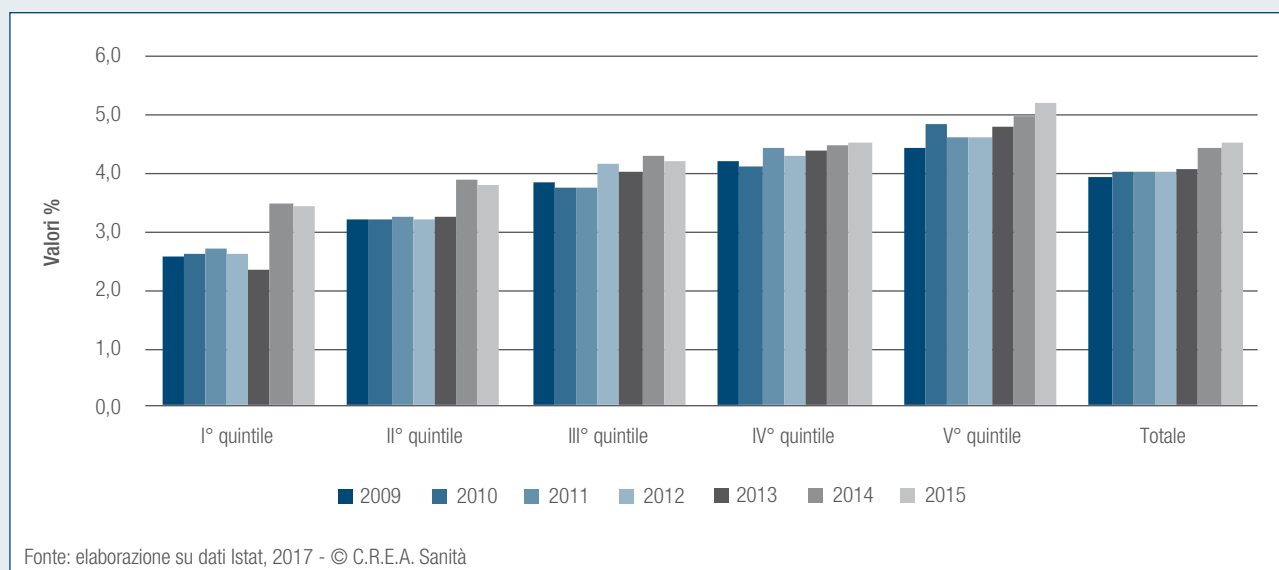


In Italia, nel 2015, hanno sostenuto spese sanitarie private il 77,5% delle famiglie, oscillando da un minimo del 65,6% dell'Umbria ad un massimo dell'86,3% della Puglia. Ricorrono privatamente alle spese sanitarie le famiglie residenti nel Mezzogiorno (79,9%), poi quelle del Nord (76,4%) ed infine quelle del Centro (76,4%): nell'ultimo anno c'è stato un aumento del ricorso all'*Out of Pocket* (OOP) nelle Regioni del Sud e del Centro, ed una sensibile riduzione in quelle del Nord. In Puglia, Toscana e Friuli Venezia Giulia si è registrato il maggior aumento di famiglie che ricorrono all'OOP. In Marche, Trentino Alto Adige e Veneto il ricorso si è invece ridotto.

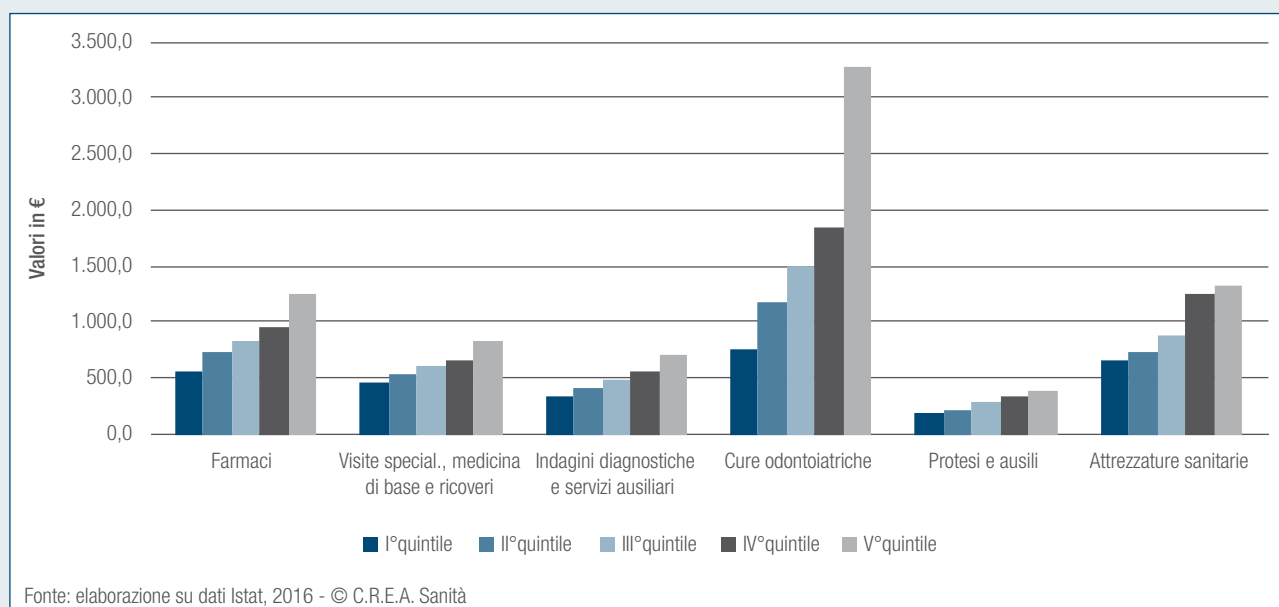
KI 4a.2. Quota di famiglie che sostengono spese sanitarie *Out of Pocket* per tipologia di spesa, anno 2015



Analizzando la tipologia di domanda di spesa sanitaria emerge come in Italia il 77,6% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista medicinali, il 37,5% visite specialistiche, medicina di base e ricoveri, il 26,8% indagini diagnostiche e servizi ausiliari (psicologo, fisioterapista etc.), il 20,2% spende per il dentista, il 17,8% per protesi e ausili e solo il 16,6% per le attrezzature sanitarie. Il ricorso alle diverse tipologie di spesa, a livello regionale, varia oscillando per i farmaci dal 70,8% del Nord-Est all'83,7% del Mezzogiorno; la Sicilia è la Regione con il maggior ricorso alla spesa per farmaci (88,3%), le Marche con il minore (69,3%). Alle visite specialistiche, la medicina di base ed i ricoveri ricorrono il 37,5% delle famiglie che sostengono spese OOP: il 39,3% di quelle residenti nel Nord, il 38,3% di quelle del Centro ed il 34,6% di quelle del Mezzogiorno. Si passa da un minimo del 29,0% riscontrato in Sardegna ad un massimo del 46,2% delle Marche. Alle cure odontoiatriche ricorre il 20,2% delle famiglie con spese OOP: il 24,8% di quelle del Nord, il 16,6% di quelle del Centro e il 15,8% di quelle del Mezzogiorno. La Sardegna è la Regione con la quota più bassa (8,1%) e Lombardia quella con la quota più alta (30,1%).

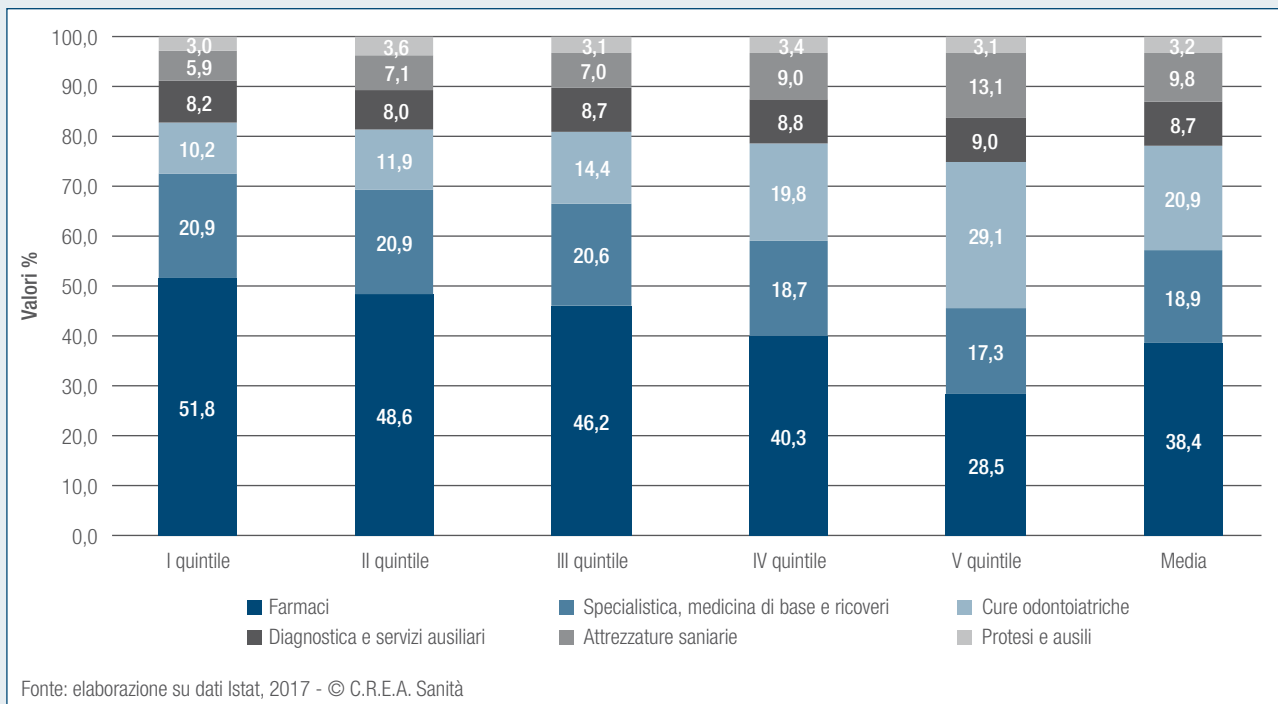
KI 4a.3. Incidenza della spesa sanitaria *Out of Pocket* sul totale dei consumi per quintile di consumo

Nel 2015 la spesa sanitaria delle famiglie rappresenta il 4,5% dei loro consumi, variando da un minimo pari al 3,5% nelle famiglie appartenenti al primo quintile di consumo ad un massimo pari al 5,2% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. La quota destinata alla sanità è cresciuta solo nei quintili alti, nei primi tre si è ridotta di 0,1 punti percentuali rispetto al 2014, rappresentando rispettivamente il 3,4%, 3,8% e 4,2% dei consumi delle famiglie.

KI 4a.4. Spesa sanitaria media effettiva *Out of Pocket* per tipologia di spesa e quintile di consumo, anno 2015

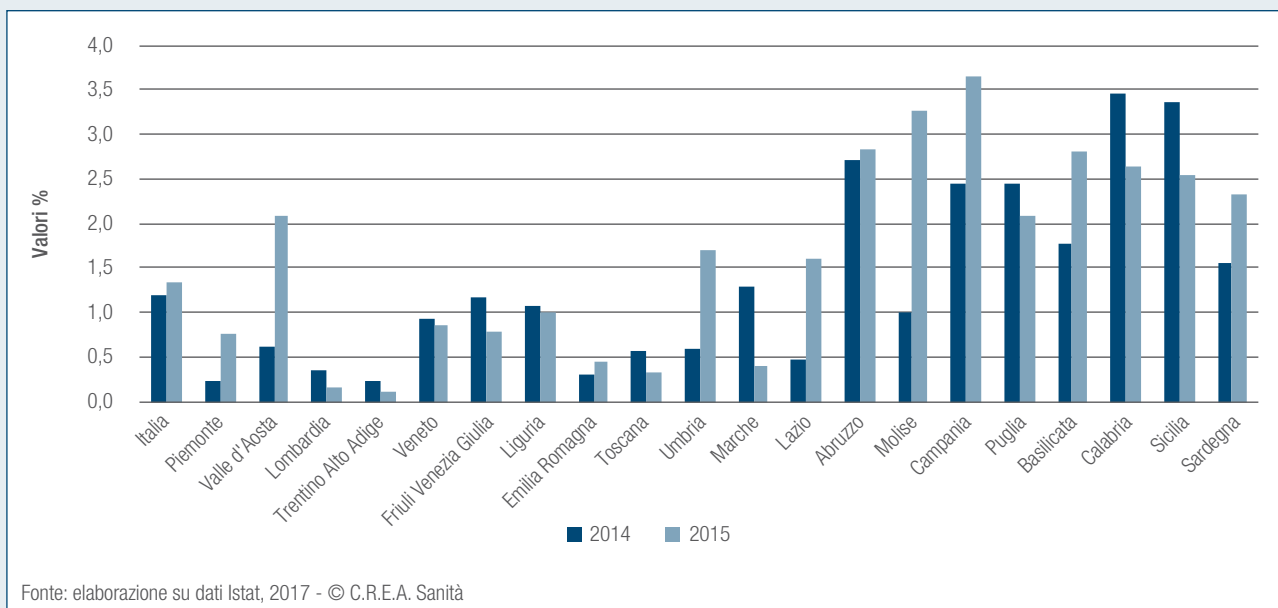
Nel 2015 la spesa sanitaria annua delle famiglie che spendono privatamente per la sanità è pari a € 1.733,1 (+2,4% rispetto al 2014). Si passa dalle € 790,6 per le famiglie del I quintile a € 3.132,5 per quelle dell'ultimo. In particolare, considerando la spesa effettiva netta per singole voci quella per i farmaci oscilla da € 559,3 per le famiglie del I quintile di consumo a € 1.257,2 dell'ultimo quintile; quella per le visite specialistiche da € 454,8 a € 826,0, quella per il dentista da € 767,4 a € 3.274,8 rispettivamente per primo e ultimo quintile.

KI 4a.5. Composizione della spesa sanitaria *Out of Pocket* per tipologia di spesa e quintile di consumo, anno 2015

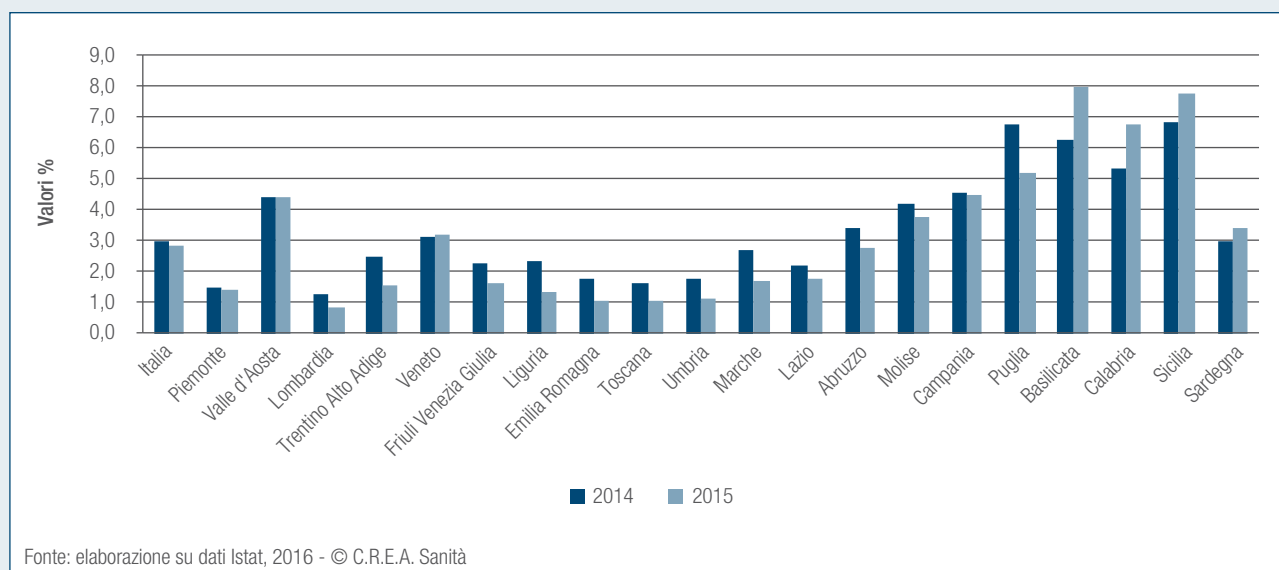


Le famiglie italiane che sostengono spese sanitarie OOP destinano in media il 38,4% di queste ai farmaci, il 20,9% alle cure odontoiatriche, il 18,9% alle visite specialistiche, la medicina di base e i ricoveri, il 9,8% alle attrezzature sanitarie, l'8,7% alle diagnostica e ai servizi ausiliari. La distribuzione della spesa però differisce in base al reddito delle famiglie: quelle dei quintili più bassi destinano la metà delle loro spese sanitarie ai farmaci, circa il 21,0% alla specialistica, circa l'11,0% alle cure odontoiatriche, circa il 9,0% ad attrezzature sanitarie e protesi e ausili. Spostandosi verso i quintili più alti, le famiglie dell'ultimo quintile destinano ai farmaci il 28,5% dei loro consumi sanitari, il 29,1% alle cure odontoiatriche, il 17,3% alla specialistica e ai ricoveri.

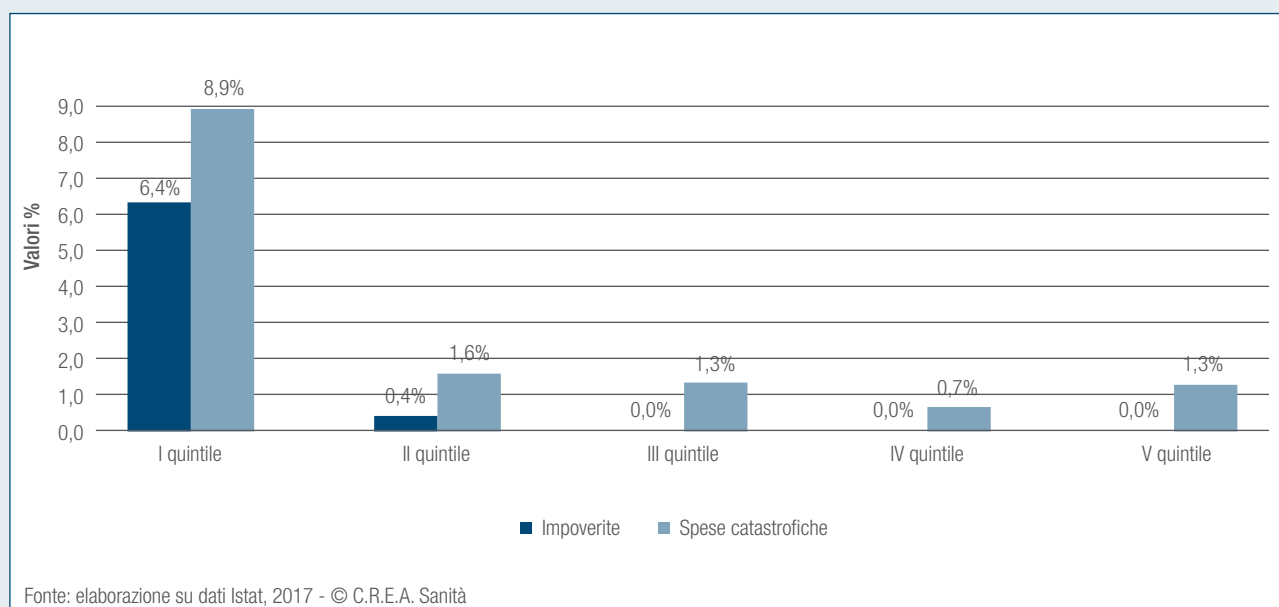
KI 4a.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie *Out of Pocket*



Nel 2015 in Italia si sono impoverite a causa di spese sanitarie OOP l'1,4% delle famiglie. Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (2,7%), poi quelle del Centro (0,6%) e del Nord (0,5%). La Campania risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (3,7%), il Trentino Alto Adige quella più indenne (0,1%). Rispetto al 2014, in tutte le Regioni del Sud, ad eccezione di Puglia, Calabria e Basilicata, c'è stato un aumento di incidenza del fenomeno.

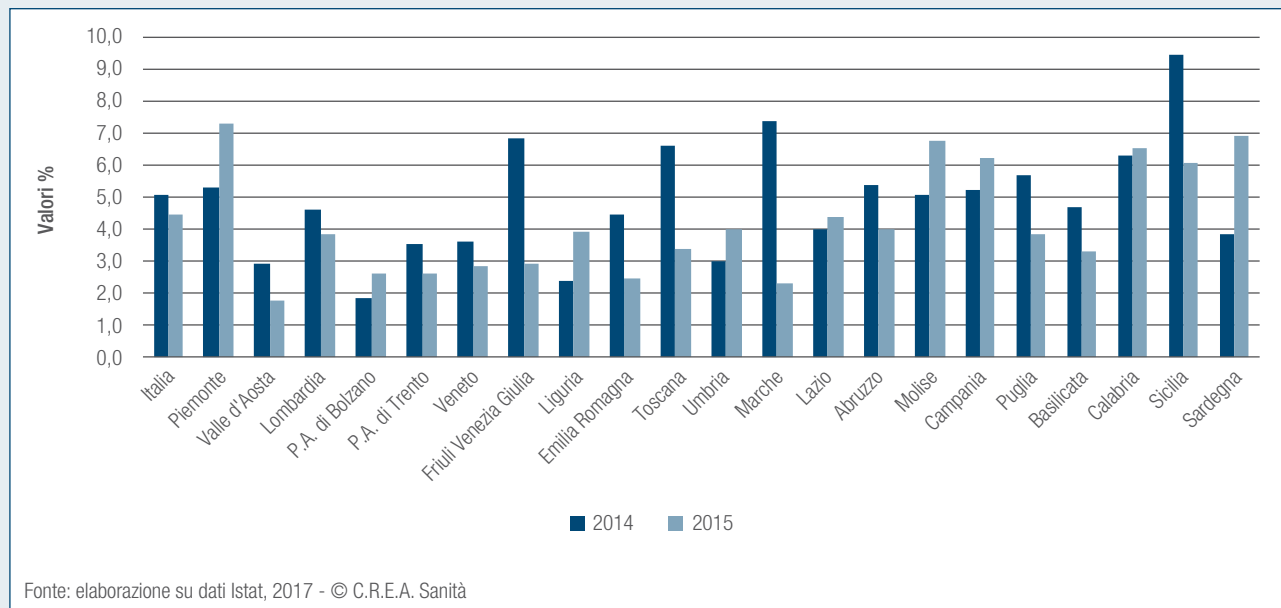
KI 4a.7. Quota famiglie soggette a spese sanitarie *Out of Pocket* catastrofiche

Nel 2015 in Italia il 2,8% delle famiglie sono soggette a spese sanitarie catastrofiche. In analogia con il fenomeno dell'impovertimento, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (5,5%), poi quelle del Nord (2,0%) e del Centro (1,9%). La Sicilia risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,9%), la Lombardia quella più indenne (1,2%). Rispetto al 2014, in tutte le Regioni si è assistito ad una riduzione di incidenza del fenomeno, ad eccezione di Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna, dove invece è cresciuto rispettivamente di 1,8, 1,4, 0,9 e 0,4 punti percentuali.

KI 4a.8. Quota di famiglie impoverite e soggette a spese *Out of Pocket* catastrofiche per quintile di consumo, anno 2015

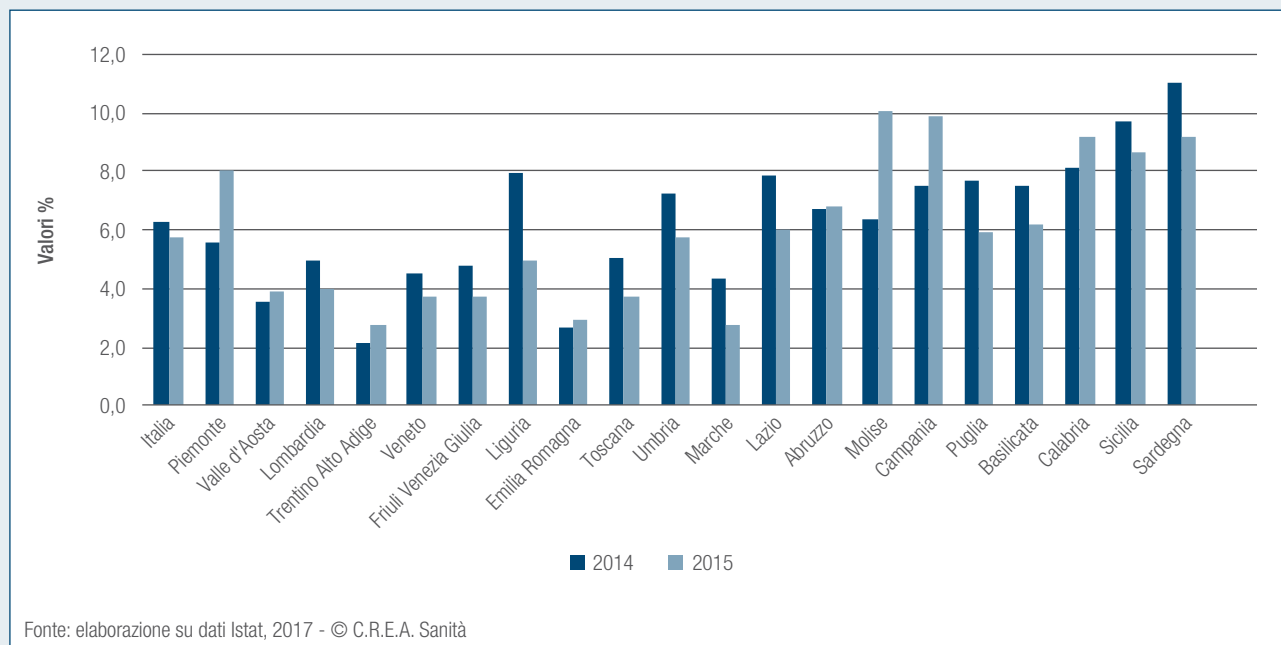
Le famiglie impoverite appartengono ai quintili di consumo medio-bassi, in particolare queste rappresentano il 6,4% di quelle del I quintile e lo 0,4% di quelle del II. Il fenomeno della catastroficità, ovvero delle famiglie che sostengono spese sanitarie OOP di entità superiore al 40% della loro *capacity to pay*, si verifica invece in tutti i quintili di consumo. Queste famiglie sono l'8,9% di quelle del I quintile, l'1,6% di quelle del II, l'1,3% di quelle del III e del V e lo 0,7% di quelle del IV.

KI 4a.9. Quota di famiglie soggette a nuove rinunce alle spese sanitarie



Nel 2015, 5,8 milioni di famiglie residenti hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie. Tra queste, 1,13 milioni non hanno sostenuto alcuna spesa sanitaria, e quindi hanno presumibilmente rinunciato al consumo. La rinuncia ha riguardato soprattutto le Regioni del Centro: il 5,9% delle famiglie ha azzerato le spese sanitarie OOP dichiarando la scelta di una riduzione della spesa; poi quelle del Mezzogiorno in cui il 5,5% delle famiglie ha rinunciato; la minor rinuncia si è registrata nel Nord dove solo il 4,1% dei nuclei familiari ha rinunciato (ancora meno nel Nord-Est con solo il 2,9%). Il Piemonte è la Regione più colpita dal fenomeno: il 7,2% delle famiglie ha rinunciato alla spesa, segue la Sardegna con il 6,8% e il Molise con il 6,7%. Valle d'Aosta e Marche sono le realtà con minore incidenza del fenomeno: hanno rinunciato rispettivamente l'1,7% ed il 2,3% delle famiglie ivi residenti. Rispetto al 2014 c'è stata una riduzione del numero di famiglia che hanno rinunciato (1,3 milioni nel 2014), che ha interessato però soprattutto le Regioni del Nord e del Centro.

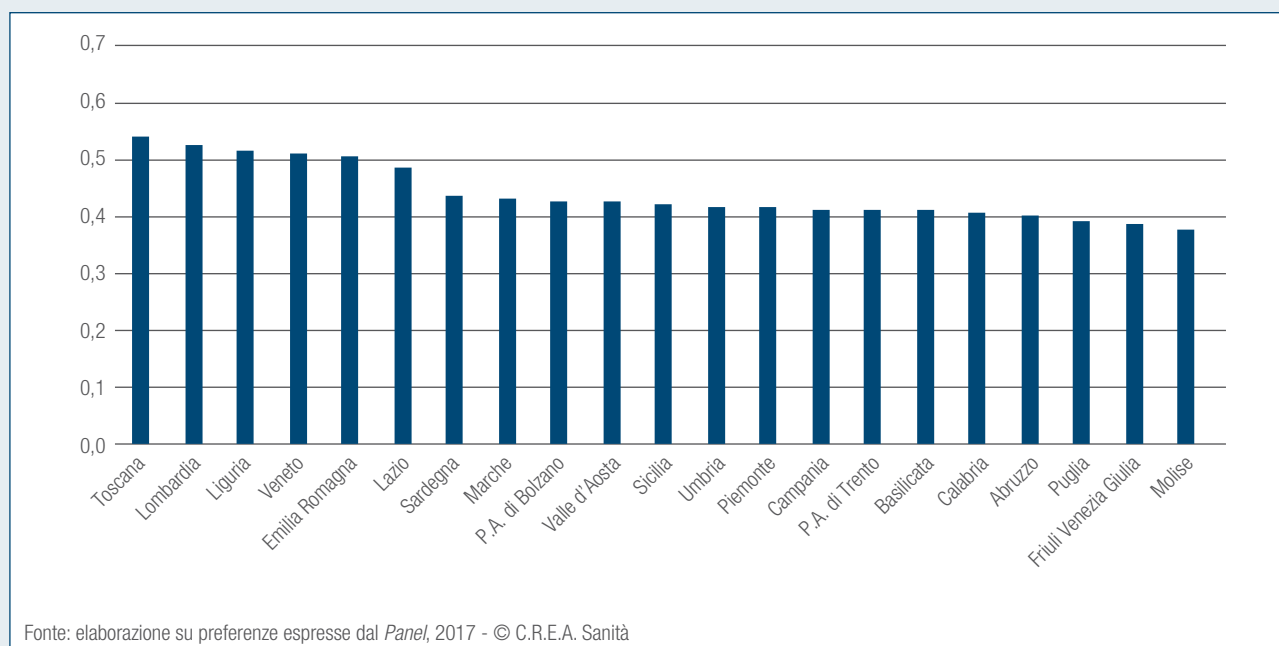
KI 4a.10. Quota di famiglie soggette a disagio economico a causa delle spese sanitarie *Out of Pocket*



L'indicatore di disagio economico delle famiglie per spese sanitarie OOP aggrega i fenomeni dell'impoverimento e delle "nuove" rinunce alle spese sanitarie. L'indicatore esprime la quota di famiglie regionali in condizioni di disagio economico per le spese sanitarie OOP. In Italia, nel 2015, il 5,7% delle famiglie ha un disagio economico per le spese sanitarie OOP. Molise e Campania risultano essere le Regioni con maggior incidenza del disagio: il 10,0% e il 9,9% delle famiglie rispettivamente sono in tale condizione; all'estremo opposto troviamo le Marche e il Trentino Alto Adige dove solo il 2,7% delle famiglie residenti nella prima ed il 2,7% di quelle nella seconda sono in condizioni di disagio economico per spese sanitarie. Rispetto al 2014 c'è stata una riduzione del fenomeno che ha interessato soprattutto le Regioni del Nord e del Centro.

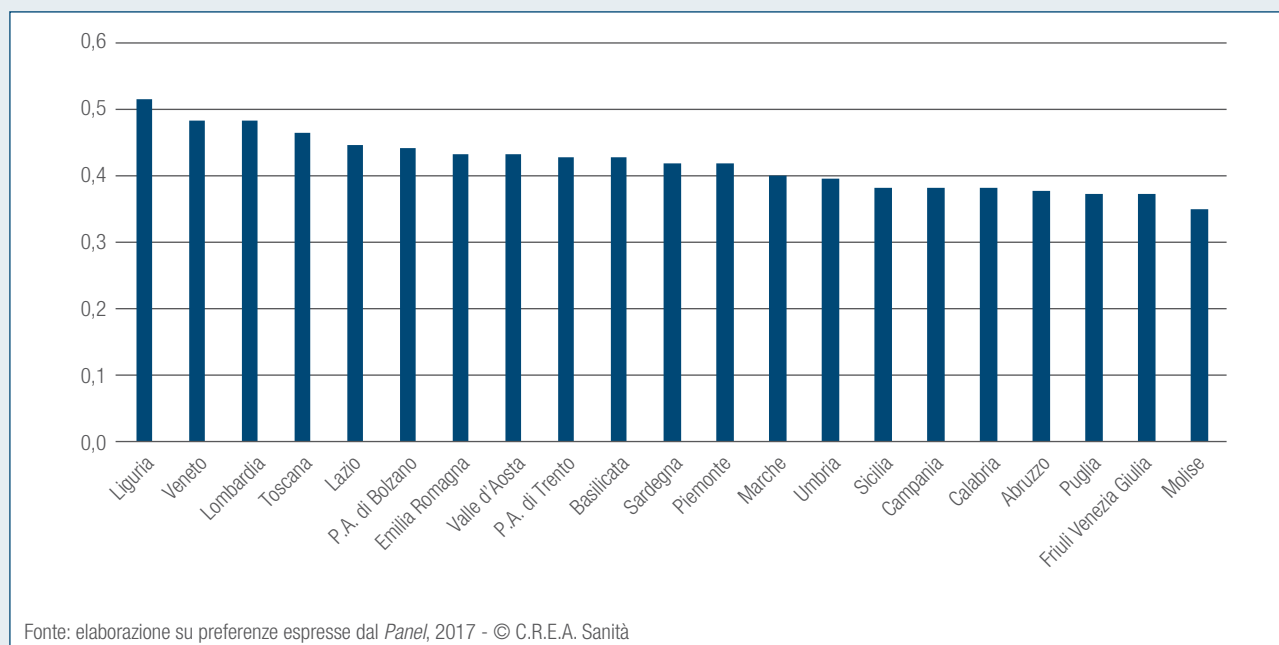


KI 4b.1. Performance dei SSR secondo gli stakeholder, anno 2017



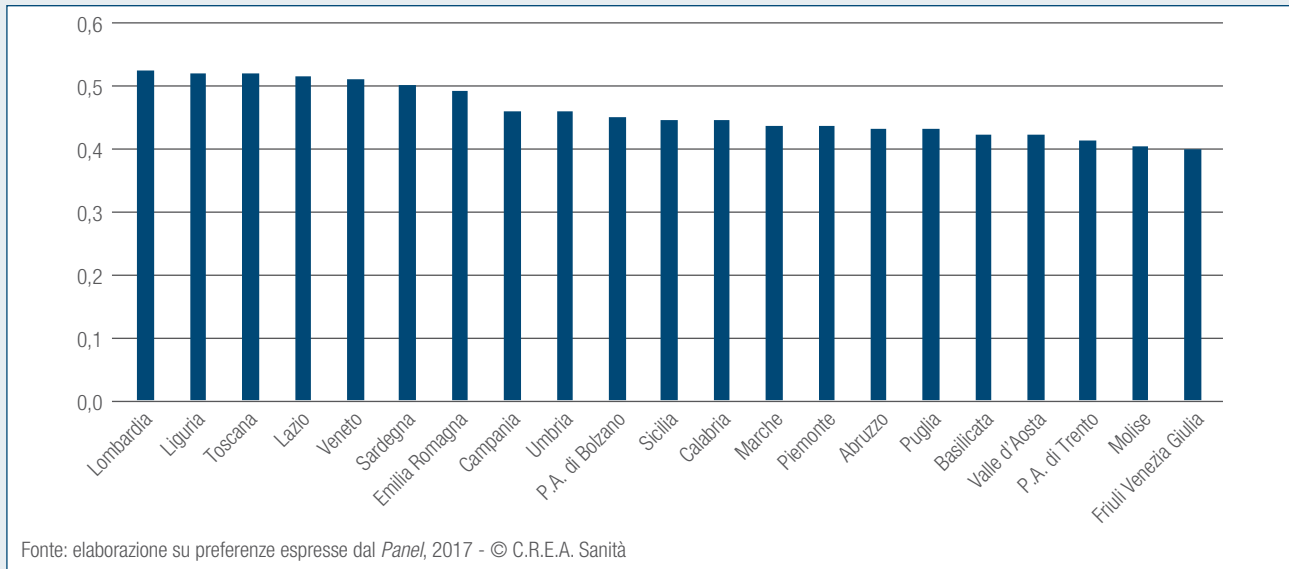
Il SSR toscana, con un livello di Performance pari a 0,54 (54% di quella massima), risulta essere il più performante, seguono Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia Romagna, con una Performance superiore a 0,49; tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Calabria, si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di Performance più bassi: compresi tra 0,38 (Molise) e 0,40 (Abruzzo).

KI 4b.2. Performance dei SSR secondo gli stakeholder delle Regioni in sostanziale equilibrio, anno 2017



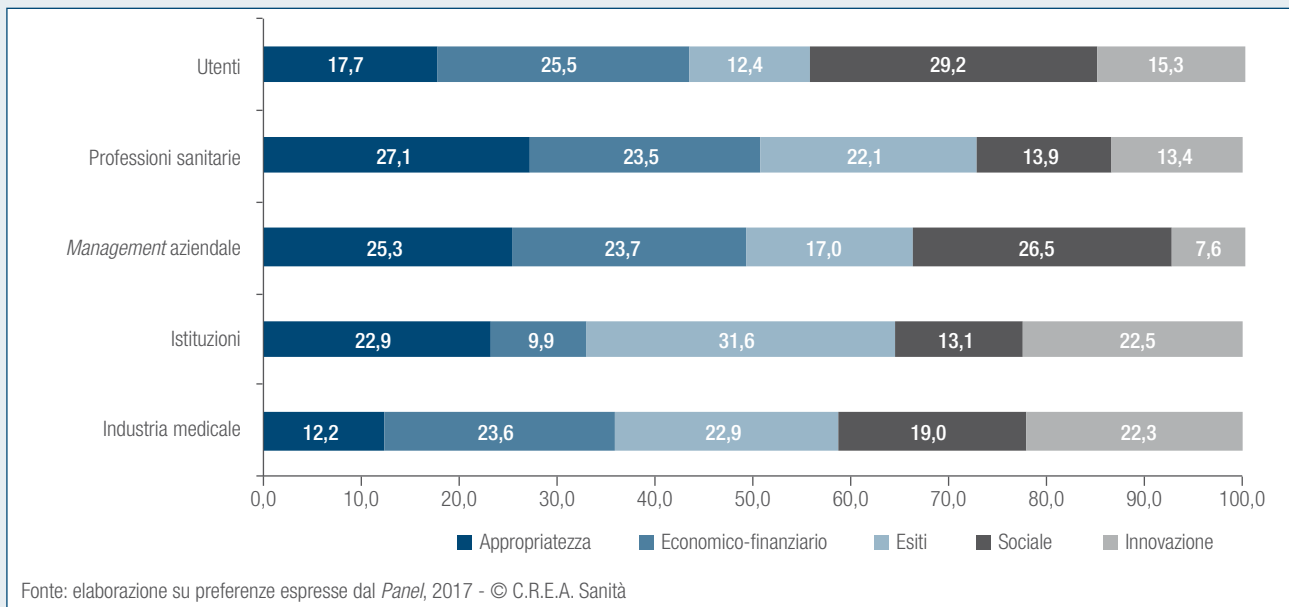
Secondo i membri del Panel appartenenti alle Regioni in sostanziale equilibrio, il SSR ligure risulta essere il più performante, con un livello di Performance pari a 0,52; seguono sette SSR, Veneto, Lombardia, Toscana, Lazio, P.A. di Bolzano, Emilia Romagna e Valle d'Aosta, ai quali è associata una Performance compresa tra 0,44 e 0,49; tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, si trovano nella parte più bassa della classifica ed hanno livelli di Performance più bassi: compresi tra 0,35 (Molise) e 0,39 (Sicilia).

KI 4b.3. Performance dei SSR secondo gli stakeholder delle Regioni in Piano di Rientro, anno 2017

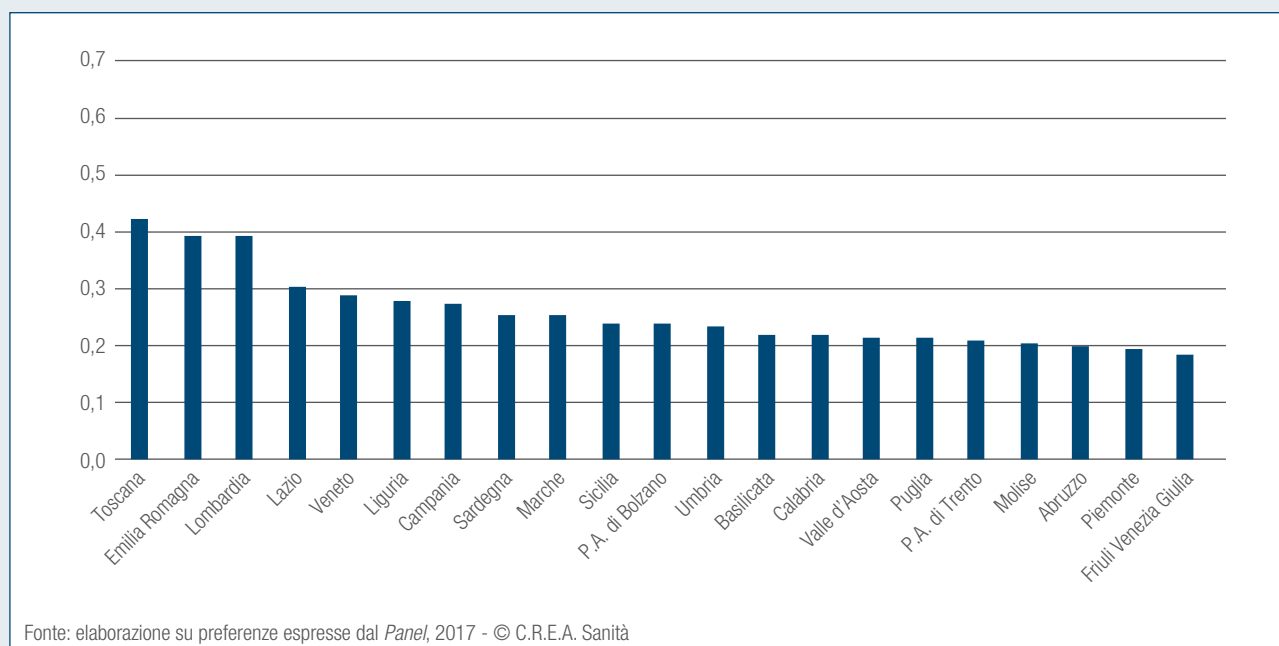


Secondo i membri del Panel appartenenti alle Regioni in Piano di Rientro, a sei SSR, Lombardia, Liguria, Toscana, Lazio, Veneto e Sardegna, è associata una Performance superiore a 0,50; a due, Molise e Friuli Venezia Giulia, è associata la Performance peggiore, che comunque è pari a 0,40. Lombardia, Liguria, Toscana e Lazio, con un livello pari a 0,52 risultano essere le Regioni più performanti; all'estremo opposto troviamo, dopo Molise e Friuli, Valle d'Aosta e P.A. di Trento con lo stesso livello di Performance (0,42), preceduti da Abruzzo e Puglia con 0,43. È doveroso notare come le Regioni meridionali, con questo set di preferenze, abbandonano le posizioni di coda (tranne il Molise).

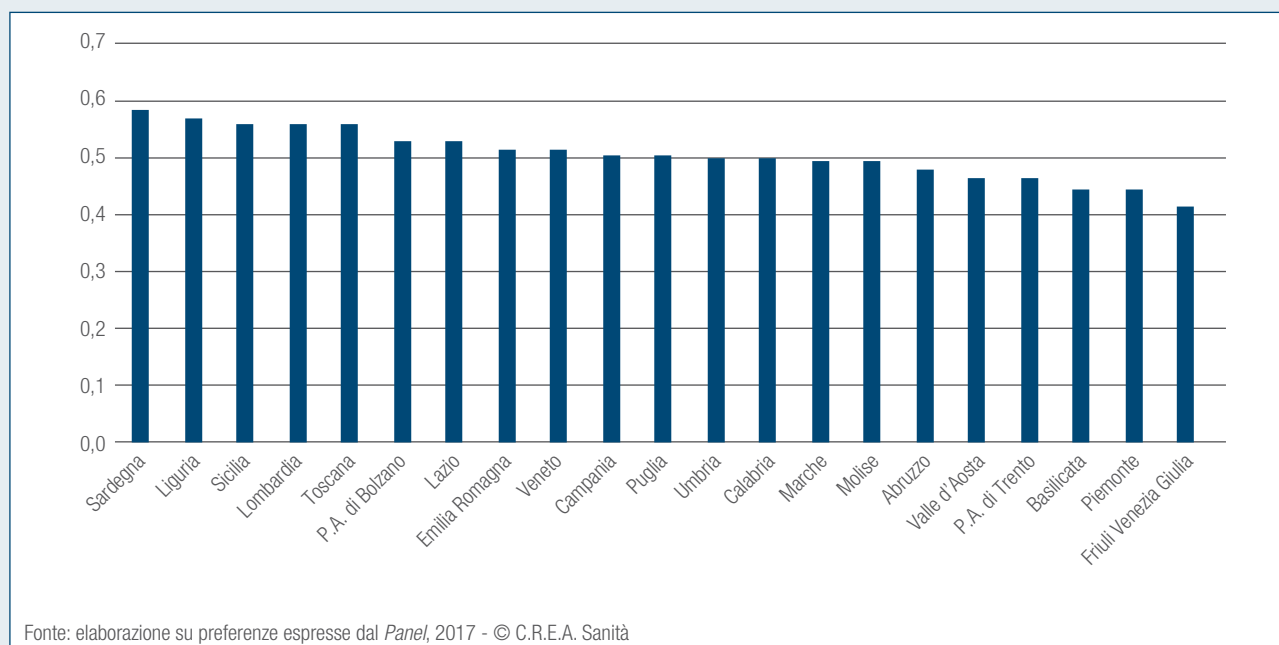
KI 4b.4. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR per Categoria di stakeholder, anno 2017



Analizzando il contributo alla Performance, aggregato per Dimensione, osserviamo che risulta molto equilibrato: quelle Economico-finanziaria ed Esiti contribuiscono poco di più (21,2%), seguite dall'Appropriatazza (21,0%) e dal Sociale (20,3%); la Dimensione Innovazione, introdotta ex novo quest'anno, contribuisce meno di tutte fermandosi al 16,2%. Gli Utenti sembrano dare maggior importanza al Sociale e all'Economico-finanziario (oltre il 50,0%) poi ad Appropriatazza, Innovazione ed Esiti. Le Professioni sanitarie attribuiscono invece all'Appropriatazza quasi un terzo (26,5%) del peso della Performance, segue l'aspetto Economico-finanziario (23,5%) e gli Esiti (22,1%). Modesto è il contributo dell'Innovazione e del Sociale (13,9% e 13,4%). Il Management aziendale ritiene essere il Sociale la Dimensione che contribuisce maggiormente alla Performance, con il 28,8%, seguita dall'Appropriatazza con il 25,3% e dall'Economico-finanziaria con il 23,7%; l'Innovazione è invece quella che contribuisce in minor misura (7,2%). Le Istituzioni, ritengono che oltre il 75% del contributo alla Performance sia associato ad Esiti (31,6%), Appropriatazza (22,9%) ed Innovazione (22,5%); decisamente modesto è il contributo della Dimensione Economica e Sociale (9,9% e 13,1%). Infine i rappresentanti dell'Industria attribuiscono un maggior peso alla componente Economica (23,6%), agli Esiti (22,9%) e all'Innovazione (22,3%); Sociale ed Appropriatazza contribuiscono complessivamente per meno di un terzo alla Performance (19,0% e 12,2% rispettivamente).

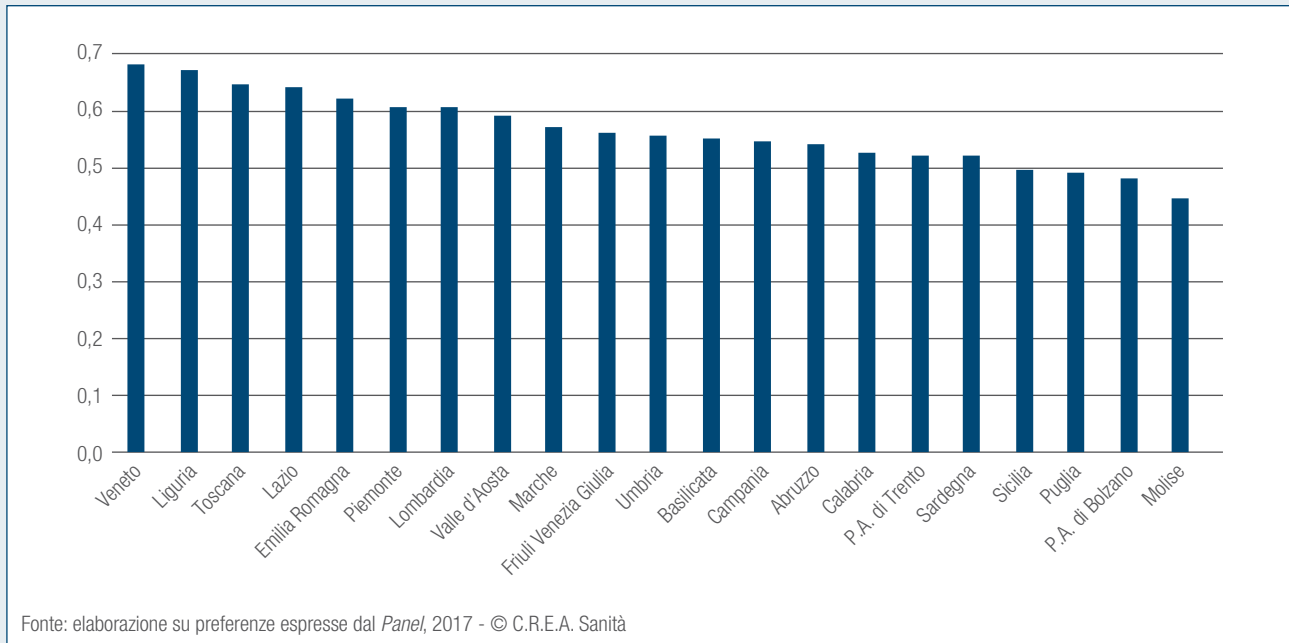
KI 4b.5. Misura di *Performance* dei SSR Categoria Utenti, anno 2017

Per la Categoria Utenti, la Toscana continua a mantenere la prima posizione, seguita da Emilia Romagna e Lombardia con una *Performance* rispettivamente pari a 0,40 e 0,39: come precedentemente accennato, gli Utenti si sono dimostrati molto "esigenti" in termini di valore attribuito agli indicatori, ritenendo che le determinazioni sotto la media contribuiscono poco o nulla alla *Performance*; Abruzzo, Piemonte e Friuli Venezia Giulia occupano, invece, le ultime tre posizioni con un indice di *Performance* inferiore a 0,20.

KI 4b.6. Misura di *Performance* dei SSR Categoria Professioni sanitarie, anno 2017

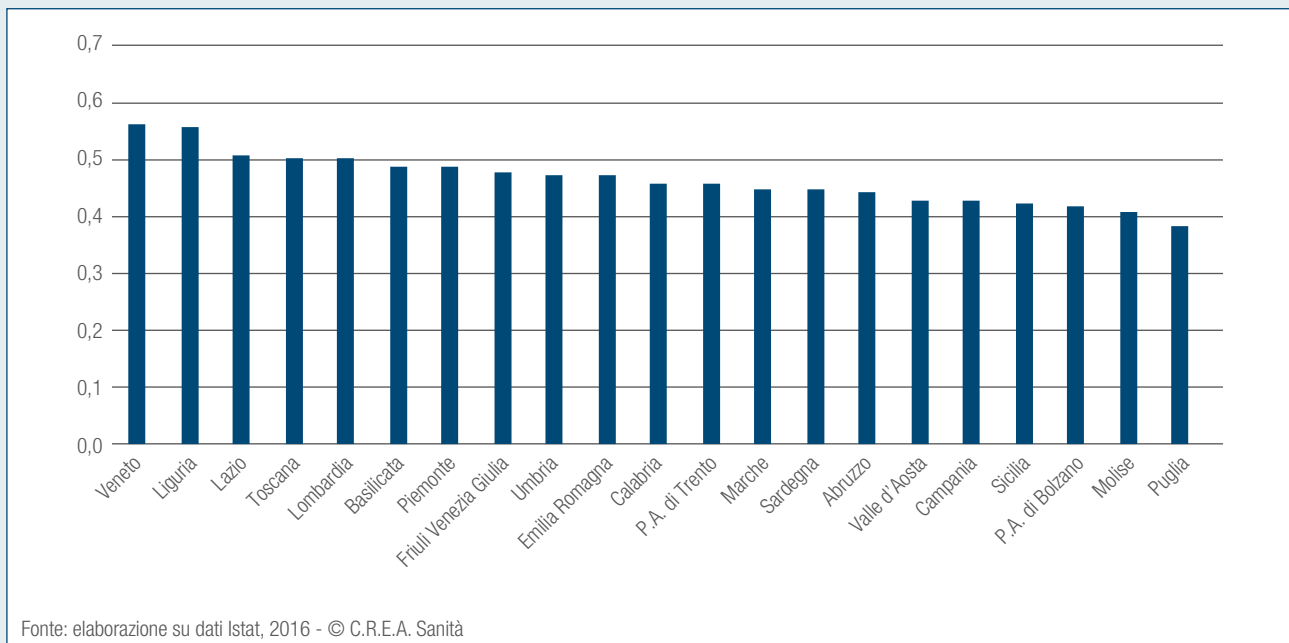
La Categoria Professioni sanitarie valuta la *Performance* migliore di quanto sia nella media degli altri *stakeholder*: il punteggio varia fra lo 0,58 della Sardegna e lo 0,42 del Friuli Venezia Giulia; Sardegna, Liguria, Sicilia, Lombardia e Toscana, con un livello di *Performance* compreso tra 0,58 e 0,56 occupano le prime cinque posizioni; Basilicata, Piemonte e Friuli occupano, invece, le ultime tre con un indice di *Performance* comunque non basso, compreso tra 0,44 e 0,42.

KI 4b.7. Misura di Performance dei SSR Categoria Industria medicale, anno 2017

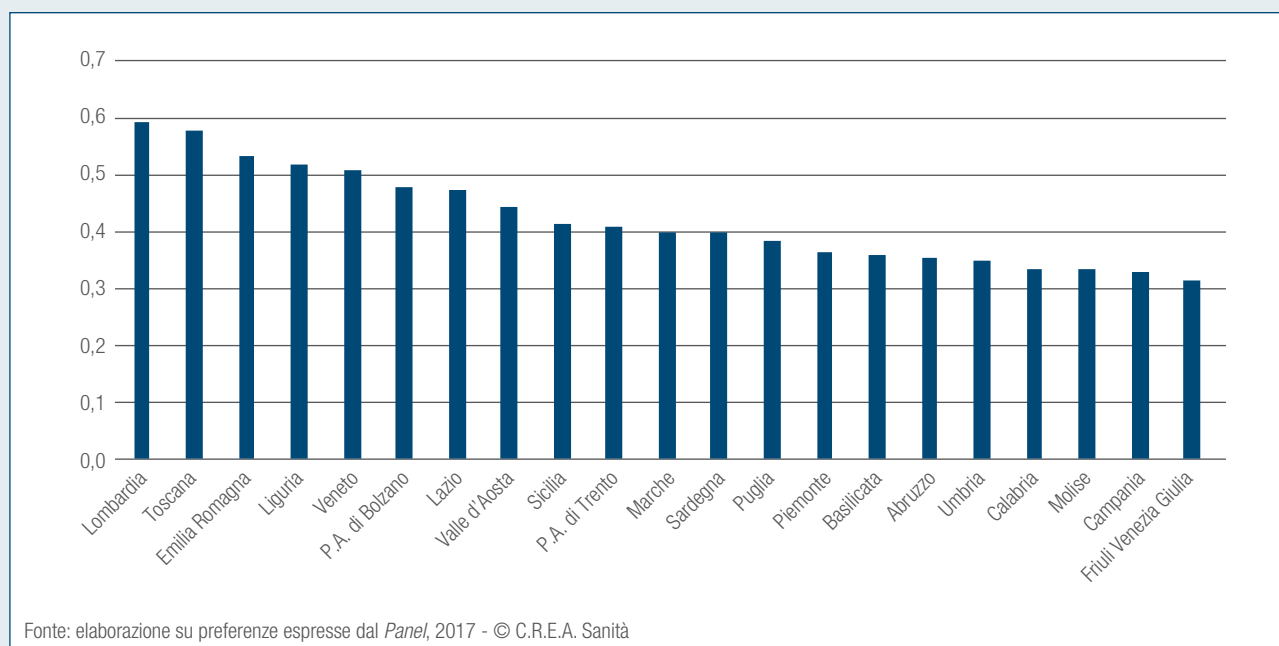


Per la Categoria Industria medicale, la misura di Performance varia dallo 0,68 del Veneto, allo 0,45 del SSR molisano. Sette SSR hanno un valore di Performance superiore a 0,60: Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Emilia Romagna, Piemonte e Lombardia; quattro, nello specifico Sicilia, Puglia, P.A. di Bolzano e Molise, hanno una Performance inferiore allo 0,50.

KI 4b.8. Misura di Performance dei SSR Categoria Management Aziendale, anno 2017



Per la Categoria Management aziendale la misura di Performance varia dallo 0,57 del Veneto allo 0,38 del SSR pugliese. Veneto, Liguria, Lazio e Toscana occupano le prime quattro posizioni con una Performance compresa tra 0,57 e 0,51; all'estremo opposto troviamo Sicilia, P.A. di Bolzano, Molise e Puglia che occupano le ultime quattro posizioni con un valore di Performance compreso tra 0,42 e 0,38.

KI 4b.9. Misura di *Performance* dei SSR Categoria Istituzioni, anno 2017

Per la Categoria delle Istituzioni, la misura di *Performance* varia dallo 0,59 della Lombardia allo 0,32 del SSR del Friuli Venezia Giulia. La Toscana segue la Lombardia con un livello di *Performance* pressoché simile (0,58). Nelle ultime posizioni troviamo Abruzzo, Umbria, Calabria, Molise, Campania e Friuli Venezia Giulia che presentano un livello di *Performance* compreso tra 0,35 e 0,32.



A graphic featuring a stylized sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue.

# Capitolo 5

## Prevenzione

### *Preventive health care*

5a. Lotta a malattie croniche non trasmissibili, strategie di prevenzione e loro efficacia

*English Summary*

5b. La mortalità e i DALYs causati dai fattori di rischio

*English Summary*

*Key Indicators*





## CAPITOLO 5

### Prevenzione

Il capitolo 5 è composto da due contributi fra loro complementari.

Nel primo (Capitolo 5a) si analizzano, sebbene senza pretesa di esaustività, alcune fondamentali strategie di prevenzione a disposizione dei Governi: in particolare si approfondiscono le politiche fiscali applicate all'alimentazione per la prevenzione delle patologie non trasmissibili e, quindi, il ruolo della comunicazione nelle politiche di salute pubblica, analizzando il caso della prevenzione dell'obesità.

Nel secondo contributo (Capitolo 5b) ci si concentra sui principali fattori di rischio e sull'effetto che la prevenzione ha sulla loro evoluzione, nonché sui loro effetti. In altri termini, si analizzano i dati forniti dal *Global Burden of Disease* (un consorzio di oltre mille ricercatori di centotrentadue Paesi coordinato dall'*Institute of Health Metrics Evaluation* (IHME) dell'Università di Washington),

per valutare come la salute degli italiani stia cambiando congiuntamente all'esposizione ai fattori di rischio, posti a loro volta in relazione a stili di vita non appropriati, condizioni ambientali e occupazionali, oltretutto all'invecchiamento della popolazione.

L'elemento unificante dei contributi va identificato nella convinzione che le politiche di prevenzione siano assolutamente essenziali e che, in particolare, è urgente si prevedano investimenti adeguati nel settore.

Ne segue che, pur consapevoli della difficoltà di produrre evidenza in un settore dove i tempi di maturazione degli impatti delle politiche sono molto lunghi, è necessario approfondire e misurare, sia a priori che a posteriori, gli interventi in questo settore, offrendo ai decisori politici le informazioni necessarie per operare scelte consapevoli, capaci di ottimizzare l'allocatione degli investimenti.

## Preventive health care

*Chapter 5 is made up of two complementary parts.*

*Although not claiming to be exhaustive, Chapter 5a analyses some fundamental prevention strategies available to governments. In particular, an in-depth analysis is made of the food-related tax policies for the prevention of noncommunicable diseases and that of the role played by communication in public health policies, by analysing the case of obesity prevention.*

*Chapter 5b focuses on the main risk factors and the impact that prevention has on their evolution and on their effects. In other words, the analysis focuses on the data provided by the Global Burden of Disease (a consortium of over 1,000 researchers from 132 countries, coordinated by the Institute of Health Metrics Evaluation (IHME) of the University of Washington) to assess how the health*

*of Italians is changing, as a result of the exposure to risk factors, which are in turn examined in relation to unhealthy and inappropriate lifestyles, environmental and employment conditions, as well as the aging of population.*

*Both chapters share the belief that prevention policies are absolutely essential and, in particular, that adequate investment is urgently needed in the sector.*

*Hence, although being aware of the difficulty to provide evidence in a sector where it takes very long time for policies to produce their effects, it is necessary to examine and evaluate - both ex-ante and ex-post - the measures taken in the sector, by providing to political decision-makers the necessary information to make responsible and well-informed choices, capable of optimizing the allocation of investment and resources.*

## CAPITOLO 5a

### Lotta a malattie croniche non trasmissibili, strategie di prevenzione e loro efficacia

Giordani C.<sup>1</sup>

#### 5a.1. Introduzione

Le malattie non trasmissibili (in inglese “*Noncommunicable diseases – NCDs*”) costituiscono la principale causa di morte nel mondo, provocando più decessi della somma di tutte le altre cause<sup>2</sup>: l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, in inglese “*World Health Organization – WHO*”) stima che le NCDs uccidano ogni anno nel mondo circa 40 milioni di persone (se ne prevedono 52 milioni nel 2030<sup>3</sup>), rappresentando la causa del 70% di tutti i decessi.

Le principali malattie non trasmissibili sono: malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche; il sovrappeso e l’obesità rientrano tra i principali fattori di rischio per l’insorgere di diabete, ipertensione, malattie coronariche, ictus e alcuni tipi di tumore. Secondo OMS (*fact sheet* giugno 2017) il numero maggiore di decessi è dovuto alle malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone), seguite dai tumori (8,8 milioni), dalle malattie respiratorie (3,9 milioni) e dal diabete (1,6 milioni). L’87% dei decessi avviene nei Paesi a basso-medio reddito.

Secondo le stime riportate dall’*Italian Barometer Diabetes Observatory* (IBDO, *Report* 2016), nel mondo circa 422 milioni di persone vivono con il diabete, 60 milioni nella sola Regione Europea dell’OMS e 4 milioni in Italia, numeri in crescita principalmente a causa dell’incremento del sovrappeso e dell’obesità. I decessi per diabete ammontano globalmente a circa 1,5 milioni, ai quali se ne aggiungono 2,2 milioni come conseguenza della condizione di iperglicemia.

La diffusione di queste patologie ha dunque raggiunto proporzioni epidemiche, ma potrebbe essere ridimensionata in maniera significativa, attraverso la riduzione dei fattori di rischio, la diagnosi precoce e le cure tempestive.

I principali fattori di rischio comportamentali correlati alle NCDs sono: consumo di tabacco, inattività fisica, consumo dannoso di alcol ed errate abitudini alimentari.

In questo capitolo si analizzano, senza pretesa di esaurività, alcune delle più importanti strategie di prevenzione a disposizione dei Governi: le politiche fiscali applicate all’alimentazione per la prevenzione delle NCDs e il ruolo della comunicazione nelle politiche di salute pubblica, con particolare riferimento alla prevenzione dell’obesità.

In dettaglio, in continuità con le passate edizioni del Rapporto Sanità, dopo una breve introduzione sulla spesa per la prevenzione nei Paesi dell’Unione Europea (EU) e nelle Regioni italiane, seguita dall’analisi di alcuni dati con particolare *focus* su sovrappeso e obesità, si illustrano le strategie di prevenzione sopra elencate, esaminando l’esperienza di diversi Paesi sulle azioni adottate e, ove possibile, sulla valutazione della loro efficacia, anche in termini di effetti sulla salute.

#### 5a.2. Spesa per la prevenzione nell’Unione Europea<sup>4</sup>

Nel 2015 l’Italia, secondo l’*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) (giugno

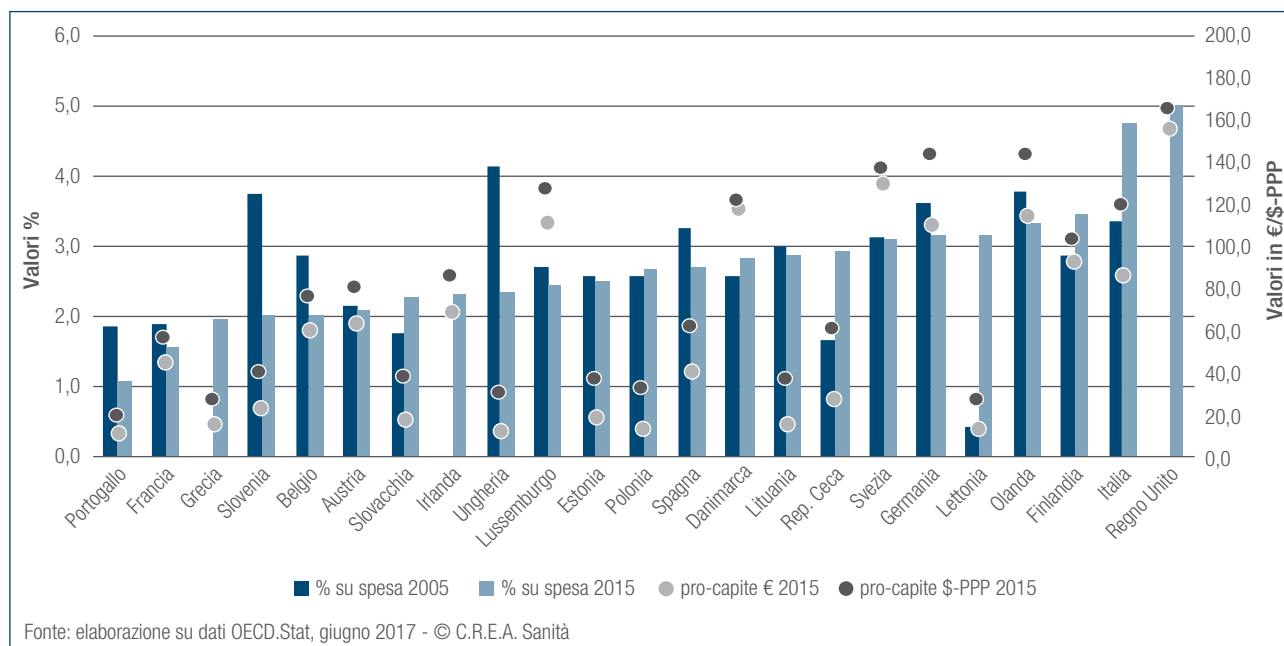
<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

<sup>2</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

<sup>3</sup> WHO (2014), *Global status Report on noncommunicable diseases*

<sup>4</sup> Si utilizzano le seguenti convenzioni: per Unione Europea si intendono i Paesi EU (tranne Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania, di cui OECD non fornisce i dati); per Europa occidentale si intendono i Paesi EU-15, ossia quelli che hanno aderito entro il 1995; per Europa orientale si intendono i Paesi EU meno quelli dell’Europa occidentale. In alcuni casi il dato Italia viene confrontato con i Paesi EU-14 (EU-15 esclusa Italia)

Figura 5a.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione. Quota su spesa sanitaria pubblica corrente e pro-capite in EU



2017), avrebbe destinato ai programmi pubblici di prevenzione<sup>5</sup> il 4,8% della spesa pubblica corrente<sup>6</sup>, dato in linea con il biennio precedente (4,9% nel 2014 e ancora 4,8% nel 2013) e prossimo alla quota, pari al 5,0%, fissata a livello nazionale per il livello essenziale di assistenza (LEA) denominato - nella versione DPCM 12 gennaio 2017 - "Prevenzione collettiva e sanità pubblica".

Il dato è da considerarsi con le dovute cautele<sup>7</sup> e corregge le cifre diffuse in passato (si parlava di una percentuale dello 0,5%).

Osservando la Figura 5a.1. si evince come nel 2015 il nostro Paese in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica corrente, appaia essere secondo solo al Regno Unito (che raggiunge il 5,0%) tra i Paesi EU di cui si dispone del dato. Nelle ultime posizioni della classifica, senza superare il 2,0%, si trovano Portogallo, Francia, Grecia, Slovenia e Belgio. Nell'ultimo decennio, poi, l'Italia è uno dei pochi Paesi dell'Europa occidentale a registrare un aumento dell'incidenza della spesa pubblica per programmi di prevenzione: +1,4 punti percentuali.

Gli altri ad aver aumentato la quota appartengono, infatti, in prevalenza all'Europa orientale: Slovacchia (+0,5 punti percentuali), Polonia (+0,1), Danimarca (+0,3), Repubblica Ceca (+1,3), Lettonia (+2,8) e Finlandia (+0,6).

In termini assoluti, però, l'Italia risulta essere solo ottava tra i Paesi dell'EU di cui si dispone del dato, con una spesa pro-capite pari a € 87,1 contro, ad esempio, la spesa del Regno Unito che raggiunge € 157,3 e quella della Svezia pari a € 130,7. Superano la quota di € 100,0: Danimarca, Olanda, Lussemburgo e Germania, mentre la Finlandia raggiunge € 93,3. L'Italia resta sotto la media dell'Europa a 14, pari a € 88,9, mentre supera quella dell'EU (che si ferma a € 77,7). Il valore medio pro-capite scende in maniera considerevole se si prendono in esame i Paesi dell'Europa orientale (€ 16,4): ne restano al di sotto Portogallo, Ungheria, Lettonia, Polonia, Lituania e Grecia.

In altri termini, l'investimento in prevenzione è fortemente legato al reddito medio dei Paesi.

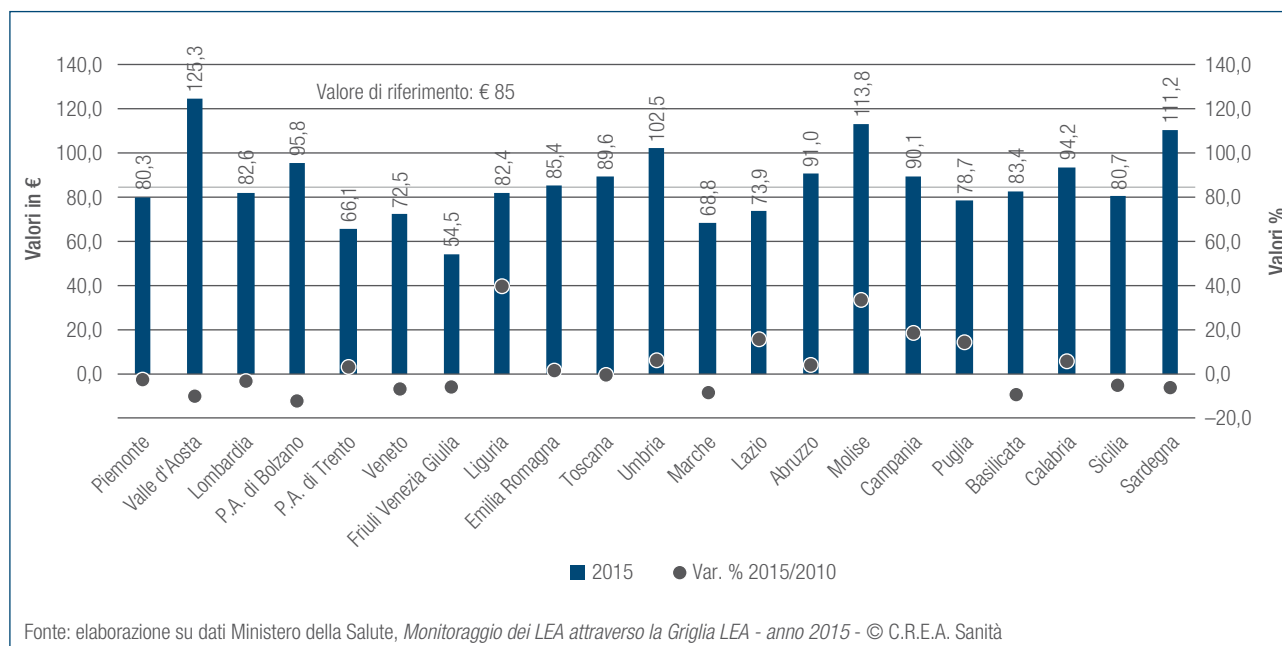
La rilettura del dato (Figura 5a.1) espresso in \$-PPP (parità di potere di acquisto), modifica solo leggermente

<sup>5</sup> Per il dettaglio delle voci comprese nell'indicatore, si veda il box del cap. 5 del 12° Rapporto Sanità, pag. 159

<sup>6</sup> Si considera la spesa sanitaria corrente in quanto l'OECD per molti Paesi, tra cui l'Italia, non fornisce il dato di spesa per investimenti

<sup>7</sup> I dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi; in alcuni anni è possibile una discontinuità nella serie dei dati a causa di uno o più "break in time series", per cui i dati possono non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro. Dal luglio 2015 è stato adottato il "System of Health Accounts 2011", rivisto nel 2017. Per approfondire, <http://stats.oecd.org/>

Figura 5a.2. Costo pro-capite per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro



il quadro, con l'Italia che diventa settima con \$-PPP 119,8, superando marginalmente la media EU14.

### 5a.3. Spesa per la prevenzione in Italia

Esaminando i costi per le attività del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"<sup>8</sup> sostenuti dalle Regioni italiane, contenuti nel Rapporto del Ministero della Salute *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*, si riscontra una evidente difformità territoriale.

Considerando che il valore di riferimento stabilito dal Ministero è pari a € 85,0, nel 2015 solo 10 Regioni lo rispettano. La disparità è piuttosto evidente: si passa dai € 54,5 pro-capite del Friuli Venezia Giulia ai € 125,3 della Valle d'Aosta.

Rispetto al 2010, sono 10 le Regioni che registrano un aumento del costo pro-capite per il LEA in esame: si segnala il +38,7% della Liguria, il +32,7% del Molise e il +17,7% della Campania. Il costo nelle restanti Regioni

subisce un decremento: il più cospicuo (-12,6%) nella P.A. di Bolzano. Se si considera la variazione rispetto al 2014, nove Regioni hanno registrato una diminuzione (gli incrementi si concentrano soprattutto al Sud, con qualche eccezione). Non sempre il decremento è stato registrato nelle Regioni con livelli più alti di spesa (Figura 5a.2).

### 5a.4. Malattie non trasmissibili (NCDs) e fattori di rischio: sovrappeso e obesità

Tra le attività di prevenzione rivestono particolare importanza la promozione di sani stili di vita e la riduzione dei fattori di rischio. In questo paragrafo si pone l'attenzione sul problema dell'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità), che rappresenta un rilevante fattore di rischio per l'insorgere di diabete, ipertensione, malattie coronariche, ictus e alcuni tipi di tumore. Essere sovrappeso od obesi, inoltre, riduce il benessere psicologico, determina

<sup>8</sup> Le attività comprendono: profilassi delle malattie infettive e parassitarie; tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro; Sanità pubblica veterinaria; tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce); servizio medico-legale

un impatto negativo sulla funzionalità fisica (diminuzione della capacità di compiere anche le più semplici attività quotidiane) e su quella sociale (depressione, *distress*, cattiva qualità di vita)<sup>9</sup>.

Di seguito si analizzano alcuni dati disponibili a livello internazionale e nazionale.

### Sovrappeso e obesità nel contesto internazionale

Osservando i dati relativi all'eccesso ponderale, provenienti da diverse fonti, si evince la gravità del fenomeno a livello internazionale:

- secondo uno studio pubblicato nel 2017 dal *The New England Journal of Medicine*<sup>10</sup>, nel 2015 il 30% della popolazione globale, pari a 2,2 miliardi di persone, aveva problemi di sovrappeso. Tra questi, erano obesi circa 108 milioni di bambini e oltre 600 milioni di adulti. La prevalenza di obesi è raddoppiata dal 1980 in oltre 70 Paesi e ha continuato ad aumentare nella maggior parte delle altre nazioni. Inoltre, il tasso di crescita dell'obesità infantile in molti Paesi è maggiore di quello degli adulti;
- secondo l'OMS (*Global Status Report on Non-Communicable Diseases 2014*), nel mondo la prevalenza di obesità è pressoché raddoppiata dal 1980. Nel 2014, essa era pari all'11% negli uomini e al 15% nelle donne con età uguale o superiore ai 18 anni. Nel 2013 più di 42 milioni di bambini con età inferiore ai 5 anni erano in sovrappeso. La prevalenza globale di diabete nel 2014 era stimata intorno al 9%. I decessi dovuti a cause associate a sovrappeso e obesità arrivavano a 3,4 milioni l'anno;
- secondo il Ministero della Salute<sup>11</sup>, circa il 7% della spesa sanitaria europea è impiegato nella cura di patologie connesse all'obesità come il diabete, l'ipertensione arteriosa, le patologie cardiovascolari, ecc. Circa 2,8 milioni di morti l'anno nell'EU sono dovuti a cause associate con il sovrappeso e l'obesità;
- secondo uno studio dello *European Observatory on*

*Health Systems and Policies* (WHO)<sup>12</sup>, i costi diretti e indiretti associati a non corretta alimentazione e inattività fisica nel 2015, che porteranno a nuovi casi di diabete nel 2020, ammonterebbero a € 883 mln. in 5 Paesi ad alto reddito (Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito). Per l'Italia, il costo ammonterebbe a poco meno di € 130 mln., mentre per l'EU si aggirerebbe intorno a €1,3 mld;

- l'IBDO<sup>13</sup> stima un costo annuo tra sovrappeso e obesità pari a € 9 mld. annui, sommando costi sanitari, calo di produttività, assenteismo e mortalità precoce. I costi salirebbero a circa € 23 mld. l'anno se si calcolassero anche quelli complessivi delle patologie obesità correlate. La maggior parte di tali costi (più del 60%) sembra essere dovuta a ricoveri ospedalieri e ciò conferma quanto l'obesità sia la reale responsabile di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il SSN.

Nella Figura 5a.3, considerando i dati diffusi da OECD nel giugno 2017, si analizza la prevalenza di sovrappeso (compresa obesità) nella popolazione adulta (15 anni e più) dei Paesi dell'EU di cui si dispone del dato (nelle analisi OECD, in caso di dato mancante, viene considerato l'anno più vicino disponibile).

Nel 2015 l'Italia registra la percentuale più bassa: la prevalenza di adulti in sovrappeso, con *Body Mass Index*  $\geq 25$ , è infatti pari al 45,2%, anche se il valore è in leggero aumento rispetto al 2005 (+0,6 punti percentuali). Segue la Francia con il 46,1%. Il Paese che registra nel 2015 la maggiore prevalenza di persone in eccesso ponderale è la Grecia (56,2%), anche se la percentuale è in diminuzione rispetto al 2005 (-1,5 punti percentuali), seguita dalla Finlandia (56,0%), con +6,8 punti percentuali nell'ultimo decennio.

Da rilevare, tra il 2005 e il 2015, un aumento della prevalenza in tutti i Paesi considerati (escludendo solo

<sup>9</sup> IBDO – Italian Barometer Diabetes Observatory (2016), *Italian Barometer Diabetes Report 2016*

<sup>10</sup> GBD Obesity Collaborators (2017), "Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years", *The New England Journal of Medicine*, 6 luglio 2017, 377:13-27

<sup>11</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

<sup>12</sup> Candari C., Cylus J., Nolte E. (2017), *Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity*. European Observatory on Health Systems and Policies (WHO)

<sup>13</sup> IBDO – Italian Barometer Diabetes Observatory (2014), *Italian Barometer Diabetes Report 2014*

Figura 5a.3. Eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) nella popolazione di 15 anni e più in EU

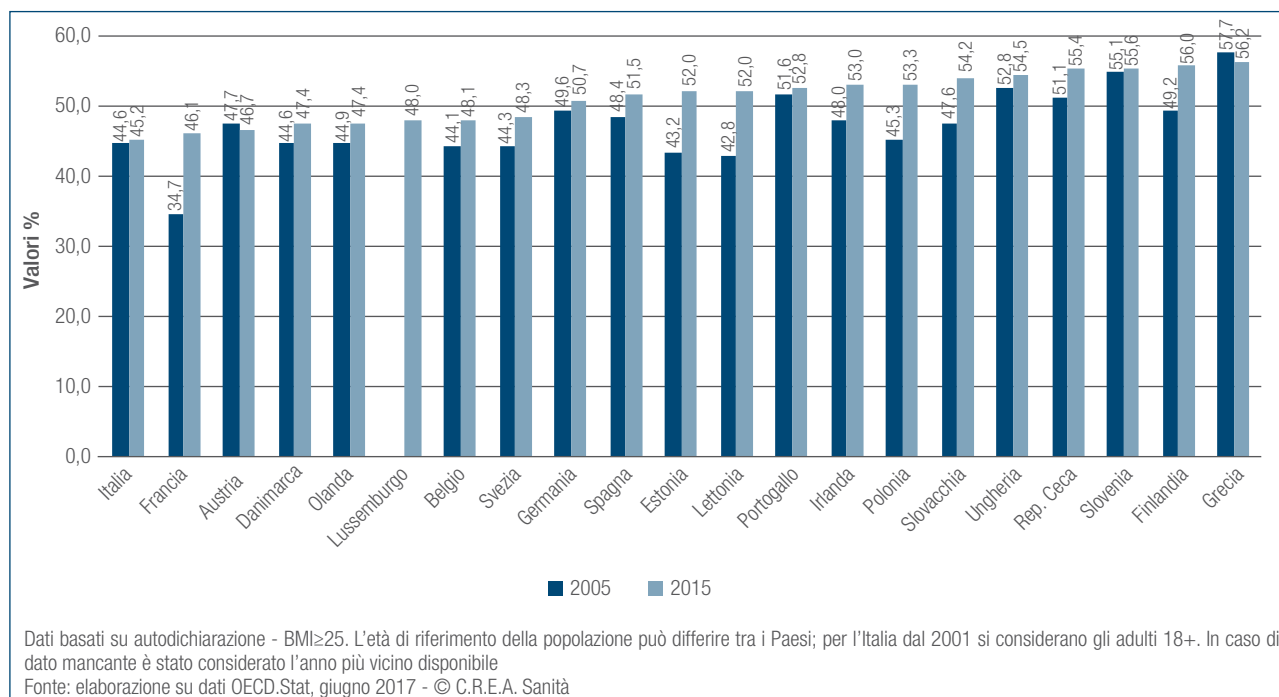
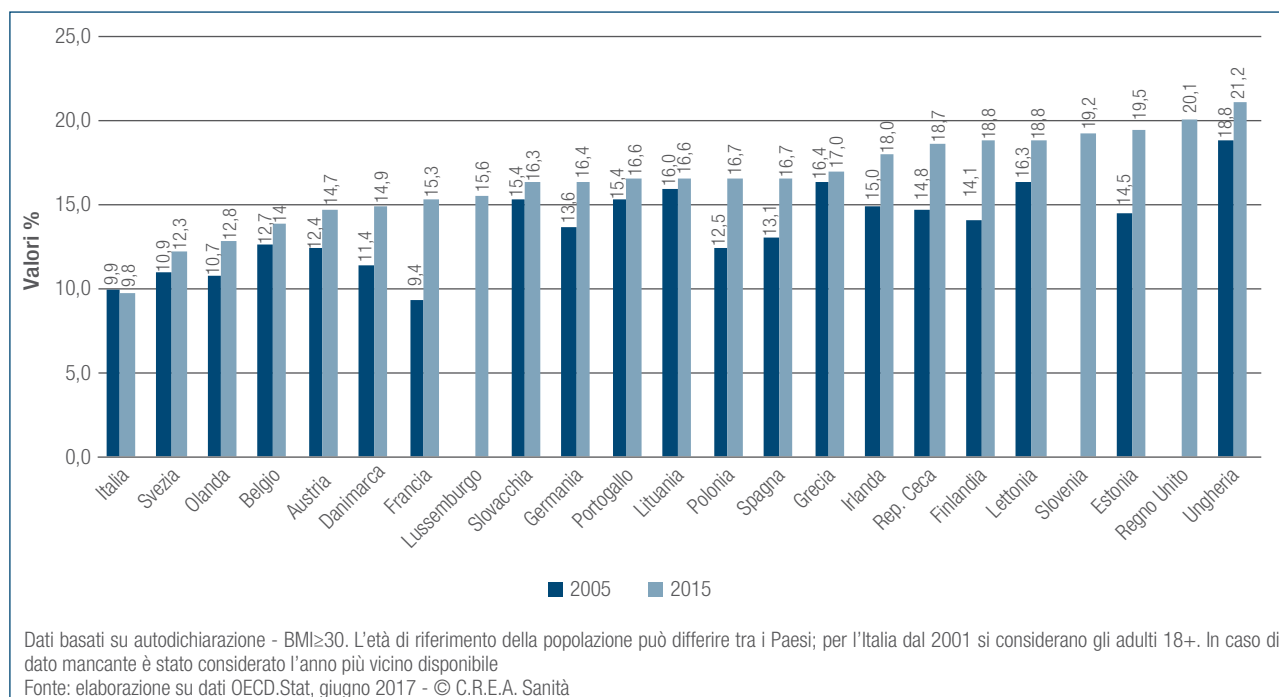


Figura 5a.4. Obesità nella popolazione di 15 anni e più in EU



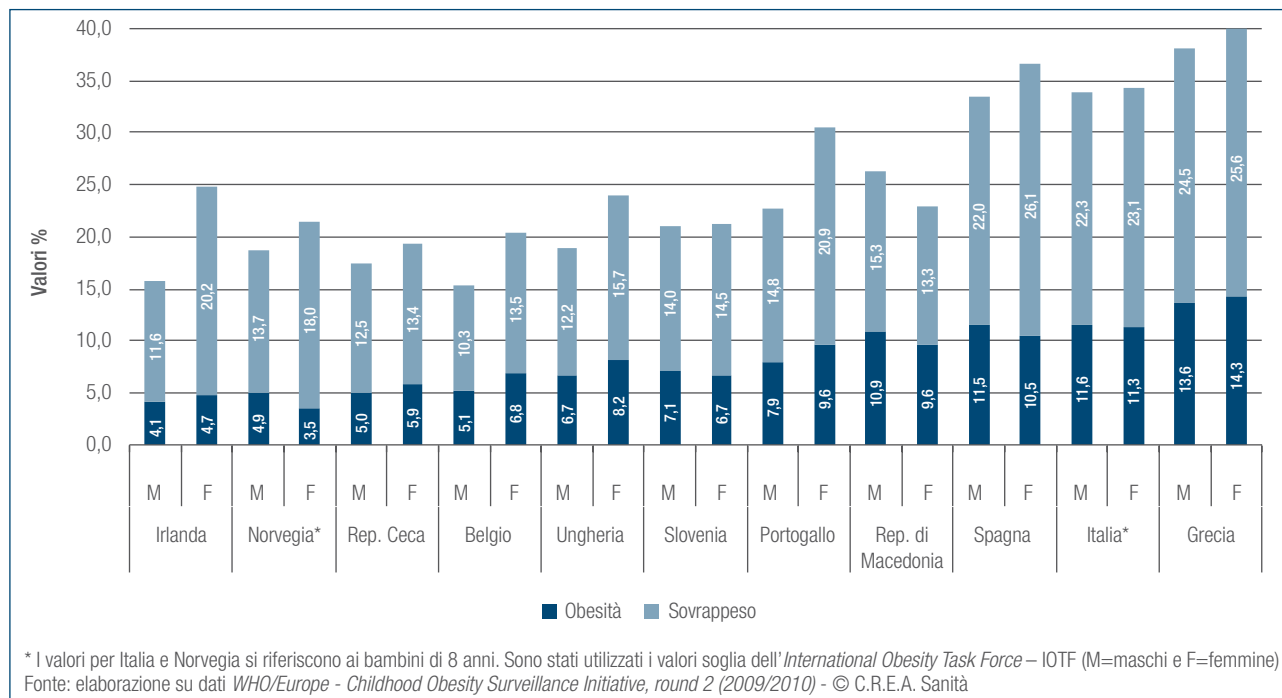
Austria e Grecia). Si segnala nell'ultimo decennio l'aumento di +11,4 punti percentuali della Francia, di +9,2 punti percentuali della Lettonia e di +8,8 dell'Estonia.

Nella Figura 5a.4 si può verificare che anche considerando solo l'obesità, l'Italia nel 2015 resta il Paese in

EU con la prevalenza più bassa (9,8%, con una diminuzione di 0,1 punti percentuali rispetto al 2005).

Sebbene la situazione italiana tra gli adulti appaia dunque migliore degli altri Paesi europei, non è altrettanto buono il dato che riguarda i bambini.

Figura 5a.5. Eccesso ponderale tra i bambini di 7 anni. Confronti internazionali, anno 2010



Come già rilevato nel 12° Rapporto Sanità, osservando i dati sull'obesità infantile diffusi dall'OMS, riferiti all'anno 2010, considerando 11 Paesi europei (Figura 5a.5) l'Italia è seconda solo alla Grecia in tema di prevalenza di bambini obesi di 7 anni, e questo vale sia per i maschi (11,6% contro 13,6%) che per le femmine (11,3% contro 14,3%). Tra i più virtuosi, con una prevalenza inferiore al 6,0%, Irlanda (4,1% dei bambini e 4,7% delle bambine), Norvegia (4,9% e 3,5%) e Repubblica Ceca (5,0% e 5,9%). Se si considera il sovrappeso (esclusa obesità, BMI  $\geq 25$  e  $< 30$ ), la situazione cambia di poco: l'Italia è penultima anche in questo caso considerando i bambini maschi (22,3%, prima della peggiore, la Grecia, con 24,5%), mentre analizzando il sovrappeso tra le bambine l'Italia è terz'ultima (23,1%), prima di Grecia (25,5%) e Spagna (26,1%).

L'Italia è quindi nelle prime posizioni nella classifica dei Paesi con maggiore obesità infantile. I dati 2012-2013 vedono l'Italia seconda solo alla Spagna.

In base all'aggiornamento fornito da OECD nel mese di luglio 2017<sup>14</sup>, la situazione non migliora di molto se si

considerano i dati sull'eccesso ponderale tra i ragazzi di 15 anni (Figura 5a.6) nel periodo 2013-2014.

In base ai nuovi dati, in Italia il 15,5% dei ragazzi di 15 anni dichiara di essere in sovrappeso (compresa obesità). Tra i 23 Paesi EU di cui si dispone del dato, solo 7 registrano una percentuale superiore.

L'interrogativo che ci si pone è come mai nel nostro Paese la situazione risulti così allarmante tra i bambini e i ragazzi e non tra gli adulti, nel confronto internazionale. Oltre alle abitudini alimentari scorrette, e ai fattori socio-culturali, un altro elemento penalizzante sembra essere rappresentato dall'insufficiente attività fisica tra i ragazzi, come dimostrano i dati OMS relativi al 2010: secondo il *Global Health Observatory*, nella classifica dei 15 Paesi europei di cui si dispone del dato (Figura 5a.7) l'Italia registra la percentuale maggiore di adolescenti che non svolge sufficiente attività fisica<sup>15</sup>, sia tra i maschi (91,0%) che tra le femmine (92,6%). La quota inferiore si osserva in Irlanda.

L'OMS sta lavorando allo sviluppo di un Piano di azione mirato alla promozione dell'attività fisica per la salute, la cui versione finale sarà disponibile nel 2018.

<sup>14</sup> OECD (2017), *Obesity update 2017*

<sup>15</sup> Percentuale di alunni adolescenti (11-17 anni) che non seguono le raccomandazioni OMS sull'attività fisica (ad es. non svolgono attività fisica da moderata a intensa per almeno 60 minuti al giorno)



Figura 5a.6. Sovrappeso (inclusa obesità) autoriferito in ragazzi di 15 anni in EU, anni 2013-2014

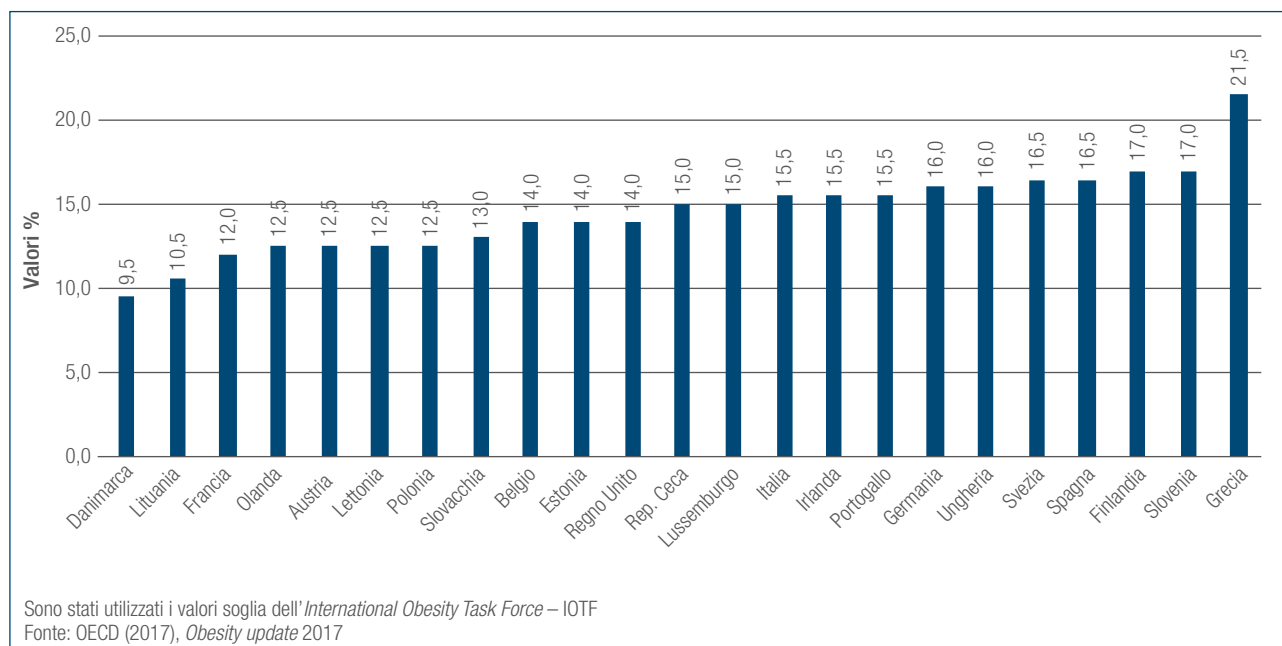
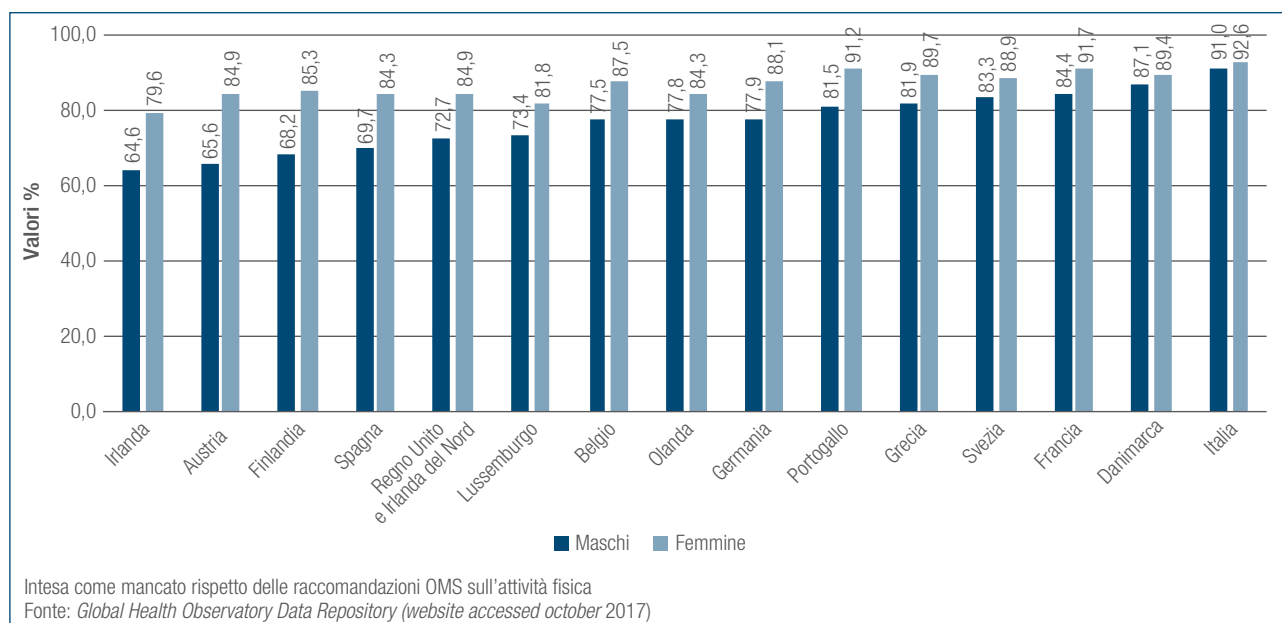


Figura 5a.7. Insufficiente attività fisica fra alunni adolescenti (11-17 anni) in EU, anno 2010



### Sovrappeso e obesità in Italia

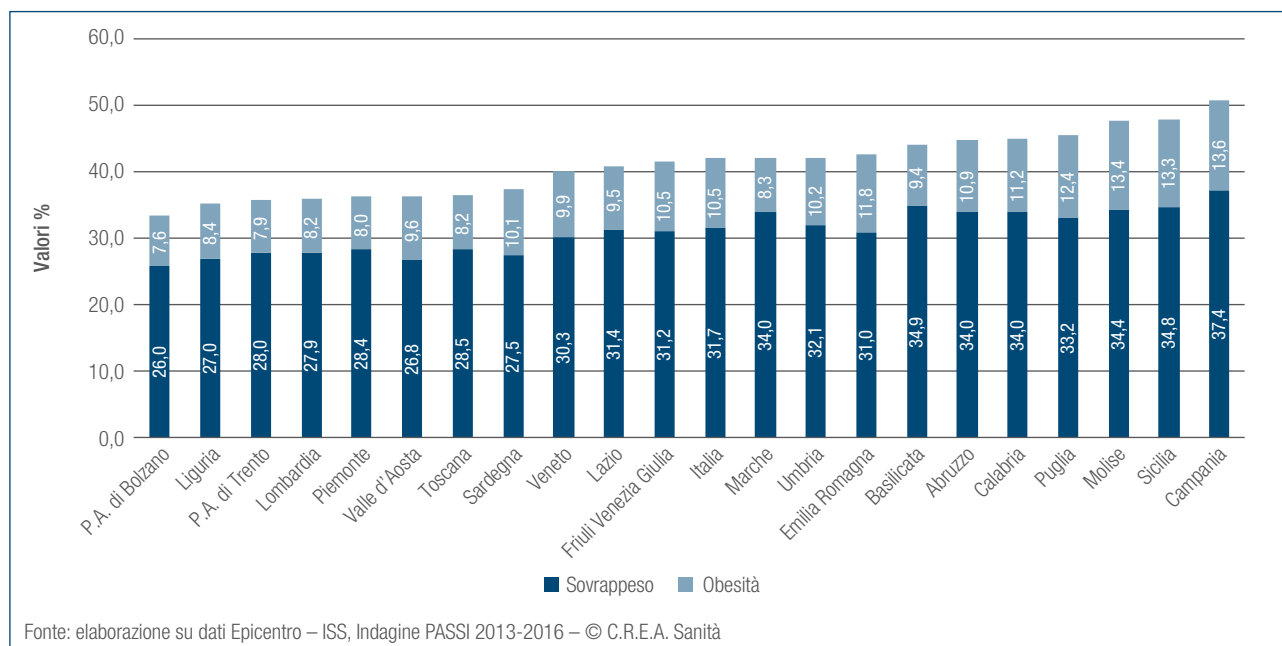
Nella Figura 5a.8 viene illustrata la prevalenza a livello regionale di eccesso ponderale (distinto tra sovrappeso e obesità) tra gli adulti con età compresa tra 18 e 69 anni in base all'indagine PASSI 2013-2016 (Progressi delle

Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità. Il *Body Mass Index* ( $\geq 25$  se in eccesso ponderale) è calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza<sup>16</sup> da parte dei partecipanti alla survey.

Premettendo che il dato Italia non è del tutto sovrappeso

<sup>16</sup> Il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale

Figura 5a.8. Eccesso ponderale tra gli adulti (18-69 anni), anni 2013-2016



ponibile a quello OECD mostrato in precedenza, a causa della differenza dei parametri considerati e della diversa modalità di rilevazione, il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso e obese dal Nord al Sud Italia (con qualche eccezione).

Campania (51,0%), Sicilia (48,1%), Molise (47,8%), Puglia (45,6%) e Calabria (45,2%) sono le Regioni con la maggiore prevalenza (superiore alla media nazionale di oltre tre punti percentuali). La Regione in cui si registra la prevalenza minore è la P.A. di Bolzano (33,6%), seguita dalla Liguria (35,4%) e dalla P.A. di Trento (35,9%). Rispetto alla precedente analisi 2012-2015, la prevalenza di eccesso ponderale si riduce al Centro-Nord e aumenta nel Sud Italia. Da evidenziare il calo di 4,4 punti percentuali della Basilicata (per il grafico con le due indagini a confronto si rimanda ai *key indicators* in fondo al capitolo).

Per quanto concerne l'obesità infantile a livello territoriale, si fa riferimento ai recenti dati (maggio 2017) diffusi da "OKkio alla Salute", il sistema di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie e i fattori di

rischio correlati (Figura 5a.9)<sup>17</sup>. Collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali, il sistema fa parte dell'iniziativa della Regione europea dell'OMS "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)".

In Italia, nel 2016, 3 bambini (8-9 anni) su 10 hanno problemi di eccesso ponderale: il 21,3% è in sovrappeso mentre il 9,3% è obeso (di cui 2,1% obeso grave).

Il gradiente geografico appare evidente: la maggiore prevalenza di eccesso ponderale si osserva nelle Regioni meridionali (si segnala l'eccezione della Sardegna). Si passa dal 14,9% della P.A. Bolzano al 44,1% della Campania. La media Italia si arresta al 30,6%, e sono nove le Regioni che registrano una percentuale superiore.

Nonostante il *trend* dal 2008 al 2016 appaia in diminuzione (Figura 5a.10), tranne che per l'ultimo biennio nel caso del sovrappeso (la prevalenza era pari a 20,9% nel 2014, ed è aumentata di 0,4 punti percentuali nel 2016), l'eccesso di peso infantile rimane un problema rilevante di sanità pubblica che il nostro Paese deve continuare ad affrontare.

<sup>17</sup> Il sistema è nato nel 2007 nell'ambito di un progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Figura 5a.9. Eccesso ponderale tra i bambini di 8-9 anni, anno 2016

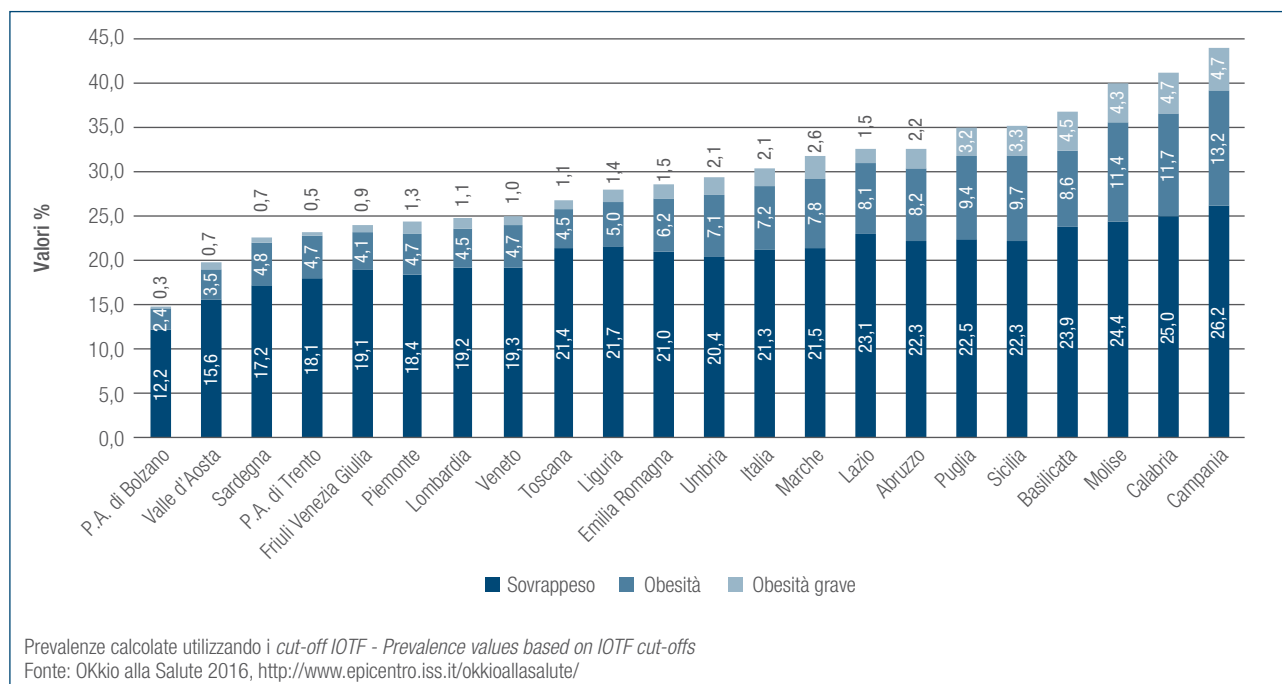
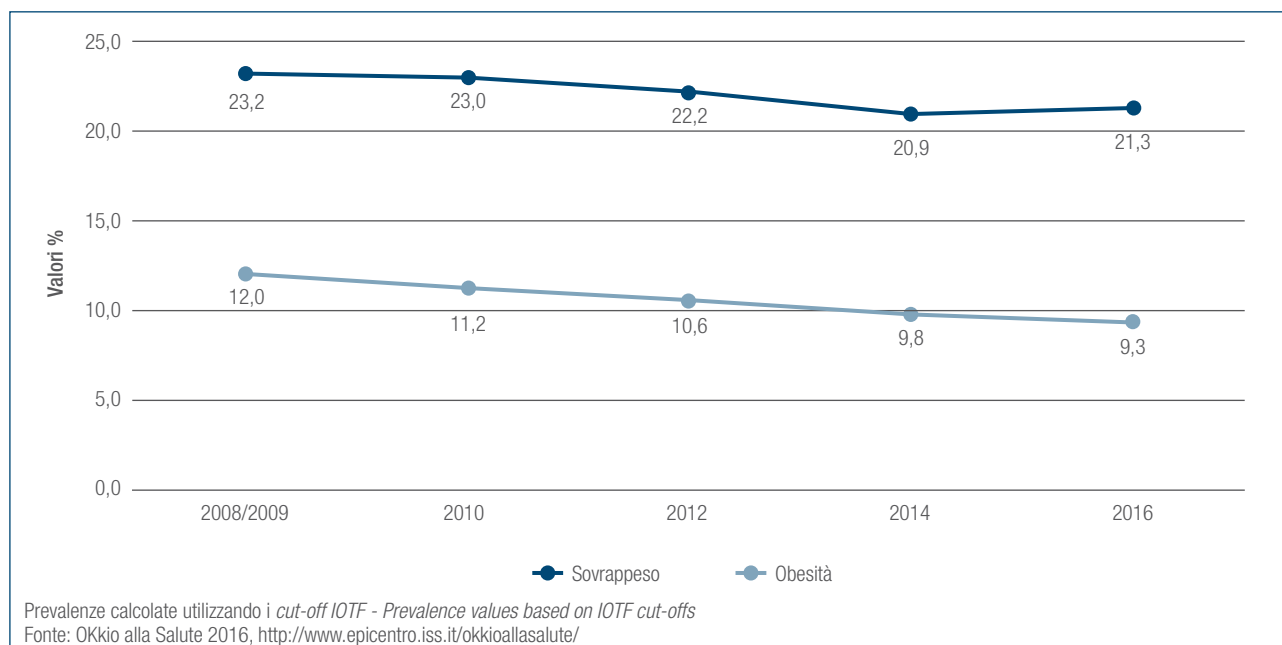


Figura 5a.10. Trend dell'eccesso ponderale tra i bambini di 8-9 anni



Un ruolo molto importante spetta indubbiamente alle cattive abitudini alimentari: dall'indagine risulta che l'8,0% dei bambini salta la colazione e il 33,0% ne consuma una sbilanciata in termini di carboidrati e proteine. E anche se i dati relativi al consumo di frutta e verdura sono in lieve miglioramento, comunque il 20,0% dei genitori dichiara che i figli non mangiano frutta e verdura

ogni giorno e che il 36,0% beve giornalmente bibite zuccherate o gassate.

I dati di "OKkio alla Salute" confermano poi quanto già osservato a livello internazionale: i bambini e i ragazzi italiani sono troppo sedentari. In particolare, il 18% dei bambini non ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 44,0% ha la TV nella propria camera e solo 1 bambino su 4

si reca a scuola a piedi o in bicicletta. In sensibile aumento la quota di bambini (41,0%) che trascorre più di due ore al giorno davanti a TV, videogiochi, *tablet* e/o cellulare.

Un'ultima osservazione riguarda la percezione delle madri e il livello socio-culturale: il 37,0% delle mamme di bambini in sovrappeso od obesi ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso, e la prevalenza di obesità cresce al diminuire del livello di istruzione dei genitori e all'aumentare delle difficoltà economiche della famiglia.

### Le strategie internazionali di prevenzione

Sono numerosi i documenti internazionali in cui compaiono strategie di prevenzione contro NCDs e fattori di rischio, con particolare riferimento a sovrappeso e obesità, anche nei bambini. Tra i principali:

- la Dichiarazione di Vienna del 5 luglio 2013 sulla nutrizione e le malattie non trasmissibili, nel contesto della "Salute 2020", con cui i firmatari Ministri della Salute europei si sono impegnati ad adottare nuove *policy* innovative per ridurre l'obesità e promuovere scelte più salutari per la popolazione;
- il Piano europeo "EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020", che invita gli Stati Membri ad una sinergia di diversi interventi: sostenere un inizio della vita sano, promuovere ambienti più sani (in particolare nella scuola), rendere più facili le scelte salutari, limitare il *marketing* e la pubblicità rivolta ai bambini, promuovere l'informazione e l'*empowerment* delle famiglie, incoraggiare l'attività fisica, monitorare e valutare, aumentare la ricerca;
- il Piano d'Azione Globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 (GAP): fornisce una "mappa" delle opzioni a disposizione degli Stati Membri per condurre una azione coordinata di riduzione della mortalità dovuta a malattie non trasmissibili, tra cui diabete e obesità.

Al punto 3 del GAP si legge che «una delle opzioni possibili è, secondo quanto appropriato per il contesto nazionale, valutare l'opportunità di ricorrere a strumenti economici giustificati dalle evidenze scientifiche, compre-

se tasse e sussidi (o sovvenzioni), in grado di incentivare comportamenti associati a un miglioramento dei risultati sanitari, aumentare l'accessibilità economica, nonché incoraggiare il consumo di prodotti alimentari più sani e scoraggiare il ricorso a opzioni meno salutari». Il concetto viene ripreso anche nel "Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition 2012". Tra le azioni possibili si trova anche «organizzare campagne d'informazione basate sulle evidenze scientifiche attraverso i mass media e i social media e a livello di comunità, nonché iniziative di social marketing per informare e motivare gli adulti e i giovani in merito ai benefici dell'attività fisica e per promuovere comportamenti sani».

Nel prosieguo vengono dunque analizzate, senza pretesa di esaustività, alcune misure fiscali e strategie di comunicazione adottate in diversi Paesi.

### 5a.5 Politiche fiscali e loro efficacia nel contrastare le NCDs

Si è detto di come il Piano d'Azione Globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 (GAP) fornisca una serie di suggerimenti e opzioni a favore degli Stati Membri per contrastare le malattie non trasmissibili e i fattori di rischio, tra cui diabete e obesità, e le morti correlate.

Sono disponibili diversi documenti che si occupano di questo aspetto; tra gli altri, il *Technical Meeting Report WHO* del maggio 2015, dal titolo "Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases"<sup>18</sup>, che ha voluto essere una risposta al crescente numero di richieste da parte degli Stati membri di linee guida sulla definizione di misure fiscali.

Il *meeting*, tenutosi a Ginevra tra esperti mondiali in salute pubblica ed economia sanitaria, con esperienza in politiche fiscali per la salute (soprattutto con riferimento a dieta e tabacco), era focalizzato su questo tipo di interventi e sul loro impatto sulla dieta e sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili. Nel *Meeting Report WHO* vengono elencati gli obiettivi specifici:

<sup>18</sup> <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/>, ISBN 9789241511247. Traduzione in italiano non ufficiale a cura dell'autore dal documento *Fiscal policies for diet and prevention of non communicable disease*. WHO non è responsabile del contenuto e della esattezza della traduzione. In caso di difformità, fa fede la versione originale

1. esame delle evidenze esistenti circa le tasse sulle bevande zuccherate (SSBs - *Sugar-Sweetened Beverages*) e altri cibi e bevande contenenti grandi quantità di zucchero, sale e grassi, e il loro impatto sulla salute e sull'economia;
2. presentazione ed esame delle esperienze degli Stati nella tassazione dei cibi e delle bevande di cui al punto 1;
3. revisione e discussione delle diverse opzioni disponibili per adottare una politica di tassazione dei cibi e delle bevande di cui al punto 1.

Il risultato finale atteso del *meeting* era quello di fornire considerazioni basate sulle evidenze circa la definizione e l'implementazione di azioni di politica fiscale contro bevande zuccherate e altri cibi e bevande ad alto contenuto di grassi saturi, acidi grassi trans, zuccheri aggiunti e sale.

### Il ruolo delle politiche fiscali nella promozione di una sana alimentazione

Come bene illustra l'OMS nel *Report* in esame, ci sono forti motivazioni economiche e legate alla salute a sostegno dell'utilizzo di strumenti fiscali per favorire la riduzione del consumo di alimenti non salutari e contrastare il dilagare di malattie non trasmissibili, quali obesità e diabete: oltre a creare incentivi per la riduzione dei rischi, legati alla dieta, di contrarre NCDs, generano delle entrate nelle casse del Governo che li applicano, con la possibilità, come anche evidenziato in letteratura, di utilizzarle per attivare altre azioni di promozione della sana alimentazione e dei corretti stili di vita.

Recenti stime provenienti dalla ricerca economica, sempre secondo OMS, mostrano come i prezzi di cibi e bevande abbiano un importante impatto sul loro acquisto e consumo.

In particolare, le misure fiscali hanno lo scopo primario di influenzare i comportamenti del consumatore al momento dell'acquisto, incentivandolo ad acquistare cibi sani o disincentivando l'acquisto di cibi meno sani. Inoltre, esse possono anche creare incentivi alla produzione di cibi più salutari: se il prezzo di alcuni alimenti e bevande aumenta, per effetto della tassazione, i consumatori potrebbero ridurre l'acquisto, e di conseguenza le industrie potrebbero ridurre la produzione. Analogamente, sussidi che riducono i prezzi di cibi sani possono incentivarne l'acquisto da parte del consumatore,

e comportare un aumento della loro produzione per soddisfare l'aumentata domanda. Tasse e sovvenzioni, poi, possono incentivare le industrie alimentari a riformulare la composizione dei cibi prodotti a favore di una maggiore qualità nutrizionale degli stessi.

I principali interventi fiscali proposti, di cui si occupa il *Report* OMS, sono:

- tasse su bevande zuccherate (SSBs - *Sugar-Sweetened Beverages*) e su cibi non salutari (in base al loro profilo nutrizionale) e/o nutrienti non salutari (grassi saturi/trans, sale e zucchero);
- sussidi su frutta e verdura e/o su altri cibi salutari. I positivi effetti di tali misure sui comportamenti alimentari dei consumatori si basano, tra l'altro, su alcune assunzioni relative alla elasticità dei prezzi:
- la domanda di bevande zuccherate (SSBs) è in genere elastica (elasticità dei prezzi tra -0,9 e -1,3);
- l'elasticità dei prezzi è maggiore tra i consumatori a più basso reddito, nei giovani e nelle persone in sovrappeso;
- i grandi consumatori di bevande zuccherate sembrano essere più condizionati dai prezzi nel loro comportamento alimentare (*price-responsive*).

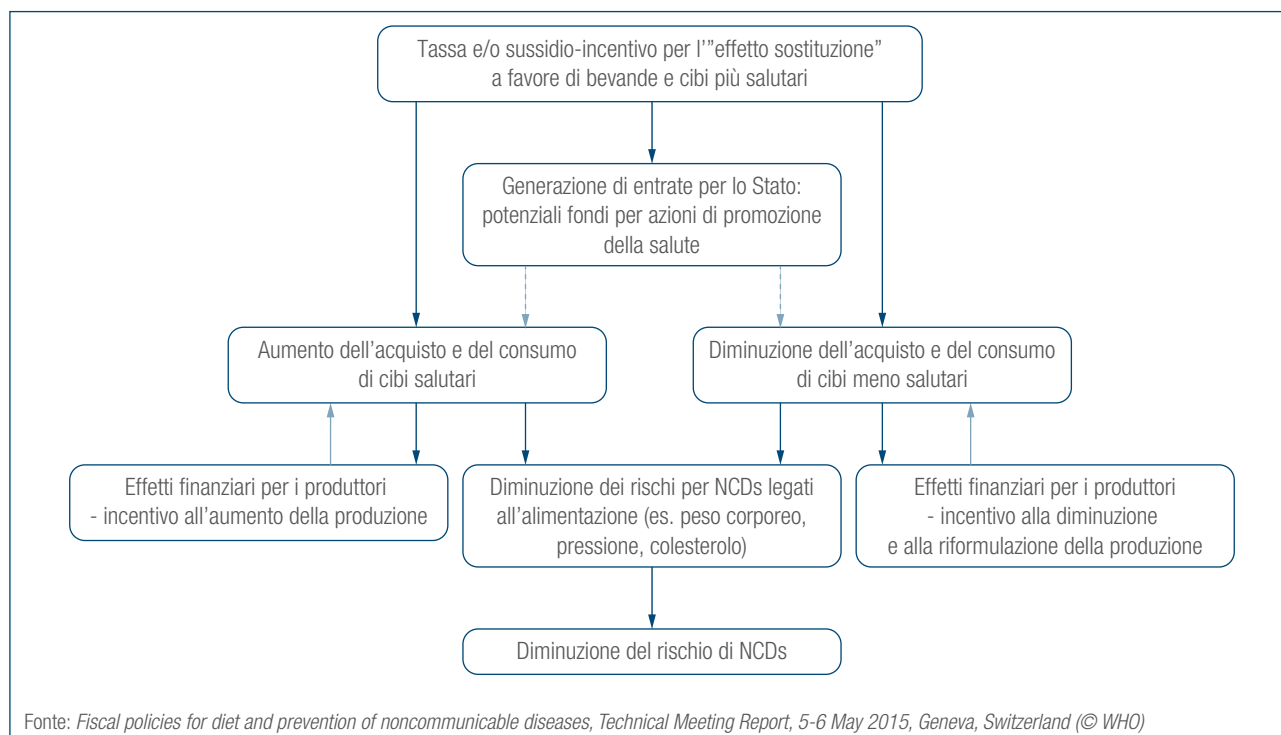
La figura 5a.11 riassume i concetti fin qui espressi.

### Evidenze circa gli effetti delle politiche fiscali sulla dieta

Nel *Report* OMS si illustra la crescita delle evidenze che mostrano come politiche fiscali definite in modo appropriato, quando abbinate ad altre azioni politiche, abbiano un forte potenziale nella promozione della corretta e sana alimentazione (Tabella 5a.1). Questo consente di ottenere miglioramenti sia sugli *outcome* di peso corporeo che sugli altri fattori di rischio correlati all'alimentazione, nonché di contribuire alla prevenzione delle NCDs e alla diminuzione del carico economico e del peso delle malattie stesse.

La meta-analisi di 11 recenti revisioni sistematiche della letteratura circa l'efficacia degli interventi di politica fiscale per migliorare l'alimentazione e prevenire le NCDs mostra che le evidenze più consistenti riguardano l'efficacia della tassazione delle bevande zuccherate (con una riduzione del consumo contenuta in un *range* del 20-50%) e dei sussidi su frutta e verdura (con un aumento del consumo contenuto in un *range* del 10-30%).

Figura 5a.11. Schema degli effetti delle politiche fiscali sulla riduzione del rischio di malattie non trasmissibili (NCD)



Ci sono poi sempre maggiori evidenze circa l'efficacia della combinazione di tasse e sussidi, che sembra in particolare ridurre l'effetto-sostituzione con i cibi non salutari. L'impatto maggiore si registra sulla popolazione a basso reddito, sui giovani con titolo di studio più basso e sulla popolazione a maggior rischio di obesità.

I principali risultati vengono riassunti nella Tabella 5a.1.

OMS evidenzia, tuttavia, un importante *gap* nelle evidenze esistenti: ad oggi, infatti, stando a quanto riportato nel *Report*, manca una valutazione formale che quantifichi l'impatto delle tasse sulle bevande zucche-

rate sul miglioramento dei risultati sul peso corporeo e sugli altri fattori di rischio correlati all'alimentazione.

### Le esperienze dei Paesi europei

#### Italia

In Italia nel 2012 il cosiddetto "Decreto Balduzzi" (dal nome dell'allora Ministro della Salute) aveva ipotizzato l'introduzione di una tassa sul cosiddetto "junk food", ossia sul "cibo-spazzatura", prevedendo tra l'altro una tassazione sulle bibite gassate e zuccherate pari a € 0,07 al litro (€ 0,02 a lattina).

Tabella 5a.1. Principali risultati di una meta-analisi basata su revisioni sistematiche degli effetti delle politiche fiscali sulle abitudini alimentari

	Tassazione su cibo e bevande	Tassazione sui nutrienti	Sussidi
<b>Effetti sul consumo</b>	Forti evidenze sulla tassazione di bevande zuccherate - riduce il consumo nella stessa percentuale della tassa	Riduce il consumo dei nutrienti <i>target</i> ma potrebbe aumentare il consumo dei nutrienti non <i>target</i> ; funziona meglio se abbinato a sussidi	Aumentano l'assunzione di cibo salutare. Forti evidenze sui sussidi per frutta e verdura
<b>Effetti su peso corporeo/malattie</b>	Effetto-sostituzione sull'introito calorico totale. Più efficacia sulle bevande zuccherate <i>target</i> . Evidenze limitate circa gli esiti sulle malattie	Effetto-sostituzione sugli esiti su malattie. La tassazione sul profilo nutrizionale sembra avere meno probabilità di effetti indesiderati rispetto a quella su singoli nutrienti	Possono incrementare le calorie totali introdotte e il peso corporeo. Molta probabilità di ridurre i fattori di rischio delle NCDs dovuti alla dieta
<b>Effetti differenziali</b>	Può avere più efficacia sulla popolazione a basso reddito e su coloro che hanno consumi maggiori	Ha più probabilità di avere effetti regressivi come anche di essere applicato a cibi <i>core</i>	Effetti misti legati a stato socio-economico della popolazione, possono beneficiarne i più ricchi. Efficacia dei sussidi per popolazione a basso reddito

Fonte: *Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases, Technical Meeting Report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland* (© WHO)

Erano stati stimati dei proventi pari a oltre € 200 mln., che sarebbero stati destinati in particolare all'assistenza per le persone non autosufficienti e affette da malattie croniche, alle malattie rare e alle dipendenze da gioco d'azzardo patologico.

La proposta è stata però abbandonata in seguito alla forte opposizione sia da parte dei cittadini e delle associazioni di consumatori, sia da parte delle industrie produttrici, ma ha avuto il merito di aver sollevato il problema discutendo di misure possibili e piani di intervento.

Nel 2016, poi, è stato presentato un disegno di legge concernente la modifica del trattamento fiscale dell'olio di palma e dei grassi idrogenati, nonché delle cosiddette "bevande di fantasia", in relazione al rilevante contenuto di zuccheri aggiunti e dolcificanti artificiali. L'introito aggiuntivo andrebbe interamente destinato alla realizzazione di campagne informative per una corretta alimentazione e verrebbe altresì introdotta, nel rispetto delle disposizioni comunitarie in materia, una dizione da aggiungere in etichetta che indichi chiaramente il rischio connesso ad un consumo eccessivo di questi prodotti.

L'iter di questa iniziativa parlamentare è – nel momento in cui si scrive – "assegnato", per cui non ne è ancora iniziato l'esame.

Degno di nota è però uno studio realizzato in quel periodo nell'ambito del progetto europeo *Eatwell* (*Eatwell*

*Consortium*, 2012), sovvenzionato dalla Commissione Europea, dal quale sono emersi risultati che hanno rivelato una realtà diversa circa il consenso dei consumatori su questa tipologia di intervento. Tramite un *focus group* in cinque Paesi europei (Italia, Regno Unito, Belgio, Danimarca e Polonia), è stato valutato, tra gli altri aspetti, il livello di supporto dichiarato dal consumatore per 20 diversi tipi di politiche nutrizionali. In materia fiscale sono state considerate quattro domande, da cui è emerso, per l'Italia e per la Danimarca, un forte sostegno per le misure proposte (Tabella 5a.2).

Le conclusioni più interessanti dello studio evidenziano la mancanza di una risposta univoca, chiara e lineare circa l'efficacia delle diverse misure, mentre si suggerisce l'adozione di diverse politiche nutrizionali combinate e coordinate (es. etichette alimentari, interventi nelle scuole, informazione e misure fiscali).

In Europa e nel resto del mondo, però, come meglio illustrato di seguito, diversi Paesi hanno adottato la cosiddetta "fat tax" e/o la "soda tax", ossia l'imposizione fiscale sugli alimenti e le bevande con caratteristiche nutrizionali ritenute "non desiderabili" per la salute pubblica e associati con il problema dell'obesità.

#### Danimarca

In Danimarca, come si evince dal *Report* OMS, la tassa sui grassi saturi - introdotta nell'ottobre 2011 ed

**Tabella 5a.2. Livello di sostegno da parte del consumatore per interventi di natura fiscale (%)**

		Italia	Regno Unito	Belgio	Danimarca	Polonia	TOT
Il Governo dovrebbe imporre tasse sui cibi non salutari e usare il ricavato per promuovere alimentazione più sana	Contrario	16,8	24,4	21,2	16,3	19,4	19,6
	Neutrale	21,5	25,1	25,2	18,9	24,2	23,0
	D'accordo	59,0	46,7	52,8	62,6	55,0	55,2
	Non sa	2,7	3,9	0,9	2,2	1,4	2,2
Il Governo dovrebbe sostenere la distribuzione di frutta e verdura per promuovere una alimentazione più sana	Contrario	5,3	14,2	8,0	5,8	9,9	8,6
	Neutrale	14,7	23,1	21,6	19,3	17,8	19,3
	D'accordo	78,0	59,6	69,6	72,0	71,5	70,1
	Non sa	2,0	3,1	0,9	2,9	0,8	1,9
Il Governo dovrebbe fornire buoni pasto alle famiglie con basso reddito per acquistare alimenti salutari a prezzi ridotti	Contrario	6,4	18,9	10,7	25,9	15,4	15,5
	Neutrale	15,9	22,6	21,9	30,8	20,9	22,4
	D'accordo	75,6	54,4	66,1	39,9	62,4	59,7
	Non sa	2,1	4,2	1,2	3,4	1,3	2,4
L'IVA dovrebbe essere più bassa per gli alimenti sani e più alta per quelli non sani	Contrario	12,8	15,1	12,2	9,8	15,4	13,1
	Neutrale	16,7	22,1	21,5	11,5	15,5	17,5
	D'accordo	67,7	59,1	65,4	76,5	67,2	67,2
	Non sa	2,9	3,7	0,8	2,2	2,0	2,3

Fonte: Progetto *Eatwell*, [www.eatwellproject.eu](http://www.eatwellproject.eu), 2012

abolita nel gennaio 2013 – si è dimostrata efficiente nel ridurre l'assunzione di questa tipologia di grassi, nel migliorare altre abitudini alimentari e ridurre la mortalità da NCDs. La tassa (accisa) è stata introdotta in base al peso dei grassi saturi contenuti nei cibi e utilizzati per la produzione di alimenti: veniva applicata quando il contenuto di grassi saturi eccedeva 2,3g/100g nella misura di € 2,15/Kg, più una IVA addizionale del 25%.

La debolezza nella progettazione della tassa, l'assenza di un'azione coordinata da parte delle organizzazioni sanitarie pubbliche e la mancanza di documentazione pubblica circa gli effetti complessivi sulla salute e sull'economia, hanno dato a coloro che erano contrari alla tassa (come ad esempio l'industria alimentare) facile opportunità di creare pubblicità negativa e dare vita ad azioni giurisdizionali contro di essa. La tassa è stata abolita, come detto, all'inizio del 2013. Dall'esperienza danese si possono trarre i seguenti spunti:

- gli effetti potenziali sulla salute dovrebbero essere stimati prima dell'implementazione della tassa, e gli effetti reali sulla salute e sui consumi misurati e documentati successivamente (inclusa la misurazione del potenziale effetto di sostituzione);
- durante la definizione della tassa andrebbero sempre consultati i professionisti sanitari e le organizzazioni professionali, per garantire una voce coordinata;
- dovrebbero essere analizzati e discussi anche gli effetti complessivi del *Welfare* sull'economia;
- bisognerebbe analizzare anche l'aspetto della violazione della concorrenza, per evitare denunce;
- la progettazione di una tassa dovrebbe essere sempre trasparente e basata su chiare logiche di sanità pubblica.

#### Finlandia

La Finlandia ha una lunga tradizione di utilizzo di misure fiscali per influenzare i consumi alimentari.

Tra le altre misure adottate, nel 2011 sono state introdotte le accise su dolci, cioccolato e *soft drinks* (Act 1127/2010), poi aumentate nel 2012 e nel 2014 (€ 0,95/Kg per dolci e gelati; € 0,11/litro per bevande non alcoliche; € 0,22/litro per bevande contenenti più dello 0,5% di zucchero. I prodotti sono identificati in base alla CN/*Custom tariff*). Lo scopo precipuo delle accise è stato quello di generare entrate per le manovre finanziarie del

Governo, ma dal 2014 la tassa tiene conto anche di alcuni effetti potenziali sui consumi e sulla salute.

L'impatto della tassa sugli acquisti, i consumi e la salute non è stato valutato formalmente; tuttavia, stando a quanto si legge nel *Report OMS* in esame, *Report* informali riportano una diminuzione nelle vendite e nel consumo di bevande non alcoliche e dolci. Allo stesso tempo la tassa, penalizzando alcuni tipi di industrie alimentari, avrebbe portato a distorsioni nella concorrenza.

All'inizio del 2017 è stata abolita la tassa su dolci e gelati, a causa di ragioni legate al principio di neutralità relativamente alla definizione della base imponibile; l'alternativa sarebbe stata espandere la base imponibile della tassa aggiungendo altri gruppi di prodotti, ma ciò avrebbe comportato un aumento del carico amministrativo senza necessariamente raggiungere il requisito di neutralità.

È in atto alla data in cui si scrive, secondo quanto riferito dal Ministero delle Finanze finlandese, uno studio ufficiale sugli effetti che la tassa ha avuto sui prezzi e sul consumo di dolci e gelati.

#### Francia

Nel 2011, la Francia ha adottato una imposta sulle bevande e le preparazioni liquide destinate al consumo umano contenenti zuccheri aggiunti o altri dolcificanti. Il contributo ammontava a € 7,16/ettolitro, aumentato nel 2015 a € 7,50/ettolitro. Dal 2013, l'intero ricavato viene destinato al *National Social Health Insurance*.

Secondo uno studio *NutriNet-Santé*<sup>19</sup> del 2013, con l'introduzione di questo tributo il consumo di soda è diminuito, soprattutto tra i più giovani, le persone a basso reddito e le famiglie con adolescenti. Restano da studiare più in dettaglio gli effetti sui bambini e su gruppi di persone con differenti caratteristiche socio-economiche.

Nel 2014 gli introiti derivanti dalla tassa in esame hanno raggiunto i € 300 mln.

La tassa introdotta sembra dunque aver avuto un effetto positivo sui comportamenti di acquisto dal punto di vista della salute pubblica, ed è stata nel complesso ben accettata dalla popolazione.

#### Ungheria

Nel 2011 è stata introdotta una tassa (PHPT – *Public health product tax*) sui prodotti alimentari non di base (es. dolciumi di vario tipo, bevande gassate, pasticci-



ni e merendine) il cui consumo presenta rischi sanitari comprovati.

Tra i principali obiettivi della tassa: promuovere abitudini alimentari più sane aumentando la disponibilità di scelte salutari; incoraggiare la riformulazione degli alimenti; aumentare le entrate per la salute pubblica. La PHPT è una imposta accisa basata sul contenuto di zucchero, sale e metilxantine nei cibi pre-confezionati.

Un anno dopo l'introduzione è stata effettuata la prima valutazione sugli impatti della tassa, che ha evidenziato come il 26-32% dei consumatori abbia diminuito l'assunzione dei prodotti soggetti alla PHPT. La causa del cambiamento è stato soprattutto l'aumento dei prezzi, ma una alta percentuale di consumatori (22-38% a seconda della categoria di cibo) ha ridotto l'assunzione di questi cibi grazie ad una maggiore consapevolezza sulla salute. Hanno diminuito il consumo soprattutto le persone con una auto-valutazione negativa del proprio stato di salute.

Considerando i produttori di alimenti, il 40% ha effettuato una riformulazione dei cibi prodotti, il 30% ha eliminato del tutto i componenti poco salutari e il 70% ne ha diminuito la quantità.

In definitiva, si può affermare che la PHPT abbia raggiunto i suoi obiettivi di salute pubblica.

I risultati di una seconda valutazione sugli impatti della tassa, effettuata nel 2014 per verificare – tra l'altro – il mantenimento nel lungo periodo dei risultati ottenuti e per ottenere informazioni sull'effetto di sostituzione, hanno evidenziato che i consumatori di cibi poco salutari hanno così risposto all'introduzione della tassa:

- scegliendo un cibo più economico e spesso più salutare (7-16% degli intervistati);
- consumando una quantità inferiore di cibo non salutare (5-16%);
- scegliendo un'altra marca (5-11%) o sostituendo i cibi con altri (spesso più salutari).

La maggior parte delle persone (59-73%) che ha ridotto i consumi in seguito all'introduzione della tassa ha consumato meno nel 2014 rispetto agli anni precedenti, dimostrando così che l'obiettivo di ridurre il consumo di cibi non salutari è stato raggiunto. Per completezza, si evidenzia come queste tipologie di strumenti fiscali siano state adot-

tate successivamente anche in altri Paesi europei, come ad esempio il Belgio (da dicembre 2015) e la Spagna (da maggio 2017). Per approfondire, tra gli altri: *World Cancer Research Fund International* (<http://www.wcrf.org/>)

In sintesi, secondo quanto riportato nel *Technical Meeting Report WHO "Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases"*, le politiche fiscali rappresentano un importante strumento per contrastare le abitudini alimentari scorrette e le malattie croniche non trasmissibili, e si prospetta la possibilità che esse vengano implementate in futuro in altri Paesi europei.

L'utilizzo dello strumento fiscale ha due effetti: il primo, potenziale, è di modificare gli stili alimentari e ridurre l'assunzione di cibi non salutari. Da questo punto di vista, le evidenze sui Paesi analizzati mostrano come le tasse sulle bevande zuccherate e i sussidi su frutta e verdura siano le opzioni con il maggiore potenziale di cambiamento sulle abitudini di acquisto e di consumo da parte dei cittadini, con un impatto significativo sulle abitudini alimentari; non si escludono comunque impatti positivi anche con altre modalità.

Il secondo effetto delle misure fiscali è quello, certo, di incrementare le entrate fiscali per le casse dello Stato, scopo precipuo per alcuni Paesi. In alcuni casi, le maggiori risorse sono andate ad aumentare il *budget* per le azioni a favore della salute pubblica.

In molti dei Paesi che hanno implementato misure fiscali c'è carenza di valutazioni formali in termini di *outcome* di salute e di effetti complessivi sul sistema economico, che hanno invece una importanza cruciale per documentare la reale efficacia di queste politiche nel raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'efficacia aumenta in caso di azioni politiche combinate.

## 5a.6. Politiche di comunicazione e loro efficacia nella lotta all'obesità

Si è detto di come il GAP 2013 - 2020 fornisca come opzione a disposizione degli Stati Membri per ridurre la mortalità dovuta a malattie croniche non trasmissibili anche l'organizzazione di "campagne d'informazione

<sup>19</sup> <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/>

basate sulle evidenze scientifiche attraverso i *mass media* e i *social media* e a livello di comunità, nonché iniziative di *social marketing* per informare e motivare gli adulti e i giovani in merito ai benefici dell'attività fisica e per promuovere comportamenti sani”.

Dopo aver osservato le politiche fiscali ed aver analizzato la loro efficacia in base alle (poche) evidenze disponibili, in questo paragrafo si illustrano, senza pretesa di esaustività, alcune evidenze - tratte in maggioranza da un recente *paper* a cura di OECD (luglio 2017)<sup>20</sup> - sulla efficacia di strategie basate sulla comunicazione per prevenire obesità, non corretta alimentazione e inattività fisica, con particolare applicazione alla popolazione italiana.

In particolare, il *paper* OECD si concentra sui seguenti interventi:

1. etichettatura degli alimenti;
2. regolamentazione della pubblicità di prodotti alimentari rivolta ai bambini;
3. tabelle nutrizionali nei menu degli esercizi di ristorazione;
4. introduzione della prescrizione di attività fisica nella medicina di base;
5. uso più ampio di campagne di comunicazione pubbliche sulla salute;
6. promozione di comportamenti salutari tramite *app* per *smartphone*.

### Etichettatura degli alimenti

Nell'Unione Europea il Regolamento 1169/2011 *Provision of Food Information to Consumers* prevede che a partire dal 2016 i seguenti nutrienti debbano essere elencati nel retro della confezione della maggior parte degli alimenti pre-confezionati: valore energetico, grassi, acidi grassi saturi, carboidrati, zuccheri, proteine e sale. Ci possono essere delle differenze tra i diversi Paesi circa il contenuto obbligatorio delle etichette (ad es. alcuni richiedono anche l'indicazione degli zuccheri aggiunti o dei grassi trans). Inoltre, in alcuni casi agli schemi obbligatori si sono aggiunte iniziative volontarie.

Rimandando al *paper* OECD per i dettagli (e la bibliografia completa dei concetti riportati in questo paragrafo), è interessante qui sottolineare innanzitutto che le evidenze sulla efficacia degli interventi di cui si discute sono scarse. In una recente meta-analisi di studi randomizzati condotta da OECD (Cecchini e Warin, 2016), si stima in sintesi che l'intervento “etichettatura degli alimenti”, rispetto nessun intervento, porti all'aumento del numero medio di persone che effettuano scelte alimentari più salutari pari al 18%. Inoltre, la tipologia più efficace, rispetto ad altre adottabili, sembra essere quella dei “semafori” (incremento del 29%), ossia un modo più immediato di interpretare le etichette dei cibi basato su tre colori utilizzati per identificare la quantità di nutrienti poco salutari nei prodotti. In Italia questo sistema non è stato implementato in quanto considerato, per vari motivi, un elemento distorsivo del mercato.

Sempre secondo la meta-analisi del 2016, poi, sembra che intervenire con l'etichettatura degli alimenti abbia comportato una riduzione dell'introito calorico medio del 3,59% (anche se l'effetto è stato statisticamente non significativo).

Nel contestualizzare il modello in base alle caratteristiche dell'Italia, OECD considera nel *paper* che questa evidenza si applica solo agli *over 20* e solo sul cibo acquistato al supermercato, escludendo le calorie introdotte quando si mangia fuori casa o si acquista cibo in piccoli negozi; per semplificare, si assume quindi che la riduzione in questione si applichi al 50% delle calorie consumate, per cui di fatto l'intervento “etichettatura degli alimenti” avrebbe ridotto l'introito calorico circa dell'1,8%. Basandosi sulle caratteristiche medie degli adulti in Italia, questa riduzione delle calorie dell'1,8% per oltre 100 giorni si stima possa tradursi in un BMI più basso dello 0,88% (e le abitudini in tema di attenzione alle informazioni contenute nelle etichette alimentari si assume vengano mantenute per il resto della vita). Il costo stimato pro-capite per questo intervento è pari a € 0,92, ed include spese amministrative, programmazione e ispezioni, mentre non tiene conto ad esem-

<sup>20</sup> Goryakin Y., Sechi Gatta M., Lerouge A., Pellegrini T., Cecchini M. (2017), *The Role of Communication in Public Health Policies – The case of obesity prevention in Italy*, OECD, luglio 2017, [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2647](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2647). Si rimanda a questo documento per i molteplici riferimenti bibliografici in esso contenuti. Traduzione non ufficiale a cura dell'autore

pio dei costi aggiuntivi di preparazione e stampa delle etichette e di quelli legati alla riformulazione di alcuni alimenti.

### Regolamentazione della pubblicità di prodotti alimentari non salutari rivolta ai bambini

Nel *paper* OECD in esame, si ribadisce come il consumo di cibi non salutari possa contribuire allo sviluppo di sovrappeso e obesità, e come la commercializzazione dei prodotti alimentari (*food marketing*), attraverso dei messaggi persuasivi, rappresenti un fattore chiave che incentiva il consumo di cibi altamente calorici e poveri di nutrienti (Adams et al., 2012). Essendo i bambini incapaci di interpretare in maniera critica e consapevole i messaggi pubblicitari, assume particolare importanza regolamentare la pubblicità di prodotti alimentari a loro rivolta (spesso introdotta nei programmi televisivi e nei film). Gli strumenti per diffondere i messaggi pubblicitari sono sia tradizionali (TV, radio) che moderni (*social networks* e *app* per mobile). Nonostante le linee guida dell'OMS, sono pochi i Paesi che hanno adottato restrizioni sulla pubblicità per preservare la corretta alimentazione dei bambini; in alcuni casi le stesse aziende produttrici si sono auto-regolate (anche se questo può non essere sempre sufficientemente efficace).

Tipologie simili di intervento sono state già applicate in diversi Paesi, tra cui Islanda, Svezia, Irlanda e Francia.

Sono diverse le revisioni sistematiche e meta-analisi condotte per analizzare l'impatto del divieto di pubblicità di prodotti alimentari non salutari ai bambini, e si rimanda, di nuovo, al *Report* OECD per i risultati di dettaglio e la copiosa bibliografia, soprattutto con riferimento agli effetti dei messaggi pubblicitari sulle calorie introdotte dai bambini.

I principali risultati della meta-regressione elaborata da OECD, in particolare sul peso corporeo, possono così essere sintetizzati:

- gli effetti completi sul BMI si raggiungono dopo 1 anno: nei bambini di età compresa tra 5 e 12 anni il BMI diminuisce di  $-0,12 \text{ Kg/m}^2$  (cambiamento maggiore raggiunto a 6 anni, poi le modifiche diventano costanti fino a 12), mentre la diminuzione è di  $-0,31 \text{ Kg/m}^2$  nei bambini/ragazzi tra 12 e 18 anni (l'effetto

maggiore si raggiunge a 13 anni, poi diventa costante fino a 18);

- dopo i 18 anni di età, si registra un decremento lineare dell'efficacia dell'intervento fino ad arrivare ad una diminuzione del BMI pari a  $-0,155$ , sempre dopo un anno e sempre comparando questa tipologia di azione con nessun intervento, che si mantiene per il resto della vita;
- il costo pro-capite, considerando non solo i bambini ma tutta la popolazione nello scenario dell'intervento, è stimato essere pari a € 0,41. Questo costo include spese amministrative, di programmazione e controllo a livello nazionale e locale;
- si considera una durata dell'intervento che va dall'inizio del 2018 alla fine del 2099.

### Tablette nutrizionali nei menu degli esercizi di ristorazione

Le tabelle nutrizionali inserite nei menu di ristoranti e bar rappresentano un altro intervento capace di aumentare la consapevolezza in tema di salute da parte dei consumatori. Alcune esperienze di questo tipo (alcune molto recenti, tra il 2016 e il 2017) si possono trovare, ad esempio, nel Regno Unito, negli Stati Uniti e in Australia. Le tabelle possono contenere informazioni sulle calorie come anche su altri nutrienti (es. grassi, zuccheri, sodio) contenuti nei cibi elencati nei menu. Può trattarsi di una semplice informazione (es. calorie a porzione), ma in alcuni casi nei menu possono essere contenute indicazioni aggiuntive, di tipo "interpretativo", come ad esempio il semaforo con tre luci o un simbolo di "warning".

Per analizzare l'efficacia di questo intervento, nel *paper* OECD ci si basa su una delle più recenti evidenze rappresentata dalla revisione sistematica e meta-analisi di Sinclair et al. del 2014<sup>21</sup>. Gli autori hanno rilevato che i partecipanti al gruppo sottoposto alle tabelle nutrizionali nei menu hanno consumato 41 Kcal in meno rispetto al gruppo di controllo; si arriva ad una diminuzione di 81 Kcal se nel menu sono presenti informazioni interpretative nel senso descritto in precedenza. Non si ha invece nessun effetto nel caso in cui il menu contenga solo informazioni sulle calorie totali. Secondo gli autori, inoltre, questo tipo di intervento ha effetti maggiori sulle donne.

<sup>21</sup> Si rimanda al *paper* OECD per ulteriore bibliografia sulle evidenze esistenti

Nel tentativo di applicare tali evidenze al contesto italiano, nel *Report* OECD si assume (in base a dati CENSIS, 2010) che in Italia le persone mangino fuori casa almeno una volta ogni tre giorni, essendo così esposte all'intervento in esame per circa 100 giorni all'anno. Considerando la popolazione di 20 anni e più, con il 53% delle persone esposto a questo tipo di intervento, e un'altra serie di parametri, si arriva a stimare che questo tipo di intervento possa portare ad un decremento medio del BMI pari a 1,09% dopo 1 anno (dopodiché il BMI continuerà a "viaggiare" nella sua nuova, più bassa, traiettoria).

Il costo pro-capite stimato dell'intervento è pari a € 0,92, e contiene costi di amministrazione, programmazione e controllo, mentre non sono comprese le spese per la progettazione e la stampa dei menu né i potenziali costi per la riformulazione di alcuni cibi.

Anche in questo caso si considera una durata dell'intervento che va dall'inizio del 2018 alla fine del 2099.

### Introduzione della prescrizione di attività fisica nella medicina di base

L'importanza di politiche che promuovano l'attività fisica viene sottolineata nel documento *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, pubblicato dall'OMS nel 2010. Tra le priorità, l'implementazione di tali politiche nel settore dell'assistenza primaria.

Considerando che nei Paesi sviluppati fino all'80% della popolazione visita il proprio medico di base almeno una volta l'anno (Sanchez et al., 2015)<sup>22</sup>, la figura del medico di medicina generale risulta adatta a fornire ai pazienti informazioni sugli adeguati livelli di attività fisica da mantenere. Questo intervento deve essere più di un semplice e generico consiglio, includendo l'individuazione di precisi programmi di attività fisica per i pazienti (mediante prescrizione dello stesso medico di base o il rimando a soggetti terzi, come ad esempio i centri sportivi).

Questo tipo di azione può aumentare il livello di attività fisica svolto da pazienti sedentari, almeno nel breve periodo, anche se nelle evidenze ci sono dei *gap* (ad es. non si tiene conto dell'intensità degli esercizi).

Nel *Report* OECD ci si concentra sull'efficacia di questo intervento misurata in consumo di energia, espresso in METS (*Metabolic Equivalents of Task*) · ore/settimana,

mostrando come in 11 dei 18 studi analizzati siano stati registrati effetti positivi.

Considerando i casi in cui i professionisti sanitari sono più impegnati attivamente con i partecipanti fin dall'inizio dell'intervento, l'effetto positivo è maggiore e può arrivare a 2,24 METS · ore/settimana, o circa 134,1 extra METS · minuti a settimana.

Questo intervento è modellato per avere il suo massimo effetto (come detto, 134,1 extra METS · minuti a settimana) dopo 6 mesi, effetto che diminuisce gradualmente fino ad azzerarsi alla fine dell'anno. La popolazione eleggibile è quella con età compresa tra 40 e 70 anni, con almeno una malattia cronica/fattore di rischio (sovrappeso o obesità, inattività fisica, diabete); in base ad alcune assunzioni si stima che l'intervento interessi il 26,4% di essa.

Il costo pro-capite stimato è pari a € 0,68 e comprende, tra le altre, le spese amministrative e quelle per il reclutamento dei medici partecipanti.

### Campagne pubbliche di comunicazione sulla salute

Per aumentare tra i cittadini la consapevolezza circa i benefici di una sana alimentazione e dell'attività fisica si possono implementare vari tipi di campagne di comunicazione sui *mass media* o sui *social network*.

Secondo Afshin et al. (2015), queste campagne di comunicazione vengono spesso implementate all'interno di una serie di politiche che comprendono diverse azioni, per cui la valutazione della loro efficacia non risulta semplice da effettuare. Tuttavia, ci sono alcuni studi in merito, come ad esempio quello sulla efficacia della campagna "*Change4Life*" nel Regno Unito: il 58% delle persone raggiunte ha abbassato il consumo di prodotti lattiero-caseari ad alto contenuto di grassi (rispetto al 26% del gruppo di confronto).

Nel *paper* OECD, cui si rimanda per i dettagli, la valutazione dell'efficacia di questo intervento si basa su una nuova revisione della letteratura (rispetto ad altre esistenti senza *outcome* sull'efficacia o con risultati non comparabili). Il *focus* è sugli effetti delle campagne nei *mass media* tradizionali (TV, radio, giornali) sui livelli di attività fisica, e non considera quelle sui più moderni strumenti quali *social network*. Il *target* è rappresentato

<sup>22</sup> Si rimanda al *paper* OECD per ulteriore bibliografia sulle evidenze esistenti

dagli adulti di 18 anni e più che svolgono attività fisica almeno moderata. Il risultato finale, qui espresso in estrema sintesi, è il seguente:

- le campagne sui *mass media* possono portare ad un incremento del 35,6% tra la popolazione almeno moderatamente attiva all'inizio dell'intervento (rispetto a nessuno strumento);
- si assume il raggiungimento dell'efficacia massima durante il primo mese della campagna (aumento del 60% della attività fisica dopo 1 mese), con un *trend* lineare di diminuzione (30% dopo 1 anno, zero dopo due anni);
- nel modello OECD in analisi, il costo pro-capite di questo intervento (*traditional mass media campaign*) è pari a € 1,54, due terzi del quale vengono spesi per messaggi pubblicitari su tv e radio locali e per realizzare e distribuire volantini, mentre il resto è necessario per la programmazione e la realizzazione del programma di prevenzione (al quale si assume lavorino specialisti in tema di salute pubblica);
- la durata dell'intervento si articola in 7 *step* tra il 2018 e il 2050.

In termini qualitativi, vale la pena evidenziare un importante caso di attività di comunicazione attuata in Italia: il programma "Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari", promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute e approvato dal Governo con DPCM il 4 maggio 2007, in accordo con Regioni e Province autonome. Si tratta di un intervento "multicomponenti", con attività di comunicazione e azioni in quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari;
- lotta al tabagismo;
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol;
- promozione dell'attività fisica.

"Guadagnare Salute" è un potente investimento per ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, per consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio che li affliggerebbero per lunghi anni.

Il Programma si inserisce nella cornice della strategia

per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche a livello europeo come a livello internazionale.

### Promozione di comportamenti salutari tramite app per *smartphone*

Negli ultimi cinque anni c'è stato un largo aumento delle applicazioni per *smartphone* in tema di salute. Lo sviluppo delle nuove generazioni di dispositivi mobili rappresenta indubbiamente una nuova frontiera per la prevenzione dell'obesità come di altre malattie e fattori di rischio (Wolfenden et al., 2010). La potenzialità di questi strumenti è limitata dal loro basso utilizzo. Uno studio<sup>23</sup> ha evidenziato che le applicazioni vengono utilizzate mediamente 2 o 3 volte a settimana, e il tempo speso per quelle in tema di salute e *fitness* è pari solo al 3%. L'uso delle *app* può dipendere da vari fattori, come la diffusione e l'intensità di campagne di *marketing* per la promozione del loro utilizzo o anche alcuni timori riguardo la *privacy*.

Sono diverse le meta-analisi sull'efficacia delle *app* per mobile sulla riduzione di peso.

Nel *Report* OECD si assume che l'intervento modellato sulla popolazione italiana interessi persone tra i 15 e i 64 anni di età, con un tasso di adesione pari al 2,16% (le assunzioni si basano su un *case-study* di Singapore).

Circa l'efficacia, secondo una meta-analisi di (Mateo G.F. et al. 2015) l'uso di *app* per dispositivi mobili è associato ad una riduzione del BMI pari a -0,43 Kg/m<sup>2</sup>, oppure circa l'1,67% rispetto al BMI medio della popolazione italiana. Basandosi sul *case-study* di Singapore si assume nel modello, come illustrato in dettaglio nel *Report* OECD, che il 20% dei partecipanti dopo 1 anno abbia visto diminuire il BMI di 1,67%, mentre i restanti abbiano dimezzato la percentuale (calo di 0,84%) nel corso dell'anno. Finita la partecipazione all'intervento, le persone tornano gradualmente al loro BMI originale (in un anno).

Si stima un costo pro-capite per questo intervento pari a € 0,44, che dovrebbe coprire il costo dello sviluppo e dell'aggiornamento dell'applicazione e la gestione dei dati generati dall'uso della *app*.

La tabella 5a.3 riassume le principali caratteristiche e l'efficacia degli interventi inclusi nella analisi OECD di cui si discute.

<sup>23</sup> Si rimanda di nuovo al *paper* OECD per la bibliografia delle ulteriori assunzioni contenute in questo paragrafo

Per finire, nel *Report OECD* si comparano i previsti effetti degli interventi analizzati su diversi *outcome* di salute (nel periodo 2018-2100). Rimandando al documento originale per gli approfondimenti, qui si evidenziano solo alcuni dei risultati principali (da ottenersi nel periodo di tempo 2018-2100):

- in termini di DALYs (*disability-adjusted life years*) guadagnati per anno, il maggior effetto sembrano averlo l'etichettatura degli alimenti e le tabelle nutrizionali nei menu dei ristoranti (intorno ai 40.000 DALYs guadagnati). Questo è presumibilmente dovuto al fatto che sono interventi che interessano una larga parte della popolazione adulta e i loro effetti durano tutta la vita, mentre la minore efficacia delle prescrizioni di attività fisica da parte dei MMG e delle *app* per mobile (intorno ai 2.000 DALYs guadagnati per anno) è dovuta al fatto che interessano una parte più piccola di persone e l'effetto è comunque limitato nel tempo;
- l'etichettatura degli alimenti e le tabelle nutrizionali nei menu dei ristoranti sembrano avere più effetto in termini di riduzione del numero di nuovi casi di malattie cardiovascolari (CVD), tumori (al seno e del colon-retto), diabete, dolore lombare (mal di schiena). Le restrizioni pubblicitarie per i bambini sembrano comunque essere efficaci nell'aiutare ad evitare un buon numero di casi di dolore lombare, CDV e tumori;
- in termini economici, considerando i costi totali del periodo 2018-2100, l'intervento più costoso è rappresentato dalla prescrizione di attività fisica da parte dei MMG (tra € 10 mld. e € 15 mld.), mentre la

regolamentazione della pubblicità per bambini e le *app* per mobile sono gli interventi col costo inferiore (poco meno di € 1 mld.). L'etichettatura degli alimenti e le tabelle nutrizionali nei menu dei ristoranti consentirebbero un risparmio di spesa sanitaria (oltre € 5 mld.) di gran lunga superiore al loro costo (poco più di € 1 mld.), ed essendo anche gli interventi più efficaci sugli *outcomes* della salute sono dominanti in termini di impatto costo-efficace.

## 5a.7. Conclusioni

Nel 2015 l'Italia spenderebbe, secondo i dati OECD diffusi nel giugno 2017 - da considerare con le dovute cautele - una quota di spesa in prevenzione pubblica pari al 4,8% della spesa pubblica corrente, in linea quindi con l'obiettivo del 5,0% fissato a livello nazionale dai Patti per la Salute. La valutazione di questo risultato continua però a essere condizionata dal basso livello di spesa pubblica mantenuto dal nostro Paese, tanto che il dato pro-capite, sia espresso in euro (€ 87,1) che in dollari PPP (\$-PPP 119,8), continua a risultare inferiore rispetto a diversi altri Paesi europei.

Esaminando i costi pro-capite per azioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica a livello territoriale, in base ai dati forniti dal Ministero della Salute, nel 2015 solo 10 Regioni rispettano il valore di riferimento pari a € 85,0, e continua a persistere una evidente difformità territoriale.

**Tabella 5a.3. Sintesi della copertura e dei principali effetti degli interventi di comunicazione selezionati**

	Etichettatura alimenti	Regolamentazione pubblicità ai bambini	Tabelle nutrizionali nei menu	Prescrizione di attività fisica	Campagne informative <i>mass media</i>	Apps per mobile
<b>Età target</b>	>20 anni	5-18 anni	>20 anni	40-70 anni, con almeno 1 malattia cronica/fattore di rischio	>18 anni	15-64 anni
<b>% copertura target</b>	66%	100% bambini	53%	26,4%	Tutti coloro che non sono almeno moderatamente attivi	2,16%
<b>Efficacia</b>	Diminuzione BMI di -0,88%	5-12 anni: -0,12 Kg/m <sup>2</sup> (BMI) 12-18 anni: -0,31 BMI over 18 anni: -0,155 BMI	Diminuzione BMI di -1,09% dopo 1 anno	134,1 extra MET · minuti a settimana, in un anno	Aumento del 60% della attività almeno moderata dopo 1 mese; 30% dopo 1 anno, 0 dopo 2 anni	Riduzione del BMI di -1,67% (0,84%) dopo un anno, mentre dopo un ulteriore anno l'effetto si azzerà
<b>Costo pro-capite</b>	€ 0,92	€ 0,41	€ 0,92	€ 0,68	€ 1,54	€ 0,44

Fonte: Yevgeniy Goryakin, Michele Sechi Gatta, Aliénor Lerouge, Thierry Pellegrini, Michele Cecchini (2017), *The Role of Communication in Public Health Policies. The case of obesity prevention in Italy*. OECD, luglio 2017. Traduzione non ufficiale a cura dell'autore

Tra le attività di prevenzione rivestono particolare importanza la promozione di stili di vita sani e la riduzione dei fattori di rischio. Tra questi ultimi rientra l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità), che a livello mondiale sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia e costituisce uno dei maggiori problemi di salute non solo nei Paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo.

Se secondo OECD l'Italia sembra stare meglio degli altri Paesi europei considerando i dati dell'eccesso ponderale tra gli adulti (nel 2015 la prevalenza è pari al 45,2%, contro il 56,2% della Grecia), anche se la prevalenza resta comunque elevata e in leggera crescita rispetto al 2005, lo stesso non si può affermare se si osservano i dati sull'obesità infantile. Stando ai numeri diffusi dall'OMS, nel 2010 l'Italia è seconda solo alla Grecia (su 11 Paesi europei considerati) quanto a prevalenza di bambini obesi (7 anni), e la situazione non cambia se si considera il sovrappeso. La situazione non migliora di molto se si considerano i dati più aggiornati (2013-2014) relativi all'eccesso ponderale tra i bambini italiani di 15 anni (prevalenza del 15,5%): su 23 Paesi europei, solo 7 registrano una percentuale superiore.

Secondo i dati nazionali (studio PASSI), poi, tra gli adulti il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso e obese da Nord a Sud (con qualche eccezione): la prevalenza maggiore la registra la Campania (51,0%), contro il 33,6% della P.A. Bolzano.

Recenti dati (OKkio alla Salute) sull'eccesso ponderale infantile (8-9 anni) a livello regionale mostrano ancora, nel 2016, una prevalenza maggiore nelle Regioni meridionali. Nonostante il *trend* appaia complessivamente in diminuzione, l'eccesso di peso tra i bambini e gli adolescenti rimane un problema rilevante di Sanità pubblica che il nostro Paese deve continuare ad affrontare. Tra le motivazioni, oltre alle abitudini alimentari scorrette e ai fattori socio-culturali, gioca un ruolo fondamentale la mancanza di attività fisica tra i bambini e gli adolescenti italiani, come documentato dai dati sia nazionali che internazionali.

Per combattere questa emergenza, sono necessari interventi su più fronti, da attuare in maniera combinata.

Nel capitolo vengono esaminate, senza pretesa di esaustività, alcune misure fiscali e strategie di comuni-

cazione adottate in diversi Paesi, cercando di valutarne l'efficacia.

In sintesi, secondo le analisi riportate nel *Technical Meeting Report WHO Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases* del 2015, le politiche fiscali rappresentano un importante strumento per contrastare le abitudini alimentari scorrette e le malattie croniche non trasmissibili, e si prospetta la possibilità che esse vengano implementate in futuro in altri Paesi europei rispetto a quelli che le hanno già sperimentate (es. Danimarca, Finlandia, Francia, Ungheria, e al di fuori dell'Europa anche molti Stati americani e Messico): per fare un esempio, in Svezia sono in discussione alcune proposte sulla "sugar tax" provenienti dalla *Commission for Equity in Health*, dalla *National Food Agency* e dalla *Public Health Agency of Sweden*.

L'utilizzo dello strumento fiscale ha due effetti:

- uno certo: incrementare le entrate fiscali per le casse dello Stato, che per alcuni Paesi rappresenta lo scopo precipuo. In alcuni casi, le risorse hanno aumentato il *budget* per la salute pubblica;
- uno potenziale: modificare gli stili alimentari e ridurre l'assunzione di cibi non salutari. Da questo punto di vista, le evidenze mostrano come il maggiore potenziale di cambiamento sulle abitudini di acquisto e di consumo da parte dei cittadini, con un impatto significativo sulle abitudini alimentari, sia in capo alle tasse sulle bevande zuccherate (riduzione del consumo del 20-50%) e ai sussidi su frutta e verdura (aumento del consumo del 10-30%); non si escludono comunque impatti positivi anche con altre modalità.

Per queste misure, c'è carenza di valutazioni formali in termini di *outcome* di salute e di effetti complessivi sul sistema economico, che hanno invece una importanza cruciale per documentare la reale efficacia (che, comunque, aumenta in caso di azioni politiche combinate).

Con riferimento alle strategie di comunicazione, sono state considerate quelle analizzate nel *paper OECD The Role of Communication in Public Health Policies - The case of obesity prevention in Italy*, del luglio 2017: etichettatura degli alimenti, regolamentazione della pubblicità di prodotti alimentari rivolta ai bambini, tabelle nutrizionali nei menu degli esercizi di ristorazione, introduzione della prescrizione di attività fisica nella medicina di base, campagne di comunica-

zione pubbliche sulla salute e promozione tramite *app* su *smartphone*.

Con particolare applicazione al contesto italiano, dove le persone mangiano fuori casa più regolarmente che in altri Paesi, l'etichettatura degli alimenti e le tabelle nutrizionali nei menu degli esercizi di ristorazione sembrano essere gli interventi maggiormente costo-efficaci: non solo generano un guadagno in termini di anni vissuti senza malattie, ma sembrano anche comportare nel tempo risparmi in termini di spesa sanitaria. Comunque, anche gli altri interventi esaminati possono potenzialmente dimostrarsi costo-efficaci.

Non si può dire quale politica di Governo sia migliore, ed è importante evidenziare come non si possa traslare il risultato di una politica in un Paese ad un altro Paese, perché le caratteristiche sono diverse e dunque non è detto che si ottengano gli stessi risultati.

Ciò che si può dire sulla base delle (poche) evidenze esistenti è che l'insieme coordinato di diversi tipi di interventi di prevenzione sarebbe più efficace, meno oneroso e di maggior durata nel tempo rispetto a singoli interventi: non può probabilmente bastare una tassa per migliorare la salute della popolazione, né un singolo intervento di comunicazione, ma se non altro i Governi mostrano l'intenzione di affrontare un'emergenza sanitaria che rischia in futuro di far collassare la spesa sanitaria, con preoccupanti risvolti non solo per la salute dei cittadini, ma anche sull'intero sistema economico.

## Riferimenti bibliografici

- Adams J., Tyrrell R., Adamson A. J. e White M. (2012), *Effect of restrictions on television food advertising to children on exposure to advertisements for 'less healthy' foods: repeat cross-sectional study*, in *PloS one*, 7, e31578.
- Afshin A., Penalvo J., Del Gobbo L., Kashaf M., Micha R., Morrish K., Pearson-Stuttard J., Rehm C., Shangguan S. e Smith J. D. (2015), *CVD prevention through policy: a review of mass media, food/menu labeling, taxation/subsidies, built environment, school procurement, worksite wellness, and marketing standards to improve diet*, in *Current cardiology reports*, 17, 98
- Braga F. (2012), *Può una tassa migliorare la nostra salute?*, in *Consumatori, Diritti e Mercato*, n.3/2012
- Candari C., Cylus J., Nolte E. (2017), *Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity*. European Observatory on Health Systems and Policies (WHO)
- Cecchini M. e Warin L. (2016), *Impact of food labelling systems on food choices and eating behaviours: a systematic review and meta-analysis of randomized studies*, in *Obesity reviews*, 17, 201-210
- CENSIS (2010), *Primo rapporto sulle abitudini alimentari degli italiani. Sintesi dei principali risultati*
- Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) - Ministero della Salute, Programma *Guadagnare Salute*, <http://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/9>
- Cornelsen, L., Carreido, A. (2015), *Health-related taxes on food and beverages*, Food Research Collaboration Policy Brief
- DPCM 12 gennaio 2017
- Eatwell Consortium (2012), *Interventions to Promote Healthy Eating Habits: Evaluation and Recommendations*
- Fondazione BCFN (Barilla Center for Food and Nutrition) (2012), *Obesità: gli impatti sulla salute pubblica e sulla società*, luglio 2012
- GBD Obesity Collaborators (2017), *Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years*, *The New England Journal of Medicine*, 6 luglio 2017, 377:13-27
- IBDO – Italian Barometer Diabetes Observatory (anni vari), *Report 2015 e 2016*
- Istat (2017), [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Istituto Superiore di Sanità (2017) - *Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, Epicentro – Okkio alla Salute 2016*, <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
- Istituto Superiore di Sanità (anni vari), *Epicentro – Sistema di sorveglianza PASSI*
- Mateo G.F. et al. (2015), *Mobile phone apps to promote weight loss and increase physical activity: a systematic review and meta-analysis*, *Journal of medical Internet research*, 17
- McDaid D., Sassi F. and Merkur S. (2015), *Promoting Health, Preventing Disease - The Economic Case*, European Observatory on Health Systems and Policies (WHO)
- Ministero della Salute (2017), [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Ministero della Salute (2017), *Atto di indirizzo per l'anno 2018*
- Ministero della Salute (2014), *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*
- NutriNet-Santé (2013), <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/>



- OECD (2017), *Statistics on OECD.stat*, edizione giugno 2017
- Sanchez A., Bully P., Martinez C. e Grandes G. (2015), *Effectiveness of physical activity promotion interventions in primary care: A review of reviews*, in *Preventive medicine*, 76, S56-S67
- Sinclair S.E., Cooper M. e Mansfield E.D. (2014), *The influence of menu labeling on calories selected or consumed: a systematic review and meta-analysis*, in *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114, 1375-1388. e15.
- Spandonaro F. (a cura di) (2016), *12° Rapporto Sanità* a cura di C.R.E.A. Sanità
- Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva (2015), *Osservatorio civico sul federalismo in Sanità, Rapporto 2016*
- Wolfenden L., Brennan L. e Britton B.I. (2010), *Intelligent obesity interventions using Smartphones*, in *Preventive medicine*, 51, 519-520
- World Cancer Research Fund International (2017), [www.wcrf.org](http://www.wcrf.org)
- World Health Organization (2017), *Factsheet June 2017*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- World Health Organization (2016), *Final report of the Commission on Ending Childhood Obesity*, Jan 2016. [www.who.int](http://www.who.int).
- World Health Organization (© 2016), *Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases*. Technical Meeting Report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/>.
- World Health Organization (2015), *Fiscal policy options with potential for improving diets for the prevention of noncommunicable diseases (NCDs) (draft)*, Geneva
- World Health Organization (2014), *Global Status Report on noncommunicable diseases*
- World Health Organization (2013), *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*
- World Health Organization/Europe (2010), *Childhood Obesity Surveillance Initiative, round 2 (2009/2010)*
- World Health Organization (2008), *World health statistics report 2008*, Geneva
- Yevgeniy Goryakin, Michele Sechi Gatta, Aliénor Lerouge, Thierry Pellegrini, Michele Cecchini) (2017), *The Role of Communication in Public Health Policies. The case of obesity prevention in Italy*, OECD luglio 2017

## ENGLISH SUMMARY

### *The fight against chronic noncommunicable diseases, prevention strategies and their effectiveness*

According to the OECD data released in June 2017 - which must be considered with due caution - in 2015 Italy spent a 4.8% share of public expenditure for preventive care. Hence said share is in line with the 5% target set at national level by the Italian Ministry of Health. Nevertheless the assessment of this share keeps on being influenced by Italy's low level of public expenditure, so that the per-capita amount, denominated both in euros (€ 87.1) and in \$-PPP 119.8 is still lower than the amount in many other European countries.

While examining the per-capita costs for collective prevention and public health actions at local level, on the basis of the data provided by the Ministry of Health, in 2015 only 10 Italian regions complied with the reference value of € 85 and there were still evident territorial differences.

The prevention activities include the promotion of healthy lifestyles and the reduction of risk factors. The latter include excess weight (overweight and obesity), which is worldwide taking on the characteristics of a real epidemic and is one of the major health problems not only in industrialized countries, but also in developing countries.

According to the OECD, Italy seems to be in a better situation than the other European countries considering the data of excess weight among adults (in 2015 its incidence was equal to 45.2% as against 56.2% in Greece), although the incidence remains high and slightly growing compared to 2005. The same does not hold true for the data on child obesity. According to the WHO figures, in 2010 Italy was second only to Greece (out of the 11 European countries considered) in terms of prevalence of obese children (aged 7) and the situation did not change if we considered overweight. The situation does not improve much if we consider the most up-to-date data (2013-2014) relating to excess weight among 15-year-old Italian children (15.5%): out

of 23 European countries, only 7 recorded a higher rate.

According to national data (the PASSI study of the Istituto Superiore di Sanità), the geographical gradient among adults is clear and shows an increasing number of overweight and obese people moving from Northern to Southern Italy (with some exceptions): the highest incidence is recorded in the Campania region (51%), as against 33.6% in the Autonomous Province of Bolzano.

Recent data (the Italian project "OKkio alla Salute", coordinated by the Istituto Superiore di Sanità) relating to excess weight in children aged 8-9 at regional level shows, again in 2016, a higher incidence in the Southern regions. Although the trend appears to be declining overall, excess weight among children and teenagers remains a major public health problem that Italy must continue to face. The reasons include bad food habits and socio-cultural factors, but a fundamental role is played by the lack of enough physical activity among Italian children and teenagers, as evidenced by national and international data.

In order to combat this emergency, interventions and measures are needed on many fronts and must be implemented in a combined manner.

This chapter analyses some fiscal measures and communication strategies adopted in various countries and tries to evaluate their efficacy.

In summary, according to the analysis made in the Technical Meeting Report WHO "2015 Fiscal Policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases", fiscal policies are an important tool to counteract unhealthy food choices and chronic noncommunicable diseases and there is the possibility they will be implemented in the future in other European countries other than those that have already implemented them (eg. Denmark, Finland, France, Hungary, as well as non-European countries such as many US States and Mexico). For example, in Sweden some proposals on a "sugar

tax” put forward by the Commission for Equity in Health, the National Food Agency and the Public Health Agency of Sweden are being discussed.

The use of the fiscal instrument has a dual effect:

- a certain one, namely to increase tax revenues for the State Treasury, which is the primary goal for some countries. In some cases, the resources have increased the budget for public health;
- a potential one, namely to change dietary styles and reduce the intake of unhealthy food. From this viewpoint, evidence shows that the greatest potential for change in citizens’ purchase and consumption behaviors - with a significant impact on dietary choices - lies in taxes on sugar-sweetened beverages (SSBs) (a 20-50% reduction in consumption) and in the subsidies on fruit and vegetables (a 10-30% increase in consumption). Nevertheless, positive effects are not excluded even in other ways and with other means.

With specific reference to these measures, there is a lack of formal assessments of health outcomes and overall impact on the economic system, which have crucial importance in documenting the actual efficacy (which, however, increases in the case of joint policy actions).

The communication strategies considered are those analyzed in the OECD paper “The Role of Communication in Public Health Policies - The Case of Obesity Prevention in Italy” of July 2017: food labelling; regu-

lation of advertising of unhealthy products to children; nutritional labelling of restaurant menus; prescription of physical activity by primary care physicians; public health mass media campaigns and promotion via apps on smartphones.

With specific reference to Italy, where people eat out more regularly than in other countries, food labelling and nutritional labelling of restaurants menus seem to be the most cost-effective measures: they do not only lead to gains in terms of DALYs (disability-adjusted life years) but also seem to entail savings in health expenditure over time. Nevertheless also the other measures examined may potentially prove to be cost-effective.

We cannot say which government policy is the best and it is important to highlight that the policy implemented in a country cannot be automatically transposed into another country because they have different characteristics and hence we cannot be sure that the same results are reached.

What can be said on the basis of the existing (little) evidence is that the coordinated set of different types of prevention measures would be more effective, less costly and longer lasting than single and piecemeal measures: a tax or a single measure may not be enough to improve people’s health, but at least governments show their intention to face a health emergency that risks in the future to make health expenditure collapse, with worrying implications not only for citizens’ health, but also for the whole economic system.

## CAPITOLO 5b

### La mortalità e i DALYs causati dai fattori di rischio

Abbatati C.<sup>1</sup>

#### 5b.1. Introduzione

È noto il ruolo dei “fattori di rischio” nello sviluppo delle malattie, tanto da essere oggetto di campagne di informazione e sensibilizzazione a livello nazionale ed internazionale. Si parla di fattori di rischio quando si fa riferimento a qualunque causa di malattia o di lesione<sup>2</sup> modificabile per cui i dati sull’esposizione ai fattori e sul peso di essi su mortalità e stato di salute risultano fondamentali nella definizione delle politiche sanitarie, in particolare quelle di prevenzione.

Attraverso l’elaborazione di dati forniti dal *Global Burden of Disease* (GBD<sup>3</sup>), il presente contributo ha l’obiettivo di valutare come la salute degli italiani stia cambiando congiuntamente all’esposizione ai fattori di rischio, posti a loro volta in relazione a stili di vita non appropriati, condizioni ambientali e occupazionali, oltreché all’invecchiamento della popolazione.

Il GBD stima il cosiddetto “peso attribuibile” ai fattori di rischio per oltre 300 malattie, espresso in percentuale di decessi e *Disability-Adjusted Life Year* (DALYs); il peso attribuibile si basa su due grandezze fondamentali: l’esposizione al rischio e la *Population Attributable Fraction* (PAF), ovvero l’incidenza del rischio sulla popolazione attribuibile all’esposizione, pari alla quota di decessi e DALYs prevenibili eliminando l’esposizione<sup>4</sup>. Nel suo studio più recente sull’argomento (GBD 1), inoltre, il GBD ha sviluppato una metrica innovativa, denominata *Summary Exposure Value* (SEV<sup>5</sup>), ovvero il valore complessivo dell’esposizione, che combina la dimensione dell’esposizione e la gravità del rischio, consentendo quindi di confrontare i livelli di esposizione tra i diversi fattori e di comprendere in quale misura un’esposizione prolungata nel tempo sottoponga una data popolazione a un probabile aumento del peso dei fattori sulle malattie. Lo studio in questione, che rappresenta la più imponente

<sup>1</sup> “Sapienza” Università di Roma, Membro del *Global Burden of Disease* (GBD)

<sup>2</sup> L’OMS definisce il fattore di rischio come qualsiasi attributo, caratteristica o esposizione di un individuo che fa aumentare la probabilità di sviluppare una malattia o una lesione. Per malattia si intende una condizione prolungata, che si sviluppa solitamente con gradualità, mentre per lesione si intende un danno provocato da un incidente o da un evento improvviso

<sup>3</sup> Il GBD è un consorzio di oltre mille ricercatori di centotrentadue Paesi coordinato dall’*Institute of Health Metrics Evaluation* (IHME) dell’Università di Washington. Sulla base dei dati raccolti ed elaborati produce una serie di metriche universali indispensabili a quantificare la perdita di salute

<sup>4</sup> I DALYs, ovvero gli anni di vita corretti per disabilità, rappresentano la misura della gravità globale di una malattia e sono il risultato della somma dei *Years Lived with Disability* (YLDs), ovvero gli anni di vita vissuti con disabilità o in cattivo stato di salute, e dei *Years of Life Lost* (YLLs), ovvero gli anni di vita persi a causa di morte prematura; un DALY è pari a un anno di vita in buona salute perso. La stima della PAF tiene conto dell’esposizione al rischio, del rischio relativo e del Theoretical Minimum-Risk Exposure Level (TMREL), ovvero il livello teorico minimo di esposizione che il GBD determina per ciascun fattore al fine di stabilire la soglia oltre la quale si evidenzia l’esistenza, o meno, dell’esposizione al rischio di una data popolazione. Per i dettagli tecnici su peso attribuibile, PAF e TMREL, e per quelli sui DALYs, si rimanda rispettivamente a GBD 1, appendice n.1, e GBD 2

<sup>5</sup> Il GBD stima il livello di esposizione al rischio per sesso, età, anno e area geografica, sulla base di dati epidemiologici, amministrativi ed economici, e attraverso l’utilizzo di un modello econometrico di tipo bayesiano. Tale livello, pesato per la prevalenza calcolata per ciascun rischio e considerato insieme al rischio relativo massimo e a quello relativo per categoria (i rischi relativi sono determinati sulla base di metanalisi condotte su studi di tipo randomizzato e non, studi caso-controllo, studi di coorte, rilevazioni sui nuclei familiari e dati censuari), determina la SEV. Quest’ultima ha valore zero in assenza di rischi significativi per la salute, 1 quando il livello di rischio è massimo, viene espressa in valori percentuali ed è calcolata standardizzata per età. Per ulteriori dettagli sul metodo di stima, si rimanda a GBD1

ed esaustiva valutazione degli effetti dei fattori di rischio sulla salute finora mai effettuata, prende in considerazione 195 Paesi; i fattori analizzati sono 79, distinti in tre gruppi: comportamentali, ambientali, occupazionali e metabolici<sup>6</sup>; viene osservato il periodo 1990-2015<sup>7</sup>.

Si rileva l'esistenza di una "transizione del rischio" (*risk transition*), correlata allo sviluppo socio-economico dei diversi Paesi. Al crescere del *Social Demographic Index* (SDI), ovvero l'indice di sviluppo socio-demografico<sup>8</sup>, cresce anche il peso dei rischi comportamentali e di quelli metabolici, mentre diminuisce quello degli ambientali-occupazionali, con la conseguenza che aumentano prevalentemente le malattie cardiovascolari e le neoplasie. A livello globale, i 79 fattori di rischio spiegano il 57,8% dei decessi e il 41,2 dei DALYs.

Nel presente contributo si esaminano le variazioni più significative relative all'esposizione ai fattori di rischio e al peso degli stessi sui decessi, DALYs e alcune malattie in particolare. Si raffronta la situazione italiana con quella di alcuni Paesi europei simili per caratteristiche socio-economiche. Si concentra l'attenzione sulle variazioni intervenute nel periodo 2005-2015, quello interessato dalla crisi economica e dal risanamento finanziario, rispetto al precedente periodo 1990-2005. Preliminarmente, si riportano alcuni dati di contesto, di fonte Istat ed Eurostat, su demografia, livelli d'istruzione e situazione economica delle famiglie, inerenti all'incidenza dei fattori di rischio e rilevanti per le politiche di tutela della salute.

## 5b.2. Demografia e condizioni socio-economiche in Italia ed Europa

Dai dati di contesto (Istat, 2017 ed Eurostat, 2016) emerge un'Italia in squilibrio generazionale, con livelli di istruzione in peggioramento e famiglie in difficoltà economica, che soffre nel confronto con i *partner* dell'Unione Europea (EU) a 28.

Il nostro Paese si conferma quarto per numero di residenti in Europa, dopo Germania, Francia e Regno Unito, ma è al 23° posto per tasso di fecondità ed è preceduto dalla sola Germania per quanto riguarda l'indice di vecchiaia. Quest'ultimo in Italia cresce fino a raggiungere il livello più alto mai registrato, pari al 161,4%. In altre parole, ogni cento giovani con meno di 15 anni, vi sono quasi 162 persone di 65 anni e più. Anche l'indice di dipendenza italiano è tra i più alti, essendo preceduto soltanto da quelli di Francia, Svezia, Finlandia e Danimarca, ed è pari al 55,5%. La popolazione non attiva nel nostro Paese, quindi, è oltre la metà di quella attiva. Infine, l'Italia è seconda solo alla Germania per età mediana, 45,5 contro 45,8 anni (quella EU a 28 è di 42,6 anni).

Il 57,7% dei giovani italiani 15-24enni studia, contro una media EU a 28 pari al 61,1%. In questo il nostro Paese si colloca tra gli ultimi, al ventiduesimo posto. Il 23,5% dei 25-64enni ha come titolo di studio quello di scuola media inferiore e l'Italia è terza dopo Spagna e Portogallo. Il 26,6% dei 30-34enni ha un'istruzione universitaria, la percentuale più bassa di tutti i Paesi dell'EU a 28. L'Italia fa peggio di tutti gli altri *partner* europei anche per quanto riguarda la percentuale di 15-29enni che non studia né lavora, il 25,7% contro il 14,8% della media EU a 28.

Da ultimo, l'Italia è seconda solo alla Grecia, se si escludono i Paesi dell'est Europa e Cipro, per numero di individui in condizioni di grave deprivazione: sono l'11,5% della popolazione residente. Infine, la disuguaglianza dei redditi ci colloca sopra la media europea, assieme ai Paesi mediterranei e ad alcuni dell'est Europa.

## 5b.3. L'esposizione ai fattori di rischio in Italia. La SEV

L'andamento della SEV è correlato alla crescita e all'invecchiamento della popolazione, da un lato, e

<sup>6</sup> Sono esclusi dall'analisi i fattori di tipo genetico, sanitario, economico e culturale

<sup>7</sup> Sono state inoltre prese in considerazione 388 coppie rischio-malattia, tra cui tutte quelle stabilite dal *World Cancer Research Fund*, la più importante autorità mondiale sulla relazione tra dieta, peso, bassa attività fisica e cancro. Le numerose stime e valutazioni contenute nello studio si basano su di una straordinaria banca dati ricavata da ben 25.500 fonti

<sup>8</sup> L'SDI è un indice composito, formato da reddito pro-capite, istruzione e di fertilità. Ha valore pari a zero con bassi livelli di reddito pro-capite e istruzione e alti tassi di fertilità, ha valore pari a 1 con alti livelli di reddito pro-capite e istruzione e bassi tassi di fertilità. L'Italia, compresa tra i Paesi ad alto reddito, ha un SDI pari a 0,85

Tabella 5b.1. Variazioni della SEV in Italia

	Uomini		Donne	
	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015
<b>Ambientali</b>				
Inquinamento da particolato	-16,1%	+19,7%	-16,1%	+19,7%
<b>Occupazionali</b>				
Piombo	-31,1%	-48,4%	-23,5%	-34,9%
Amianto	+27,3%	+21,3%	+31,6%	+17,2%
Benzene	-13,1%	+18,8%	+11,0%	+28,5%
Diesel	-3,2%	+7,2%	+38,4%	+10,2%
Nickel	-23,8%	-9,5%	-27,0%	-15,4%
Agenti asmatici	-28,0%	-9,4%	-14,1%	+13,9%
<b>Comportamentali</b>				
Alcol	-21,2%	-20,4%	-23,3%	-19,8%
Consumo di droga	+17,4%	+2,0%	+20,9%	+7,3%
Bassa attività fisica	+2,0%	-0,7%	+1,4%	+0,2%
Fumo	-33,9%	-8,1%	-6,8%	-3,4%
Dieta ricca in grassi trans	+6,5%	-6,7%	+6,8%	-6,3%
Dieta ricca in sodio	-3,3%	-1,2%	-3,3%	-1,3%
Dieta ricca in bevande dolci	+1,5%	-7,5%	+1,5%	-4,9%
<b>Metabolici</b>				
Iperensione arteriosa	-23,7%	-8,5%	-24,3%	-15,5%
Alterata glicemia a digiuno	+9,3%	+6,4%	+7,8%	+7,1%
Alto indice di massa corporea	+12,3%	-9,2%	+17,3%	-11,5%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

all'andamento dei livelli d'esposizione, a loro volta correlati al peggioramento delle condizioni socio-economiche, dall'altro. La Tabella 5b.1 riporta le variazioni più significative della SEV intervenute in Italia tra il 1990 e il 2005 e tra il 2005 e il 2015<sup>9</sup>. I dati sono distinti per sesso ed organizzati per fattori di rischio appartenenti ai vari gruppi<sup>10</sup>. Ciò che emerge è un peggioramento della SEV per alcuni fattori ambientali e occupazionali e il miglioramento per alcuni comportamentali tra cui, particolarmente evidente, quella per l'alcol.

Tra gli ambientali, l'unico dato che risalta è quello relativo all'inquinamento da particolato. L'aumento della SEV per questo fattore dal 2005 al 2015 è tale (19,7%), da vanificare la riduzione del 16,1% registrata nel periodo 1990-2005. Una tendenza all'aumento dell'esposizione a questo rischio è assodata solamente per i Paesi a basso e medio reddito (Cohen A. J. et al., 2015).

Dunque, quanto accaduto in Italia, si potrebbe spiegare con l'arresto nell'attivazione e implementazione di tutta una gamma di azioni di contenimento dell'inquinamento cittadino che vanno, per esempio, dal rinnovo del parco macchine, all'uso del trasporto pubblico.

Relativamente agli occupazionali, si evidenzia la variazione della SEV per alcuni fattori quali benzene, piombo, nickel e diesel, verosimilmente riconducibile alla trasformazione della struttura produttiva italiana, in parte fisiologica, in parte frutto della recessione degli ultimi anni. Ciò che maggiormente attira l'attenzione è però il dato per l'amianto, che cresce per entrambi i sessi e in entrambi i periodi presi in considerazione, malgrado le normative in vigore, la prima delle quali risalente al 1992 (Legge n. 257). Tra gli occupazionali, infine, si noti il dato relativo agli agenti asmatici, la cui SEV cresce solo per le donne e solo nel periodo 2005-2015.

<sup>9</sup> L'ampio intervallo di tempo considerato consente di apprezzare l'importanza dell'esposizione prolungata nella determinazione del peso dei fattori di rischio

<sup>10</sup> Per tutti i fattori di rischio elencati in questa tabella e nelle successive, il GBD definisce le caratteristiche dell'esposizione e indica il TMREL e i livelli a partire dai quale una data popolazione è considerata esposta a un dato rischio

Circa i comportamentali, diminuisce la SEV per alcol e fumo, sebbene con percentuali differenti per sesso e periodo<sup>11</sup>. Allo stesso tempo, diminuisce la SEV per alcuni rischi alimentari, anche se moderatamente e solamente nel periodo 2005-2015. Come proposto da alcuni (Karanikolos M. et al., 2013), una possibile spiegazione di ciò potrebbe trovarsi nel ridimensionamento del bilancio economico familiare causato dalla crisi economica, per cui si consumano meno sigarette, alcol e prodotti alimentari di tipo industriale. I dati di contesto, in special modo quelli relativi alla deprivazione economica, potrebbero confermare quanto ipotizzato. Non si può escludere, tuttavia, che nel frattempo sia maturata una certa consapevolezza, grazie alla promozione di stili di vita più salutari e alla diffusione di informazioni in grado di orientare verso comportamenti più virtuosi. Quanto appena argomentato non sembra invece valere per il consumo di droga<sup>12</sup>. La SEV, per questo fattore, cresce in entrambi i periodi, anche se nel primo più che nel secondo. Vi è stato, negli ultimi anni, un cambiamento nei modelli di consumo e nella dimensione dell'offerta di droga<sup>13</sup>, con conseguente espansione del fenomeno, che incide pesantemente sulla SEV ed è riconducibile, tra l'altro, alla diffusione di patologie depressive provocate dall'austerità (Karanikolos M. et al., 2013). D'altra parte, la stessa austerità potrebbe avere rallentato tale espansione nel periodo 2005-2015, soprattutto per quanto riguarda i consumatori occasionali.

Infine, i metabolici: essi, come è noto, risentono dell'invecchiamento della popolazione, ma anche delle conseguenze di comportamenti a rischio. Si evidenzia una tendenza alla diminuzione della SEV per l'ipertensione arteriosa e una crescita, quasi proporzionale, per l'alterata glicemia a digiuno, mentre per l'alto indice di massa corporea la SEV diminuisce solamente nell'intervallo 2005-2015.

#### 5b.4. L'esposizione ai fattori di rischio in Europa. La SEV

Dal confronto con l'andamento della SEV nei Paesi europei simili al nostro per caratteristiche socio-economiche, l'Italia risulta generalmente allineata coi *partner* mediterranei, sebbene con alcune eccezioni di rilievo. La Tabella 5b.2 mostra, nel dettaglio, le variazioni percentuali più significative.

Relativamente all'unico fattore di rischio osservato tra gli ambientali, la SEV per inquinamento da particolato nel nostro Paese presenta una tendenza simile a quella registrata in Grecia e Svezia: è in diminuzione nel periodo 1990-2005 ma in aumento nel 2005-2015, con un annullamento dei progressi precedenti. Sorprende il dato sulla Svezia che, oltre all'incremento del traffico automobilistico nelle principali città svedesi, sembra influenzato anche dal trasferimento di particelle per via atmosferica dal centro Europa verso Nord<sup>14</sup>. In tutti gli altri Paesi il dato è in diminuzione in entrambi i periodi.

Per quanto riguarda gli occupazionali, solo in Grecia si registra un dato SEV sull'amianto paragonabile a quello italiano, con una crescita, cioè, per entrambi i sessi e in entrambi i periodi e solo in Germania si registra un aumento della SEV per agenti asmatici per le donne nel periodo 2005-2015, come in Italia. I dati SEV per piombo, benzene, diesel e nickel, invece, sono abbastanza simili in tutti i Paesi.

Quanto ai comportamentali, colpisce il primato tutto italiano nella riduzione della SEV per consumo di alcol, per entrambi i sessi e in entrambi i periodi. Relativamente al consumo di droga, la SEV aumenta ovunque, sebbene in misura minore nel periodo 2005-2015 rispetto al 1990-2005; il dato italiano è sostanzialmente in linea con quanto rilevato in Spagna, Grecia, Francia e Germania, mentre i dati di Svezia e Regno Unito sono

<sup>11</sup> Il dato del GBD riguarda la popolazione con età superiore ai 20 anni. Non misura, quindi, l'aumentato consumo di alcol da parte degli adolescenti italiani negli ultimi anni, evidenziato in diversi studi e nel Piano Prevenzione del Ministero della Salute 2014-2018.

<sup>12</sup> Come già detto a proposito dell'alcol, il dato GBD non riguarda la popolazione al di sotto dei 20 anni. C'è da chiedersi quali sarebbe le dimensioni del fenomeno se ad essere considerata fosse anche l'abitudine al consumo di droga tra gli adolescenti

<sup>13</sup> Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione europea sulla droga*, 2015

<sup>14</sup> Si vedano in proposito i rapporti dello *Stockholm Environment and Health Protection Administration*, l'istituto responsabile del monitoraggio della qualità dell'aria in Svezia

Tabella 5b.2. Variazioni della SEV standardizzata per età in Europa

	Spagna				Grecia			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015
<b>Ambientali</b>								
Inquinamento da particolato	-3,3%	-1,9%	-3,3%	-1,9%	-16,5%	16,5%	-16,5%	16,5%
<b>Occupazionali</b>								
Piombo	-22,7%	-42,4%	-23,7%	-43,1%	-2,4%	-24,6%	-24,8%	-41,8%
Amianto	-18,3%	4,1%	-19,7%	-2,9%	39,6%	9,9%	18,2%	4,8%
Benzene	-3,8%	21,8%	35,9%	29,4%	7,8%	19,8%	36,9%	27,9%
Diesel	4,6%	0,8%	79,2%	12,9%	6,5	-0,9	56,9	4,4
Nickel	-26,3%	-17,3%	-12,8%	-16,9%	-25,9	-19,9	-31,9	-26,2
Agenti asmatici	-34,0%	-7,9%	6,0%	22,3%	-29,6	-9,8	-14,8	5,7
<b>Comportamentali</b>								
Alcol	-11,3%	-5,5%	-14,7%	-6,5%	-10,6%	-3,5%	-14,4%	-4,6%
Consumo di droga	24,4%	8,0%	22,4%	0,3%	9,4%	13,6%	20,2%	10,1%
Bassa attività fisica	2,0%	0,8%	2,3%	1,8%	1,6%	-0,6%	1,6%	-0,4%
Fumo	-17,0%	-25,9%	8,0%	-13,7%	-12,6%	-11,5%	8,0%	6,2%
Dieta ricca in grassi trans	4,4%	-5,4%	5,0%	6,0%	13,9%	-9,6%	8,4%	-9,4%
Dieta ricca in sodio	4,0%	0,9%	-1,5%	-0,6%	0,4%	0,5%	-2,5%	0,3%
Dieta ricca in bevande dolci	7,5%	13,5%	4,5%	11,8%	6,0%	-8,5%	3,7%	-7,5%
<b>Metabolici</b>								
Iperensione arteriosa	26,8%	-0,7%	-3,1%	-14,3%	-0,4%	2,3%	-21,3%	2,5%
Alterata glicemia a digiuno	8,8%	-1,1%	-4,6%	3,3%	-10,1%	2,7%	-7,1%	2,0%
Alto indice di massa corporea	23,6%	-9,1%	16,7%	-8,1%	21,9%	-4,5%	18,8%	-1,9%
	Francia				Germania			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015
<b>Ambientali</b>								
Inquinamento da particolato	-9,7%	0,6%	-9,7%	0,6%	-16,5%	3,2%	-16,5%	3,2%
<b>Occupazionali</b>								
Piombo	-27,8%	-44,4%	-16,9%	-31,1%	-23,2%	-41,9%	9,1%	-16,8%
Amianto	-1,5%	12,2%	5,5%	0,8%	69,9%	17,5%	-0,7%	3,2%
Benzene	9,2%	16,2%	23,6%	22,9%	-1,8%	-21,9%	24,8%	28,3%
Diesel	0,9%	8,2%	27,7%	12,2%	-7,0%	9,4%	45,0%	9,6%
Nickel	-33,0%	-21,9%	-33,0%	-16,9%	-33,6%	-12,9%	-27,9%	-12,0%
Agenti asmatici	-30,0%	-11,6%	-1,0%	15,8%	-21,6%	-7,1%	9,6%	12,1%
<b>Comportamentali</b>								
Alcol	-16,3%	-2,7%	-21,6%	-3,5%	-13,0%	-7,9%	-16,5%	-8,8%
Consumo di droga	23,6%	16,1%	26,9%	22,4%	18,5%	6,0%	9,4%	1,2%
Bassa attività fisica	2,5%	0,4%	2,3%	0,7%	3,3%	0,0%	2,6%	0,3%
Fumo	-13,6%	-18,0%	19,3%	-16,4%	-24,2%	-20,9%	6,6%	-11,1%
Dieta ricca in grassi trans	9,0%	-9,6%	9,0%	-10,1%	9,9%	-9,0%	7,9%	-9,2%
Dieta ricca in sodio	-3,1%	1,5%	-5,6%	1,3%	-7,9%	-2,5%	-6,5%	-0,9%
Dieta ricca in bevande dolci	7,1%	1,5%	11,2%	3,0%	4,2%	1,3%	8,6%	-0,1%
<b>Metabolici</b>								
Iperensione arteriosa	23,5%	-9,7%	-27,6%	-6,2%	-23,8%	-14,1%	-35,0%	-10,6%
Alterata glicemia a digiuno	-5,7%	9,9%	-1,7%	12,3%	2,9%	4,8%	-1,8%	9,3%
Alto indice di massa corporea	18,6%	6,7%	41,2%	10,5%	15,6%	5,8%	30,3%	10,9%

(Continua)



Tabella 5b.2. (Segue)

	Regno Unito				Svezia			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015	1990-2005	2005-2015
<b>Ambientali</b>								
Inquinamento da particolato	-12,6%	0,7%	-12,6%	0,7%	-29,6%	24,5%	-29,6%	24,5%
<b>Occupazionali</b>								
Piombo	-31,2%	-47,6%	-32,3%	-48,9%	-26,3%	-42,8%	-23,2%	-40,8%
Amianto	169,3%	9,0%	52,0%	8,5%	17,7%	0,4%	-45,7%	-1,3%
Benzene	8,2%	19,6%	26,2%	22,0%	4,3%	17,6%	6,5%	15,0%
Diesel	-8,1%	12,0%	-6,5%	19,1%	5,9%	15,2%	32,4%	10,1%
Nickel	-38,6%	-23,2%	-37,2%	-22,1%	-32,3%	-26,0%	-29,5%	-22,6%
Agenti asmatici	-27,1%	-15,8%	-7,2%	-1,5%	-34,3%	-12,6%	17,1%	8,2%
<b>Comportamentali</b>								
Alcol	-1,3%	-1,9%	-1,6%	-1,6%	6,9%	-4,7%	7,1%	-4,6%
Consumo di droga	46,9%	18,8%	32,4%	12,2%	75,1%	26,8%	51,1%	7,7%
Bassa attività fisica	6,9%	0,2%	5,1%	0,6%	1,0%	3,3%	1,1%	2,8%
Fumo	-26,9%	-24,5%	-5,0%	-24,0%	-36,0%	-35,3%	-18,7%	-38,2%
Dieta ricca in grassi trans	0,8%	-2,6%	-0,4%	-2,0%	-14,6%	14,8%	-18,9%	14,5%
Dieta ricca in sodio	-6,5%	-1,4%	-7,1%	-1,5%	-1,6%	0,2%	-2,0%	0,2%
Dieta ricca in bevande dolci	7,0%	1,1%	5,8%	2,4%	11,6%	-1,0%	10,3%	2,9%
<b>Metabolici</b>								
Ipertensione arteriosa	-28,5%	-10,9%	-37,5%	-22,1%	-9,3%	2,0%	-17,1%	1,2%
Alterata glicemia a digiuno	3,5%	7,4%	-2,3%	7,8%	22,6%	7,3%	25,1%	11,2%
Alto indice di massa corporea	25,0%	2,9%	23,8%	2,8%	22,6%	7,3%	25,1%	11,2%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

molto più alti. Per quanto riguarda il fumo, la SEV diminuisce in tutti i Paesi, tranne che in Germania e Francia, dove cresce per le donne nel periodo 1990-2005, e in Grecia, dove cresce, sempre per le donne, in entrambi i periodi considerati; in Italia si registra la riduzione più bassa nel periodo 2005-2015. Circa i rischi alimentari, l'Italia è l'unico Paese, assieme alla Germania, a presentare una SEV in diminuzione per tutti i fattori nel periodo 2005-2015. La SEV per bassa attività fisica cresce moderatamente un po' ovunque, tranne che in Grecia nel periodo 1990-2005. Da ultimo, per i metabolici la SEV per alto indice di massa corporea diminuisce per entrambi i sessi nel periodo 2005-2015 in Spagna e Grecia, con una inversione di tendenza rispetto al 1990-2005, esattamente come avviene in Italia; negli altri Paesi si registra un aumento in entrambi i periodi. Con la sola eccezione della Svezia, la SEV per ipertensione arteriosa diminuisce ovunque e in entrambi i periodi, come in Italia. Risalta, però, il dato sulla SEV per alterata

glicemia a digiuno nel nostro Paese, l'unico in cui cresce in entrambi i periodi.

### 5b.5. Il peso dei fattori di rischio in Italia. Mortalità e DALYs

Dall'analisi del peso attribuibile ai fattori di rischio in Italia emergono, in particolare, due andamenti. Il primo riguarda comportamentali e metabolici, che hanno il peso di gran lunga maggiore, pur in presenza di una riduzione tendenziale. Il secondo riguarda ambientali e occupazionali, il cui peso è molto minore ma la cui tendenza è verso una crescita considerevole. Le cause di ciò sono attribuibili ad alcuni dati di contesto: comportamenti a rischio e invecchiamento della popolazione nel primo caso, peggioramento della qualità dell'aria e delle condizioni di lavoro nel secondo. Al 2015, oltre la metà dei decessi e più di un terzo dei DALYs dipendono dai

Tabella 5b.3. Peso di tutti i fattori di rischio in Italia

	Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
Tutti	55,6%	-3,9%	36,7%	-3,5%
Comportamentali	37,5%	-5,2%	25,5%	-5,3%
Metabolici	33,8%	-6,8%	19,2%	-5,4%
Ambientali e occupazionali	9,0%	5,3%	6,1%	6,2%
di cui occupazionali*	1,9%	17,6%	2,8%	11,0%

\* Per la sua particolare rilevanza, si fornisce il dato disaggregato.

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

Tabella 5b.4. Peso di alcuni fattori di rischio comportamentali in Italia

	Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
Alimentazione	20,2%	-5,9%	11,3%	-4,8%
Fumo	14,5%	-3,2%	5,2%	-2,6%
Bassa attività fisica	4,4%	-4,1%	2,6%	-1,2%
Alcol	1,8%	-34,7%	2,5%	-28,1%
Consumo di droga	1,5%	4,4%	1,8%	-1,1%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

fattori rischio considerati, con una riduzione tendenziale tra 2005 e 2015. I dati al 2015 e per il periodo 2005-2015 sono riportati nella Tabella 5b.3<sup>15</sup>.

Nel dettaglio, i comportamentali causano il 37,5% e 25,5% di decessi e DALYs; i metabolici, il 33,8% e 19,2%. Decessi e DALYs per ambientali e occupazionali crescono del 5,3% e 6,2%, con la variazione degli occupazionali che raggiunge il 17,6% e l'11,0% rispettivamente.

Sempre a proposito di comportamentali e metabolici, si noti, inoltre, l'influenza dei primi sui secondi, come indicato dai seguenti dati sulla ripartizione del rischio per fasce d'età non riportati in tabella. Tra i 15 e i 49 anni, prevalgono i comportamentali, che determinano oltre il 50% di decessi e DALYs. Tra i 50 e i 64 anni, cominciano a crescere sia i metabolici, che quasi raddoppiano rispetto ai comportamentali, sia la combinazione comportamentali-metabolici, che cresce di circa il 10%. Oltre i 70 anni, i decessi dovuti alla combinazione comportamentali-metabolici si duplicano rispetto alla fascia di età precedente.

Si considerino, infine, i dati riportati nella Tabella 5b.4, relativi ad alcuni fattori di rischio comportamentali scelti in quanto rilevanti per le politiche di prevenzione. In particolare, rischi alimentari e fumo sono rispettivamente la prima e la seconda causa di decessi e DALYs, sebbene per entrambi si registri una riduzione; decessi e DALYs da consumo di alcol diminuiscono nettamente; l'unico dato in crescita è quello relativo ai decessi per consumo di droga.

## 5b.6. Il peso dei fattori di rischio in Europa. Mortalità e DALYs

L'Italia si colloca in una posizione intermedia tra i Paesi europei per quanto riguarda il peso di tutti i fattori di rischio al 2015 e nel periodo 2005-2015, come riportato nella Tabella 5b.5. Considerando in particolare le variazioni tendenziali per ciascuna categoria di fattori, l'Italia è quinta per decessi e DALYs relativi ai comportamentali, e terza per decessi e quarta per DALYs relativi

<sup>15</sup> Diversamente dall'analisi dei dati sulla SEV, si è scelto di analizzare i dati su mortalità e DALYs relativi al periodo 2005-2015, isolando quelli al 2015

Tabella 5b.5. Peso di tutti i fattori di rischio in Europa

	Spagna				Grecia			
	Decessi		DALYs		Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
<b>Tutti</b>	49,0%	-7,9%	35,8%	-8,9%	61,0%	-2,8%	42,4%	-2,4%
Comportamentali	33,2%	-10,5%	25,4%	-11,6%	40,9%	-5,4%	29,9%	-4,4%
Metabolici	28,8%	-8,0%	16,4%	-9,4%	39,4%	-0,9%	23,2%	0,1%
Ambientali-occupazionali	6,6%	-11,0%	5,2%	-9,0%	8,5%	4,9%	6,4%	3,4%
<i>di cui occupazionali</i>	1,2%	-7,2%	2,8%	0,5%	1,3%	-7,9%	2,5%	-3,6%
	Francia				Germania			
	Decessi		DALYs		Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
<b>Tutti</b>	48,1%	-3,3%	35,0%	-2,9%	57,9%	-3,2%	41,1%	-3,0%
Comportamentali	32,6%	-5,4%	25,6%	-4,6%	37,4%	-6,9%	28,3%	-6,3%
Metabolici	26,3%	-2,1%	15,0%	-0,1%	36,6%	-2,7%	21,0%	-1,3%
Ambientali-occupazionali	6,4%	-2,9%	4,4%	-6,4%	7,2%	-1,0%	5,5%	-1,3%
<i>di cui occupazionali</i>	1,7%	1,3%	2,2%	-7,0%	1,6%	13,0%	2,6%	2,5%
	Regno Unito				Svezia			
	Decessi		DALYs		Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
<b>Tutti</b>	52,6%	-6,0%	37,4%	-6,4%	52,7%	-2,8%	36,8%	-4,9%
Comportamentali	38,7%	-6,8%	28,0%	-7,9%	36,2%	-4,7%	25,6%	-7,3%
Metabolici	26,4%	-11,7%	16,2%	-11,1%	34,7%	-3,8%	19,8%	-6,1%
Ambientali-occupazionali	9,0%	-1,2%	5,9%	-4,7%	4,4%	8,3%	3,7%	2,7%
<i>di cui occupazionali</i>	3,3%	20,5%	3,1%	7,1%	1,1%	8,9%	2,1%	3,1%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

ai metabolici, seconda per decessi e prima per DALYs relativi ad ambientali e occupazionali.

Il confronto coi Paesi europei offre lo spunto per approfondire le cause socio-economiche dei fattori di rischio, anche alla luce del vivace dibattito in corso sull'argomento. Attualmente, i contributi teorici maggiormente accreditati (Stringhini S. et al., 2017) individuano nel contesto socio-economico una causa che incide pesantemente sulla salute. Più esso è degradato, più alti sono i fattori di rischio, perché più si è portati ad assumere stili di vita poco salutari, scontando gli effetti di ciò che viene chiamato "divario di potenzialità" nell'agire responsabilmente per il proprio benessere.

Si noti, a questo proposito, il dato complessivo sul peso dei fattori di rischio. Pur in presenza di un peggioramento generalizzato del contesto socio-economico, in tutti i Paesi analizzati si registra una diminuzione di decessi e DALYs per tutti i fattori. Tuttavia, in Grecia,

dove il peggioramento del contesto socio-economico è più accentuato, con un'alta percentuale di individui in condizioni di grave deprivazione e una forte disuguaglianza di reddito, la diminuzione di decessi e DALYs da tutti i fattori di rischio è minore che altrove.

D'altra parte, i dati su alcuni comportamentali, riportati nella Tabella 5b.6, parrebbero confermare la validità di un altro approccio teorico, secondo il quale, la crisi economica e il risanamento finanziario avrebbero spinto verso comportamenti più virtuosi (Karanikolos M. et al., 2013). Si noti come nella stessa Grecia diminuisca l'incidenza di comportamenti a rischio quali il consumo di alcol e quello di droga, quest'ultimo in crescita in tutti gli altri Paesi, e come in Spagna, anch'essa colpita dall'austerità, si riduca più che altrove il peso di tutti i fattori e in particolar modo proprio dei comportamentali, soprattutto fumo, bassa attività fisica e alimentari.

Quanto all'Italia, essa presenta un contesto simile

Tabella 5b.6. Peso di alcuni fattori di rischio comportamentali in Europa

	Alimentazione				Fumo			
	Decessi		DALYs		Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
Spagna	16,1%	-9,1%	9,1%	-11,7%	13,5%	-15,1%	9,6%	-16,2%
Grecia	21,7%	-2,5%	12,7%	-1,9%	18,8%	-8,1%	13,9%	-2,7%
Francia	14,9%	-3,6%	8,2%	-2,2%	12,7%	-7,7%	9,7%	-5,8%
Germania	20,0%	-8,4%	11,3%	-6,8%	14,1%	-5,5%	10,6%	-4,4%
Regno Unito	17,0%	-11,9%	9,8%	-13,6%	19,4%	-6,3%	11,7%	-11,4%
Svezia	21,7%	-6,1%	11,3%	-8,0%	11,6%	-7,9%	7,7%	-15,0%
Italia	20,2%	-5,9%	11,3%	-4,8%	14,5%	-3,2%	5,2%	-2,6%
	Bassa attività fisica				Alcol			
	Decessi		DALYs		Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
Spagna	3,6%	-5,6%	2,1%	-5,8%	3,0%	-19,9%	3,6%	-22,6%
Grecia	4,2%	-0,9%	2,5%	1,7%	1,9%	-31,9%	3,0%	-24,3%
Francia	3,6%	-1,8%	2,0%	1,8%	4,0%	-16,0%	5,3%	-13,9%
Germania	3,9%	-6,8%	2,3%	-2,4%	2,7%	-18,1%	4,1%	-18,2%
Regno Unito	4,3%	-11,4%	2,6%	-11,0%	1,9%	6,0%	2,9%	-7,5%
Svezia	4,5%	-4,9%	2,6%	-5,9%	1,7%	-7,2%	2,6%	-13,0%
Italia	4,4%	-4,1%	2,6%	-1,2%	1,8%	-34,7%	2,5%	-28,1%
	Droga							
	Decessi		DALYs		Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
Spagna	1,1%		13,6%		1,8%		5,4%	
Grecia	0,5%		-9,5%		1,1%		-9,7%	
Francia	1,1%		16,7%		1,5%		14,5%	
Germania	0,8%		6,4%		1,3%		1,0%	
Regno Unito	1,1%		21,9%		2,4%		18,3%	
Svezia	0,8%		29,1%		1,6%		30,9%	
Italia	1,5%		4,4%		1,8%		-1,1%	

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

a quello di altri Paesi mediterranei e al tempo stesso una tendenza verso comportamenti virtuosi (Karaniolos M. et al., 2016), a conferma, si potrebbe ipotizzare, di una sostanziale validità di entrambi gli approcci teorici richiamati. Il dato italiano su decessi e DALYs da tutti i fattori è intermedio rispetto a quelli di Spagna e Grecia. L'Italia è seconda alla sola Grecia per quanta riguarda il consumo di droga, mentre registra la riduzione più forte tra tutti i Paesi relativamente al consumo di alcol.

Infine, un ulteriore approccio enfatizza l'influenza dei livelli di istruzione, rispetto al reddito, sui comportamenti a rischio (Sorts C. et al., 2017). A questo proposito, si prenda nuovamente in considerazione il caso della Spagna rispetto a quello italiano. In Spagna, dove la disu-

guaglianza di reddito è più alta che in Italia ma lo è anche il livello d'istruzione, diminuisce in maniera consistente il peso di tutti i comportamentali, con la sola eccezione del consumo di droga, mentre in Italia, ad esempio, la riduzione di decessi e DALYs da fumo, un fattore che presumibilmente risente del livello d'istruzione, è il più basso d'Europa.

### 5b.7. Il peso dei fattori di rischio in Italia. Mortalità e DALYs per alcune malattie

Un esame più particolareggiato, volto a mostrare il peso di alcuni fattori di rischio su alcune malattie, è sin-

tetizzato nella Tabella 5b.7. La tabella è organizzata per gruppi di malattie causate dallo stesso fattore e riporta quelle che presentano le variazioni più significative, sia al 2015 sia nel periodo 2005-2015.

Tra gli ambientali, il particolato ha effetti prevalenti sulle malattie respiratorie ma anche su quelle cerebro e cardiovascolari. Al 2015 i dati più significativi riguardano i decessi per broncopneumopatia cronica e i DALYs per le infezioni alle basse vie respiratorie. Risaltano gli incrementi percentuali registrati tra 2005 e 2015 su tutte le malattie selezionate.

Il più significativo tra gli occupazionali è l'amianto, che pesa molto sul mesotelioma, ad esso direttamente collegato, ma anche su alcune neoplasie delle vie respiratorie. Ciononostante, la variazione di decessi e DALYs relativi al mesotelioma è modesta, mentre è rilevante quella relativa alle altre malattie, in special modo il cancro alle ovaie.

Circa i comportamentali, il fumo ha un peso rilevante su decessi e DALYs per cancro ai polmoni, bronchi e trachea, cancro nasofaringeo e broncopneumopatia cronica. Esso influenza, ma meno, altre neoplasie e le malattie cardio e cerebrovascolari. Tuttavia, la crescita di decessi e DALYs è modesta per molte malattie e finanche negativa nel caso di quelle cardio e cerebrovascolari<sup>16</sup>. Per quanto riguarda il consumo di alcol, è degno di nota il dato positivo relativo alla cardiopatia ipertensiva, con i decessi ad essa collegati che diminuiscono di ben il 497% e con i DALYs che si riducono del 69,9%. Anche i decessi e DALYs relativi alle altre malattie diminuiscono, con la sola eccezione dell'ischemia cerebrale. Quanto al consumo di droga, le malattie ad esso collegate, quali epatite C e cancro al fegato, cirrosi ed altre malattie correlate, spiegano più della metà dei decessi e DALYs, che registrano un discreto aumento<sup>17</sup>. Quanto ai rischi alimentari, si notino la diminuzione di decessi e DALYs

per le malattie cardio e cerebrovascolari e per il diabete mellito, e non si trascuri il dato al 2015 sul cancro al colon retto, sebbene la variazione sia esigua. Infine, la bassa attività fisica ha un discreto peso su decessi e DALYs per diabete.

Tra i metabolici, l'alterata glicemia a digiuno incide prevalentemente su decessi e DALYs da malattie renali, sebbene anche in questo caso la variazione sia esigua; quella per malattie cardio e cerebrovascolari è invece negativa. L'ipertensione arteriosa provoca oltre la metà di decessi e DALYs per coronaropatia e circa la metà per cardiopatia reumatica, sebbene i dati di variazione siano negativi. Analogamente, sono negativi i dati di variazione relativi all'alto indice di massa corporea<sup>18</sup>, che provoca oltre un terzo di decessi e DALYs per ipertensione arteriosa e diabete mellito. Si notino infine decessi e DALYs per malattia vascolare periferica causata da basso tasso di filtrazione glomerulare, sebbene anche in questo caso i dati di variazione siano negativi.

## 5b.8. Conclusioni

Il presente contributo ribadisce la rilevanza dei fattori di rischio e quindi l'importanza della prevenzione. In Italia più della metà dei decessi e più di un terzo dei DALYs sono potenzialmente evitabili. Tra le cause dei fattori di rischio, invecchiamento e stili di vita inadeguati sono le più importanti, seguite dal peggioramento delle condizioni ambientali e di lavoro, responsabili, quest'ultime, di una crescita non trascurabile del peso dei fattori ambientali ed occupazionali, malgrado il calo degli occupati causato dalla crisi economica.

L'analisi del peso attribuibile ha mostrato l'importanza della SEV, misura dell'esposizione al rischio. Quest'ultima, se prolungata, comporta probabili aumenti di peso

<sup>16</sup> L'ultimo studio del GBD sulla stima della prevalenza standardizzata per età del fumo evidenzia una, seppur modesta, riduzione del dato sia per gli uomini che per le donne. Si veda, GBD 2015 Tobacco Collaborators *Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, The Lancet, Volume 389, Issue 10082, 1885 – 1906, 2017

<sup>17</sup> Anche in questo caso, c'è da chiedersi quanto il dato cambierebbe se si considerasse il consumo di droga da parte degli adolescenti

<sup>18</sup> Si noti, comunque, che nel periodo 1980-2015 la prevalenza, standardizzata per età, del sovrappeso e dell'obesità calcolata sulla popolazione adulta e infantile è aumentata. Si veda, GBD Obesity Collaborators, *Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years*, New England Journal of Medicine, June 12, 2017

Tabella 5b.7. Peso di alcuni fattori di rischio per malattia in Italia

	Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
<b>Ambientali: particolato</b>				
Infezioni alle basse vie respiratorie	16,5%	33,8%	16,5%	33,8%
Cancro ai polmoni, bronchi e trachea	11,6%	35,6%	11,6%	35,6%
Coronaropatia	12,5%	9,2%	13,8%	8,8%
Ischemia cerebrale	8,9%	14,4%	9,2%	13,3%
Emorragia cerebrale	9,5%	12,7%	10,8%	12,4%
Broncopneumopatia cronica	17,9%	24,4%	17,7%	27,4%
<b>Occupazionali: amianto</b>				
Cancro laringeo	2,4%	63,3%	1,7%	48,1%
Cancro ai polmoni, bronchi e trachea	24,3%	24,6%	19,7%	22,1%
Cancro alle ovaie	1,4%	32,4%	0,9%	28,9%
Mesotelioma	84,8%	4,9%	78,8%	5,3%
<b>Comportamentali: fumo</b>				
Cancro nasofaringeo	63,8%	1,9%	60,4%	1,0%
Cancro orofaringeo	57,2%	0,9%	57,8%	-1,5%
Cancro stomaco	16,6%	2,8%	16,8%	-2,0%
Cancro polmoni, bronchi e trachea	81,3%	0,4%	81,0%	-0,5%
Cancro ai reni	21,6%	0,3%	21,7%	-3,4%
Cancro vescica	38,3%	2,6%	38,4%	-1,4%
Broncopneumopatia cronica	72,3%	5,7%	70,7%	3,6%
Sarcoidosi polmonare	19,9%	5,4%	19,5%	1,1%
Coronaropatia	9,6%	-17,1%	16,1%	-12,0%
Ischemia cerebrale	6,8%	-15,2%	10,4%	-13,6%
Emorragia cerebrale	9,3%	-17,5%	15,9%	-12,7%
Cardiopatia ipertensiva	6,0%	-15,9%	9,2%	-14,9%
<b>Comportamentali: alcol</b>				
Cancro alle labbra e cavità orale	31,0%	-17,4%	35,6%	-14,0%
Cardiopatia ipertensiva	-2,0%	-497,0%	1,4%	-69,9%
Ischemia cerebrale	-4,8%	17,5%	-4,5%	21,3%
Emorragia cerebrale	8,2%	-20,2%	10,1%	-18,6%
Diabete mellito	-15,1%	-5,3%	-14,4%	-5,5%
<b>Comportamentali: droga</b>				
Epatite C	57,0%	17,4%	62,8%	11,2%
Cancro fegato per epatite C	62,0%	14,5%	68,0%	11,6%
Cirrosi ed altre malattie croniche da epatite C	60,9%	9,3%	69,6%	6,9%
<b>Comportamentali: alimentazione</b>				
Coronaropatia	13,5%	-0,3%	9,4%	7,3%
Ischemia cerebrale	4,9%	-5,6%	6,5%	-6,1%
Emorragia cerebrale	6,6%	-7,5%	9,4%	-6,1%
Cancro colon retto	13,6%	0,2%	13,8%	0,2%
Diabete mellito	2,5%	-10,0%	4,2%	-3,3%
<b>Comportamentali: bassa attività fisica</b>				
Coronaropatia	11,6%	-1,0%	12,3%	-1,1%
Ischemia cerebrale	13,4%	0,7%	14,0%	-1,1%
Malattia cronica renale da glomerulonefrite	36,1%	0,4%	34,5%	3,5%
Diabete mellito	22,2%	1,1%	20,3%	0,6%

(Continua)

Tabella 5b.7. (Segue)

	Decessi		DALYs	
	2015	Variazione 2005-2015	2015	Variazione 2005-2015
<b>Metabolici: alterata glicemia a digiuno</b>				
Coronaropatia	16,9%	0,0%	17,8%	1,1%
Ischemia cerebrale	13,7%	-2,1%	15,1%	-1,8%
Emorragia cerebrale	13,3%	-3,6%	15,5%	-1,5%
Glomerulonefrite	36,1%	0,4%	34,5%	3,5%
Malattie renali varie	35,2%	1,9%	34,3%	4,6%
<b>Metabolici: ipertensione arteriosa</b>				
Emorragia cerebrale	51,5%	-8,9%	54,4%	-7,9%
Altre malattie cardiovascolari e circolatorie	34,0%	-13,0%	39,0%	-10,9%
Ischemia cerebrale	41,6%	10,7%	45,1%	10,4%
Coronaropatia	50,2%	-8,9%	52,7%	-0,8%
Cardiopatia reumatica	24,4%	11,9%	25,6%	-10,7%
<b>Metabolici: alto indice di massa corporea</b>				
Ischemia cerebrale	7,1%	-19,0%	11,6%	-18,0%
Emorragia cerebrale	12,0%	-23,5%	21,8%	-17,8%
Ipertensione arteriosa	36,5%	-6,1%	39,0%	-7,4%
Diabete mellito	33,9%	-11,5%	45,9%	-8,8%
Coronaropatia	14,4%	-14,1%	19,0%	-13,3%
<b>Metabolici: basso tasso di filtrazione glomerulare</b>				
Coronaropatia	8,7%	0,0%	7,7%	1,4%
Ischemia cerebrale	8,8%	-0,2%	8,5%	0,3%
Emorragia cerebrale	8,5%	1,0%	7,7%	2,7%
Malattia vascolare periferica	13,5%	-4,4%	14,3%	-3,4%

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

dei fattori. Tendenze ventennali in crescita della SEV rappresentano veri e propri segnali di allarme. Ne sono un esempio, i dati su consumo di droga, alterata glicemia a digiuno e amianto. D'altra parte, una SEV in ventennale diminuzione rappresenta un segnale incoraggiante, come nei casi di fumo, alcol e ipertensione arteriosa, per i quali sembra quindi confermata l'efficacia degli interventi attuati e la necessità di un loro prolungamento.

Nel confronto con i Paesi europei, a parte le specificità demografiche di ciascuno, si conferma altresì l'importanza del contesto socio-economico per l'andamento dei fattori di rischio, e si evidenzia il merito di approcci teorici diversi, anche tra loro contrapposti. Al riguardo, il caso della Grecia dove si registra una riduzione del peso dei fattori minore che altrove, è un esempio degli effetti negativi di un contesto socio-economico deteriorato. Il caso della Spagna, invece, parrebbe suggerire che il ridimensionamento del bilancio delle famiglie, causato dalla crisi, possa spingere verso comportamenti virtuosi in grado di ridurre il peso dei fattori, e inoltre che livelli di

istruzione adeguati potrebbero garantire una riduzione del peso dei fattori, anche in presenza di un peggioramento delle condizioni economiche. I diversi approcci teorici si applicano pure all'Italia, che si colloca in una posizione intermedia, per contesto socio-economico e risultati sui comportamenti, tra gli altri due Paesi mediterranei.

Per quanto riguarda le malattie, in Italia si segnala l'unico dato che evidenzia una tendenza alla riduzione del peso: quello relativo alle malattie cardio e cerebrovascolari.

Ne discendono alcune considerazioni sulle possibili misure di prevenzione mirate alla riduzione del peso dei fattori di rischio. Non solo appaiono indispensabili le campagne di informazione e sensibilizzazione, che incidono sugli stili di vita; occorrerebbe anche intervenire in materia mirata sull'ambiente, sulle condizioni di lavoro, sui livelli di istruzione, e, al tempo stesso, non andrebbero persi di vista gli squilibri strutturali.

Tra gli interventi auspicabili, infine, ce n'è uno che riguarda lo stesso GBD. Sarebbe opportuno che esso

disponesse, anche per l'Italia, di dati nazionali disaggregati per Regione, come già avviene, ad esempio, per il Regno Unito. Tali dati, forniti al GBD dall'autorità nazionale competente, sarebbero utili a comprendere il ruolo svolto dal contesto socio-economico, anche in considerazione dei pronunciati squilibri regionali presenti nel nostro Paese, e a specificare le priorità in materia di competenza delle singole Regioni e quelle indicate nel Piano nazionale della prevenzione.

## Riferimenti bibliografici

- Cohen A.J. et al. (2015), *Estimates and 25-years trends of the global burden of disease attributable to ambient air pollution: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study*, The Lancet, Volume 389, Issue 10082, 1907–1918
- Eurostat, Database, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- GBD 1: GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016), *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*, The Lancet, 2016, Volume 388, Issue 10053, 1659–1724
- GBD Tobacco Collaborators (2017), *Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*, The Lancet, 2017, Volume 389, Issue 10082, 1885–1906
- GBD Obesity Collaborators (2017), *Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years*, New England Journal of Medicine, June 6
- Istat (2017), *Indicatori demografici*, [http://www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici\\_2016.pdf](http://www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf)
- Istat, Noi Italia, (2017), <http://noi-italia.istat.it>
- Karanikolos M. et al. (2013), *Financial crisis, austerity, and health in Europe*, The Lancet, Volume 381, Issue 9874, 1323–1331
- OMS (1948), Costituzione
- Sorts C. et al. (2017), *Socioeconomic inequality of diabetes patients' health care utilization in Denmark*, Health Economics Review, Volume 7, Issue 1
- Stringhini S. et al. (2017), *Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1-7 million men and women*, The Lancet, Volume 389, Issue 10075, 1229–1237



## APPENDICE

Tabella A. PAF standardizzata per età nel 2015. Italia vs Europa

	Italia				Spagna			
	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs
<b>Tutte le malattie</b>	54,9%	50,5%	17,6%	31,8%	49,6%	49,0%	21,9%	33,7%
Infezioni delle basse vie respiratorie	43,4%	48,7%	44,9%	48,6%	35,6%	43,6%	40,7%	43,6%
Neoplasie (tutte)	44,0%	42,5%	24,8%	41,4%	43,3%	44,3%	26,3%	43,0%
Cancro della cavità orale	72,6%	73,7%	70,3%	73,5%	71,9%	77,3%	71,4%	76,8%
Cancro nasofaringeo	76,1%	72,8%	74,0%	72,8%	77,4%	78,1%	79,9%	78,2%
Cancro esofago	77,6%	78,4%	77,1%	78,3%	80,8%	83,4%	80,9%	83,4%
Cancro al fegato	72,7%	74,9%	71,6%	74,8%	66,2%	70,8%	68,2%	70,7%
Cancro polmoni e trachea	88,6%	87,6%	87,2%	87,6%	85,8%	86,7%	85,4%	86,7%
Mesotelioma	82,1%	74,8%	80,5%	75,0%	68,9%	59,6%	69,2%	59,8%
Malattie cardiovascolari	80,6%	83,1%	72,7%	82,0%	76,7%	79,9%	68,8%	78,2%
Coronaropatia	92,7%	94,2%	92,7%	94,1%	92,5%	94,2%	92,5%	94,1%
Cerebrovascolari	79,2%	83,7%	85,8%	83,9%	78,2%	83,0%	84,7%	83,2%
Arteriopatia periferica	51,1%	56,4%	59,7%	57,6%	49,7%	55,4%	57,6%	56,2%
Broncopneumopatia cronica (BPCO)	79,9%	79,3%	64,3%	75,4%	63,9%	68,6%	55,6%	66,7%
Cirrosi e altre malattie da epatite C	81,7%	86,3%	71,5%	85,9%	63,4%	73,4%	62,5%	73,1%
Diabete, malattie urogenitali ed endocrine	82,6%	72,8%	51,0%	58,1%	71,7%	64,3%	58,6%	60,6%
Mal di schiena e collo	n.d.	n.d.	10,1%	10,1%	n.d.	n.d.	15,3%	15,3%
	Grecia				Francia			
	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs
<b>Tutte le malattie</b>	60,6%	57,3%	20,7%	38,0%	49,0%	48,4%	18,8%	32,5%
Infezioni delle basse vie respiratorie	48,0%	54,5%	47,9%	54,4%	36,7%	43,4%	40,4%	43,4%
Neoplasie (tutte)	45,2%	45,3%	27,1%	44,2%	46,0%	48,1%	23,2%	46,1%
Cancro della cavità orale	73,9%	77,1%	73,0%	76,9%	82,3%	85,7%	80,5%	85,3%
Cancro nasofaringeo	81,9%	80,3%	79,8%	80,3%	82,9%	83,7%	84,5%	83,8%
Cancro esofago	80,3%	82,4%	80,1%	82,4%	83,5%	86,3%	83,3%	86,3%
Cancro al fegato	63,1%	65,3%	60,1%	65,2%	75,4%	77,5%	75,7%	77,5%
Cancro polmoni e trachea	88,4%	88,3%	87,5%	88,3%	88,9%	89,9%	88,7%	89,9%
Mesotelioma	69,1%	59,4%	65,3%	59,4%	82,1%	74,6%	81,5%	74,7%
Malattie cardiovascolari	84,4%	87,3%	75,8%	86,5%	75,2%	79,3%	65,6%	77,1%
Coronaropatia	93,3%	94,9%	92,5%	94,8%	92,7%	94,7%	92,7%	94,6%
Cerebrovascolari	80,4%	84,5%	85,6%	84,5%	78,7%	84,6%	84,5%	84,6%
Arteriopatia periferica	54,2%	59,7%	61,7%	61,3%	47,2%	54,0%	54,7%	54,3%
Broncopneumopatia cronica (BPCO)	75,6%	76,5%	64,8%	71,5%	76,5	69,5%	74,2%	56,7%
Cirrosi e altre malattie da epatite C	65,5%	74,1%	68,0%	73,8%	81,2%	85,2%	78,4%	85,0%
Diabete, malattie urogenitali ed endocrine	82,5%	76,0%	53,4%	60,2%	69,1%	60,8%	55,4%	57,0%
Mal di schiena e collo	n.d.	n.d.	15,9%	15,9%	n.d.	n.d.	n.d.	12,1%
	Germania				Regno Unito			
	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs
<b>Tutte le malattie</b>	57,3%	53,7%	21,7%	36,5%	52,5%	49,7%	20,7%	34,4%
Infezioni delle basse vie respiratorie	39,3%	44,6%	41,7%	44,6%	37,4%	42,2%	39,2%	42,2%
Neoplasie (tutte)	43,3%	44,2%	26,3%	43,0%	46,8%	44,3%	28,2%	43,3%
Cancro della cavità orale	79,2%	81,0%	79,5%	80,9%	76,5%	75,6%	74,6%	75,6%
Cancro nasofaringeo	81,4%	80,5%	79,4%	80,5%	77,3%	74,6%	75,9%	74,7%
Cancro esofago	83,0%	84,4%	83,7%	84,4%	82,3%	82,0%	82,2%	82,0%
Cancro al fegato	76,0%	77,8%	76,2%	77,8%	78,6%	76,5%	75,2%	76,5%

(Continua)

Tabella A. (Segue)

	Germania				Regno Unito			
	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs
Cancro polmoni e trachea	88,2%	88,2%	87,7%	88,2%	91,3%	89,4%	90,5%	89,4%
Mesotilioma	82,6%	75,1%	81,3%	75,3%	90,5%	84,5%	90,1%	84,6%
Malattie cardiovascolari	82,3%	83,2%	71,9%	82,1%	79,6%	82,7%	74,4%	81,6%
Coronaropatia	93,9%	95,0%	93,2%	94,9%	93,8%	95,4%	93,8%	95,3%
Cerebrovascolari	81,9%	85,4%	85,3%	85,4%	80,0%	84,7%	83,5%	84,5%
Arteriopatia periferica	55,5%	59,6%	60,6%	59,8%	48,9%	53,3%	55,0%	53,8%
Broncopneumopatia cronica (BPCO)	72,4%	78,1%	66,2%	74,4%	74,5%	70,0%	22,6%	43,6%
Cirrosi e altre malattie da epatite C	78,0%	83,2%	80,9%	83,2%	89,2%	90,9%	89,1%	90,9%
Diabete, malattie urogenitali ed endocrine	76,7%	68,1%	62,3%	64,6%	52,6%	47,3%	43,9	44,9%
Mal di schiena e collo	12,1%	n.d.	15,2%	15,2%	n.d.	n.d.	16,2%	16,2%
	Svezia							
	Decessi	YLLs	YLDs	DALYs				
<b>Tutte le malattie</b>	52,0%	48,1%	22,1%	33,4%				
Infezioni delle basse vie respiratorie	33,7%	36,8%	33,5%	36,7%				
Neoplasie (tutte)	34,3%	33,5%	20,3%	32,5%				
Cancro della cavità orale	68,7%	68,9%	68,4%	68,8%				
Cancro nasofaringeo	69,0%	66,0%	69,0%	66,2%				
Cancro esofago	73,8%	74,1%	74,0%	74,1%				
Cancro al fegato	68,9%	69,1%	67,0%	69,1%				
Cancro polmoni e trachea	81,6%	80,0%	80,6%	80,0%				
Mesotilioma	80,2%	72,5%	80,1%	72,7%				
Malattie cardiovascolari	80,7%	82,4%	69,8%	80,9%				
Coronaropatia	92,5%	93,9%	92,7%	93,9%				
Cerebrovascolari	79,5%	83,7%	85,1%	83,9%				
Arteriopatia periferica	53,0%	56,6%	61,3%	58,6%				
Broncopneumopatia cronica (BPCO)	70,5%	70,3%	58,2%	64,2%				
Cirrosi e altre malattie da epatite C	8240,0%	86,2%	82,5%	86,1%				
Diabete, malattie urogenitali ed endocrine	75,4%	74,9%	60,7%	64,3%				
Mal di schiena e collo	n.d.	n.d.	14,0%	14,0%				

Fonte: elaborazione su dati GBD 2015

## ENGLISH SUMMARY

### *Mortality and DALYs caused by risk factors*

*By risk factors we mean any cause of disease or injury which can be modified. Hence data on exposure to risk factors and their impact on mortality and health conditions are fundamental to define health policies and prevention policies, in particular.*

*By processing the data provided by the Global Burden of Disease (GBD), this analysis aims at assessing how health in Italy is changing together with the exposure to risk factors, which are examined in relation to inappropriate lifestyles, environmental and occupational conditions, as well as the aging of the population. The 1990-2015 period is considered.*

*In Italy the summary exposure value (SEV) measuring risk exposure is worsening with respect to some environmental and occupational factors and is improving with respect to some behavioural factors. An increase in particulate matter pollution is recorded, which could be caused by the failure to implement measures designed to contain urban pollution. A SEV variation is recorded for benzene, lead, nickel and diesel, probably due to the transformation of the Italian production structure, which is partly physiological and partly due to the recession faced in recent years. The data for asbestos is rising sharply. The SEV for alcohol and smoking and for some food-related risks is decreasing. The reasons may be the reduction of household budgets as a result of the economic crisis, but also increasing awareness of the problem that can lead to more virtuous behaviours. Finally, the metabolic factors affected by the aging of population, but also by the consequences of risk behaviours record a decreasing SEV in relation to arterial hypertension and an increasing SEV in relation to altered fasting glucose levels while, with respect to the high body mass index, SEV decreased only in the 2005-2015 period.*

*The comparison drawn with European countries shows that Italy's trends are generally in line with Mediterranean partners, albeit with some significant*

*exceptions. The SEV related to particulate matter pollution is similar to that in Greece and Sweden. Only in Greece is the SEV related to asbestos comparable to the Italian one. Italy ranks first in the reduction of SEV related to alcohol consumption, while it records the lowest decrease of smoking-related SEV. With specific reference to food-related risks, Italy is the only country, along with Germany, which records a declining SEV for all factors. The SEV related to low physical activity grows moderately everywhere, except for Greece. Finally, the SEV related to the high body mass index decreases in Spain and Greece, as well as in Italy, while it increases in the other countries. With the only exception of Sweden, the SEV related to arterial hypertension diminishes everywhere. Italy is the only country where the SEV related to altered fasting glucose levels records an increasing trend.*

*The analysis of the risk factor incidence shows that there are two trends in Italy. The first is related to behavioural and metabolic factors, which have a much greater weight, even though there is a tendency to reduction. The second regards environmental and occupational factors, the weight of which is much lower, although they show a tendency to considerable growth. The reasons are to be found in some context data: risk behaviours and aging of population in the first case; worsening of air quality and of working conditions in the second. Until 2015, over 50% of deaths and over one third of disability-adjusted life years (DALYs) depended on the risk factors considered, with a downward trend recorded between 2005 and 2015.*

*With specific reference to some behavioural risk factors, it should be noted that food and smoking risks are the first and second cause of deaths and DALYs, respectively, although a reduction is recorded for both of them. The alcohol-related deaths and DALYs decrease sharply and only the drug-related deaths increase.*

Finally, the heart and cerebrovascular diseases are the only risk factor-related diseases which tend to decrease.

The comparison drawn with European countries shows that Italy is a middle-ranking country. Considering the trend changes for each risk factor class, Italy ranks fifth in terms of deaths and DALYs related to behavioural risk factors. It ranks third and fourth, respectively, in terms of deaths and DALYs related to metabolic factors. It ranks second and first, respectively, in relation to deaths and DALYs related to environmental and occupational factors

The comparison with other countries provides the opportunity of delving into the socio-economic causes of risk factors. Currently the most authoritative experts deem that the socio-economic context is a factor affecting health significantly. The more it is deteriorated, the higher the risk factors. Although faced with a generalized worsening of the socio-economic context, in all the countries considered there is a decrease in deaths and DALYs related to all risk factors. Nevertheless in Greece, where the worsening of the socio-economic context is more marked, with a high percentage of individuals experiencing severe deprivation and remarkable income inequalities, the decline in deaths and DALYs related to all risk factors is lower than elsewhere. Moreover, the data on some behavioural factors seems to reaffirm the validity of another theoretical approach, whereby the economic crisis and the financial recovery have pushed to more virtuous behaviours. It should be noted that in Greece there is a decrease in the incidence of risk behaviours such as alcohol and drug use - the latter is growing in all the other countries. It is also worth noting that Spain - another country affected by austerity measures - records the highest reduction in the incidence of all risk factors and particularly the behavioural ones, such as smoking, low physical activity and food-related risks.

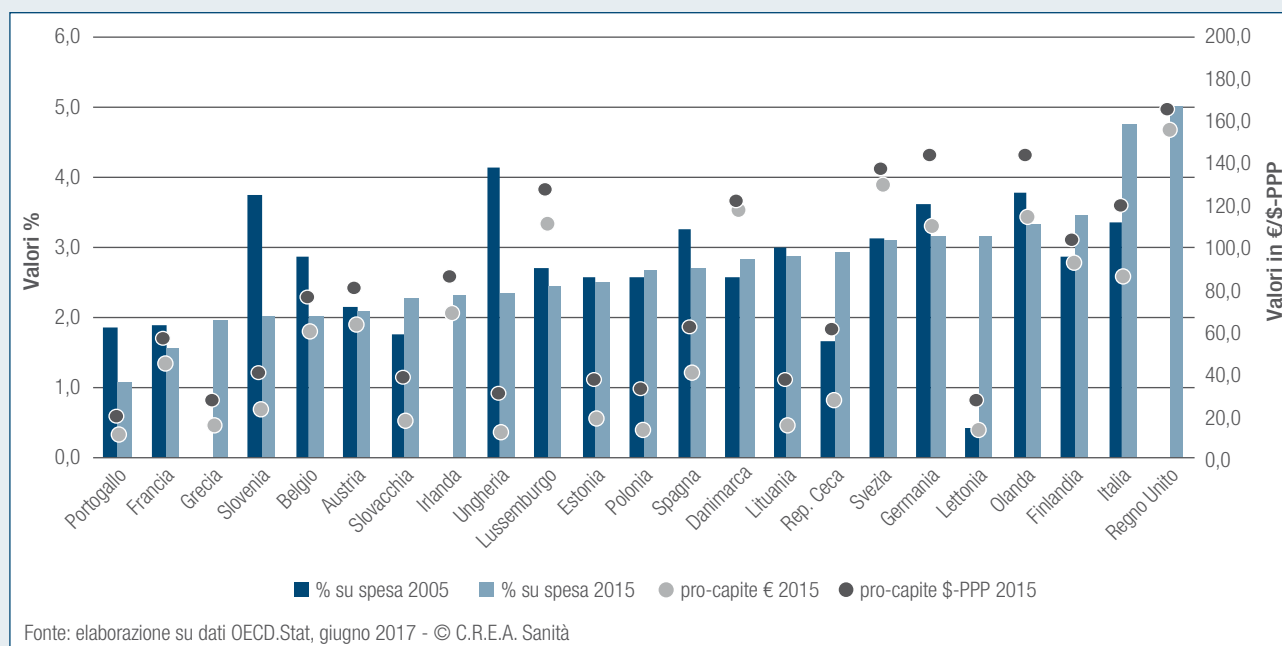
Italy has a context similar to the situation of other Mediterranean countries and, at the same time, it re-

records a tendency to virtuous behaviours. Hence this may reaffirm the substantial validity of both theoretical approaches considered. The Italian data and statistics on deaths and DALYs related to all risk factors show that Italy is a middle-ranking country compared to Spain and Greece. Italy is second only to Greece for drug use, while it records the highest reduction of all countries in terms of alcohol consumption.

Finally, a further approach emphasizes the influence of education levels on risk behaviours as against income. Let us consider again the case of Spain compared to Italy. In Spain, where income inequalities, but also the education level, are higher than in Italy, the incidence of all behavioural factors decreases significantly, with the only exception of drug use, while in Italy the reduction in deaths and DALYs related to smoking - a factor that is presumably affected by the education level - is the lowest in Europe.

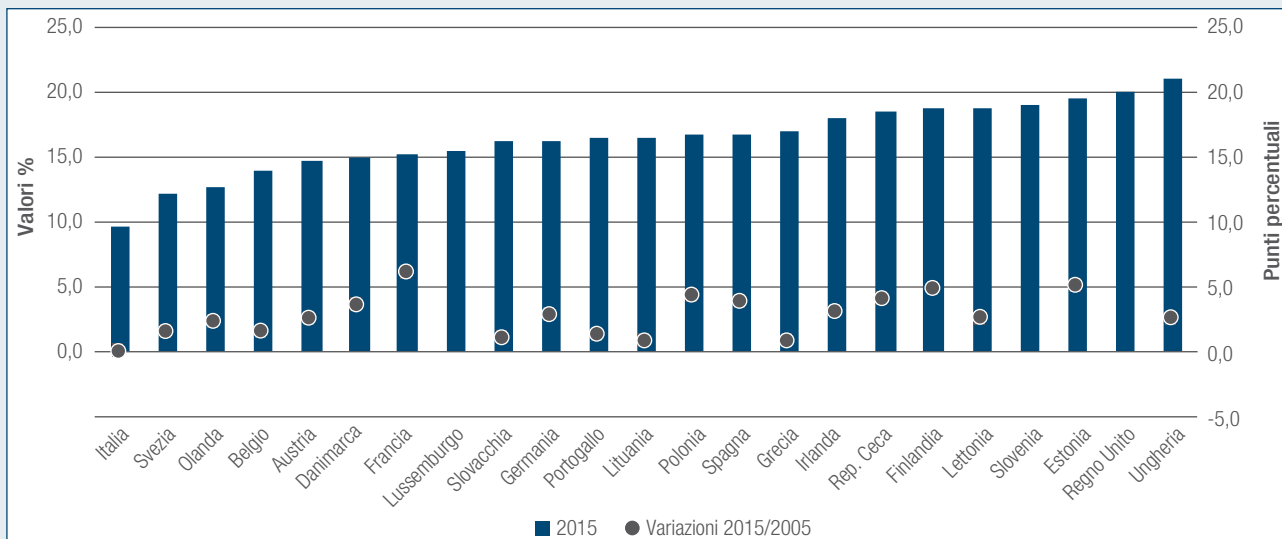
Hence some considerations can be made on the possible prevention measures. Not only do information and awareness-raising campaigns seem to be essential, but also targeted actions would be needed in relation to environment, working conditions and education levels, without losing sight of structural imbalances. Nor should the SEV analysis be disregarded. When prolonged, it may entail increased incidence of risk factors and growing 20-year trends are real signs of alarm. Data and statistics on drug use, altered fasting glucose and asbestos levels are a case in point.

Finally desirable interventions also include one relating to the GBD itself. It would be appropriate for it to have national data disaggregated by region also for Italy, as is already the case for the UK. These data and statistics would be useful to understand the role played by the socio-economic context, also in the light of the marked regional imbalances characterizing Italy, as well as to define the priorities regarding the individual regions' powers and competence and those set out in the National Prevention Plan.

**KI 5.1. Spesa pubblica corrente per programmi di prevenzione. Quota su spesa sanitaria pubblica corrente e pro-capite in EU**


Nel 2015 l'Italia, secondo l'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, giugno 2017), avrebbe destinato ai programmi pubblici di prevenzione il 4,8% della spesa pubblica corrente, dato prossimo alla quota, pari al 5,0%, fissata a livello nazionale per il livello essenziale di assistenza (LEA) attualmente denominato "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Il dato è da considerarsi con le dovute cautele e corregge le cifre diffuse in passato (si parlava di una percentuale dello 0,5%). Considerando i Paesi EU di cui si dispone del dato, nel 2015 l'Italia, in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica corrente, appare essere seconda solo al Regno Unito (che raggiunge il 5,0%). Nelle ultime posizioni della classifica, senza superare il 2,0%, si trovano Portogallo, Francia, Grecia, Slovenia e Belgio. Nell'ultimo decennio, poi, l'Italia è uno dei pochi Paesi dell'Europa occidentale a registrare un aumento dell'incidenza: +1,4 punti percentuali. Gli altri ad aver aumentato la spesa in prevenzione appartengono, infatti, in prevalenza all'Europa orientale: Slovacchia (+0,5 punti percentuali), Polonia (+0,1), Danimarca (+0,3), Repubblica Ceca (+1,3), Lettonia (+2,8) e Finlandia (+0,6). In termini assoluti, però, l'Italia risulta essere solo ottava, con una spesa pro-capite pari a € 87,1 contro, ad esempio, la spesa del Regno Unito che raggiunge € 157,3 e quella della Svezia pari a € 130,7. Superano la quota di € 100,0: Danimarca, Olanda, Lussemburgo e Germania. L'Italia resta sotto la media dell'Europa a 14 (€ 88,9), mentre supera quella dell'Europa a 28 (€ 77,7). Il valore medio pro-capite scende in maniera considerevole se si prendono in esame i Paesi dell'Europa orientale (€ 16,4): ne restano al di sotto Portogallo, Ungheria, Lettonia, Polonia, Lituania e Grecia. In altri termini, l'investimento in prevenzione è fortemente legato al reddito medio dei Paesi. La rilettura del dato espresso in \$-PPP (parità di potere di acquisto), modifica solo leggermente il quadro, con l'Italia che diventa settima con \$-PPP 119,8, superando marginalmente la media EU-14. Si avverte che i dati diffusi da OECD possono differire nel metodo di rilevazione tra i vari Paesi, e in alcuni anni sono possibili discontinuità nelle serie (per cui i dati potrebbero non essere totalmente comparabili tra un anno e l'altro).

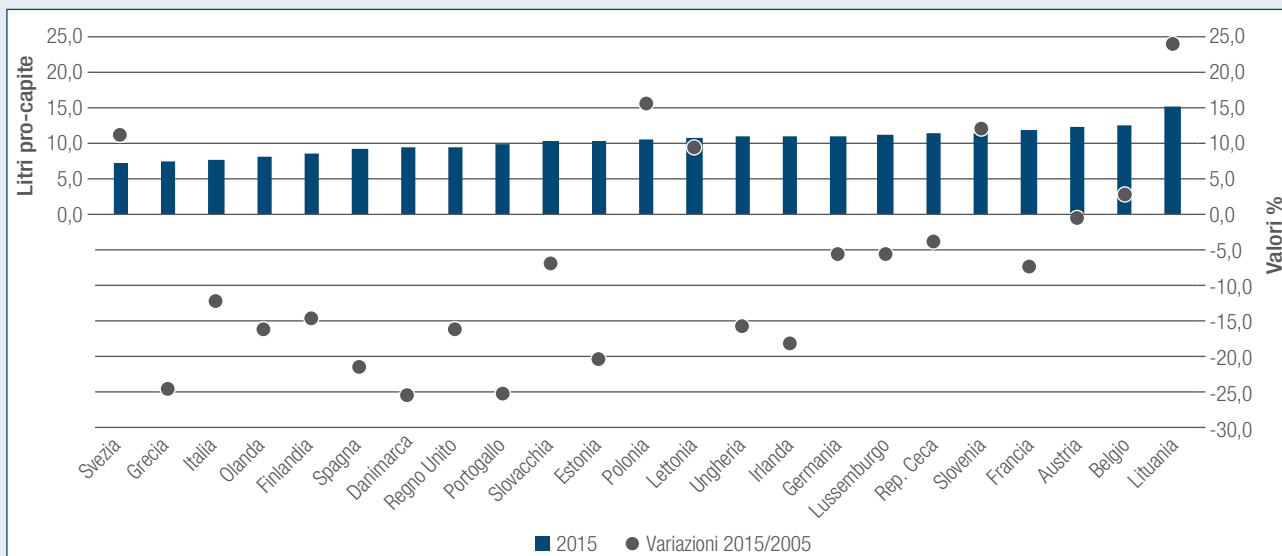
KI 5.2. Obesità nella popolazione di 15 anni e più in EU



Dati basati su autodichiarazione - BMI >= 30. L'età di riferimento della popolazione può differire tra i Paesi; per l'Italia dal 2001 si considerano gli adulti 18+. In caso di dato mancante è stato considerato l'anno più vicino disponibile  
 Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, giugno 2017 - © C.R.E.A. Sanità

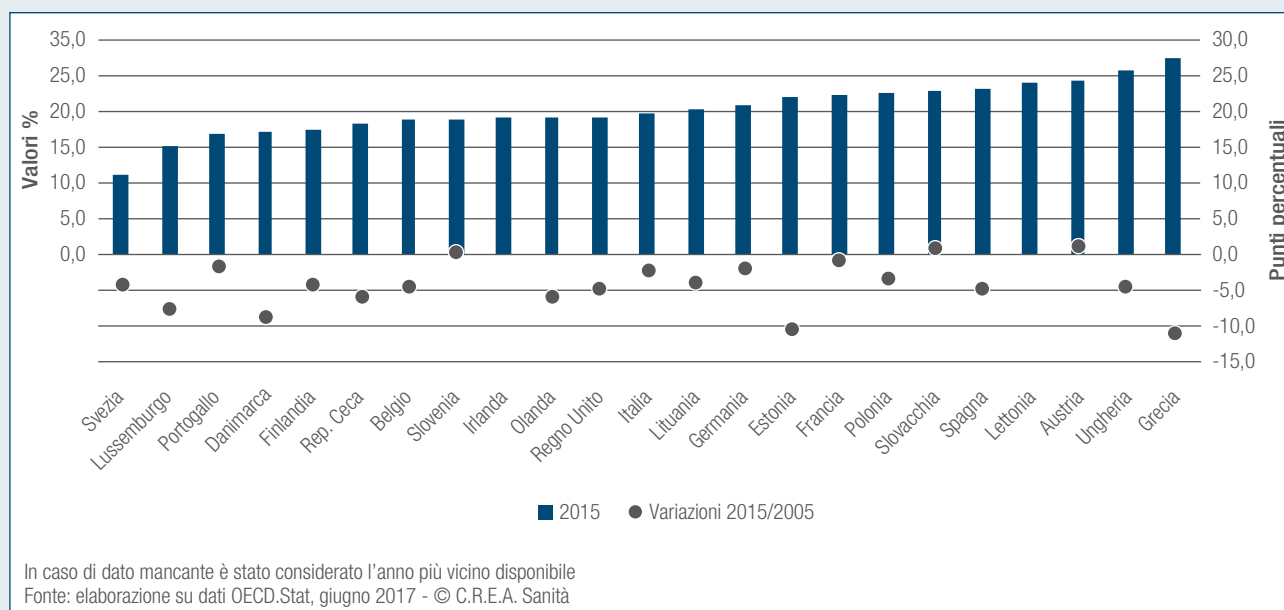
Considerando la prevalenza di obesità (*Body Mass Index* ≥30) nella popolazione di età pari a 15 anni e più dei Paesi dell'Europa a 28 di cui si dispone del dato, secondo i dati diffusi da OECD, anche nel 2015 (o anno più vicino disponibile) - come già evidenziato lo scorso anno per il 2014 - l'Italia registra la percentuale più bassa. Nel nostro Paese la prevalenza di obesi è infatti pari al 9,8% (in diminuzione rispetto al 10,3% del 2014), valore sovrapponibile a quello del 2005 (-0,1 punti percentuali). I peggiori in classifica sono l'Ungheria (21,2%) e il Regno Unito (20,1%). Si nota, nell'ultimo decennio, un aumento della prevalenza in tutti i Paesi considerati (escludendo, come detto, l'Italia). Si segnala in particolare, l'incremento di +5,9 punti percentuali della Francia e il +4,7 della Finlandia. Sebbene la situazione italiana tra gli adulti appaia migliore degli altri Paesi europei, non è altrettanto buono il dato che riguarda i bambini, come documentato nel capitolo 5a (cui si rimanda per i dettagli).

KI 5.3. Consumo di alcol tra persone di 15 anni e più in EU

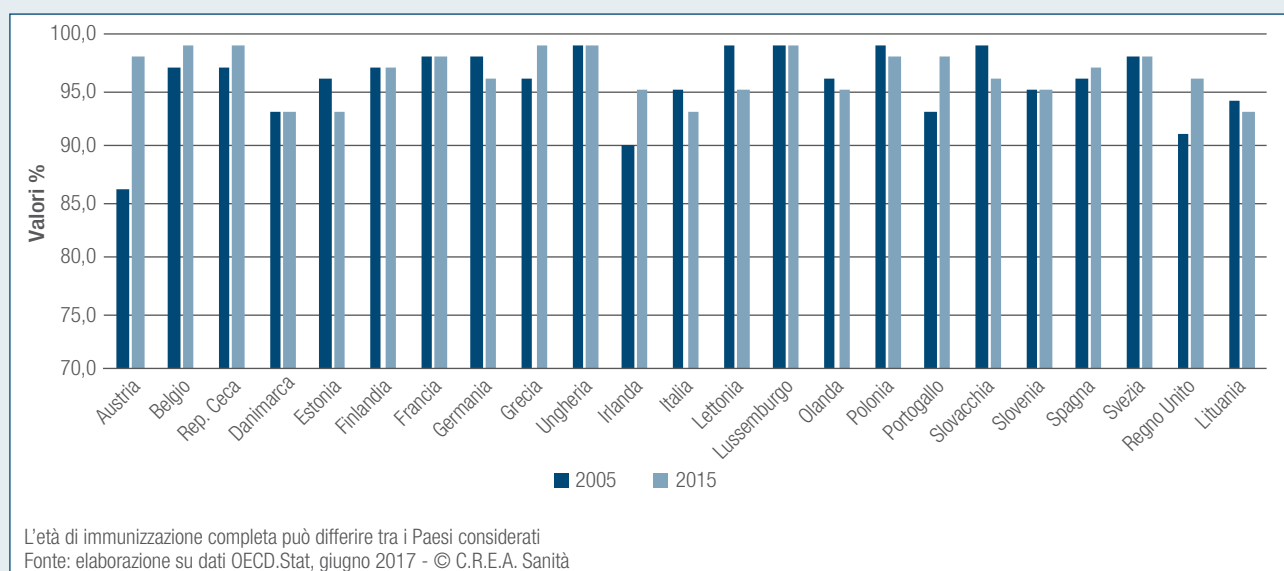


In caso di dato mancante è stato considerato l'anno più vicino disponibile  
 Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, giugno 2017 - © C.R.E.A. Sanità

Per quanto riguarda il consumo di alcol, stando ai dati forniti da OECD (aggiornati a giugno 2017), tra i Paesi EU di cui si dispone del dato, l'Italia sembra essere piuttosto virtuosa: nel 2015 (o anno più vicino disponibile) la quantità di alcol espressa in litri pro-capite consumati nel nostro Paese da persone di 15 anni e più è tra le più basse e pari a 7,6 litri, in diminuzione del 12,6% nell'ultimo decennio (i litri erano 8,7 nel 2005). Registrano consumi inferiori solo la Grecia (7,5 litri pro-capite, con -25,0% rispetto al 2005) e la Svezia (7,2 litri, +10,8%). Nel 2015 il consumo più elevato lo registra la Lituania con 15,2 litri pro-capite (+23,6% nell'ultimo decennio), seguita dal Belgio (12,6, e in aumento del 2,4%). Rispetto al 2005, tra i Paesi considerati hanno aumentato il consumo di alcol solo Svezia, Polonia, Lettonia, Slovenia, Belgio e Lituania. Gli altri Paesi hanno registrato un calo, più o meno consistente: si segnala il -26,0% della Danimarca, il -25,6% del Portogallo e il -25,0% della Grecia.

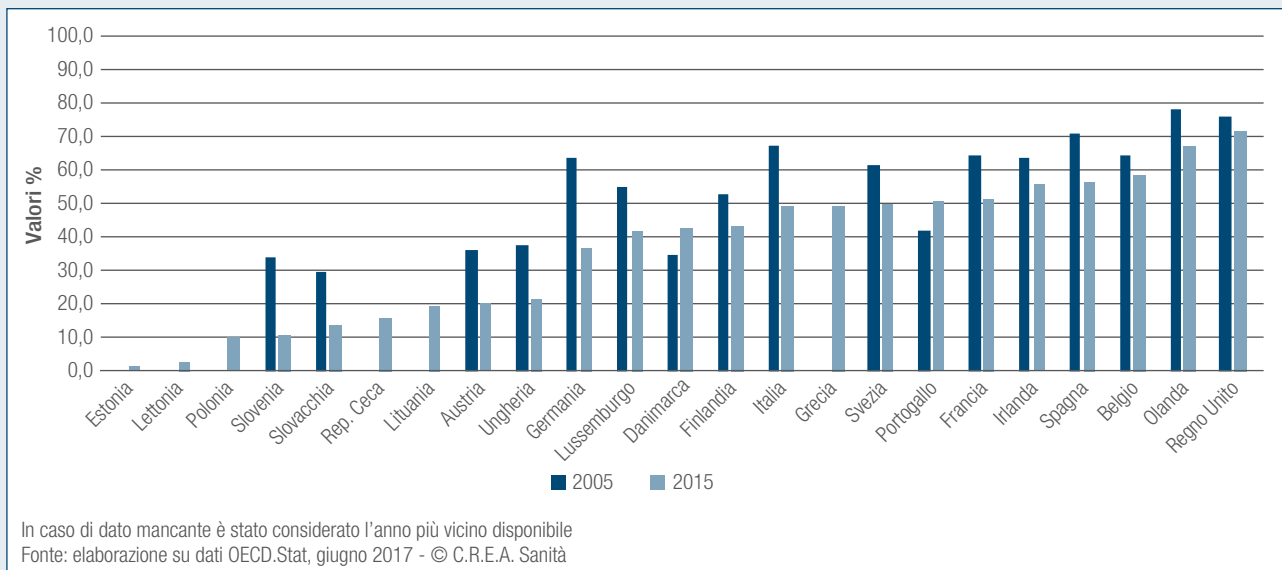
**KI 5.4. Abitudine al fumo, persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare giornalmente in EU**


Stando ai dati forniti da OECD nel giugno 2017, nel 2015 (o anno più vicino disponibile) tra i Paesi EU di cui si dispone dei dati, l'Italia si trova a metà classifica con il 19,8% di fumatori giornalieri tra le persone di 15 anni e più. La prevalenza è praticamente stabile rispetto al 2014 (+0,1 punti percentuali) e in calo nell'ultimo decennio (-2,5 punti percentuali rispetto al 2005). Peggio del nostro Paese tra quelli EU-15 la Germania (20,9%), la Francia (22,4%), la Spagna (23,0%), l'Austria (24,3%) e la Grecia (27,3%). Considerando anche i Paesi dell'Europa orientale, registrano una percentuale più alta di quella italiana anche Lituania, Estonia, Polonia, Slovacchia, Lettonia e Ungheria. La più virtuosa è la Svezia, che si ferma all'11,2% (con -4,5 punti percentuali rispetto al 2005), seguita dal Lussemburgo (15,0% con -8,0 punti percentuali). Nel decennio considerato (2005-2015), tutti i Paesi osservati di cui si dispone del dato registrano un calo di fumatori giornalieri di 15 anni e più (tranne Slovenia, Slovacchia e Austria): si segnalano in particolare la Grecia (-11,3 punti percentuali), l'Estonia (-10,7), la Danimarca (-9,0) e il Lussemburgo (-8,0).

**KI 5.5. Coperture vaccinali nei bambini a un anno per 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse) in EU**


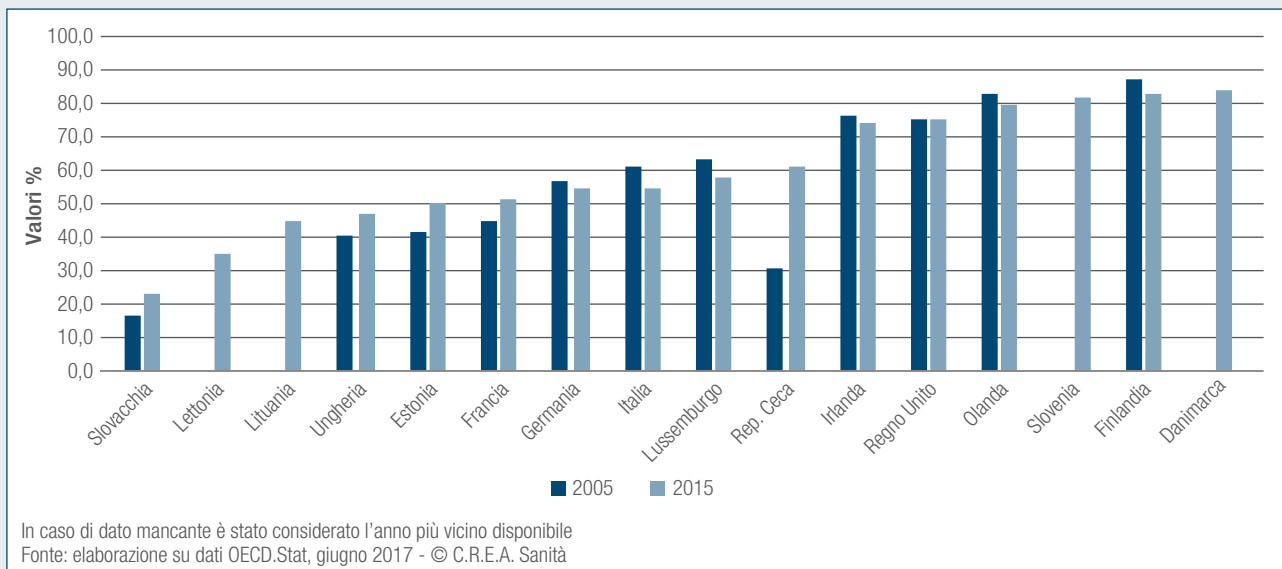
Questo indicatore considera le coperture vaccinali nei bimbi ad un anno per 3 dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse (DTP) nei Paesi dell'Unione Europea a 28 di cui si dispone del dato, fornito da OECD (giugno 2017). Considerando che l'età di immunizzazione completa può differire tra i Paesi considerati, nel 2015 la percentuale raggiunta in Italia ammonterebbe al 93,0%, in calo di 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente che rispetto al 2005, e dunque al di sotto della soglia minima raccomandata dall'OMS (95,0%) per la c.d. "immunità di gregge" (per proteggere, cioè, indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non possono vaccinarsi). Si fermerebbero al 93,0% anche Danimarca, Estonia e Lituania. Arriverebbero invece al 99,0% Belgio, Repubblica Ceca, Grecia, Ungheria e Lussemburgo (tutte le percentuali di questi Paesi sono stabili o in aumento nell'ultimo decennio). Tra il 2005 e il 2015 hanno visto diminuire la copertura vaccinale, oltre all'Italia, anche Estonia, Germania, Lettonia, Olanda, Polonia, Slovacchia e Lituania.

KI 5.6. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale per anziani di 65 anni e più in EU



In base alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Consiglio Europeo, il tasso di copertura vaccinale contro l'influenza stagionale da raggiungere nella popolazione anziana e nelle altre categorie a rischio è pari almeno al 75%. Secondo i dati OECD (giugno 2017), nel 2015 (o anno più vicino disponibile) nessuno dei Paesi dell'Unione Europea di cui si dispone del dato ha raggiunto la quota raccomandata: supera il 70% solo il Regno Unito (71,1%, in diminuzione rispetto al 72,8% dell'anno precedente e al 75,0% registrato nel 2005). L'Italia si fermerebbe al 48,6% (percentuale sovrapponibile a quella indicata dalle fonti nazionali: OECD dichiara infatti che il dato è riferito alla stagione 2014-2015 - vedi KI 5a.17), registrando ben 18 punti percentuali in meno nell'ultimo decennio. Oltre al Regno Unito, raggiungono o superano di poco il 50,0% il Portogallo, la Francia, l'Irlanda, la Spagna, il Belgio e l'Olanda (tutti con copertura in diminuzione rispetto al 2005, ad eccezione del Portogallo). Tutti gli altri si trovano al di sotto. In generale, si nota un calo del tasso di copertura nell'ultimo decennio nella maggior parte dei Paesi. Si evidenzia, oltre a quello già segnalato dell'Italia, quello della Germania (-26,5 punti percentuali), della Slovenia (-23,4), dell'Austria (-15,8) e dell'Ungheria (-14,8). I Paesi nei quali si registra una crescita sono Repubblica Ceca (+15,5 punti percentuali), Portogallo (+8,5) e Danimarca (+7,9).

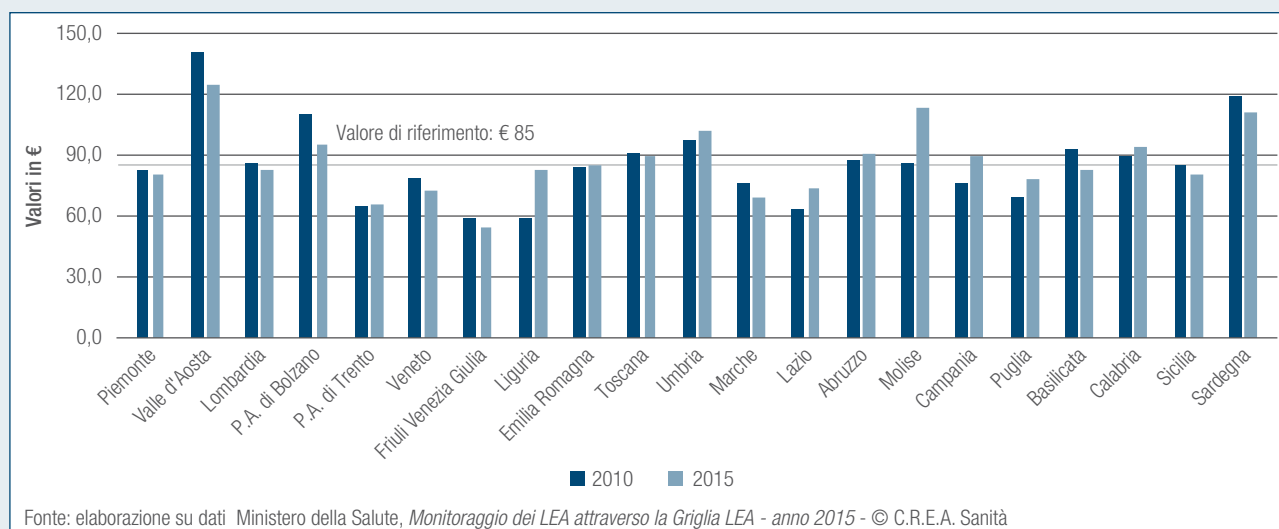
KI 5.7. Donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di screening in EU



Questo indicatore illustra, in base ai dati forniti da OECD nel giugno 2017, la percentuale di donne che ha effettuato una mammografia all'interno di un programma di screening nei Paesi dell'Unione Europea di cui si dispone del dato. La percentuale registrata dall'Italia (55,0% nel 2015, in calo di -2,0 punti percentuali rispetto al 2014 e di -5,9 punti percentuali rispetto al 2005) può differire dalle rilevazioni nazionali che sono state condotte attraverso una survey (es. Indagine PASSI - ISS. Alla data in cui si scrive l'ultimo aggiornamento PASSI è quello 2012-2015, mostrato nel XII Rapporto Sanità, a cui si rimanda). Nel 2015 (o anno più vicino disponibile), tra i 16 Paesi di cui si dispone del dato l'Italia si ferma al nono posto; registrano una percentuale superiore al 75%: Regno Unito (75,1%), Olanda (79,4%), Slovenia (81,4%), Finlandia (82,7%) e Danimarca (83,9%). Percentuali di adesione inferiori a quelle italiane si registrano in Germania, Francia, Estonia, Ungheria, Lituania, Lettonia e Slovacchia. Sono 5 i Paesi in cui si registra un aumento nell'ultimo decennio, quasi tutti dell'Europa orientale: Repubblica Ceca (+30,1 punti percentuali), Estonia, Francia, Ungheria e Slovacchia.

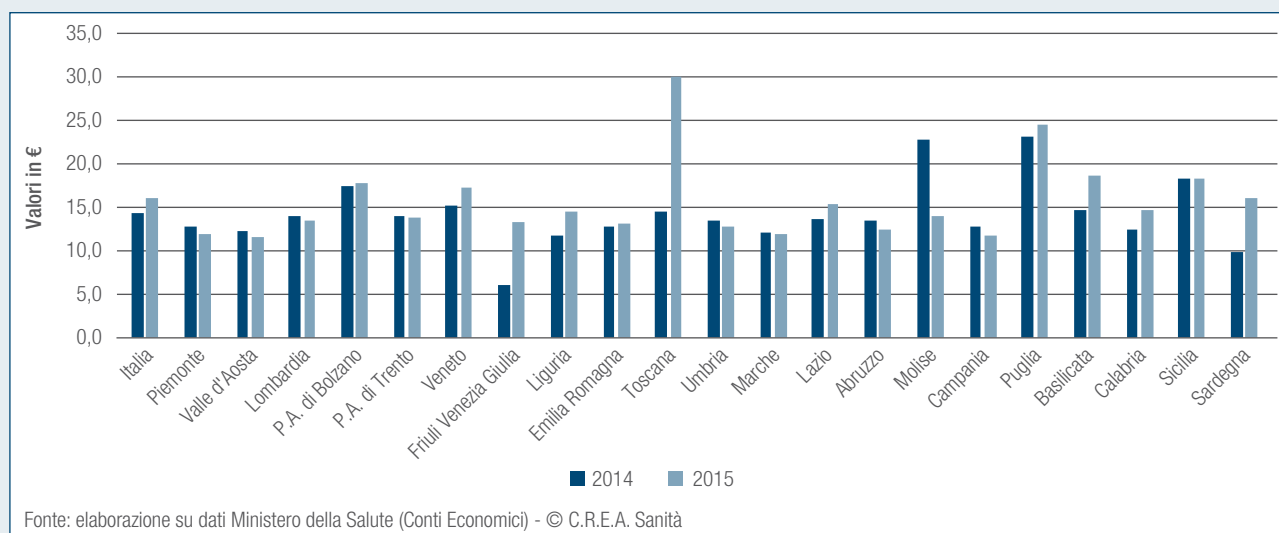


## KI 5.8. Costo pro-capite per assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro



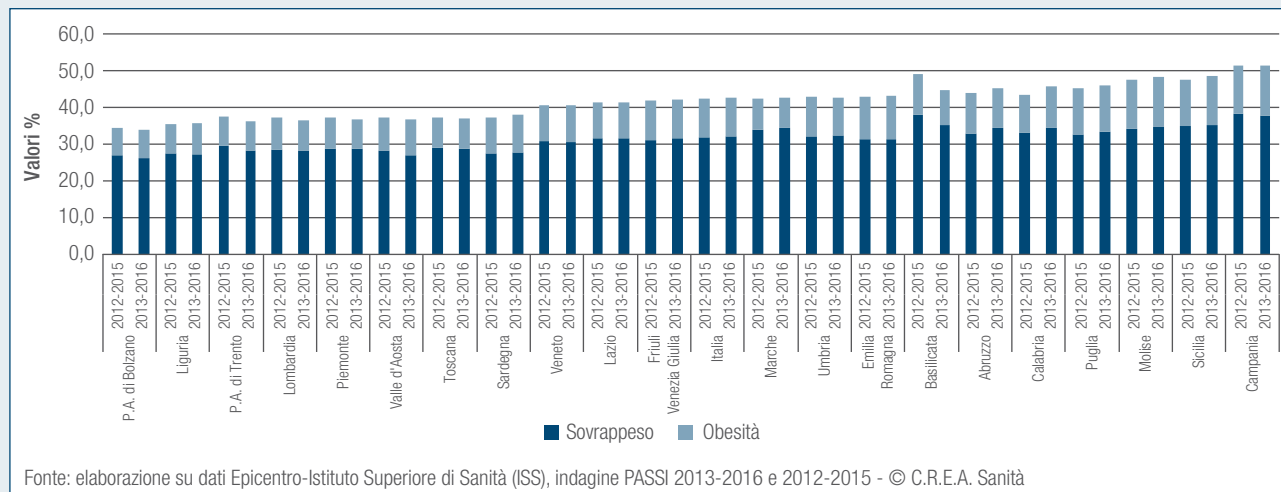
L'indicatore misura le risorse che le Regioni impiegano in attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro (Livello Essenziale di Assistenza che nel Decreto sui nuovi LEA - DPCM 12 gennaio 2017 - viene denominato 'Prevenzione collettiva e sanità pubblica'), che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli. Il Ministero della Salute ha stabilito in € 85 il valore pro-capite di riferimento: in base ai dati illustrati nel documento *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*, pubblicato nel mese di ottobre 2017 a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero, nel 2015 solo 10 Regioni lo rispettano (erano 11 nel 2010). Si segnalano in testa: Valle d'Aosta con € 125,3 pro-capite, il Molise con € 113,8, la Sardegna con € 111,2. In fondo: Friuli V.G. (€ 54,5 pro-capite), P.A. Trento (€ 66,1) e Marche (€ 68,8). Rispetto al 2010, sono 10 le Regioni che vedono aumentare il costo pro-capite per il LEA in esame nel 2015: si segnala il +38,7% della Liguria, il +32,7% del Molise e il +17,7% della Campania. Il costo nelle restanti Regioni subisce un decremento: il più cospicuo (-12,6%) nella P.A. di Bolzano. Se si considera la variazione rispetto al 2014, 9 Regioni hanno registrato un decremento (gli incrementi soprattutto al Sud, con qualche eccezione).

## KI 5.9. Spesa per residente per materiali per la profilassi (vaccini)



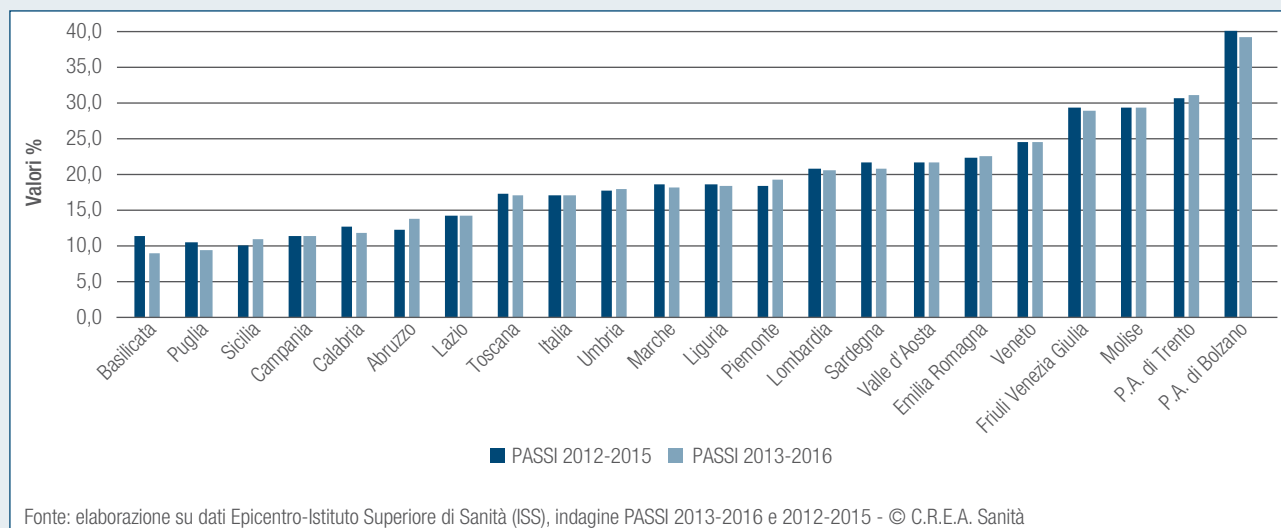
Secondo i dati rilasciati dal Ministero della Salute (Conti Economici CE), la spesa complessiva delle Regioni per la voce "materiali per la profilassi (vaccini)" ammonterebbe per il 2015 a € 344,7 mln., con un aumento del +12,1% rispetto al 2014 ed una evidente disomogeneità territoriale. Considerando i valori pro-capite pesati per la popolazione fino a 14 anni e 65 anni e più (fasce di età che più di altre sono soggette a vaccinazioni), nel 2015 quattro Regioni superano € 18 pro-capite, di cui tre meridionali (Toscana, Puglia, Basilicata e Sicilia, con € 30,0, € 24,5, € 18,7 e € 18,3 rispettivamente). La media Italia sale dell'11,4% rispetto al 2014, attestandosi a € 16,0 pro-capite. La superano, oltre alle quattro Regioni di cui si è detto, anche P.A. Bolzano (€ 17,8), Veneto (€ 17,3) e Sardegna (€ 16,1). In coda alla classifica, con meno di € 12,0, Valle d'Aosta (€ 11,5), Campania (€ 11,6), Piemonte (€ 11,8) e Marche (€ 11,9). Il confronto con il 2014 evidenzia alcune variazioni "anomale": è il caso del +120,1% del Friuli Venezia Giulia (si consideri che nel 2014 la Regione aveva registrato un valore molto più basso di tutte le altre, pari a € 6,0 pro-capite) e del 108,3% della Toscana (è bene evidenziare che in questa Regione nel 2015 si è registrato l'anomalo aumento dei casi di infezione da meningococco C). L'evidenza che le Regioni che spendono di più siano prevalentemente al Sud è coerente col fatto che, come rilevato lo scorso anno, per gli antinfluenzali (in maggioranza per anziani di 65+ anni) si spende mediamente, a livello nazionale, quasi la metà che per il vaccino esavalente (pediatrico), mentre nelle Regioni meridionali prevalgono i ragazzi fino a 14 anni.

KI 5.10. Eccesso ponderale tra gli adulti (18-69 anni)



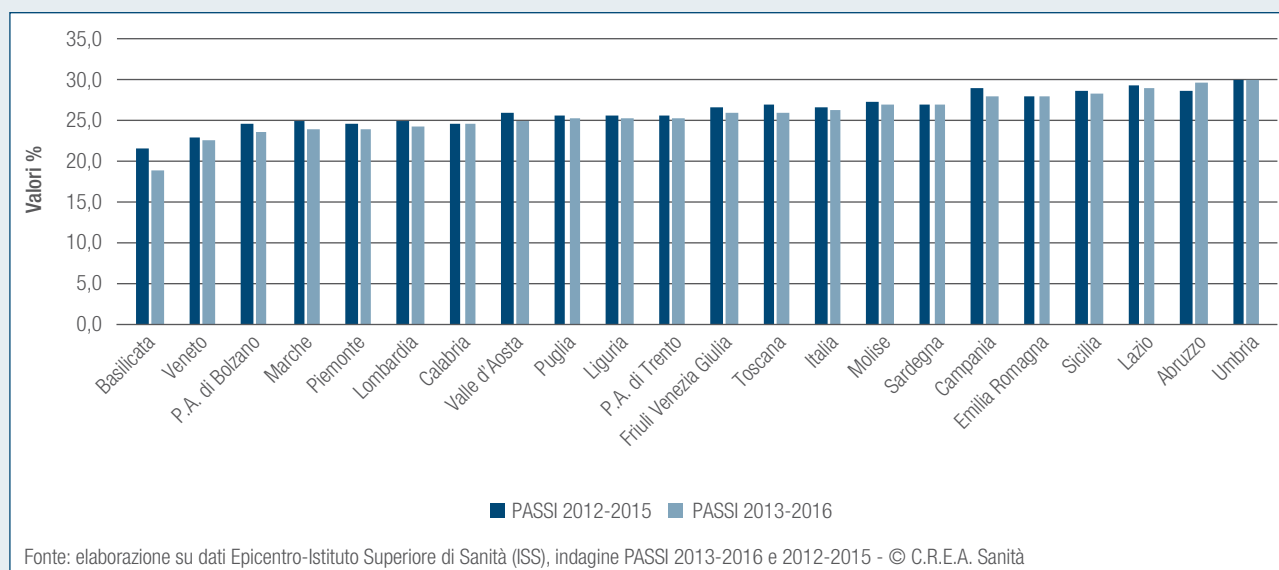
L'indicatore osserva i valori di sovrappeso (persone di età 18-69 anni che hanno un indice di massa corporea o *Body Mass Index* (BMI) compreso tra 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> calcolato dai valori autoriferiti di peso e altezza) e obesità (BMI≥30) evidenziati dalle indagini PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) 2013-2016 e 2012-2015, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. Il gradiente geografico è chiaro e mostra quote crescenti di persone in sovrappeso e obese dal Nord al Sud Italia (con qualche eccezione, come ad esempio la Sardegna). Con riferimento al sovrappeso, secondo i risultati della *survey* 2013-2016 sono 7 le Regioni (tutte meridionali ad eccezione delle Marche) che registrano un valore peggiore di quello medio nazionale, 9 quelle (tutte settentrionali tranne Toscana e Sardegna) per cui si rileva un valore migliore della media e 5 le Regioni con valori simili alla media. Si va da una prevalenza del 26,0% nella P.A. Bolzano ad una del 37,4% registrata in Campania. Il valore Italia è pari al 31,7%. Rispetto alla rilevazione precedente (2012-2015), Abruzzo, Calabria e Puglia passano da un valore simile alla media ad uno peggiore del valore nazionale. Si segnala la diminuzione di 2,8 punti percentuali registrata dalla Basilicata (anche se il valore resta comunque al di sopra della media Italia). Con riferimento all'obesità, sono 5 le Regioni (tutte meridionali tranne l'Emilia Romagna) che registrano un valore peggiore di quello medio nazionale, 8 quelle (del Centro-Nord) per cui si rileva un valore migliore della media e 8 le Regioni con valori simili alla media. Si va da una prevalenza del 7,6% nella P.A. Bolzano ad una del 13,6% registrata in Campania. Il valore Italia è pari al 10,5%. Rispetto alla rilevazione precedente (2012-2015), il Lazio passa da un valore simile a quello nazionale ad uno migliore. La diminuzione più alta di nuovo in Basilicata (-1,6 punti percentuali), che continua a registrare comunque un valore simile alla media Italia.

KI 5.11. Consumatori di alcol "a maggior rischio" tra gli adulti (18-69 anni)



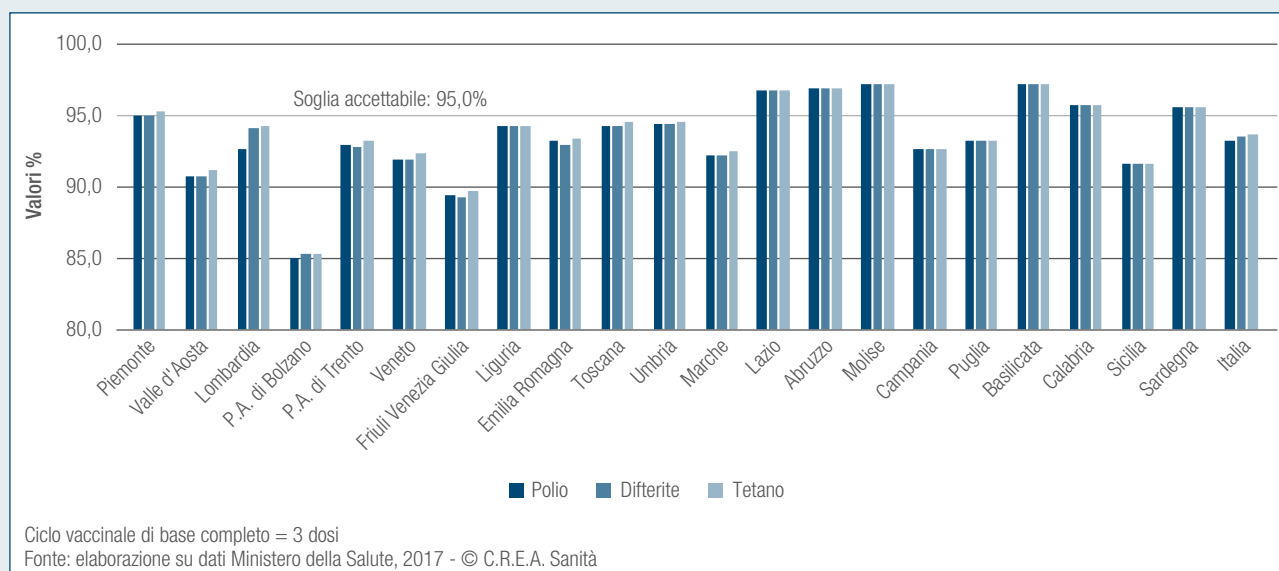
Il grafico illustra il consumo alcolico "a maggior rischio", secondo i risultati delle indagini PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) 2013-2016 e 2012-2015, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. L'indicatore corrisponde alla prevalenza media annua di intervistati (con una età tra 18 e 69 anni), che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato oppure almeno un episodio di *binge drinking* oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato. In entrambe le *surveys* (2013-2016 e 2012-2015) la prevalenza maggiore si riscontra nel Nord Italia (con qualche eccezione). Nel 2013-2016 sono 10 le Regioni che registrano un valore peggiore di quello medio nazionale (in testa la P.A. Bolzano con 38,9%), 7 quelle per cui si rileva un valore migliore della media (la più virtuosa è la Basilicata con 8,9%) e 4 le Regioni con valori simili alla media. Il valore Italia è pari al 16,9%. Rispetto alla rilevazione precedente (2012-2015) Marche e Liguria passano da un valore peggiore della media nazionale ad uno simile.

## KI 5.12. Fumatori tra gli adulti (18-69 anni)



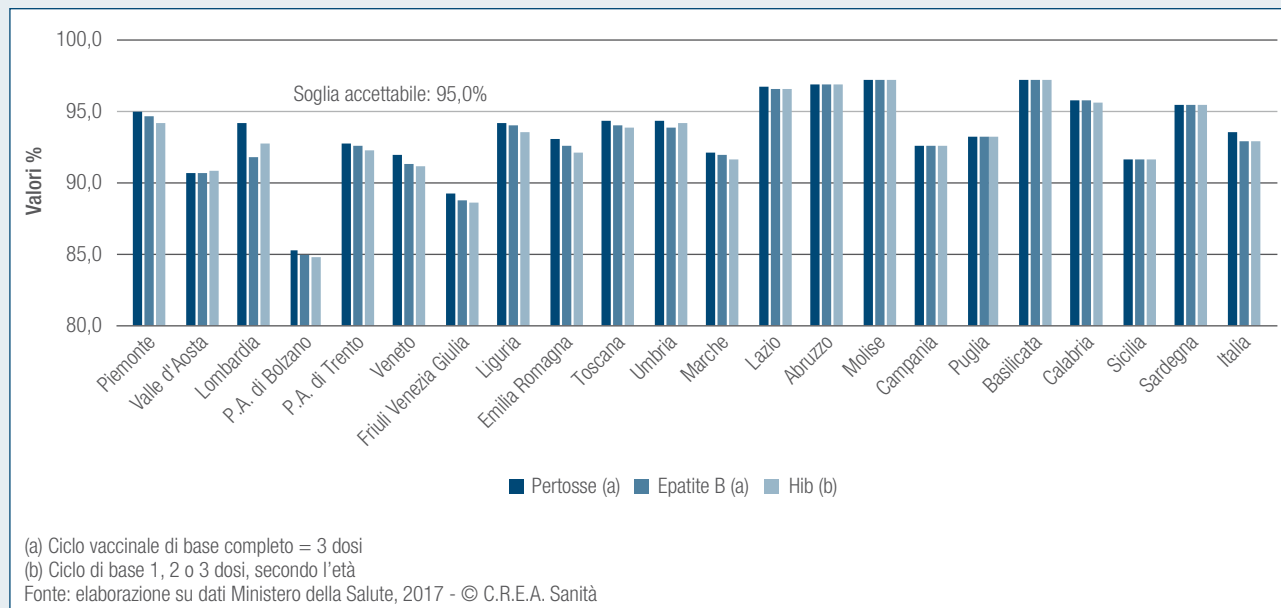
L'indicatore illustra la prevalenza di persone di età 18-69 anni che dichiarano di aver fumato nella loro vita almeno 100 sigarette e di essere fumatori al momento dell'intervista, o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi, secondo i risultati delle indagini PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) 2013-2016 e 2012-2015, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità. In entrambe le *surveys* la variabilità regionale è contenuta, ma le maggiori prevalenze si osservano in alcune Regioni del Centro-Sud, più l'Emilia Romagna. In particolare, nel 2013-2016 sono 6 le Regioni che registrano un valore peggiore di quello medio nazionale (in testa l'Umbria con il 30,3%), 5 quelle per cui si rileva un valore migliore della media (la più virtuosa è la Basilicata con 19,2%, mentre le altre sono del Centro-Nord) e le restanti 10 quelle con valori simili alla media. Il valore Italia è pari al 26,4%. Rispetto alla rilevazione precedente (2012-2015) si evidenzia che la Calabria passa da un valore migliore ad uno simile alla media nazionale, mentre l'Abruzzo passa da un valore simile alla media ad uno peggiore. Quasi tutte le Regioni comunque vedono diminuire la prevalenza di fumatori, con poche eccezioni. La media Italia passa dal 26,9% della *survey* 2012-2015 al 26,4% del periodo 2013-2016.

## KI 5.13. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, difterite e tetano, anno 2016 (coorte 2014)



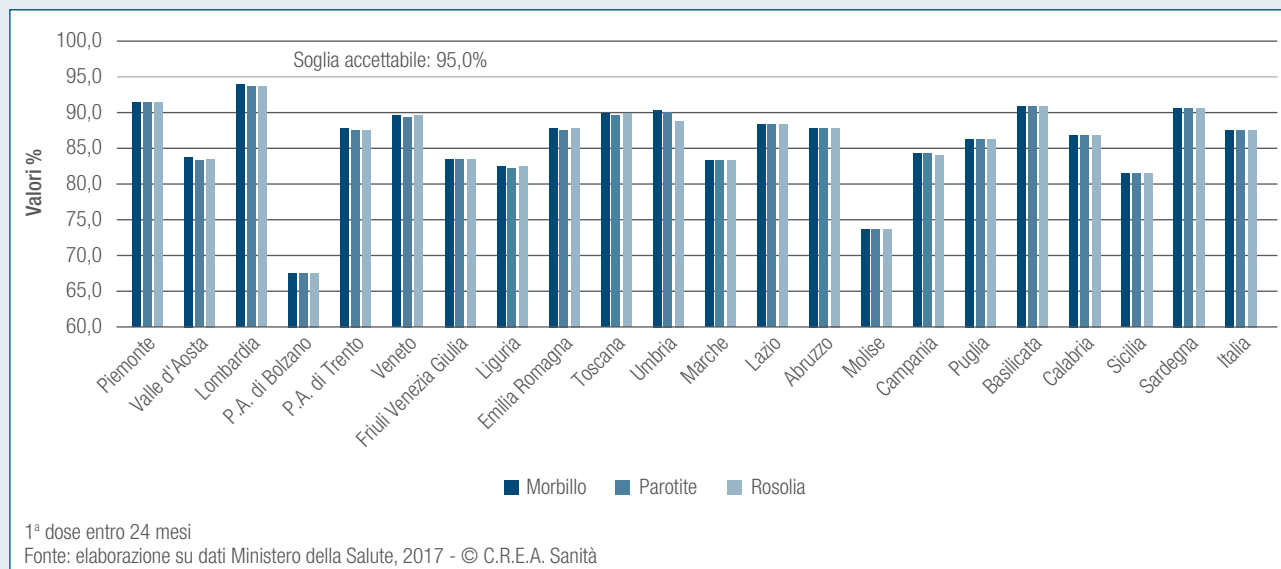
Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di giugno 2017, nel 2016 le coperture vaccinali a 24 mesi (bambini nati nel 2014) contro polio, difterite e tetano sono, a livello nazionale, al di sotto del 95% (rispettivamente, 93,3%, 93,6% e 93,7%), soglia minima raccomandata dall'OMS per ottenere la cosiddetta immunità di popolazione (il raggiungimento di tale soglia consente di proteggere indirettamente anche coloro che, per motivi di salute, non è stato possibile sottoporre alla vaccinazione). A livello territoriale esistono importanti difformità: in tutte le Regioni ad eccezione di sette (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna) le coperture vaccinali sono per tutti e tre gli antigeni al di sotto del 95,0%, e in molte di esse si registra un decremento rispetto all'anno precedente. Alla luce del peggioramento dei livelli di copertura registrato negli ultimi anni, il cosiddetto Decreto vaccini (Decreto legge n. 73 del 7 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione n. 119 del 31 luglio 2017) ha innalzato da quattro a dieci il numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni (e per i minori stranieri non accompagnati). Per approfondire: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

KI 5.14. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro pertosse, epatite B e Hib, anno 2016 (coorte 2014)

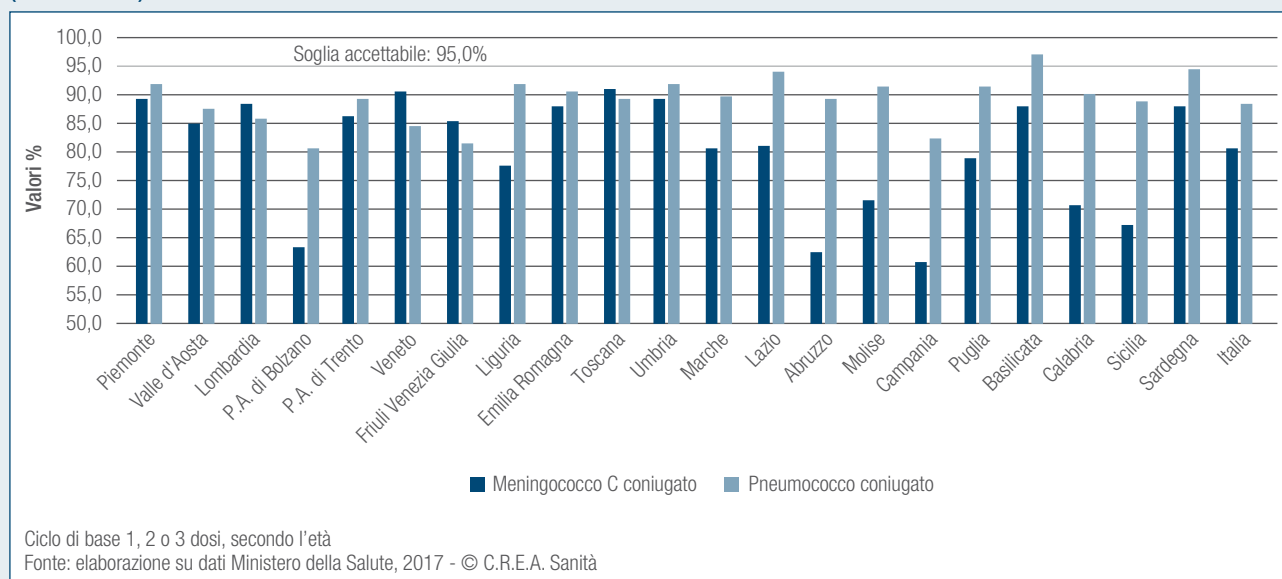


Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di giugno 2017, in Italia le coperture vaccinali contro pertosse, epatite B e Hib a 24 mesi per l'anno 2016 (per i bambini nati nel 2014) non raggiungono la copertura raccomandata del 95,0% (necessaria per ottenere secondo l'OMS l'immunità di popolazione), mantenendosi anzi al di sotto del 94% (più precisamente: 93,6% contro pertosse, 93,0% contro epatite B e 93,1% contro Hib). Importanti le differenze regionali. La figura mostra come nel 2016 siano 14 le Regioni in cui si registra per tutti e tre gli antigeni una copertura al di sotto del 95,0%: Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Puglia e Sicilia. In molte di esse si registra un decremento rispetto all'anno precedente. Alla luce del peggioramento dei livelli di copertura registrato negli ultimi anni, il cosiddetto Decreto vaccini (Decreto legge n. 73 del 7 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione n. 119 del 31 luglio 2017) ha innalzato da quattro a dieci il numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni (e per i minori stranieri non accompagnati). Per approfondire: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

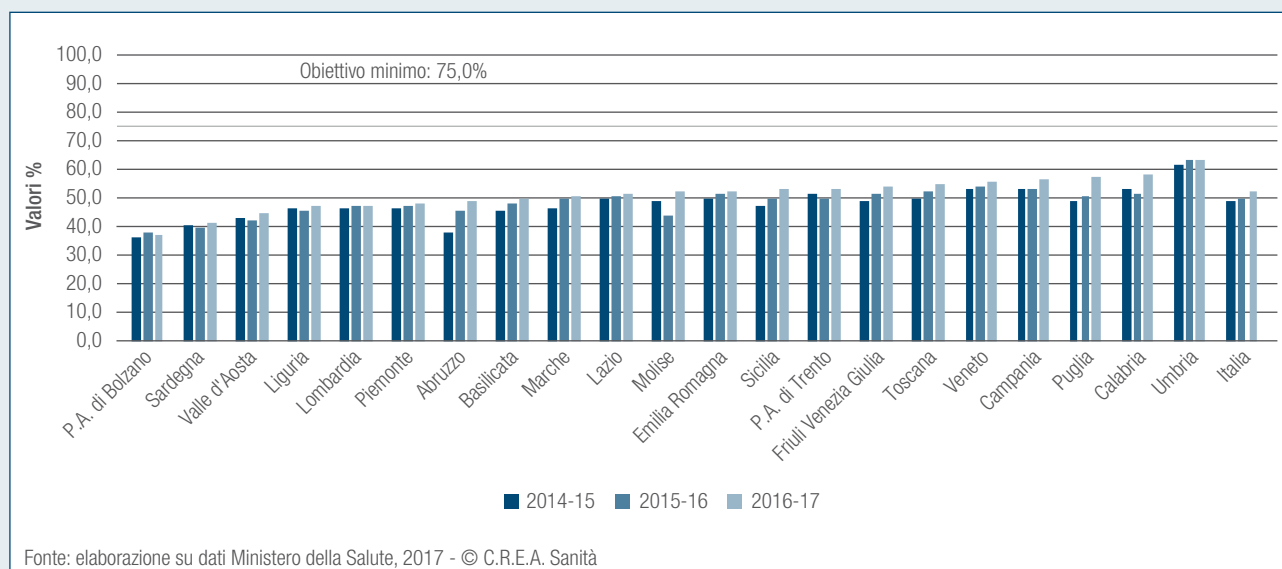
KI 5.15. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), anno 2016 (coorte 2014)



Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di giugno 2017, per le vaccinazioni contro morbillo, parotite e rosolia a 24 mesi nel 2016 (coorte 2014) si registra un aumento della copertura a livello nazionale di circa due punti percentuali rispetto al 2015. Nonostante questo, sembra ancora lontano il raggiungimento dell'obiettivo di eliminare il morbillo dalla Regione europea dell'OMS per il 2020: anche per il 2016 nessuna Regione raggiunge la copertura ideale di almeno il 95,0%. Per tutti e tre gli antigeni, la copertura più bassa si registra nella P.A. Bolzano (non arriva al 68%), mentre quella più alta viene raggiunta dalla Lombardia (superando di poco il 93%). Il cosiddetto Decreto vaccini (Decreto legge n. 73 del 7 giugno 2017, come modificato dalla Legge di conversione n. 119 del 31 luglio 2017) ha innalzato da quattro a dieci il numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni (e per i minori stranieri non accompagnati). Per approfondire: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

**KI 5.16. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro meningococco C coniugato e pneumococco coniugato, anno 2016 (coorte 2014)**


Secondo i dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di giugno 2017, nel 2016 le coperture vaccinali medie a 24 mesi (bambini nati nel 2014) contro lo pneumococco coniugato registrano un calo (88,4% nel 2016 vs 88,7% nel 2015), al contrario dello scorso anno, mentre le coperture nei confronti del meningococco C sono cresciute di 4 punti percentuali passando dal 76,6% del 2015 all'80,7% del 2016. L'indicatore illustrato in figura mostra come solo la Basilicata raggiunga (e superi) la soglia del 95,0% (arrivando al 97,0%) per la vaccinazione contro lo pneumococco coniugato; fanalino di coda la P.A. di Bolzano con l'80,5%. Per le coperture contro il meningococco C, la forbice va dal 61,0% della Campania (in aumento di 10 punti percentuali rispetto all'anno precedente) al 90,7% della Toscana (stabile). Anche nel 2016, dunque, nessuna Regione raggiunge la soglia del 95,0%. È bene evidenziare come da gennaio 2015 a marzo 2016 si sia verificato in Toscana un anomalo aumento di casi di meningite, alcuni fatali, situazione che può giustificare la maggiore copertura registrata in questa Regione nel periodo osservato.

**KI 5.17. Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano (65 anni e più)**


In base alla raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Consiglio Europeo, il tasso di copertura vaccinale contro l'influenza stagionale da raggiungere nella popolazione anziana e nelle altre categorie a rischio è pari ad almeno il 75% (soglia minima raccomandata). Anche il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale attualmente vigente (2017-2019) conferma il 75% come obiettivo minimo perseguibile e indica nel 95% l'obiettivo ottimale per la copertura vaccinale antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio inclusi tra i LEA. In base ai dati diffusi dal Ministero della Salute nel mese di luglio 2017, si registra tra gli anziani di 65 anni e più una ripresa delle coperture di +2,1 punti percentuali nella stagione 2016/2017 rispetto alla precedente, ma ci si attesta al 52,0%, lontani dalla soglia minima. Ancora evidenti le disparità regionali: si va dal 37,3% della P.A. di Bolzano (e anche in calo rispetto alla precedente stagione) al 63,1% dell'Umbria (+0,3 punti percentuali). Sono 10 le Regioni che registrano nelle coperture un valore inferiore alla media nazionale.





*Capitolo 6*

**Assistenza ospedaliera:  
l'evoluzione dell'attività ospedaliera.  
Invecchiamento e risparmi potenziali**

*English Summary*  
*Key Indicators*





## CAPITOLO 6

### Assistenza ospedaliera: l'evoluzione dell'attività ospedaliera. Invecchiamento e risparmi potenziali

Spandonaro F.<sup>1</sup>, Carrieri C.<sup>2</sup>, d'Angela D.<sup>3</sup>

#### 6.1. Premessa

L'attività ospedaliera negli ultimi anni si è radicalmente modificata, sia per effetto dell'innovazione tecnologica, sia di una sempre più convinta adesione all'idea che il ricovero in ospedale debba rappresentare un'ultima ratio, riservata all'emergenza/urgenza, o ai casi più gravi e complessi.

L'innovazione tecnologica in campo sanitario ha certamente adjuvato nella realizzazione di questa visione; senza pretesa di esaustività ricordiamo come:

- permetta la sempre più frequente prevenzione dell'insorgenza di eventi acuti (si veda il Capitolo 1 del Rapporto);
- permetta altresì, di evitare o ritardare la progressione di patologie croniche;
- permetta di velocizzare il percorso ospedaliero, mediante strumenti di diagnosi sempre più precoci e sensibili, come anche modalità di intervento sempre meno invasive;
- permetta ancora di effettuare molte attività di diagnosi e terapia in *settings* territoriali, ovvero senza il bisogno del ricovero.

I benefici di una minore necessità di ricorso al ricovero ospedaliero sono molteplici ed evidenti; il principale ha certamente a che fare con le dimensioni dell'umanizzazione e della qualità di vita del paziente (e in generale dei suoi *caregiver*); non va, però, dimenticata la prevenzione dei rischi connessi all'accesso all'ospedale, ad iniziare da quelli relativi alle infezioni; da ultimo, ma non per importanza, ricordiamo l'attesa che il trasferimento delle attività diagnostico/terapeutiche fuori dalle mura dell'ospedale è propedeutico ad

ottenere risparmi utili per la sostenibilità del sistema nel suo complesso.

Il processo di "de-ospedalizzazione" dell'assistenza, in Italia, è stato particolarmente efficace e rapido.

Come già testimoniato nella precedente edizione del Rapporto, la riduzione dei ricoveri è stata di notevole entità: nel complesso, dal 2001 al 2016 abbiamo assistito ad una loro contrazione del -30,0%, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: in termini assoluti si passa da quasi 12,9 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 9,1 milioni nel 2016. La riduzione ha coinvolto tutti i tipi di attività di ricovero, ad eccezione della lungodegenza e della riabilitazione in regime ordinario, dove invece si è assistito ad una crescita nei primi del +30,0% con una variazione media annua del +1,8%, nei secondi del +28,6% con un aumento medio annuo del +1,7%. Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione con una variazione media annua del 3,6%, seguiti da quelli in acuto, con una riduzione media annua del 2,9% per il regime diurno e del -2,5% per quello ordinario (Figura 6.1).

Alla riduzione dei ricoveri è associata anche una modificazione della degenza media/numero medio di accessi diurni, che sono passati complessivamente da 6,3 a 6,8 giorni, con un aumento medio annuo del +0,5% (Figura 6.2); in particolare l'aumento ha riguardato la degenza associata alla riabilitazione, in entrambi i regimi (+0,2% annuo per il regime ordinario e +2,6% per il diurno), e quella associata ai ricoveri acuti ordinari (+0,1% medio annuo). Nelle restanti tipologie si è assistito ad una riduzione media annua del -1,4% associata ai ricoveri in lungodegenza e del -0,02% associata a quelli diurni in acuzie.

<sup>1</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

<sup>2</sup> C.R.E.A. Sanità

<sup>3</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Figura 6.1. Andamento ricoveri

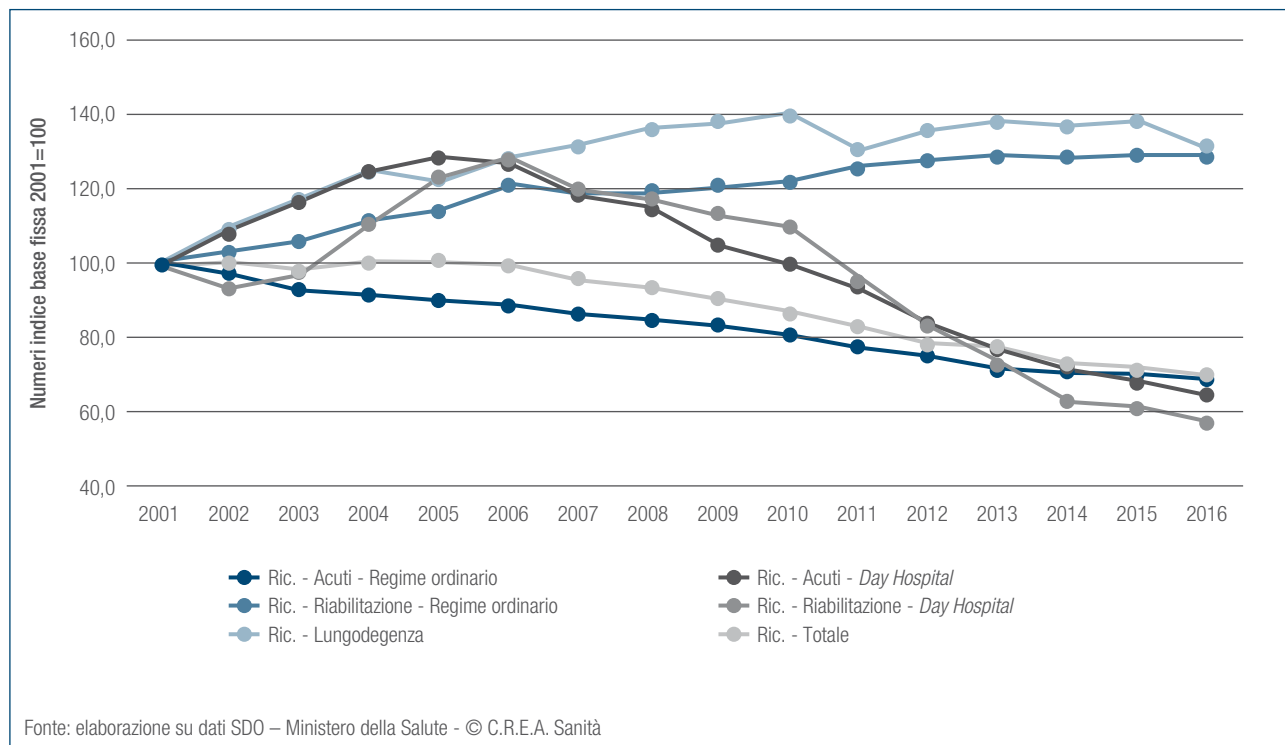
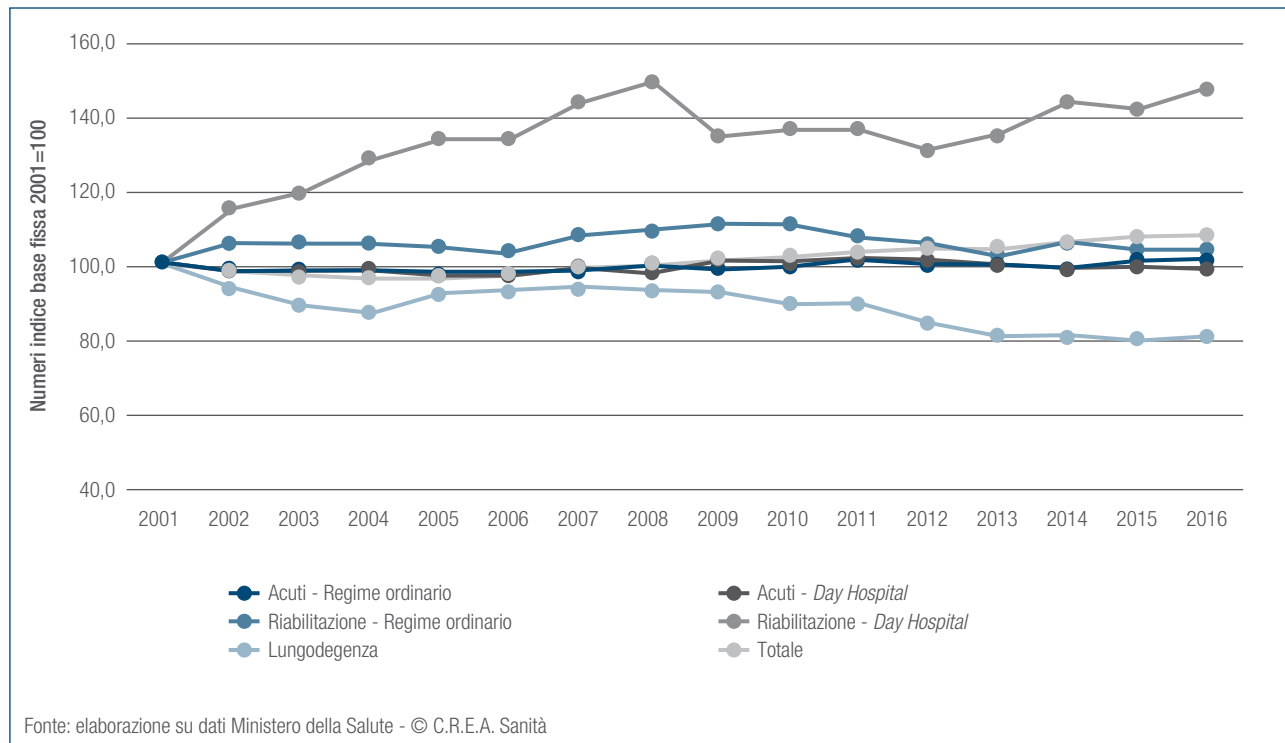


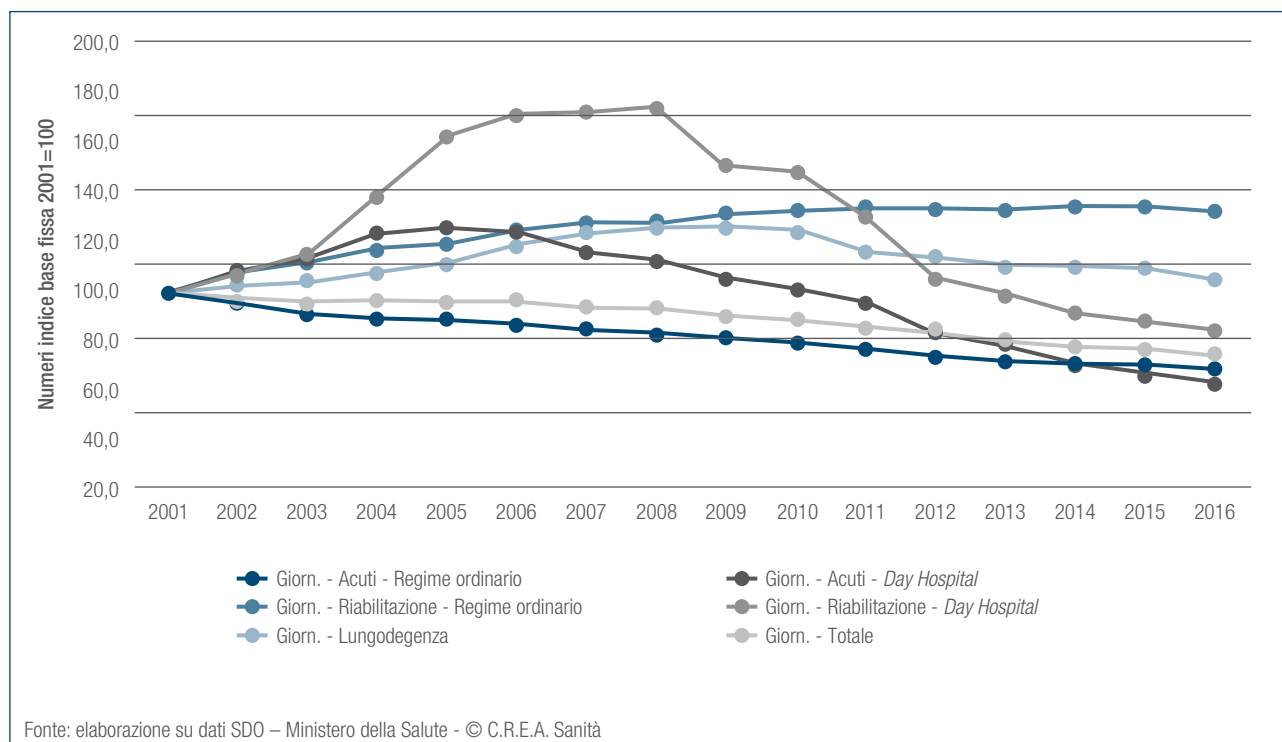
Figura 6.2. Andamento degenza media



Complessivamente le giornate di degenza si sono contratte del -24,9%, con una riduzione media annua del -1,9%,: in termini assoluti si passa da circa 81,4

milioni di giornate nel 2001 a circa 61,2 milioni nel 2016; in particolare, in corrispondenza dei ricoveri di riabilitazione in regime ordinario e lungodegenza si riscontra

Figura 6.3. Andamento giornate di degenza



un aumento medio annuo rispettivamente del +1,9% e +0,3%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del -2,9% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad un minimo del -1,1% per quelli in riabilitazione (diurni) (Figura 6.3).

La dimensione del cambiamento intervenuto si apprezza anche nei confronti internazionali.

Sebbene per effetto delle diverse classificazioni delle strutture, che sono legate alle diverse caratteristiche organizzative dei singoli sistemi sanitari, la confrontabilità dei dati ospedalieri a livello internazionale sia limitata, si conferma che la riduzione dei ricoveri in Italia rimane senza confronto nei Paesi OECD.

Il tasso di ospedalizzazione italiano dei ricoveri acuti in regime ordinario, con 105,4 ricoveri ogni 1.000 abitanti è secondo OECD il più basso fra tutti i Paesi europei monitorati: negli altri varia fra i 107,9 del Portogallo e, all'altro estremo, i 235,0 della Germania e 238,1 dell'Austria; per completezza di confronto riportiamo che la Francia è a 156,3 e il Regno Unito a 125,8 (Figura 6.4).

Anche la degenza media italiana ha raggiunto buoni livelli di efficienza, sebbene sia ancora di 6,9 giorni, ovvero 1,2 in più della Svezia e della Francia: ma va

considerato che, essendo il livello di ospedalizzazione italiano di molto inferiore ai Paesi citati, e ragionevolmente associabile ad un *case mix* più elevato, una diversa e maggiore degenza media trova una sua naturale spiegazione (Figura 6.5).

## 6.2. Numero di ricoveri

Volendo approfondire i dati italiani, e ripartendo dai ricoveri, negli ultimi 5 anni (2015-2010), il numero complessivo si è ridotto del -17,8%, in maggior misura rispetto a quanto già verificatosi nel quinquennio precedente (-13,6%); il processo per i ricoveri in acuzie è ancora più netto: rispettivamente pari al -18,6% e al -14,2%, risultato dovuto ad una riduzione del -13,3% (-10,1% nel quinquennio precedente) dei ricoveri ordinari e del -31,5% (-22,8%) di quelli diurni; quest'ultimo dato sembra, peraltro, suggerire che una parte della riduzione derivi da un "downgrading" dal regime diurno a quello ambulatoriale, operazione che non implica necessariamente una riduzione di attività ospedaliera.

Nell'ultimo quinquennio diminuiscono anche i ricove-

Figura 6.4. Tassi di ospedalizzazione acuti in regime ordinario

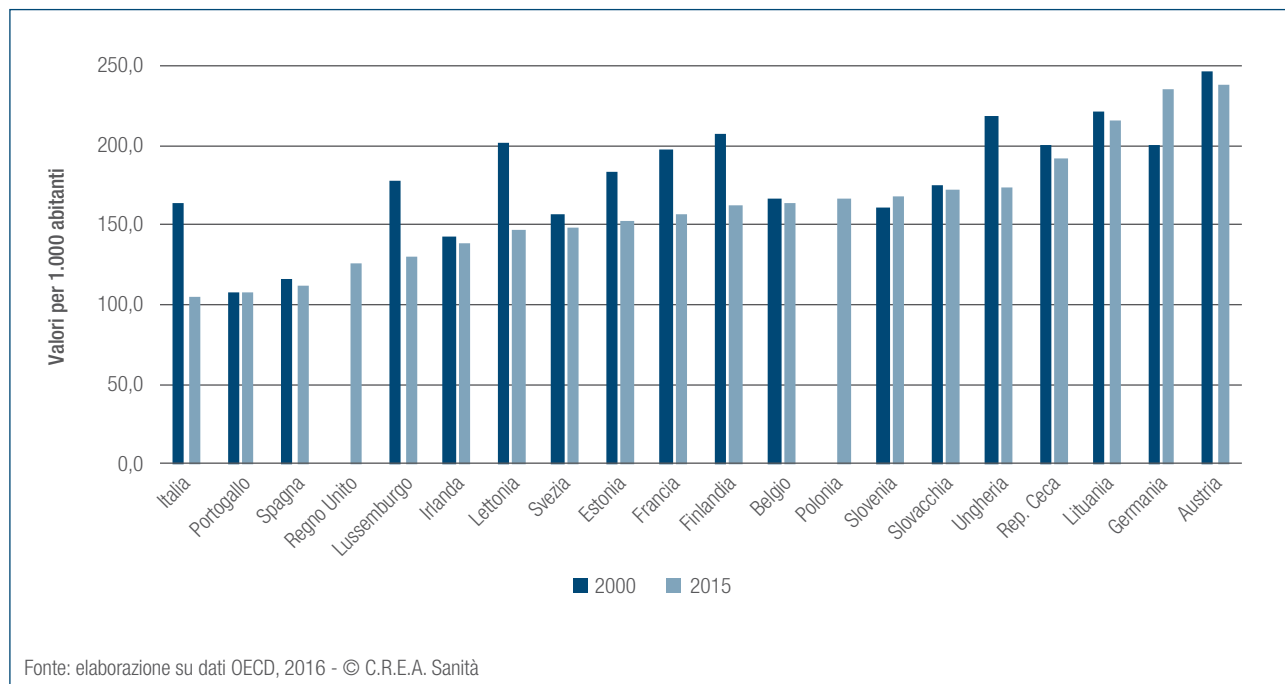
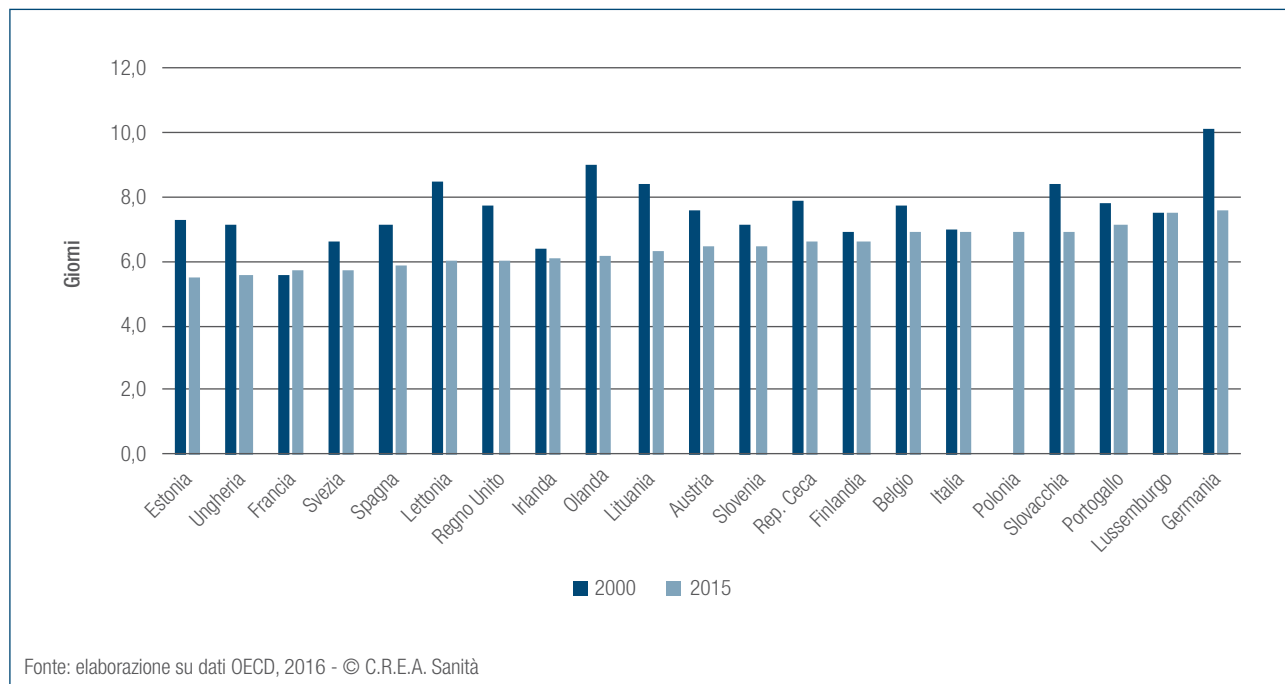


Figura 6.5. Degenza media ricoveri acuti ordinari



ri in riabilitazione (-2,1%), che erano ancora aumentati nel quinquennio precedente (+1,9%).

Il risultato è frutto di una netta riduzione dei ricoveri diurni, rispettivamente del -43,9% e del -11,2% nell'ultimo e penultimo quinquennio, e di un aumento (+6,4% e +5,0%) di quelli ordinari.

Considerando che il ricovero diurno in riabilitazione ha profili di dubbia appropriatezza, il fenomeno ha una sua razionalità, sebbene per carenza di dati non sia verificabile se ci sia stata una contemporanea compensazione sul versante della riabilitazione a livello domiciliare e ambulatoriale.

L'aumento dei ricoveri ordinari in riabilitazione può, invece, essere effetto della riduzione di casi che precedentemente rimanevano impropriamente in acuzie, ovvero di un incremento delle possibilità di accesso al regime da parte dei pazienti dimessi; probabilmente, trattandosi di riabilitazione post-acuzie, parte della drastica riduzione che ha riguardato le dimissioni degli acuti è attribuibile ad uno spostamento verso tale attività.

Analogo discorso si può fare per la lungodegenza, che cala (-1,9%) nell'ultimo quinquennio, a fronte dell'aumento nel precedente (+14,5%).

A parte i possibili e probabili effetti della riclassificazione di alcune strutture, la riduzione sembra essere foriera di una maggiore appropriatezza nell'uso del ricorso allo specifico tipo di attività, sebbene (come per i ricoveri diurni in riabilitazione) si ponga la problematica della impossibilità di una verifica della avvenuta compensazione sul versante della assistenza domiciliare e residenziale (Tabella 6.1).

Negli ultimi 5 anni, la riduzione è evidente in tutte le Regioni: la Sicilia arriva a ridurli del 34,2% (-25,8% nel quinquennio precedente), e quella che li riduce meno nel quinquennio, l'Emilia Romagna, segna comunque un -9,8% (-0,4% nel precedente). Solo il dato della Valle d'Aosta risulta in controtendenza (+15,7% e +5,4% rispettivamente nell'ultimo quinquennio e nel precedente). Pur significativa ovunque, la riduzione è mediamente maggiore nelle Regioni meridionali (di cui molte in Piano di Rientro), con variazioni che nell'ultimo quinquennio risultano comprese fra il -9,8% della Sardegna e il citato -34,4% della Sicilia. Risalendo, nel Centro si va dal -11,5% della Toscana al -18,5% del Lazio (in Piano di Rientro). Infine nel Nord dal -23,4% della Liguria al -8,1% della P.A. di Trento.

I dati sono quantitativamente analoghi (leggermente superiori) se riferiti ai ricoveri in acuzie, per i quali si conferma la maggiore riduzione di quelli diurni, con l'eccezione della Valle d'Aosta, che vede invece aumentare essenzialmente proprio i ricoveri acuti in regime diurno.

Del tutto eterogeneo è invece l'andamento dei ricoveri in riabilitazione e lungodegenza, dove peraltro andrebbe analizzata l'adeguatezza dell'offerta.

Per quanto concerne la riabilitazione, nel meridione cresce quasi ovunque, con una punta del +67,1% in Basilicata; fanno eccezione il Molise (-8,0%) e la Puglia

(-13,3%); nel Centro diminuisce nel Lazio (-19,7%) e in Toscana (-15,4%), mentre cresce nelle Marche (+14,0%) e in Umbria (+12,2%); nel Nord cresce oltre il 100% in Valle d'Aosta, ma anche nella P.A. di Bolzano (+26,2%) e in Emilia Romagna (+16,7%), mentre diminuisce più significativamente in Friuli Venezia Giulia (-20,8%) e in Piemonte.

Per quanto concerne, invece, la lungodegenza, nel meridione cresce quasi del +100% in Sardegna e del 50% in Molise, mentre diminuisce fra il 60% e il 90% rispettivamente in Puglia e Basilicata; nel Centro diminuisce solo nel Lazio (-35,7%), mentre quasi triplica in Umbria; nel Nord cresce moltissimo in Liguria e Valle d'Aosta, mentre diminuisce in Lombardia (-32,2%).

Risulta difficile individuare una ratio comune nelle variazioni, ma appare evidente come ogni sistema regionale tenda nel tempo a razionalizzare la propria offerta, convergendo verso i criteri posti dalla programmazione (ad iniziare da quelli del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015), pur mantenendo alcune differenze legate a specificità regionali.

### 6.3. Degenza media

A fronte della riduzione nei ricoveri, che certamente implica anche una selezione degli stessi nel senso di una maggiore appropriatezza, e quindi in definitiva di una maggiore complessità dei casi, la degenza media negli ultimi 5 anni (2015-2010) è aumentata del +6,1%, accelerando ancora rispetto al quinquennio precedente (+5,0%); l'incremento della degenza media è in realtà il frutto di un incremento dell'1,8% nei ricoveri ordinari in acuzie (passati da una degenza media di 6,7 a 6,9 giornate); si riduce, invece, leggermente la media di accessi diurni, significativamente la permanenza in lungodegenza (-8,1%), mentre rimane approssimativamente stabile la degenza media in riabilitazione, dove si compensa l'aumento medio del 5,0% degli accessi diurni, con una riduzione del 4,3% della degenza media ordinaria (Tabella 6.2).

A livello regionale riescono a ridurre la degenza complessiva la Toscana e il Molise (rispettivamente -6,2% e -6,3%), la Puglia (-4,8%), la P.A. di Trento (-4,4%), il Lazio (-3,3%) e marginalmente (-0,1%) l'Emilia Romagna.

Tabella 6.1. Variazioni quinquennali del numero di ricoveri ospedalieri

Regione	Totale	Totale Acuzie	Acuzie Ordinari	Acuzie diurni	Totale Riabilit.	Riabilit. Ordinari	Riabilit. diurni	Totale Lngdeg.
<b>2015/2010</b>								
Italia	-17,8%	-18,6%	-13,3%	-31,5%	-2,1%	6,4%	-43,9%	-1,9%
Piemonte	-16,3%	-16,9%	-10,3%	-34,1%	-8,7%	-5,8%	-39,0%	-6,2%
Valle d'Aosta	15,7%	12,3%	6,4%	27,0%	123,1%	112,3%	...	142,4%
Lombardia	-14,2%	-14,5%	-9,7%	-32,3%	-7,4%	3,0%	-80,7%	-32,2%
P.A. di Bolzano	-12,8%	-13,6%	-6,0%	-33,8%	26,6%	28,9%	-0,9%	-27,6%
P.A. di Trento	-8,1%	-10,1%	-4,5%	-20,3%	-1,5%	2,6%	-24,7%	38,9%
Veneto	-13,4%	-14,1%	-9,5%	-26,5%	1,9%	17,9%	-46,0%	-10,4%
Friuli Venezia Giulia	-13,9%	-14,1%	-11,0%	-22,9%	-20,8%	-1,0%	-83,6%	18,4%
Liguria	-23,4%	-25,5%	-15,1%	-39,7%	5,2%	15,1%	-46,9%	503,1%
Emilia Romagna	-9,3%	-10,6%	-7,4%	-20,0%	16,7%	19,9%	4,7%	2,2%
Toscana	-11,5%	-11,6%	-11,1%	-13,1%	-15,4%	-7,4%	-56,4%	35,5%
Umbria	-13,3%	-14,4%	-7,2%	-38,0%	12,2%	21,8%	-24,3%	271,4%
Marche	-16,5%	-17,9%	-16,7%	-21,7%	14,0%	17,6%	-31,6%	32,2%
Lazio	-18,5%	-18,3%	-17,0%	-20,8%	-19,7%	-6,0%	-55,8%	-37,5%
Abruzzo	-16,2%	-17,2%	-11,8%	-30,3%	16,4%	18,7%	-53,6%	-11,6%
Molise	-20,7%	-21,5%	-22,1%	-20,0%	-8,0%	-14,0%	68,4%	49,2%
Campania	-13,2%	-13,8%	-14,8%	-11,8%	16,0%	11,4%	34,4%	13,0%
Puglia	-32,1%	-32,4%	-20,5%	-62,3%	-13,3%	-12,1%	-24,6%	-56,0%
Basilicata	-23,5%	-24,6%	-6,5%	-54,2%	67,1%	84,5%	-11,8%	-86,4%
Calabria	-27,7%	-29,3%	-26,6%	-35,8%	42,0%	56,2%	-6,3%	-13,4%
Sicilia	-34,4%	-35,5%	-19,5%	-63,8%	19,1%	44,4%	-40,4%	-3,0%
Sardegna	-9,8%	-10,5%	-10,8%	-9,8%	31,0%	19,6%	74,2%	93,4%
<b>2010/2005</b>								
Italia	-13,6%	-14,2%	-10,1%	-22,8%	1,9%	5,0%	-11,2%	14,5%
Piemonte	-4,9%	-6,4%	6,2%	-28,3%	20,9%	21,0%	19,9%	17,3%
Valle d'Aosta	5,4%	2,2%	3,8%	-1,4%	...	...	...	...
Lombardia	-17,5%	-18,8%	-8,2%	-43,0%	2,2%	5,6%	-16,7%	180,0%
P.A. di Bolzano	-5,5%	-6,7%	-9,8%	2,4%	31,9%	26,6%	165,0%	17,9%
P.A. di Trento	3,7%	5,9%	-0,7%	20,5%	-7,6%	-7,3%	-9,4%	-22,2%
Veneto	-13,4%	-13,9%	-9,1%	-24,5%	2,9%	0,1%	12,5%	-23,3%
Friuli Venezia Giulia	-0,5%	-2,0%	-5,4%	9,1%	24,5%	-0,8%	553,8%	...
Liguria	-13,6%	-14,4%	-12,4%	-17,0%	13,1%	17,7%	-6,1%	...
Emilia Romagna	-0,4%	-1,2%	-0,3%	-3,8%	10,0%	8,6%	15,7%	12,4%
Toscana	-4,9%	-5,0%	3,1%	-23,0%	1,8%	1,4%	3,4%	-2,0%
Umbria	-6,0%	-6,6%	7,3%	-34,5%	20,8%	40,6%	-21,5%	43,6%
Marche	-5,5%	-6,1%	-4,2%	-11,6%	17,7%	28,9%	-43,8%	14,9%
Lazio	-19,1%	-19,9%	-14,3%	-29,2%	-9,2%	2,1%	-29,7%	113,5%
Abruzzo	-36,5%	-35,8%	-38,4%	-28,4%	-62,2%	-60,9%	-80,9%	110,4%
Molise	-8,1%	-9,3%	-16,9%	15,0%	44,6%	55,1%	-22,5%	61,8%
Campania	-14,4%	-14,4%	-16,3%	-10,7%	-15,9%	-7,1%	-38,8%	-19,1%
Puglia	1,1%	1,0%	-7,7%	32,5%	19,2%	15,6%	65,8%	-32,5%
Basilicata	-7,8%	-8,4%	-12,3%	-1,3%	13,6%	43,0%	-41,2%	80,5%
Calabria	-21,5%	-22,4%	-23,0%	-20,9%	21,0%	9,0%	94,3%	35,3%
Sicilia	-25,8%	-26,3%	-18,7%	-36,7%	8,1%	23,7%	-16,6%	-0,5%
Sardegna	-19,4%	-20,1%	-19,0%	-22,7%	332,2%	349,6%	276,9%	9,6%

Le celle con ... indicano che nell'anno base non sono stati effettuati ricoveri  
Fonte: elaborazione su dati SDO-Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 6.2. Variazioni quinquennali della degenza media ospedaliera

Regione	Totale	Totale Acuzie	Acuzie Ordinari	Acuzie diurni	Totale Riabilit.	Riabilit. Ordinari	Riabilit. diurni	Totale Lngdeg.
<b>2015/2010</b>								
Italia	6,1%	4,7%	1,8%	-1,2%	0,0%	-4,3%	5,0%	-8,1%
Piemonte	1,3%	0,7%	-1,5%	-21,8%	-3,7%	-5,4%	-5,5%	-7,3%
Valle d'Aosta	-13,1%	-17,8%	-15,2%	-17,0%	-27,0%	-23,7%	-60,2%	-22,3%
Lombardia	3,9%	2,6%	2,0%	-42,7%	5,2%	1,6%	-45,9%	-8,4%
P.A. di Bolzano	3,0%	2,7%	-2,3%	-6,9%	-0,6%	-1,6%	-8,1%	-16,2%
P.A. di Trento	2,6%	1,5%	-4,3%	13,6%	-3,1%	-4,9%	1,0%	-21,7%
Veneto	4,7%	2,8%	0,0%	-13,1%	7,0%	0,5%	7,6%	-1,3%
Friuli Venezia Giulia	0,6%	-0,8%	-3,2%	3,2%	26,6%	5,6%	83,9%	-16,1%
Liguria	10,7%	7,3%	-0,9%	9,4%	-2,1%	-8,0%	20,7%	-14,6%
Emilia Romagna	1,0%	1,0%	-0,8%	5,0%	-10,9%	-12,2%	-11,5%	-11,9%
Toscana	-1,3%	-2,6%	-1,1%	-13,7%	8,2%	5,4%	-6,2%	-7,2%
Umbria	13,4%	10,1%	5,3%	11,7%	16,8%	8,8%	58,6%	-42,2%
Marche	8,0%	5,8%	2,7%	24,4%	2,5%	-0,1%	4,0%	-21,2%
Lazio	-2,0%	-0,2%	1,3%	-11,4%	-5,5%	-17,5%	47,8%	5,5%
Abruzzo	6,0%	4,3%	1,5%	-4,1%	-3,5%	-3,7%	-24,7%	-9,5%
Molise	4,4%	4,0%	5,0%	1,5%	-11,6%	-8,6%	-18,6%	-10,5%
Campania	8,2%	6,4%	6,3%	9,4%	-13,9%	-10,7%	-23,3%	4,7%
Puglia	18,2%	18,2%	5,6%	27,3%	9,7%	8,1%	28,0%	-15,5%
Basilicata	14,9%	10,5%	-1,7%	10,7%	2,1%	-0,4%	-27,0%	-4,3%
Calabria	9,2%	2,7%	0,2%	6,0%	-3,7%	-11,0%	19,5%	0,5%
Sicilia	27,5%	21,8%	9,1%	5,0%	14,2%	0,3%	32,1%	34,3%
Sardegna	1,0%	-0,9%	-2,6%	12,3%	-2,7%	6,0%	-24,7%	-15,0%
<b>2010/2005</b>								
Italia	5,0%	3,0%	0,0%	3,8%	5,7%	4,7%	0,4%	-15,1%
Piemonte	2,5%	-4,5%	-13,3%	4,0%	3,1%	3,2%	1,0%	8,6%
Valle d'Aosta	6,2%	-2,4%	-3,5%	-0,9%	...	...	...	...
Lombardia	18,3%	13,6%	4,8%	11,3%	13,5%	10,5%	29,2%	-2,4%
P.A. di Bolzano	0,3%	-1,0%	1,3%	-1,4%	-13,8%	-10,5%	-51,7%	-13,8%
P.A. di Trento	-4,4%	-4,0%	-0,1%	-0,8%	6,4%	6,9%	0,8%	14,6%
Veneto	3,2%	1,6%	3,2%	-33,3%	2,6%	5,0%	-3,2%	15,1%
Friuli Venezia Giulia	2,9%	-0,3%	0,0%	11,2%	-18,7%	-2,5%	-37,4%	13,6%
Liguria	9,1%	7,1%	4,0%	12,6%	6,2%	3,7%	4,5%	...
Emilia Romagna	-0,1%	-1,5%	-4,5%	11,4%	-0,2%	1,4%	-7,2%	-7,1%
Toscana	-6,2%	-7,0%	-13,2%	5,8%	-1,3%	-0,1%	-9,2%	-2,1%
Umbria	3,5%	1,7%	-5,4%	-0,9%	1,9%	-2,9%	-10,1%	-5,4%
Marche	3,9%	1,5%	-1,1%	13,4%	6,6%	-1,0%	1,3%	0,4%
Lazio	-3,3%	-3,7%	-7,2%	-4,2%	-4,8%	-9,0%	-14,5%	-67,8%
Abruzzo	12,3%	10,9%	16,4%	-4,8%	56,3%	53,5%	97,7%	-1,8%
Molise	-6,3%	-9,9%	-6,0%	-0,2%	-17,4%	-20,1%	-11,5%	-28,3%
Campania	5,4%	5,4%	4,3%	15,1%	25,7%	14,4%	67,8%	-10,8%
Puglia	-4,8%	-4,8%	0,7%	-1,2%	-10,1%	-7,4%	-32,6%	6,8%
Basilicata	10,6%	3,3%	2,3%	21,1%	97,0%	83,9%	73,2%	23,8%
Calabria	2,4%	4,2%	4,0%	7,6%	-9,4%	-2,4%	-9,8%	-69,3%
Sicilia	13,6%	11,9%	9,6%	-1,5%	18,2%	8,6%	16,5%	-46,0%
Sardegna	8,3%	7,2%	3,5%	29,8%	-26,2%	-28,2%	-20,3%	-37,8%

Le celle con ... indicano che nell'anno base non sono stati effettuati ricoveri  
Fonte: elaborazione su dati SDO-Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

La Toscana, il Molise e il Lazio registrano contrazioni di degenza in tutti i regimi. La Puglia per tutti, tranne per la lungodegenza, dove la permanenza aumenta del 6,8%. La P.A. di Trento, invece, riduce del 4,0% la degenza media in acuzie, aumentando sia quella in riabilitazione (+6,4%), che quella in lungodegenza (+14,6%).

## 6.4. Giornate di degenza

Il volume complessivo di attività ospedaliera erogato, valutato in base alle giornate di degenza e agli accessi diurni, risulta dal combinato disposto delle modificazioni nel numero di ricoveri e della degenza media.

Negli ultimi 5 anni (2015-2010) le giornate complessive di attività di degenza e accessi diurni ospedalieri (per acuti, riabilitazione e lungodegenza) si sono ridotte del -12,9%, accelerando ancora rispetto al quinquennio precedente (-9,2%); il processo per l'attività in acuzie è ancora più netto, rispettivamente pari al -14,7% nell'ultimo quinquennio e al -11,7% nel precedente: risultato dovuto ad una riduzione del -11,7% (-10,1% nel quinquennio precedente) delle giornate erogate in regime di ricovero ordinario e del -32,3% (-19,9% nel quinquennio precedente) degli accessi diurni.

In merito ai ricoveri in riabilitazione si ribadisce che nell'ultimo quinquennio c'è stata una riduzione del -2,1%, a fronte di un aumento riscontrato nel quinquennio precedente (+7,6%).

Va però aggiunto che il risultato è frutto di un incremento delle giornate riferite ai ricoveri ordinari (rispettivamente +1,8% e +9,9% nell'ultimo e penultimo quinquennio), e di un "crollo" degli accessi diurni (-41,8% nell'ultimo e -10,8% nel penultimo quinquennio).

Si riduce, infine, anche l'attività di lungodegenza, che cala del -9,8% nell'ultimo quinquennio e del -2,7% nel precedente (Tabella 6.3).

Negli ultimi 5 anni, la riduzione del numero di giornate complessive erogate è evidente in tutte le Regioni, tranne che in Valle d'Aosta (+0,5%); ricordiamo la Calabria dove si registra una riduzione del -21,0% (-19,7% nel quinquennio precedente), il Lazio con una del -20,1% (-21,8% nel precedente), e la Puglia con una del -19,8% (-3,7% nel precedente).

Pur significativa ovunque, la riduzione delle giornate

di degenza/accessi diurni è mediamente maggiore nelle Regioni meridionali (di cui molte in Piano di Rientro), con variazioni che nell'ultimo quinquennio risultano comprese fra il -6,0% della Campania e il citato -21,0% della Calabria. Risalendo nel Centro si va dal -20,1% del Lazio al -1,7% dell'Umbria. Infine nel Nord si va dal -15,2% della Liguria e del Piemonte, al -5,7% della P.A. di Trento (ricordiamo altresì l'incremento in Valle d'Aosta).

I dati sono quantitativamente superiori per i ricoveri in acuzie, per i quali si conferma una generalizzata riduzione delle giornate di degenza, con l'eccezione degli accessi diurni in Valle d'Aosta e in Sardegna.

Si conferma, invece, del tutto eterogeneo l'andamento delle giornate erogate nell'ambito dei ricoveri in riabilitazione e lungodegenza.

Per quanto concerne la riabilitazione, nel meridione le giornate di degenza sono aumentate quasi ovunque, con una punta del +70,6% in Basilicata, tranne che in Molise (-18,7%), Campania (-0,1%) e Puglia (-4,9%); nel Centro sono diminuite nel Lazio (-24,1%) e in Toscana (-8,4%), mentre aumentate nelle Marche (+16,9%) e in Umbria (+31,0%); nel Nord sono aumentate del +62,9% in Valle d'Aosta, nella P.A. di Bolzano del +25,8% e in Veneto del +9,1%; si sono invece ridotte significativamente in Piemonte (-12,1%).

Per quanto concerne, invece, le giornate associate ai ricoveri in lungodegenza, nel meridione, sono aumentate del +64,4% in Sardegna e del +33,5% in Molise, mentre si sono ridotte dell'87,0% in Basilicata e del 62,9% in Puglia; nel Centro si è registrata una riduzione solo nel Lazio (-34,1%), mentre si registra un raddoppio in Umbria (+114,6); nel Nord sono aumentate notevolmente in Liguria e Valle d'Aosta (rispettivamente +415,3% e dell'88,3%), mentre sono diminuite in Lombardia (-38,0%) e nella P.A. di Bolzano (-39,3%).

## 6.5. Tassi di ospedalizzazione

Mentre i dati che precedono riguardano l'aspetto dell'attività ospedaliera regionale, per apprezzare la convergenza dei sistemi di offerta ospedaliera regionale, e anche la risposta all'epidemiologia delle diverse popolazioni, è opportuno analizzare i tassi di ospedalizzazione per Regione di residenza dei pazienti invece che per



Tabella 6.3. Variazioni quinquennali del numero di giornate di degenza ospedaliera

Regione	Totale	Totale Acuzie	Acuzie Ordinari	Acuzie diurni	Totale Riabilit.	Riabilit. Ordinari	Riabilit. diurni	Totale Lngdeg.
<b>2015/2010</b>								
Italia	-12,9%	-14,7%	-11,7%	-32,3%	-2,1%	1,8%	-41,0%	-9,8%
Piemonte	-15,2%	-16,4%	-11,6%	-48,5%	-12,1%	-10,8%	-42,3%	-13,1%
Valle d'Aosta	0,5%	-7,7%	-9,8%	5,3%	62,9%	62,0%	...	88,3%
Lombardia	-10,8%	-12,3%	-7,9%	-61,2%	-2,6%	4,6%	-89,5%	-38,0%
P.A. di Bolzano	-10,2%	-11,2%	-8,1%	-38,3%	25,8%	26,9%	-8,9%	-39,3%
P.A. di Trento	-5,7%	-8,7%	-8,6%	-9,5%	-4,6%	-2,5%	-24,0%	8,7%
Veneto	-9,3%	-11,7%	-9,5%	-36,1%	9,1%	18,5%	-41,9%	-11,5%
Friuli Venezia Giulia	-13,3%	-14,8%	-13,8%	-20,4%	0,2%	4,6%	-69,9%	-0,7%
Liguria	-15,2%	-20,0%	-15,8%	-34,1%	3,0%	5,9%	-35,9%	415,3%
Emilia Romagna	-8,4%	-9,7%	-8,2%	-16,1%	4,0%	5,2%	-7,3%	-10,0%
Toscana	-12,7%	-13,9%	-12,0%	-25,0%	-8,4%	-2,3%	-59,1%	25,8%
Umbria	-1,7%	-5,8%	-2,3%	-30,8%	31,0%	32,5%	20,0%	114,6%
Marche	-9,8%	-13,2%	-14,5%	-2,6%	16,9%	17,5%	-28,9%	4,3%
Lazio	-20,1%	-18,4%	-15,9%	-29,9%	-24,1%	-22,4%	-34,7%	-34,1%
Abruzzo	-11,2%	-13,6%	-10,5%	-33,2%	12,4%	14,4%	-65,0%	-20,0%
Molise	-17,2%	-18,3%	-18,2%	-18,8%	-18,7%	-21,4%	37,0%	33,5%
Campania	-6,0%	-8,2%	-9,5%	-3,6%	-0,1%	-0,6%	3,1%	18,4%
Puglia	-19,8%	-20,1%	-16,0%	-51,9%	-4,9%	-4,9%	-3,4%	-62,8%
Basilicata	-12,1%	-16,6%	-8,2%	-49,3%	70,6%	83,9%	-35,7%	-87,0%
Calabria	-21,0%	-27,3%	-26,4%	-31,9%	36,8%	38,9%	12,0%	-13,0%
Sicilia	-16,4%	-21,4%	-12,1%	-62,0%	35,9%	44,8%	-21,3%	30,3%
Sardegna	-8,9%	-11,3%	-13,2%	1,3%	27,5%	26,7%	31,2%	64,4%
<b>2010/2005</b>								
Italia	-9,2%	-11,7%	-10,1%	-19,9%	7,6%	9,9%	-10,8%	-2,7%
Piemonte	-2,5%	-10,6%	-7,9%	-25,4%	24,7%	24,9%	21,0%	27,3%
Valle d'Aosta	12,0%	-0,2%	0,1%	-2,3%	...	...	...	...
Lombardia	-2,4%	-7,8%	-3,8%	-36,6%	15,9%	16,7%	7,6%	173,4%
P.A. di Bolzano	-5,3%	-7,7%	-8,6%	1,0%	13,7%	13,3%	27,9%	1,6%
P.A. di Trento	-0,8%	1,6%	-0,8%	19,6%	-1,7%	-0,9%	-8,6%	-10,8%
Veneto	-10,7%	-12,5%	-6,2%	-49,6%	5,6%	5,0%	9,0%	-11,7%
Friuli Venezia Giulia	2,3%	-2,3%	-5,4%	21,4%	1,3%	-3,3%	309,5%	...
Liguria	-5,7%	-8,4%	-8,9%	-6,6%	20,1%	22,1%	-1,9%	...
Emilia Romagna	-0,5%	-2,7%	-4,8%	7,2%	9,8%	10,1%	7,3%	4,3%
Toscana	-10,8%	-11,7%	-10,5%	-18,6%	0,4%	1,3%	-6,2%	-4,1%
Umbria	-2,7%	-5,0%	1,5%	-35,1%	23,0%	36,6%	-29,4%	35,7%
Marche	-1,8%	-4,7%	-5,3%	0,2%	25,5%	27,6%	-43,1%	15,3%
Lazio	-21,8%	-22,9%	-20,5%	-32,2%	-13,6%	-7,1%	-39,9%	-31,1%
Abruzzo	-28,7%	-28,8%	-28,3%	-31,9%	-40,9%	-40,0%	-62,3%	106,7%
Molise	-13,9%	-18,3%	-21,9%	14,7%	19,4%	23,9%	-31,4%	16,0%
Campania	-9,9%	-9,7%	-12,7%	2,9%	5,8%	6,2%	2,7%	-27,8%
Puglia	-3,7%	-3,8%	-7,0%	30,9%	7,1%	7,0%	11,8%	-27,9%
Basilicata	2,0%	-5,4%	-10,3%	19,6%	123,7%	163,0%	1,9%	123,6%
Calabria	-19,7%	-19,1%	-19,9%	-14,8%	9,7%	6,4%	75,2%	-58,4%
Sicilia	-15,8%	-17,5%	-10,9%	-37,7%	27,8%	34,4%	-2,8%	-46,3%
Sardegna	-12,7%	-14,4%	-16,2%	0,3%	219,0%	222,8%	200,2%	-31,8%

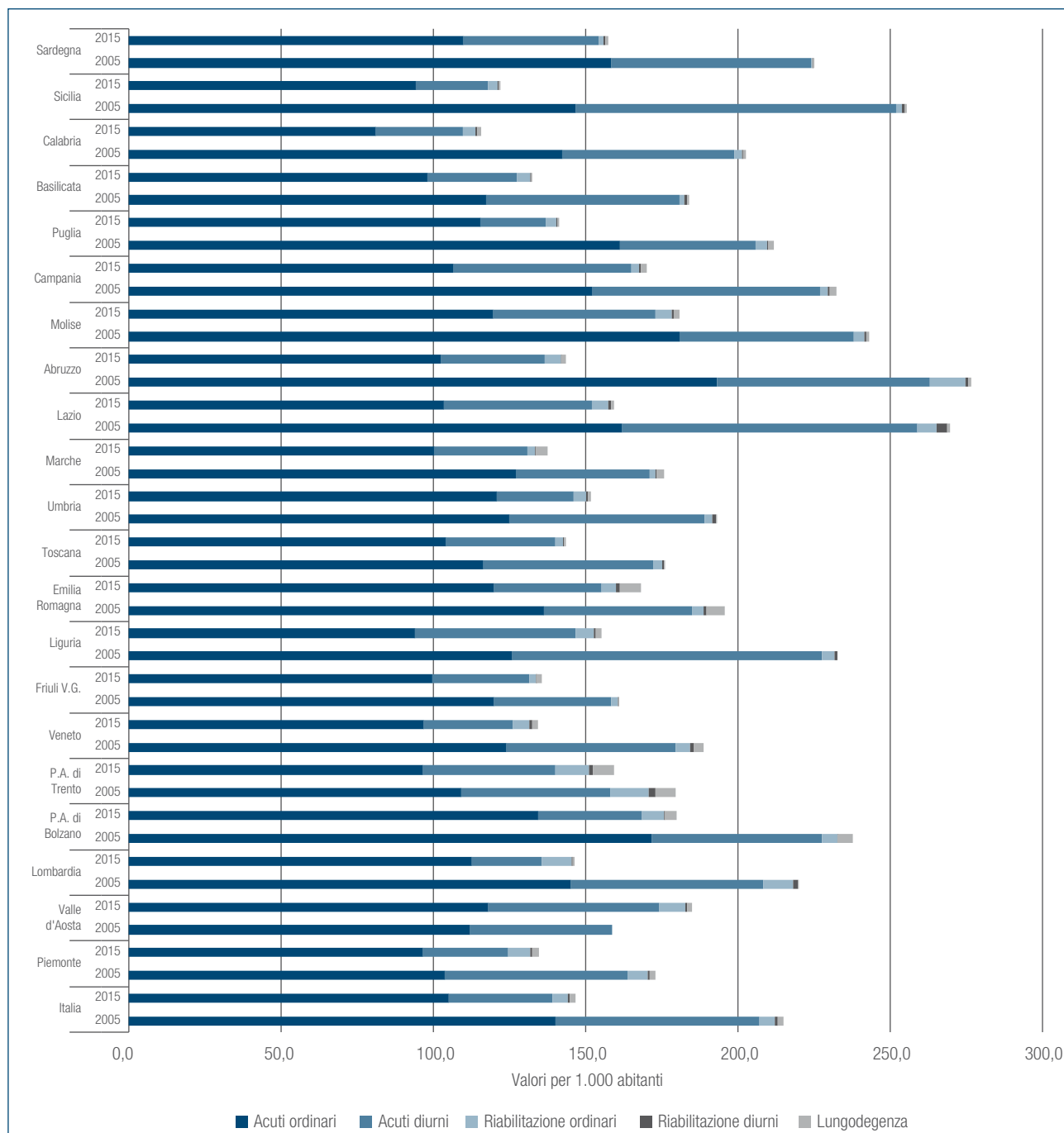
Le celle con ... indicano che nell'anno base non sono stati effettuati ricoveri  
Fonte: elaborazione su dati SDO-Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Regione di ricovero; i tassi sono stati standardizzati per tenere altresì conto della specifica demografia regionale e quindi dei diversi bisogni delle popolazioni.

Nel 2015 il tasso di ospedalizzazione in Italia risulta complessivamente pari al 146,9 per 1.000 abitanti. I ricoveri in acuzie sono 139,2 per 1.000 abitanti, seguiti da 5,8 per 1.000 abitanti di ammissioni per riabilitazione

e 1,8 per 1.000 abitanti in lungodegenza. Dei ricoveri in acuzie distinguiamo un tasso di ospedalizzazione ordinario di 105,2 per 1.000 abitanti, e quello diurno pari a 34,0 per 1.000 abitanti. Analogamente i ricoveri in riabilitazione fanno registrare un tasso di ospedalizzazione ordinario di 5,2 per 1.000 abitanti, e uno diurno pari a 0,6 per 1.000 abitanti (Figura 6.6).

Figura 6.6. Andamento dei tassi standardizzati di ospedalizzazione



Fonte: elaborazione su dati OECD, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

Negli ultimi 5 anni il tasso di ospedalizzazione si è complessivamente ridotto del -18,5% (33,3 ricoveri per 1.000 abitanti.) Quello in acuzie registra una riduzione del 19,2% (33 ammissioni in meno per 1.000 abitanti), seguito da quello della riabilitazione con una riduzione del -2,8% (0,2 ricoveri in meno per 1.000 abitanti) e della lungodegenza con una riduzione del -2,6%. Dei ricoveri in acuzie la riduzione del tasso di ospedalizzazione ordinario è pari al -13,9% (17 ricoveri in meno per 1.000 abitanti), e quello diurno del -32,0% (16 ricoveri in meno per 1.000 abitanti). Nei ricoveri in riabilitazione invece si registra un aumento del tasso di ospedalizzazione nel regime ordinario pari al 5,6% (0,3 ricoveri in più per 1.000 abitanti), e una riduzione in quello diurno pari a -44,3% (0,4 ricoveri in meno per 1.000 abitanti).

A livello regionale si osserva una evidente riduzione dei tassi di ospedalizzazione in tutte le Regioni: la riduzione massima nell'ultimo quinquennio si riscontra in Sicilia, pari a -35,1% (-26,3% nel quinquennio precedente), quella minima nella P.A. di Trento, che segna un -10,3% (-1,6% nel quinquennio precedente). Solo la Valle d'Aosta è in controtendenza (+15,3% e +1,3% rispettivamente nell'ultimo quinquennio e nel precedente). Pur significative ovunque, la riduzione è mediamente maggiore nelle Regioni meridionali (di cui molte in Piano di Rientro), con variazioni che nell'ultimo quinquennio risultano comprese nel *range* fra il -9,3% della Sardegna e il citato -35,1% della Sicilia. Risalendo nel Centro si va dal -12,0% della Toscana al -21,4% del Lazio (in Piano di Rientro). Infine nel Nord si va dal -21,9% della Liguria al -10,3% della P.A. di Trento.

I tassi sono quantitativamente analoghi (leggermente superiori) per i ricoveri in acuzie, per i quali si conferma la maggiore riduzione di quelli diurni, con l'eccezione della Valle d'Aosta, che vede invece aumentare essenzialmente proprio i ricoveri diurni per acuti (+26,0% nell'ultimo quinquennio).

Del tutto eterogenea è invece l'andamento dei tassi di ospedalizzazione in riabilitazione e lungodegenza.

Per quanto concerne la riabilitazione, nel meridione cresce quasi ovunque, tranne in Molise (-6,0%) e in Puglia (-13,4%), raggiungendo il valore massimo pari a +70,7% in Basilicata; nel Centro si riduce in Lazio (-22,5%) e in Toscana (-15,9%), mentre aumenta in Abruzzo (+17,0%), nelle Marche (+14,6%) e in Umbria

(+12,9%); nel Nord cresce oltre il 100% in Valle d'Aosta, ma anche nella P.A. di Bolzano (+22,9%) e in Emilia Romagna (+15,3%), mentre diminuisce specialmente in Friuli Venezia Giulia (-20,3%) e in Piemonte (-8,2%).

Per quanto concerne, invece, la lungodegenza, nel meridione cresce quasi del +100% in Sardegna e del +52,5% in Molise, mentre diminuisce fra il -56,1% e il -86,1% rispettivamente in Puglia e Basilicata; nel Centro diminuisce solo nel Lazio (-39,7%), mentre quasi triplica in Umbria; nel Nord cresce moltissimo in Liguria e Valle d'Aosta, poi nella P.A. di Trento (+35,7%), mentre diminuisce in Lombardia (-33,4%).

Ad oggi, quindi, le variazioni dei tassi di ospedalizzazione standardizzati risultano mediamente maggiori nelle Regioni meridionali, con valori compresi nel *range* fra il -10,6% della Sardegna e il -34,9% della Sicilia. Risalendo nel Centro si va dal -12,0% della Toscana al -20,8% del Lazio (in Piano di Rientro). Infine nel Nord si va dal -22,0% della Liguria al -10,1% della P.A. di Trento; unica eccezione la Valle d'Aosta che registra un aumento complessivo del tasso di ospedalizzazione standardizzato dell'ultimo quinquennio pari a +15,0%.

Per quanto concerne il tasso relativo ai ricoveri in acuzie, nel Sud si passa da una variazione minima del -11,3% della Sardegna ad una massima del -35,9% della Sicilia; nel Centro il tasso si riduce in tutte le Regioni, con valori compresi nel *range* -12,1% (Emilia Romagna) e -20,7% (Lazio). Nel Nord si varia da una riduzione del -12,1% della P.A. di Trento ad una del -24,0% della Liguria.

Per quanto concerne la riabilitazione, nel meridione il tasso di ospedalizzazione cresce quasi ovunque, raggiungendo il valore massimo in Basilicata (+67,0%), diminuendo solo in Molise (-5,1%) e Puglia (-15,2%). Nel Centro diminuisce in Lazio (-20,9%) e Toscana (-15,3%) e cresce nelle Marche (+15,9%) e in Umbria (+12,7%); nel Nord cresce oltre il 100% in Valle d'Aosta, ma anche nella P.A. di Bolzano ed Emilia Romagna (+23,5% e +16,9% rispettivamente).

Per quanto concerne, infine, la lungodegenza, al Sud cresce quasi del 85,5% in Sardegna e del 52,2% in Molise, mentre diminuisce fra il 57,0% e l'86,5% rispettivamente in Puglia e Basilicata; nel Centro diminuisce solo nel Lazio (-38,2%), mentre quasi triplica in Umbria; nel Nord cresce moltissimo in Liguria e Valle d'Aosta, mentre diminuisce in Lombardia (-34,7%).

## 6.6. Valore della produzione ospedaliera

Per quanto espresso in premessa relativamente all'esistenza di un "interesse" anche economico per i processi di de-ospedalizzazione, appare di grande interesse valutare quanto "valga" effettivamente la riduzione di attività di ricovero esposta nel paragrafo precedente.

Si tratta di una valorizzazione effettuata con le tariffe DRG vigenti, che probabilmente sottostima significativamente il costo reale dell'assistenza; assumendo, infatti, che mediamente le tariffe coprano non più del 70% del finanziamento effettivo delle aziende ospedaliere, possiamo inferire (in prima battuta, e con una approssimazione di larga massima), che la sottostima citata sia dell'ordine di un terzo dei costi.

Va altresì evidenziato che le riduzioni del valore della produzione configurano risparmi del tutto potenziali, nella misura in cui per liberare effettivamente risorse è, prima, necessario ridurre fisicamente i fattori di produzione utilizzati: posti letto e personale in primis.

Con i caveat espressi, notiamo come negli ultimi 5 anni (2015-2010), il valore di produzione in ambito ospedaliero si è ridotto del 5,4%, valore che si somma al -15,4% del quinquennio precedente; in valori assoluti il potenziale risparmio è di € 7,2 mld. nel decennio 2005-2015, di cui € 5,6 mld. fra il 2005 e il 2010, e altri € 1,6 mld. fra il 2005 e il 2015.

Circa il 97,5% del potenziale risparmio è ascrivibile alla riduzione dell'attività di ricovero per gli acuti e, in particolare, oltre l'85% a quella relativa al regime ordinario. Potenziali risparmi, per quanto minimi, dovrebbero derivare anche dalla riduzione dell'attività di riabilitazione e lungodegenza: rispettivamente pari allo 0,8% e all'1,7% (Tabella 6.4).

Negli ultimi 5 anni, solo la P.A. di Trento e la Sardegna vedono aumentare il valore della produzione ospedaliera: rispettivamente del 14% e dello 0,5%: pur rimanendo il *driver* l'erogazione di ricoveri per acuti, la prima registra aumenti in tutti i regimi, la seconda solo per la riabilitazione e la lungodegenza.

Con le eccezioni richiamate, la riduzione è evidente in tutte le Regioni: questa supera il 10% in Piemonte, Liguria, Lazio, Molise e Puglia; la Calabria lo supera solo per i ricoveri in acuzie.

Così come segnalato nel paragrafo relativo alle gior-

nate di degenza, l'andamento regionale è del tutto eterogeneo per quanto concerne i ricoveri in riabilitazione e lungodegenza.

## 6.7. L'impatto dell'invecchiamento

Una delle maggiori preoccupazioni per la sostenibilità in prospettiva del sistema che ricorre nel dibattito di politica sanitaria, è l'impatto dell'invecchiamento: esso genererebbe un aumento della cronicità e in generale dei bisogni, ivi compreso quello del ricorso al ricovero ospedaliero, che certamente è quello a maggiore assorbimento di risorse.

Per valutare gli effetti reali di questo ultimo punto, si sono analizzati per l'ultimo decennio 2005-2015 (Figura 6.7), le variazioni della popolazione eleggibile, dei ricoveri, della degenza media, delle giornate di ricovero e del valore della produzione, separatamente per le diverse fasce di età della popolazione.

La popolazione sino a 54 anni si è ridotta impercettibilmente (-0,3%), per poi aumentare nelle fasce successive, ma in modo difforme: di circa l'8% fra i 55 e i 75 anni, del 28% oltre i 75.

A fronte dell'aumento della popolazione, i ricoveri sono invece calati, in tutte le fasce di età: nella prima fascia, a fronte di una sostanziale invarianza della popolazione, il calo raggiunge il 34,8%; la stessa riduzione si registra fra 55 e 65 anni, ed è di poco inferiore nella fascia 66-75 (-31,3%); i ricoveri si riducono anche dopo i 75, sebbene in misura minore: -7,3%.

A fronte di riduzioni così marcate nel numero di ricoveri, ancor più importanti considerando il contemporaneo aumento della popolazione, le degenze medie aumentano significativamente, sebbene in modo marcatamente inferiore, per i ricoveri degli *over 75*.

La fascia di età "estrema" fa eccezione anche nella valutazione dell'attività ospedaliera complessiva, registrando un lieve aumento dello 0,1%, a fronte di riduzioni nelle altre fasce, comprese nel *range* 26,6-30,6%.

Ne consegue che, anche se il valore della produzione si riduce in tutte le fasce, nelle prime tre lo fa in modo significativo, essendo la riduzione compresa fra il 24,2-26,4%, mentre segna un mero -2,9% nell'ultima.

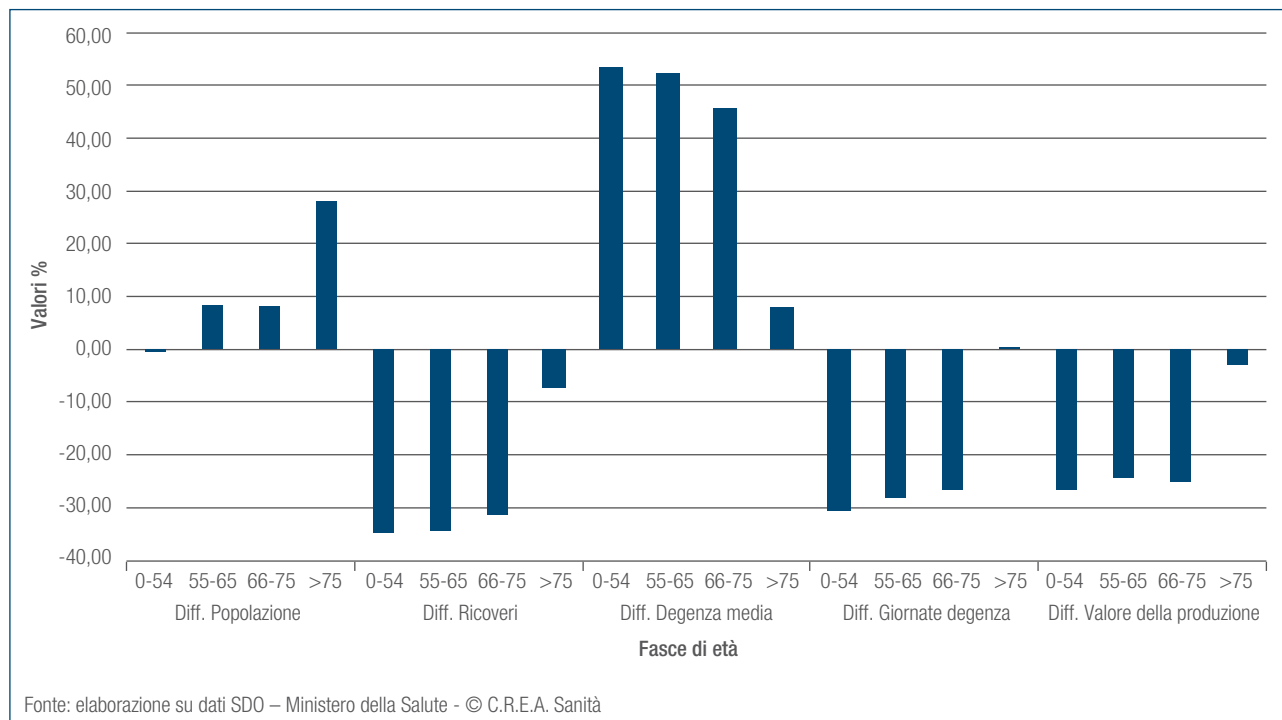
Dagli indicatori elaborati, appare evidente che, con-

Tabella 6.4. Variazioni quinquennali del valore della produzione ospedaliera

Regione	Totale	Totale Acuzie	Acuzie Ordinari	Acuzie diurni	Totale Riabilit.	Riabilit. Ordinari	Riabilit. diurni	Totale Lngdeg.
<b>2015/2010</b>								
Italia	-5,4%	-5,0%	-3,6%	-19,8%	-10,4%	-3,6%	-59,4%	-9,4%
Piemonte	-10,3%	-9,6%	-7,1%	-34,0%	-16,9%	-14,2%	-62,6%	-13,3%
Valle d'Aosta	14,0%	11,2%	8,6%	36,0%	66,1%	65,7%	158,1%	78,4%
Lombardia	-2,1%	-0,9%	-0,7%	-3,5%	-15,7%	-4,6%	-91,4%	-37,6%
P.A. di Bolzano	-1,8%	-1,6%	1,4%	-27,7%	18,6%	23,3%	-56,7%	-40,9%
P.A. di Trento	6,1%	8,3%	11,1%	-8,2%	-10,3%	-4,7%	-49,3%	0,0%
Veneto	-3,0%	-2,8%	-0,4%	-23,8%	-2,9%	7,7%	-56,8%	-12,6%
Friuli Venezia Giulia	-7,1%	-7,3%	-6,2%	-18,1%	-4,5%	4,4%	-87,9%	-2,0%
Liguria	-10,0%	-11,0%	-9,0%	-24,2%	-9,6%	-0,5%	-71,5%	403,4%
Emilia Romagna	-3,2%	-2,8%	-1,7%	-13,2%	-1,1%	5,2%	-47,7%	-12,6%
Toscana	-0,5%	-0,6%	-0,7%	0,3%	-6,5%	4,3%	-72,4%	41,6%
Umbria	-0,2%	-1,0%	0,7%	-21,5%	13,3%	22,8%	-34,0%	101,4%
Marche	-7,7%	-8,9%	-8,0%	-18,2%	16,6%	19,4%	-76,4%	2,6%
Lazio	-11,5%	-8,9%	-8,1%	-17,2%	-33,2%	-30,9%	-45,2%	-39,7%
Abruzzo	-3,4%	-3,6%	-0,6%	-28,6%	2,9%	5,2%	-72,0%	-18,6%
Molise	-10,3%	-9,5%	-8,6%	-18,2%	-23,2%	-23,5%	-18,8%	34,9%
Campania	-3,0%	-3,3%	-4,0%	1,8%	-13,2%	-10,6%	-29,3%	43,1%
Puglia	-13,6%	-13,1%	-8,8%	-60,9%	-15,7%	-12,7%	-67,5%	-62,4%
Basilicata	-3,8%	-5,8%	-1,4%	-42,2%	61,8%	81,5%	-59,3%	-86,7%
Calabria	-9,8%	-12,0%	-11,2%	-20,5%	25,7%	35,9%	-47,7%	-12,6%
Sicilia	-4,4%	-5,6%	-1,6%	-42,5%	20,0%	36,8%	-56,4%	30,9%
Sardegna	0,5%	-0,2%	-0,3%	0,9%	18,7%	17,6%	25,8%	69,6%
<b>2010/2005</b>								
Italia	-15,4%	-16,6%	-16,4%	-17,8%	7,6%	5,3%	28,5%	-12,7%
Piemonte	-8,3%	-11,6%	-9,0%	-31,1%	26,1%	24,6%	58,5%	28,4%
Valle d'Aosta	-1,3%	-6,1%	-6,9%	2,3%	...	...	...	...
Lombardia	-19,3%	-21,4%	-19,7%	-41,9%	18,5%	14,9%	49,8%	131,7%
P.A. di Bolzano	-12,8%	-14,4%	-16,7%	12,9%	17,8%	13,8%	164,4%	-1,4%
P.A. di Trento	-10,3%	-12,0%	-14,9%	9,8%	7,7%	3,6%	47,2%	-9,1%
Veneto	-16,8%	-17,6%	-17,8%	-15,9%	0,4%	-3,5%	26,3%	-11,0%
Friuli Venezia Giulia	-14,4%	-16,2%	-18,2%	11,1%	4,0%	-5,0%	884,7%	...
Liguria	-18,0%	-19,7%	-20,7%	-12,1%	25,6%	18,7%	107,4%	...
Emilia Romagna	-10,2%	-11,7%	-13,0%	3,4%	12,0%	6,8%	73,6%	-0,2%
Toscana	-11,7%	-12,3%	-10,3%	-32,6%	10,5%	6,4%	44,8%	-7,0%
Umbria	-9,9%	-11,3%	-8,2%	-38,1%	37,7%	33,5%	63,2%	38,9%
Marche	-11,9%	-13,2%	-13,2%	-13,1%	15,8%	14,5%	77,7%	12,6%
Lazio	-18,2%	-17,1%	-16,1%	-26,6%	-19,7%	-18,1%	-27,1%	-47,9%
Abruzzo	-30,7%	-30,9%	-33,8%	10,1%	-38,0%	-37,9%	-40,5%	100,4%
Molise	-13,8%	-15,8%	-18,3%	23,2%	13,8%	14,3%	5,9%	9,4%
Campania	-15,6%	-16,1%	-18,8%	15,9%	11,1%	6,5%	51,1%	-36,6%
Puglia	-7,4%	-7,6%	-10,0%	30,3%	4,1%	0,3%	205,4%	-26,8%
Basilicata	-2,8%	-6,3%	-7,9%	10,0%	125,5%	142,1%	58,8%	119,2%
Calabria	-19,4%	-19,0%	-19,9%	-6,6%	11,3%	1,6%	255,1%	-69,3%
Sicilia	-21,4%	-22,6%	-20,6%	-37,0%	40,5%	31,5%	104,1%	-59,2%
Sardegna	-12,6%	-13,4%	-15,5%	13,5%	151,1%	149,2%	163,8%	-34,5%

Le celle con ... indicano che nell'anno base non sono stati effettuati ricoveri  
Fonte: elaborazione su dati SDO-Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 6.7. Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera 2015-2005



trariamente alle attese, malgrado l'invecchiamento, e malgrado anche l'intervenuto aumento della popolazione, a livello ospedaliero si sono generati ingenti risparmi potenziali: il valore della produzione diminuisce, ripartendosi piuttosto equamente il beneficio su tutte le fasce di età inferiori ai 75 anni.

Peraltro, ricordando che cresce numericamente la popolazione *over 55* anni, le riduzioni di ricoveri nelle fasce successive assumono una ancora più eclatante significatività. Si noti come la scarsa natalità e l'allungamento dell'aspettativa di vita facciano crescere in particolare la popolazione *over 75* anni.

Le dinamiche descritte (considerando anche alcune evidenze sull'età media dei ricoveri per cui si rimanda al Capitolo 1 del Rapporto) sembrano confermare che è in atto un processo di compressione della morbilità, almeno intesa come morbilità foriera di ricorso al ricovero ospedaliero. Si sposta in avanti con l'età la probabilità di ricovero, tant'è che solo nell'ultima classe (ovviamente) non si evidenziano riduzioni significative del numero di ricoveri e della degenza.

Assumendo il ricorso al ricovero ospedaliero (non episodico) come un indicatore di fragilità, indirettamente si conferma anche che la soglia dei 65 anni per l'età an-

ziana è ormai una mera convenzione, per lo più priva di significato: la fascia 66-75 si comporta essenzialmente come quella 55-65, mentre è *over 75* che si evidenzia una chiara soluzione di continuità.

## 6.8. Il personale dipendente degli ospedali

Nei paragrafi precedenti abbiamo evidenziato il forte processo di de-ospedalizzazione avvenuto in Italia, sottolineandone gli aspetti più rilevanti e stimando l'impatto della riduzione dell'attività sul valore della produzione ospedaliera. Per riferirci alle variazioni di quest'ultima, abbiamo usato la locuzione "risparmi potenziali", per evidenziare come, in via di principio, la riduzione di attività avrebbe dovuto esitare in una riduzione dei costi e del finanziamento assegnato alle strutture ospedaliere.

Perché la riduzione di finanziamento si realizzi senza generare disavanzi insostenibili, è peraltro necessario che si riducano effettivamente anche i costi: che ciò sia avvenuto è molto discutibile, e si spiega, se non altro, con l'elevata quota di costi fissi che caratterizza gli stabilimenti ospedalieri.

Per tale motivo, in assenza di dati attendibili sui costi complessivi dell'assistenza ospedaliera, ci siamo riferito al fenomeno, denotandolo come un "risparmio potenziale".

Per dare indirettamente conto della misura in cui il risparmio si possa essere, o meno, realizzato, può essere utile osservare l'andamento della voce di costo relativa al personale dipendente degli ospedali, che certamente rappresenta una dei maggiori oneri.

L'analisi è stata condotta sulle sole aziende ospedaliere e sugli ospedali a gestione diretta, escludendo Università, Aziende Miste, I.R.C.C.S. e Centri di ricerca, per i quali il rapporto fra attività erogata e personale è "sfalsato" dalla presenza di personale extra SSN, quale quello universitario.

L'analisi è stata condotta per il periodo 2005-2013, in carenza di dati più aggiornati sul personale.

Appare subito evidente che la riduzione del personale è stata anch'essa certamente rilevante, risultando del -14,6% per medici e odontoiatri, e del -10,8% per gli infermieri.

A fronte di ciò, però, la riduzione dei ricoveri nello stesso periodo è stata del 38,1%, quindi quasi 4 volte maggiore. Considerando, più correttamente, la variazione delle giornate di degenza, la riduzione è comunque del 31,4%, quindi circa doppia rispetto alla riduzione dei medici e tripla degli infermieri.

Si confermano quindi la difficoltà che si incontrano nella effettiva riduzione dei costi e quindi nel liberare risorse per potenziare le attività di assistenza primaria a compensazione della de-ospedalizzazione.

Analizzando il dato del personale a livello regionale, appare evidente una forte eterogeneità degli andamenti: per i medici dipendenti si va da una riduzione del 42,2% in Friuli Venezia Giulia ad un aumento del 27,7% in Valle d'Aosta.

Analogamente, per gli infermieri si va una riduzione del 37,7% in Friuli Venezia Giulia (seguita dalla Toscana con il -34,4%) ad un aumento del 28,8% nelle Marche, seguita dalla P.A. di Trento (+28,6%).

## 6.9. Conclusioni

Gli ultimi 15 anni hanno visto realizzarsi una straordinaria razionalizzazione del ricorso all'assistenza ospe-

daliera che, pur con tutti i caveat del caso da applicarsi ai confronti internazionali, ha portato l'Italia ad essere il Paese europeo con i minori tassi di ospedalizzazione, oltretutto a fronte di una offerta residenziale e domiciliare ancora nettamente inferiore a quella degli altri Paesi dell'Europa occidentale.

Questa estrema attenzione nel ricorso all'ospedalizzazione spiega le differenze (peraltro limitate) ancora esistenti fra la degenza media dei ricoveri acuti ordinari negli ospedali italiani e in quelli svedesi e francesi, che appaiono essere i più efficienti.

La riduzione dei tassi di ospedalizzazione, si traduce in una riduzione del numero dei ricoveri, un aumento della degenza media, associata a ricoveri sempre più selezionati e quindi complessi, nonché nella complessiva riduzione dell'attività ospedaliera, misurata in giornate di degenza erogate.

Le variazioni più importanti e omogenee a livello regionale si registrano per l'attività in acuzie, dove appare altresì evidente il "downgrading" dagli accessi diurni al regime ambulatoriale. Analogamente si riducono i ricoveri diurni in riabilitazione, rimanendo una grande disparità di ricorso sia alla riabilitazione che alla lungo-degenza.

Il fenomeno, che certamente ha beneficiato anche di una crescita della consapevolezza della necessità di contenere i ricoveri impropri, ha riguardato tutte le fasce di età, restituendo un chiaro segnale sul processo in atto di compressione della morbilità in tutte le fasce di età fino ai 75 anni.

Quest'ultima fascia d'età (*over 75*), molto più dei 65 anni, sembra poter essere il riferimento per l'individuazione della soglia di anzianità/vecchiaia.

Il mutamento in corso ha comportato anche un drastico ridimensionamento del valore della produzione ospedaliera, che si vorrebbe foriero, almeno a medio termine, di potenziali risparmi, peraltro necessari per sviluppare le forme di assistenza primaria.

Purtroppo gli indizi disponibili dicono che il risparmio rimane in sostanza potenziale, in quanto risulta difficile l'adeguamento organizzativo e gestionale degli ospedali.

Ad esempio, la riduzione del personale risulta pari ad un terzo o a un quarto della riduzione delle giornate di degenza, dimostrando l'inerzia delle strutture ospedalie-

re nel realizzare cambiamenti, come anche l'incapacità del sistema di liberare risorse.

Altro aspetto negletto è quello dell'effetto delle modifiche intervenute sulla qualità dell'assistenza: essendo calata l'attività più del personale (oltre tutto certamente ancor di più considerando eventuali compensazioni degli organici con contratti libero professionali), si potrebbe immaginare che ci sia stato un beneficio assistenziale per i ricoverati. Contro questa conclusione giocano, però, e senza pretesa di esaustività, eventuali diseconomie di scala, il disallineamento qualitativo fra fabbisogni e organico effettivo, l'invecchiamento del personale.

In conclusione, le politiche sul lato dell'offerta messe in atto a livello centrale (si ricorda il Decreto Ministeriale n.70/2015) e regionale sembrano avere sortito effetti dirompenti, ma le politiche ospedaliere sembrano risultare complessivamente inefficaci, mancando della capacità di "chiudere il cerchio", generando risparmi necessari per finanziare l'assistenza primaria.

In assenza di politiche atte a liberare e quindi a riallocare le risorse potenzialmente risparmiate, il congela-

mento dei costi pubblici rischia di generare costi privati (per carenza di risposte sul territorio), oltre a vedere vanificati anche i potenziali miglioramenti realizzabili sul lato della qualità assistenziale.

## Riferimenti bibliografici

Decreto Ministero della Salute 18 Ottobre 2009 *Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale* (Allegati 1, 2)

Decreto Ministero della Salute (1997) *Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*

Istat (anni vari), *Database demografico*

Ministero della Salute (anni vari), *Monografia personale delle ASL e degli istituti di cura pubblici*

Ministero della Salute (2015), Decreto n. 70/2015

Ministero della Salute (anni vari), *Database SDO*

OECD (2016), *Health Data Statistics*



## ENGLISH SUMMARY

### *Hospital care: the main trends. Ageing and potential savings*

*In recent years hospital activity has radically changed both as a result of technological innovation and for an ever-growing belief that hospitalization must be a last resort solution, only in case of emergency or urgency, or in the most severe and complex cases.*

*In Italy the “de-hospitalization” process in health-care has been particularly effective and fast. Overall, between 2001 and 2016, hospitalizations fell by 30%, from almost 12.9 million ones in 2001 to approximately 9.1 million in 2016. The decrease affected all types of hospitalization, except for Long Term Care and rehabilitation ordinary admissions. Daytime hospitalizations have decreased to a greater extent.*

*The decrease of hospitalizations has also been associated with a change of the average length of stay and average number of daytime accesses, which have risen from 6.3 to 6.8 days. In particular, the increase has been related to the rehabilitation-associated hospitalizations and those associated with ordinary acute care hospitalizations.*

*As a whole, the hospital days fell by 24.9%: in absolute terms they fell from about 81.4 million days in 2001 to approximately 61.2 million in 2016.*

*According to the OECD, the Italian acute care hospitalization rate (ordinary regime) - with 105.4 hospitalizations per 1,000 inhabitants - is currently the lowest one in all the European countries monitored, where it ranges from 107.9 in Portugal to 235 in Germany and 238.1 in Austria.*

*Also Italian hospitalization has reached a good level of efficiency, although its length of stay is still 6.9 days, namely 1.2 longer than in Sweden and France (which, however, have much higher hospitalization rates and hence, reasonably, a lower case mix).*

*At regional level the reduction is evident everywhere: over the last five years Sicilia has managed to record a 34.2% reduction (- 25.8% as against the previous five*

*years) and even the Region with the lowest reduction in the period under consideration, namely Emilia Romagna, has recorded a 9.8% reduction (-0.4% in the previous five-year period). Only Valle d’Aosta has recorded an increase (+ 15.7% and + 5.4% over the last five years and in the previous five-year period, respectively). Although significant everywhere, on average the reduction is higher in the Southern regions (many of them subjected to recovery plans), with variations ranging between - 9.8% in Sardegna and - 34.4% in Sicilia over the last five years. In Central Italy the variations have ranged from - 11.5% in Toscana to - 18.5% in Lazio (subjected to a recovery plan). Finally, in Northern Italy, they have ranged from - 23.4% in Liguria to - 8.1% in the Autonomous Province of Trento.*

*The regional data and statistics are quantitatively similar (slightly higher) when referring to acute care hospitalizations, while the variations are heterogeneous with reference to rehabilitation and Long Term Care.*

*Over the last five years the total volume of hospital care provided - evaluated on the basis of hospital days and daytime accesses - has witnessed a reduction in the total number of hospital days in all regions except for Valle d’Aosta (+ 0.5 %). It is worth noting that Calabria has seen a 21% reduction (compared to - 19.7% in the previous five-year period); Lazio a 20.1% decrease (as against - 21.8% in the previous five-year period) and Puglia a 19.8% reduction (- 3.7% in the previous five-year period).*

*Also the decline in hospitalization rates can be noted in all Regions: over the last five years the largest reduction has been recorded in Sicilia (- 35.1% as against - 26.3% in the previous five years), while the lowest one in the Autonomous Province of Trento (- 10.3% as against 1.6% in the previous five-year period). Only Valle d’Aosta has recorded an increase (+ 15.3% as against + 1.3% in the last five-year period).*

It is estimated that the reduction recorded in hospitalizations over the last five years (2010-2015) was equivalent to a 5.4% reduction in the production value, which added to the - 15.4% of the previous five-year period. In the 2005-2015 period, the potential savings in absolute terms were € 7.2 billion, of which € 5.6 billion between 2005 and 2010 and additional € 1.6 billion between 2010 and 2015.

Approximately 97.5% of the potential savings are attributable to the reduction in acute care hospitalizations and over 85%, in particular, to ordinary hospitalizations.

With specific reference to the actual use of resources, an analysis has been made on hospitals units and directly-managed hospitals - hence excluding Universities, mixed-property hospitals, I.R.C.C.S. and Research Centres, for which the relationship between services provided and staff is "distorted" by the presence of staff not belonging to the NHS, such as the university staff - with a view to assessing the impact of de-hospitalization on staff costs.

The staff reduction has certainly been significant, namely - 14.6% for doctors and dentists and - 10.8% for nurses.

Against this background, however, over the same period the reduction in hospitalizations has been 38.1%, almost 4 times as much. Considering, more correctly, the variation in hospital days, the reduction is still 31.4%, which is about double the reduction of doctors and triple the reduction of nurses, thus confirming the difficulties incurred in actually reducing costs.

Analysing the staff data and statistics at regional level, there are clearly heterogeneous trends: for doctors, there is a 42.2% reduction in Friuli Venezia Giulia and a 27.7% increase in Valle d'Aosta.

Similarly, for nurses, a 37.7% reduction has been recorded in Friuli Venezia Giulia (followed by Toscana

with - 34.4%) and a 28.8% increase in the Marche Region, followed by the Autonomous province of Trento (+ 28.6%).

Finally, when analysing the impact of aging, it can be noted that the population aged under 55 has slightly declined (- 0.3%), while in the following age groups significant increases have been recorded: approximately 8% in the 55-75 year-old group and 28% in the over 75 group.

In spite of the population increase, hospitalizations have dropped in all age groups: in the first group, faced with no substantial population increase, the reduction has been 34.8%. The same reduction has been recorded in the 55-65 age group and it is slightly lower in the 66-75 age group (- 31.3%). Hospitalizations have decreased also for the over 75 group, though to a lesser extent (- 7.3%).

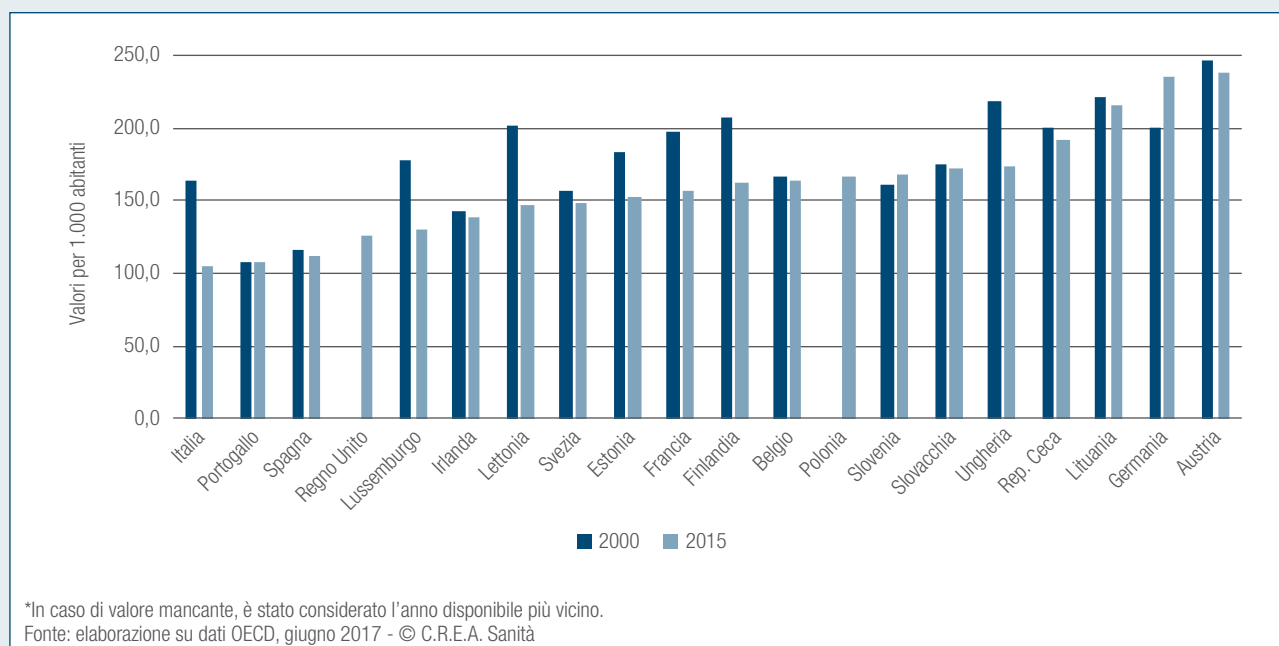
Faced with such marked reductions in the number of hospitalizations, which are even more significant considering the simultaneous population increase, the average length of hospitalizations has increased significantly, albeit much lower for the over 75 group.

The "extreme" age group (over 75) is an exception also in the evaluation of the overall hospital activity, by recording a 0.1% slight increase, as against decreases in the other age groups, ranging from 26.6 to 30.6%.

Hence, although the value of production has decreased for all age groups, the first three ones have recorded a significant reduction ranging between 24.2 and 26.4%, while declining by a mere 2.9% in the last age group.

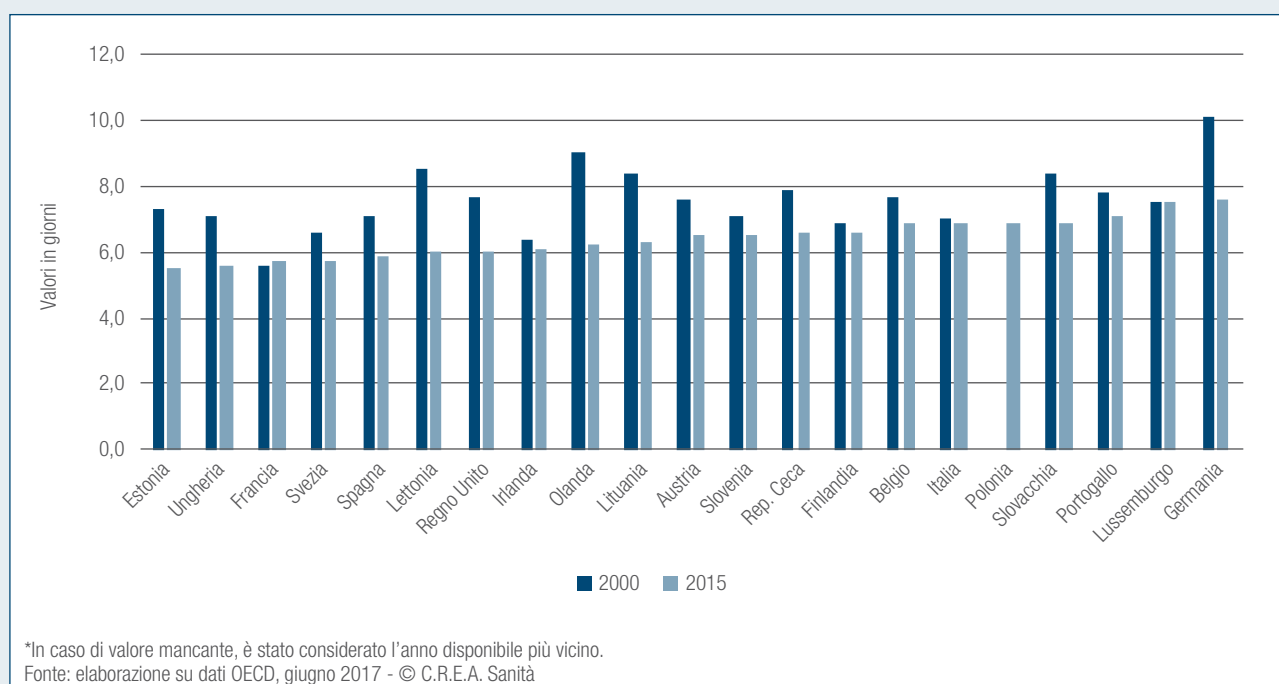
The indicators processed clearly show that, in spite of aging and population increase, considerable potential savings are generated at hospital level: the value of production decreases and the benefit is equally distributed among all the under 75 age groups.

## KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione in acuzie



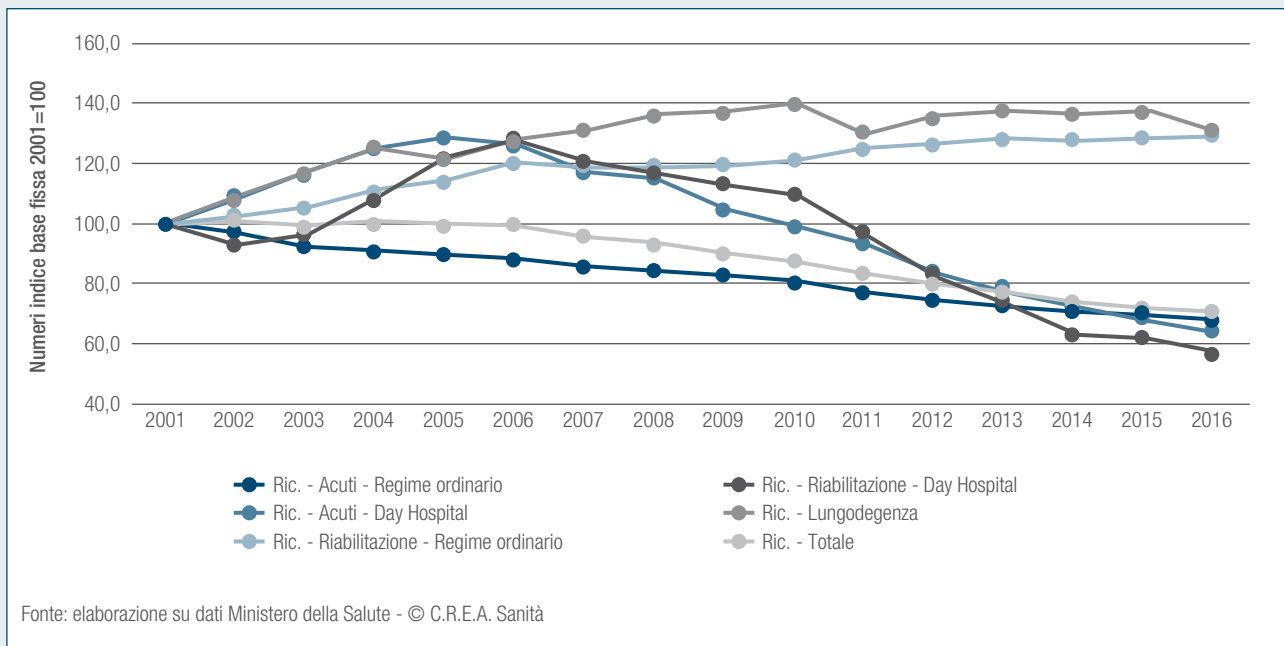
Il tasso di ospedalizzazione in acuzie in Italia nel 2015 è il più basso tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato (20 Paesi) e ha registrato la maggiore riduzione a livello europeo rispetto al 2000 (105,4 per 1.000 abitanti nel 2015, contro 163,3 nel 2000). Il tasso maggiore nel 2015 si registra in Austria (238,1 per 1.000 abitanti). A seguire, la Germania (235,0) e la maggioranza dei Paesi dell'EU-OCC. Negli ultimi 15 anni in tutti i Paesi si è registrata una diminuzione del tasso di ospedalizzazione, tranne Portogallo, Slovenia e Germania. Si avverte che le differenze organizzative e definitorie possono rendere non del tutto confrontabili i dati tra i diversi Paesi.

## KI 6.2. Degenza media in acuzie



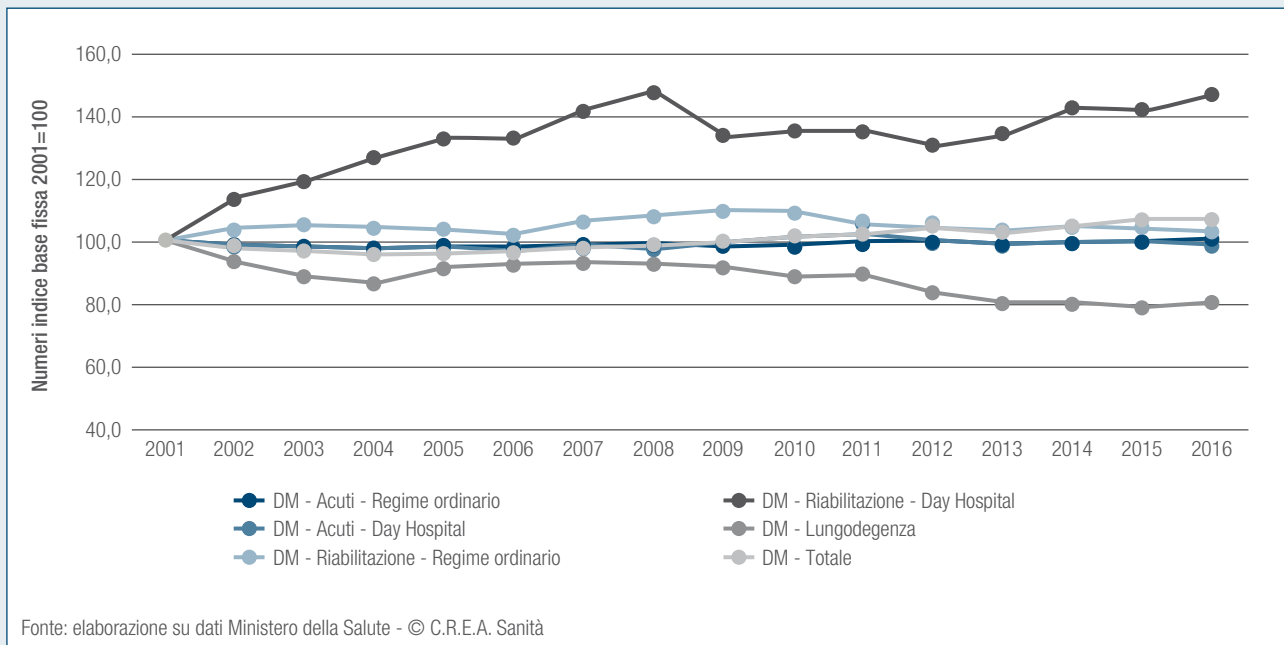
La degenza media in acuzie nel 2015 è piuttosto omogenea tra i Paesi EU di cui OECD fornisce il dato. Rispetto al 2000, la riduzione in Italia è stata mediamente inferiore a quella degli altri Paesi. Nel nostro Paese si registra nel 2015 un valore pari a 6,9 giorni nel 2015, contro i 7,0 del 2000. La degenza più elevata si registra in Germania (7,6 contro 10,1 del 2000), la più bassa in Estonia (5,5 contro 7,3 del 2000). Negli ultimi 15 anni in tutti i Paesi considerati è stato registrato un calo nei valori in esame, tranne la Francia (+1,8%) e il Lussemburgo (0,0%). Si avverte che le differenze organizzative e definitorie possono rendere non del tutto confrontabili i dati.

KI 6.3. Andamento dei ricoveri



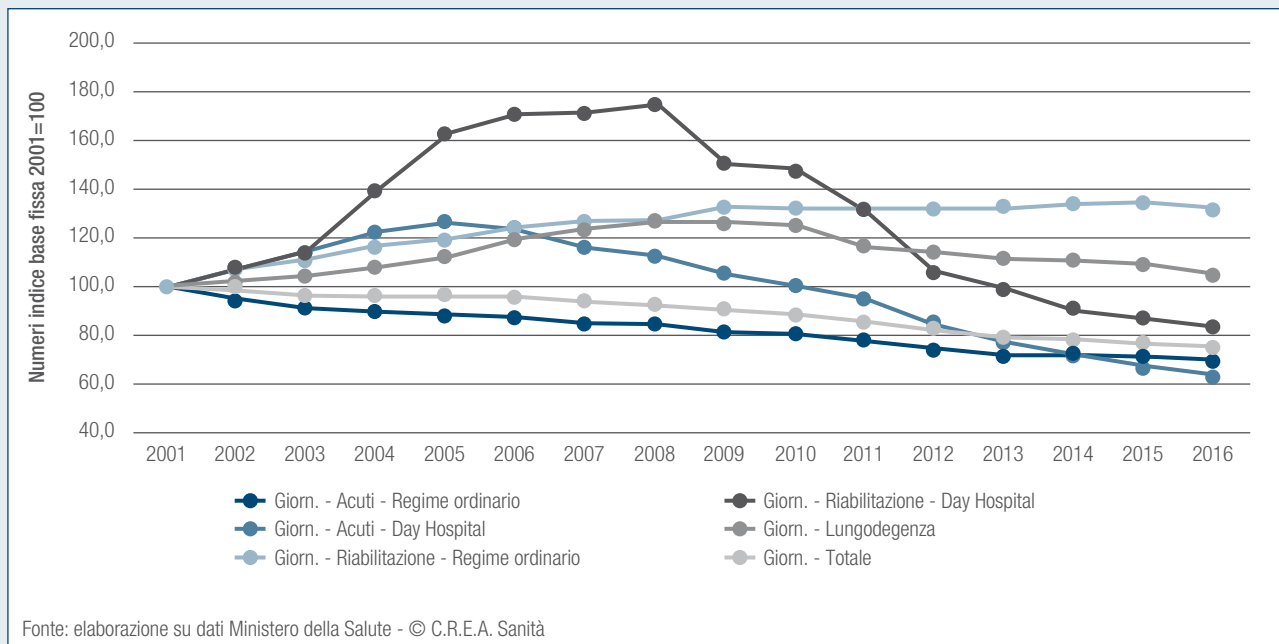
La riduzione dei ricoveri è stata di notevole entità: nel complesso, dal 2001 al 2016 abbiamo assistito ad una loro contrazione del 30,0%, pari ad una riduzione media annua del 2,4%: in termini assoluti si passa da quasi 12,9 milioni di ricoveri nel 2001 a circa 9,1 milioni nel 2016. La riduzione ha coinvolto tutti i tipi di attività di ricovero, ad eccezione della lungodegenza e della riabilitazione in regime ordinario, dove invece si è assistito ad una crescita nei primi del +30,0% con una variazione media annua del +1,8%, nei secondi del 28,6% con un aumento medio annuo del +1,7%. Si sono ridotti in maggior misura i ricoveri diurni in riabilitazione con una variazione media annua del 3,6%, seguiti da quelli in acuto, con una riduzione media annua del 2,9% per il regime diurno e del -2,5% per quello ordinario.

KI 6.4. Andamento degenza media



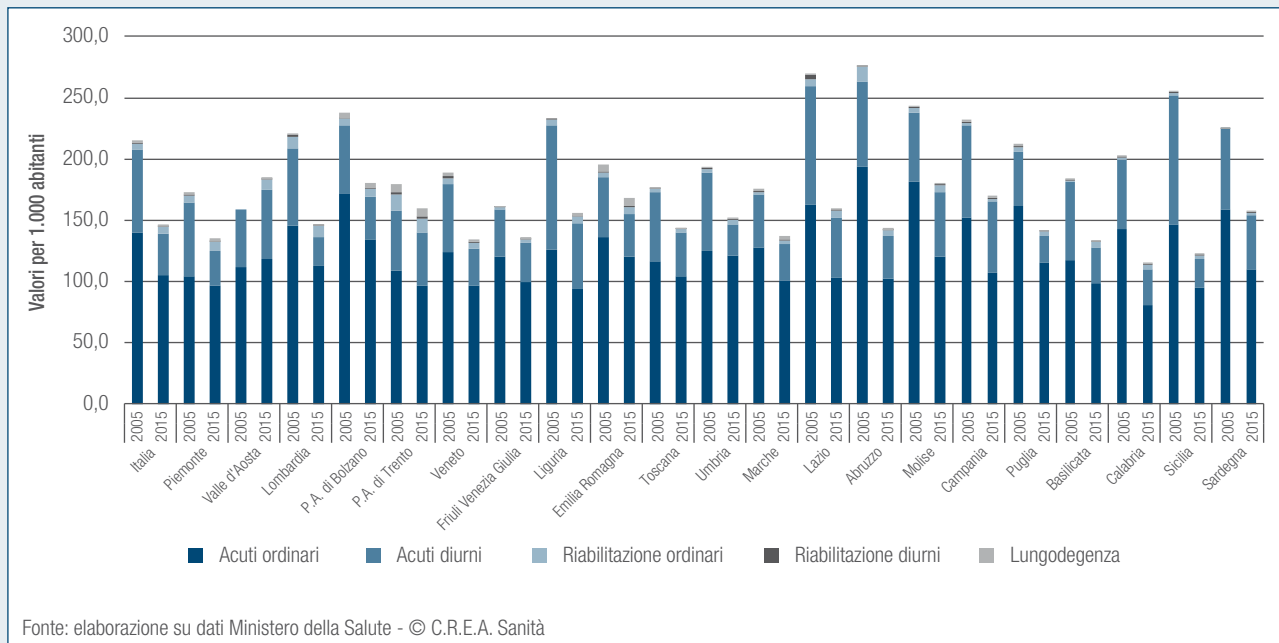
Anche la degenza media/numero medio di accessi diurni si è modificata dal 2001 al 2016, passando complessivamente da 6,3 a 6,8 giorni, con un aumento medio annuo del +0,5%; in particolare l'aumento ha riguardato la degenza associata alla riabilitazione, in entrambi i regimi (+0,2% annuo per il regime ordinario e +2,6% per il diurno), e quella associata ai ricoveri acuti ordinari (+0,1% medio annuo). Nelle restanti tipologie si è assistito ad una riduzione media annua del -1,4% associata ai ricoveri in lungodegenza e del -0,02% associata a quelli diurni in acuzie.

KI 6.5. Andamento giornate degenza



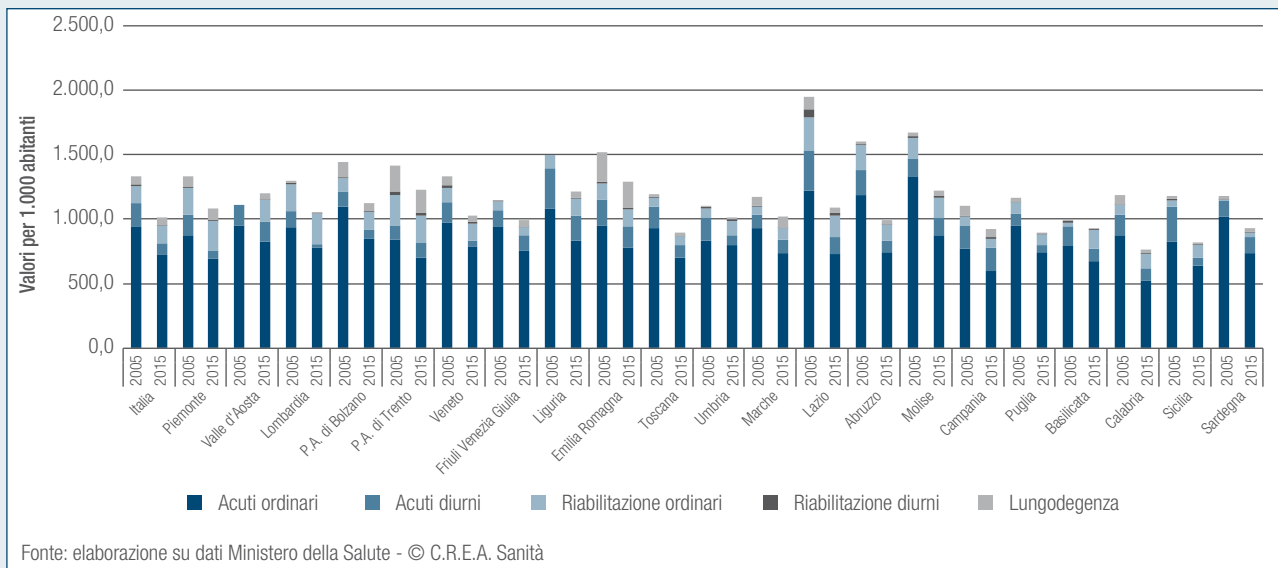
Complessivamente le giornate di degenza si sono contratte del -24,9%, con una riduzione media annua del -1,9%: in termini assoluti si passa da circa 81,4 milioni di giornate nel 2001 a circa 61,2 milioni nel 2016; in particolare, in corrispondenza dei ricoveri di riabilitazione in regime ordinario e lungodegenza si riscontra un aumento medio annuo rispettivamente del +1,9% e +0,3%; nelle restanti tipologie la riduzione passa da un valore massimo del -2,9% annuo per gli accessi diurni in acuzie ad uno minimo del -1,1% per quelli in riabilitazione (diurni).

KI 6.6. Tassi di ospedalizzazione standardizzati



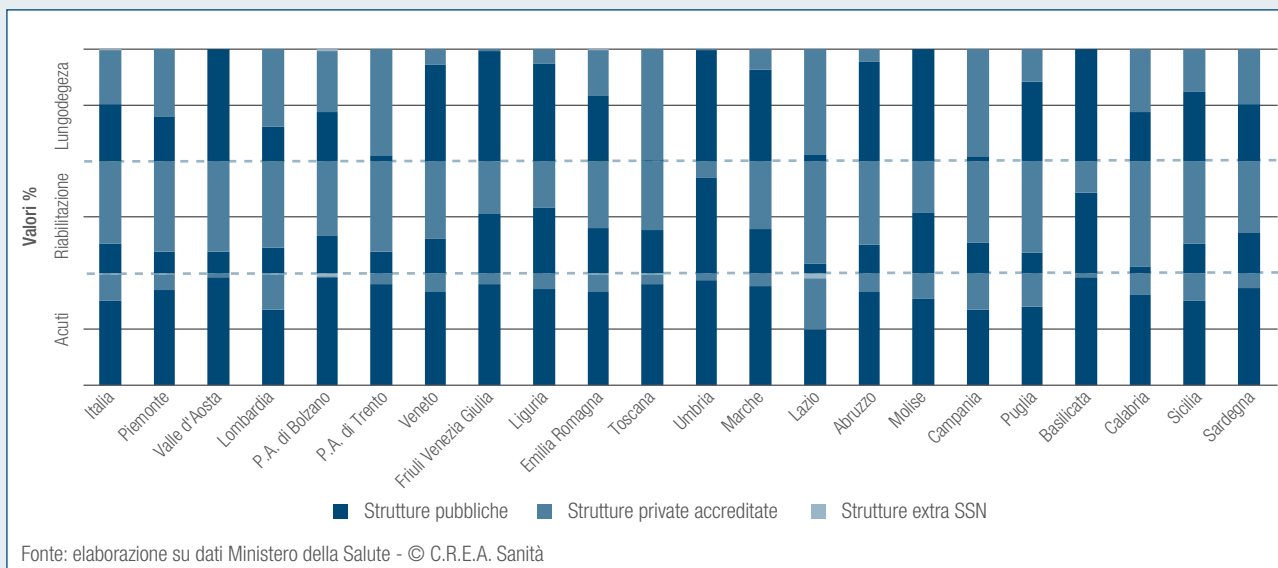
I tassi di ospedalizzazione standardizzati sono diminuiti notevolmente nel decennio 2005-2015. In particolare quello relativo ai ricoveri acuti ordinari si è ridotto da 140,3 ricoveri per 1.000 abitanti nel 2005 a 105,2 nel 2015, quello dei diurni si è quasi dimezzato (da 67,0 a 34,0 per gli acuti, da 1,2 a 0,6 per la riabilitazione). Il tasso relativo ai ricoveri ordinari di riabilitazione è invece aumentato passando da 4,9 ricoveri ogni 1.000 abitanti del 2005 a 5,2 del 2015. Quello relativo ai ricoveri in lungodegenza è rimasto pressoché invariato e pari nel 2015 a 1,8 ricoveri per 1.000 abitanti. Le velocità di adeguamento regionali rimangono diverse, ma complessivamente si assiste ad un riavvicinamento delle performance, sebbene il dato sia condizionato dal fenomeno della mobilità.

KI 6.7. Giornate di degenza



In Italia le giornate di degenza per abitante sono diminuite nel decennio 2005-2015 passando da 1.329,6 per 1.000 abitanti a 1.011,8 per 1.000 abitanti; in particolare quelle relative ai ricoveri acuti ordinari si sono ridotte da 945,0 giornate per 1.000 abitanti nel 2005 a 721,1 giornate nel 2015, quelle dei diurni si sono quasi dimezzate (da 180,3 a 94,0 per gli acuti, da 15,9 a 8,0 per la riabilitazione). Anche le giornate relative ai ricoveri ordinari di riabilitazione si sono ridotte da 137,8 a 128,0 ogni 1.000 abitanti. Per la lungodegenza si è passati da 60,4 giornate per 1.000 abitanti del 2005 a 50,9 del 2015. Le velocità di adeguamento regionali rimangono diverse, ma complessivamente si assiste ad un riavvicinamento delle performance, sebbene il dato sia condizionato dal fenomeno della mobilità.

KI 6.8. Composizione dei ricoveri per tipologia di struttura



Nel 2015 in Italia i ricoveri in acuzie sono stati 8.467.857 mln.: il 75,7% è stato effettuato in strutture pubbliche, il 23,6% in strutture private accreditate; solo una quota residuale (0,8%) in strutture non convenzionate con il SSN. A livello regionale si riscontra un maggior ricorso per tale attività al privato accreditato nel Lazio, dove il 46,2% dei ricoveri avviene in tali strutture, il 49,7% in strutture pubbliche e la restante quota in strutture non accreditate. Situazione analoga si riscontra in Campania (67,2% in strutture pubbliche e 32,8% in strutture private accreditate) e Lombardia (67,2% in strutture pubbliche e 31,6% in strutture private accreditate). Per la riabilitazione invece prevalgono i ricoveri in strutture private accreditate: su 352.413 ricoveri il 73,2% avviene in queste strutture, il 26,8% in quelle pubbliche. La Regione con la maggiore quota di ricoveri in riabilitazione in strutture private è la Calabria (93,9% vs 6,1% delle strutture pubbliche), segue il Lazio con il 91,1% nelle private accreditate e l'8,9% nelle pubbliche, e la Puglia con l'81,2% in strutture private accreditate ed il 18,8% nelle pubbliche. Infine, per l'attività di ricovero in lungodegenza, il dato è più eterogeneo: a livello nazionale su 110.709 ricoveri, il 51,2% avviene nelle strutture pubbliche, il 48,6% nelle strutture private accreditate e lo 0,3% in strutture non convenzionate con il SSN. A livello regionale sono 5 le Regioni nelle quali oltre il 90% dei ricoveri avviene in strutture pubbliche: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Molise e Basilicata. Invece in 4 regioni (P.A. di Trento, Toscana, Lazio e Campania) oltre il 90% dei ricoveri avviene in strutture private accreditate.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to economics and social services.

# Capitolo 7

## Assistenza residenziale

### *Residential care*

#### 7a. Assistenza residenziale: lo stato dell'arte degli indicatori

##### *English Summary*

##### *Key Indicators*





## CAPITOLO 7

### Assistenza residenziale

Nonostante la scarsa disponibilità di dati aggiornati, per continuità con le edizioni precedenti del Rapporto Sanità e a conferma dell'impostazione dello stesso, basata sul principio dell'approfondimento del settore sanitario per regimi di assistenza, il Capitolo 7 dedicato all'assistenza residenziale (e semiresidenziale) rimane nell'indice e contiene i *key indicators* (alcuni dei quali già pubblicati lo scorso anno, essendo ancora i più recenti disponibili) e una monografia che illustra i pochi aggiornamenti esistenti (Capitolo 7a).

Per i principali dati nazionali sulla rete di offerta e di utilizzo (strutture, posti letto, utenti, giornate/ore) di assistenza residenziale e semiresidenziale, si rimanda al 12° Rapporto Sanità (2016), che contiene l'analisi dell'anno 2013 basata sull'Annuario statistico del SSN, a cura del Ministero della Salute, di cui non sono disponibili aggiornamenti alla data in cui si scrive.

Nel Capitolo 7a, come detto, vengono invece illustrati alcuni dei dati più recenti diffusi da diverse fonti; in particolare, alcuni indicatori relativi all'anno 2015 sono stati pubblicati dal Ministero della Salute nel documento di *Monitoraggio dell'erogazione dei LEA in base alla Griglia LEA – anno 2015*, mentre l'Istat ha messo a disposizione dati aggiornati al 2014 relativamente a *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* (nel settembre 2017 è iniziata la rilevazione per i dati 2016, che terminerà a febbraio 2018).

Sembra rilevante far notare come assistenza resi-

denziale e semiresidenziale, insieme alla domiciliare di cui si tratta nel Capitolo 11, debbano sempre più essere intese come soluzioni irrinunciabili a fronte della “epidemia di non autosufficienza”, attesa per effetto dell'invecchiamento della popolazione. Con tre osservazioni aggiuntive:

- la prima è che assistenza residenziale e domiciliare trovano la loro essenziale ragione di “esistere”, nell'esigenza di fronteggiare condizioni di cronicità accompagnate da non autosufficienza;
- la seconda è che la risposta alla non autosufficienza è in prospettiva il vero banco di prova dell'efficacia dell'assistenza primaria nel suo complesso, molto più che la “semplice” presa in carico della cronicità;
- la terza è che per rispondere ai bisogni di non autosufficienza, che sono per definizione multidimensionali, si deve disporre di un adeguato *mix*, o meglio di una completa gradazione di regimi assistenziali: residenziale e domiciliare ne sono due esempi, ma non esauriscono il ventaglio delle possibilità.

Quindi non autosufficienza (o meglio cronicità con perdita di autosufficienza), assistenza residenziale e assistenza domiciliare sono tematiche fra loro inscindibilmente legate: di esse, e delle loro interrelazioni, si occupa il contributo di L. Crescentini, che per esigenze di impaginazione è posizionato nel Capitolo 11 dedicato alla assistenza domiciliare, a cui rimandiamo, quindi, anche per alcune note sull'assistenza residenziale.

## Residential care

Despite the scarce availability of up-to-date statistics and data - in continuity with the previous Health Reports and to reaffirm its approach, based on the principle of making analysis of the health sector by care schemes and regimes - Chapter 7 dedicated to residential (and semi-residential) care is still in the table of contents and includes the key indicators (some of which already published last year, since they are still the latest ones available) and a monograph outlining the few existing updates (Chapter 7a).

For the main national data on the supply and use network (facilities, beds, users, days/hours) of residential and semi-residential care, reference is made to the 12<sup>th</sup> Health Report (2016), which contains an analysis for the year 2013 based on the NHS Statistical Yearbook by the Ministry of Health, for which no updates are yet available.

As noted, Chapter 7a outlines some of the most recent data provided by different sources. In particular, some indicators for the year 2015 have been published by the Ministry of Health in the document entitled "Monitoring the delivery of LEAs based on the LEA Grid - 2015", while Istat has provided updated statistics for 2014 relating to "Residential Social and Healthcare Structures" (the data collection for 2016 has started in September 2017 and will end in February 2018).

It is important to point out that residential and

semi-residential care, together with home care which is dealt with in Chapter 11, must increasingly be regarded as irreplaceable and irrenounceable solutions to the expected "non self-sufficiency epidemic" resulting from the aging of population. Three additional considerations need to be made:

- firstly, residential and home care find their essential *raison d'être* in the need to face conditions of chronic illnesses combined with non self-sufficiency;
- secondly, in the future the response to non self-sufficiency will be the real acid test for the efficacy of primary care as a whole, much more than the "mere" management of chronic illnesses;
- thirdly, with a view to responding to non self-sufficiency needs, which are multidimensional by definition, we need an appropriate mix – or rather a complete grading – of care schemes and regimes: residential and home care are two cases in point, but there are other possibilities.

Therefore, non self-sufficiency (or rather chronic illnesses with loss of self-sufficiency), residential and home care are closely interwoven topics: the contribution of L. Crescentini analyses these issues and their interrelations. For layout reasons, said contribution is included in Chapter 11 dedicated to home care, to which we refer also for some considerations on residential care.

## CAPITOLO 7a

### Assistenza residenziale: lo stato dell'arte degli indicatori

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

#### 7a.1. Introduzione

Per assistenza residenziale e semiresidenziale si intende «il complesso integrato di interventi, funzioni ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti (anziani, disabili, persone con patologie psichiatriche e malati terminali), in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, non assistibili a domicilio, all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione» (Ministero della Salute<sup>3</sup>).

All'interno dell'attività residenziale si identificano le cure semiresidenziali, «erogate da strutture di accoglienza esclusivamente diurna, destinate a pazienti non autosufficienti e disabili, con lo scopo di mantenere e potenziare le abilità e autonomie individuali e alleviare i compiti di cura e assistenza del nucleo familiare».

Nei paragrafi successivi vengono brevemente illustrati alcuni dei principali aggiornamenti disponibili nel contesto internazionale e nazionale.

#### 7a.2. Gli aggiornamenti internazionali

Tra gli indicatori forniti da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) con aggiornamento al 2015 (rilasciati nel giugno 2017), riportiamo il numero di posti letto per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti di 65 anni e più nelle strutture residenziali che erogano *Long Term Care* (LTC), nonché la quota di residenti assistiti per LTC in strutture residenziali nei Paesi dell'Unione Europea.

Considerando l'intera popolazione, come mostrato in Figura 7a.1, sui 19 Paesi EU considerati, nel 2015 l'Italia è al terz'ultimo posto, con 4,0 posti letto per 1.000 abitanti (sebbene in crescita rispetto ai 2,9 posti del 2005). Il numero maggiore di posti letto per 1.000 abitanti nel 2015 si registra in Olanda (13,1), seguita da Svezia, Belgio e Lussemburgo (tutti al di sopra di 12,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (1,9), seguita dalla Lettonia (2,7).

Tutti i Paesi registrano un incremento del valore rispetto al 2005 (tranne 4: Polonia, Regno Unito, Belgio e Svezia).

Considerando il numero di posti letto per 1.000 abitanti di 65 anni e più, il *ranking* è analogo: nel 2015 l'Italia resta al terz'ultimo posto, con 18,5 posti letto per 1.000 abitanti (in crescita rispetto ai 15,0 posti del 2005). Il numero maggiore di posti letto per 1.000 abitanti 65+ nel 2015 si registra in Lussemburgo (86,4), seguito da Olanda, Belgio e Svezia (tutti al di sopra di 65,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva ancora in Polonia (12,2), sempre seguita dalla Lettonia (14,0).

Con riferimento alla quota di assistiti in strutture residenziali che forniscono LTC nei Paesi dell'EU di cui OECD fornisce il dato (Figura 7a.2), standardizzato per 1.000 residenti (2015 e variazione verso 2005), sui 18 Paesi EU considerati nel 2015 l'Italia ha 7,4 assistiti per 1.000 residenti (in crescita rispetto ai 5 utenti del 2005). Il valore più alto lo registra il Belgio (16,2 assistiti per 1.000 residenti), quello più basso la Polonia con 2,6 per 1.000. Tutti i Paesi di cui si dispone dei dati registrano un incremento del valore rispetto al 2005, tranne la Svezia (-17,9%).

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

<sup>3</sup> Ministero della Salute, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Figura 7a.1. Posti letto in strutture residenziali che erogano Long Term Care (LTC)

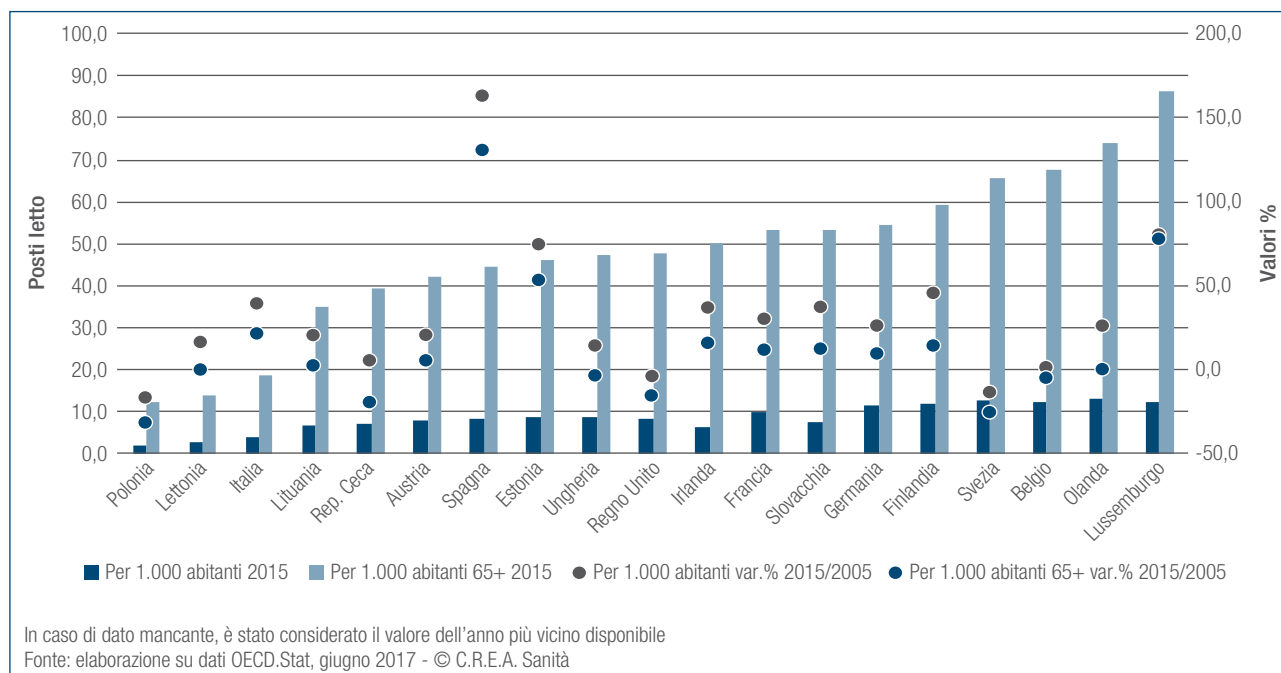
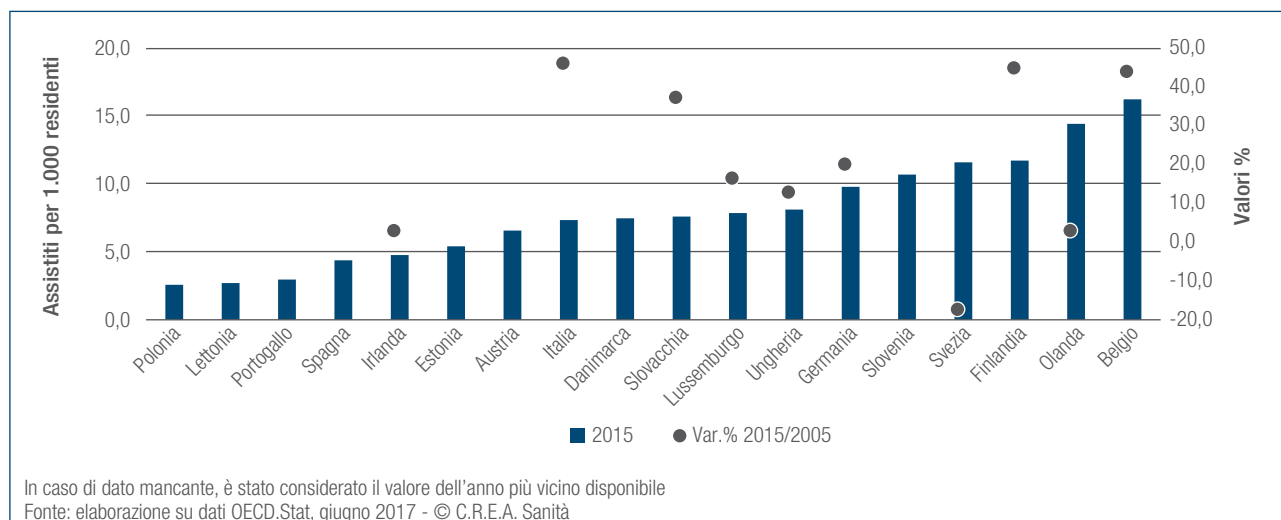


Figura 7a.2. Quota di residenti assistiti per LTC in strutture residenziali



### 7a.3. Gli aggiornamenti nazionali

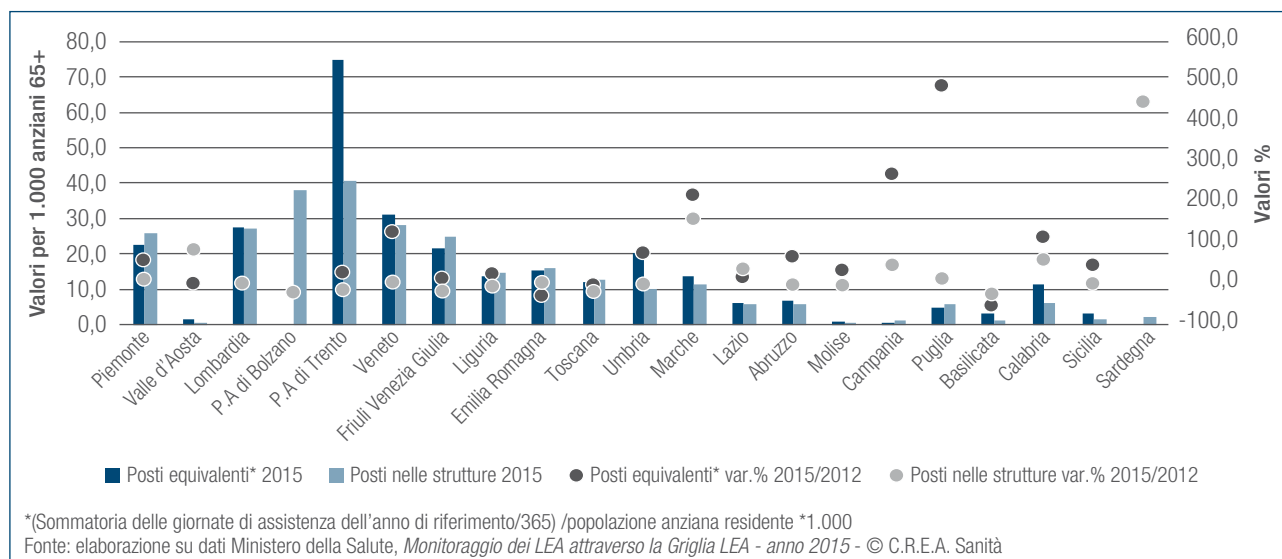
Come anticipato, non sono disponibili, alla data in cui si scrive, aggiornamenti dell'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, fermo ai dati 2013. Il Ministero della Salute ha, tuttavia, rilasciato i dati sul monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza

da parte delle Regioni, relativi all'anno 2015, in base alla cosiddetta "Griglia LEA"<sup>4</sup>. Nella Griglia 2015, tra i 35 indicatori utilizzati se ne trovano alcuni riconducibili all'assistenza residenziale e semiresidenziale. Vengono illustrati di seguito (si rimanda al documento ministeriale per la metodologia).

Gli indicatori contenuti nella Figura 7a.3 valutano sia

<sup>4</sup> Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA* - anno 2015

Figura 7a.3. Posti e posti equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



la quantità di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate, e in particolare: (sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365)/popolazione anziana residente \* 1.000) che di posti (rete di offerta) disponibili per assistenza agli anziani di 65 anni e più nelle strutture della residenzialità territoriale, rispetto alla popolazione anziana residente; essi rappresentano una utile informazione sull'offerta di assistenza residenziale per Regione.

Considerando i posti equivalenti nel 2015, non considerando la P.A. di Bolzano e la Sardegna per mancanza del dato, la disparità regionale risulta evidente: la densità maggiore si riscontra nel Centro-Nord, dove i posti letto superano il "valore soglia" (9,80) stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2015. Al di sotto della soglia rimangono 8 Regioni, tutte del Sud ad eccezione di Lazio e Valle d'Aosta.

Il numero più alto di posti per 1.000 anziani residenti di 65 anni e più si registra nella P.A. di Trento (74,83), mentre il numero più basso si registra in Campania (0,63).

Rispetto al 2012, sono 5 le Regioni che registrano una diminuzione (Valle d'Aosta, Basilicata, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia).

Considerando i posti (rete di offerta) nelle strutture residenziali nel 2015, il gradiente a favore del Centro-Nord resta invariato. I posti per 1.000 anziani 65+ residenti superano il "valore soglia" (10,00) stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2015 in 11 Regioni, tutte centro-settentrionali.

Il numero più alto per 1.000 anziani residenti di 65 anni e più si registra nella P.A. di Trento (40,76), mentre il numero più basso si registra in Valle d'Aosta (0,35).

Rispetto al 2012, sono 10 le Regioni che registrano una diminuzione, tutte del Centro-Nord ad eccezione di Molise, Basilicata e Abruzzo.

L'indicatore illustrato nella Figura 7a.4 valuta la quantità di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale.

Con riferimento ai posti nelle strutture residenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,50, al di sotto del quale si trovano 9 Regioni (Campania, P.A. Bolzano, Sicilia, Valle d'Aosta, Lazio, P.A. Trento, Toscana, Umbria e Sardegna).

Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti per 1.000 residenti si registra in Liguria (1,11), mentre il minore si registra in Campania (0,21).

Rispetto al 2012, sono 8 le Regioni che registrano una diminuzione.

Con riferimento ai posti nelle strutture semiresidenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,22, al di sotto del quale

Figura 7a.4. Posti equivalenti in strutture residenziali e semiresidenziali eroganti assistenza ai disabili

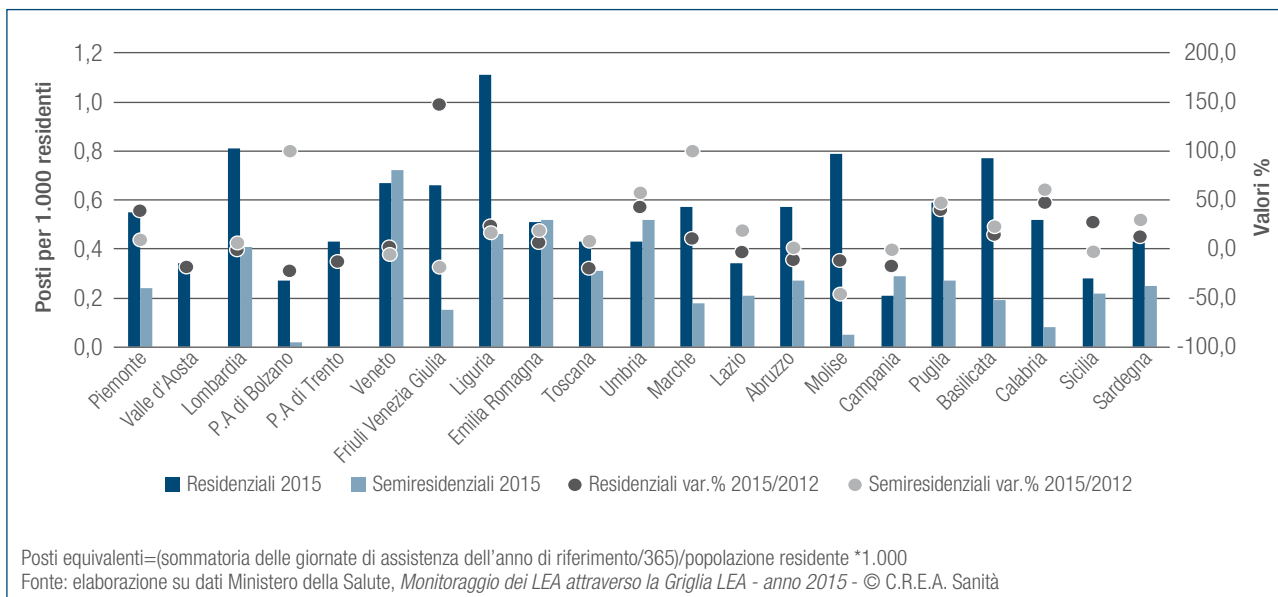
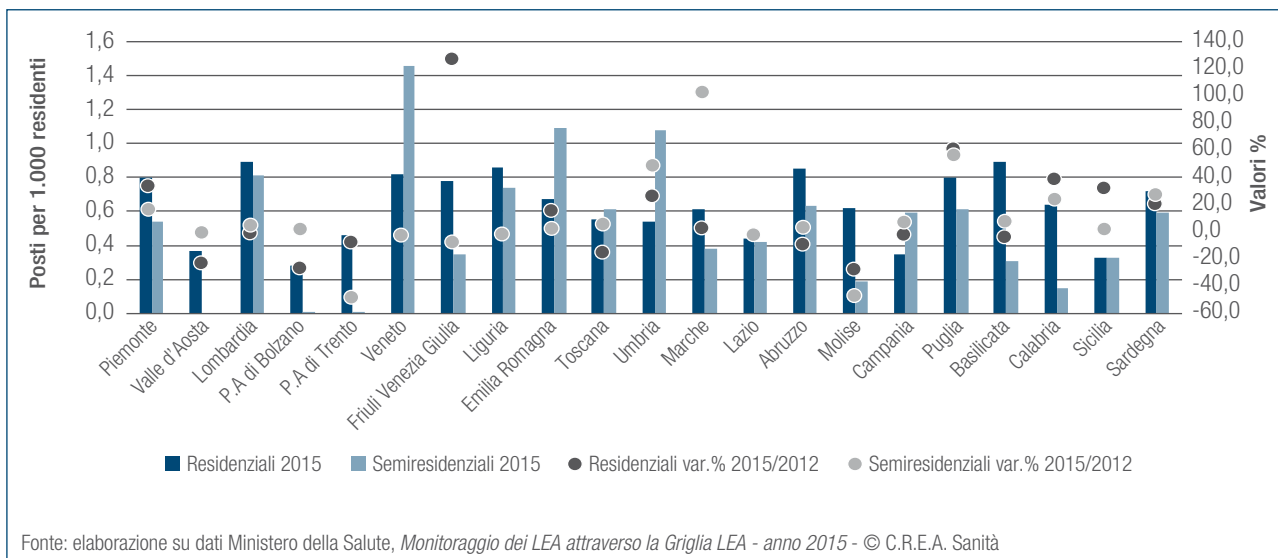


Figura 7a.5. Posti in strutture residenziali e semiresidenziali eroganti assistenza ai disabili



si trovano 9 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano, Molise, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Basilicata e Lazio).

Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti per 1.000 residenti si registra in Veneto (0,72), mentre il minore si registra, a parte Valle d'Aosta e P.A. di Trento, in P.A. di Bolzano (0,02).

Rispetto al 2012, sono 6 le Regioni che registrano una diminuzione.

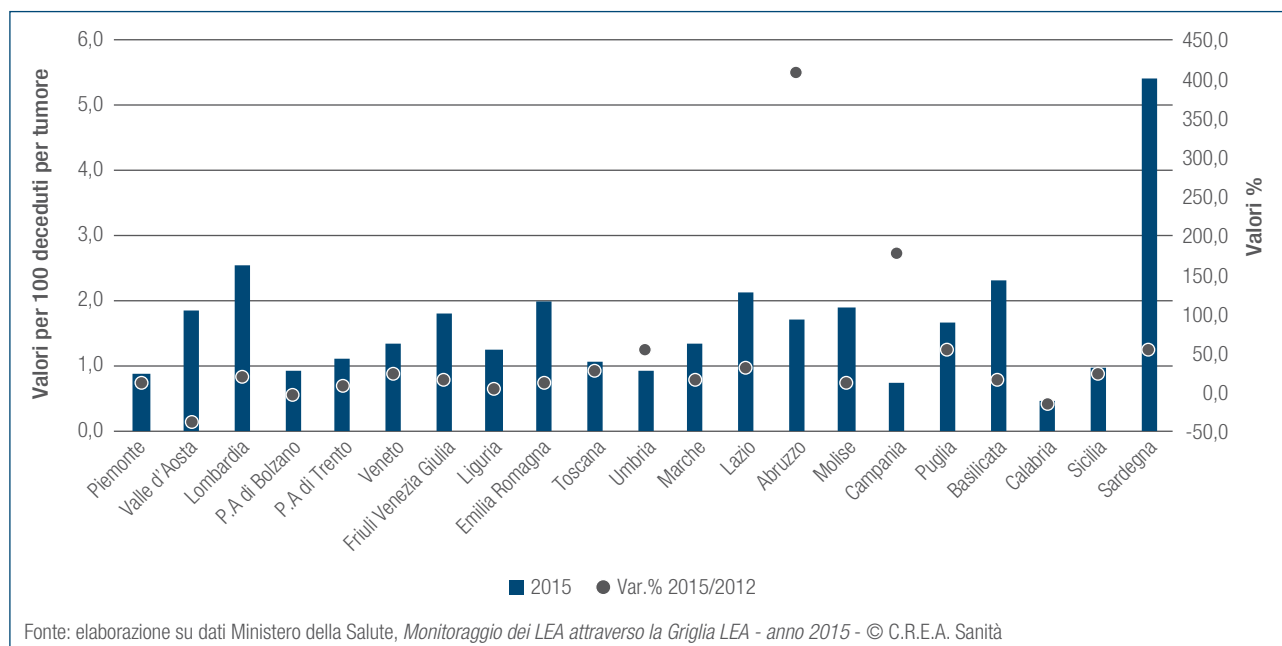
L'indicatore in Figura 7a.5 valuta la quantità di posti

(rete di offerta) disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale.

Con riferimento ai posti nelle strutture residenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,60, al di sotto del quale si trovano 8 Regioni (P.A. di Bolzano, Sicilia, Campania, Valle d'Aosta, Lazio, P.A. di Trento, Umbria e Toscana).

Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evi-

Figura 7a.6. Posti letto attivi in Hospice sul totale dei deceduti per tumore



dente: il numero maggiore di posti per 1.000 residenti si registra in Basilicata e Lombardia (0,89), mentre il minore si osserva in P.A. di Bolzano (0,28).

Rispetto al 2012, sono 11 le Regioni che registrano una diminuzione.

Con riferimento ai posti nelle strutture semiresidenziali, il “valore minimo” stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,45, al di sotto del quale si trovano 10 Regioni (Valle d’Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Calabria, Molise, Basilicata, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Marche e Lazio).

Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti per 1.000 residenti si osserva in Veneto (1,46), mentre il minore si osserva, a parte la Valle d’Aosta, in P.A. di Trento e Bolzano (0,01).

Rispetto al 2012, sono 6 le Regioni che registrano una diminuzione.

La Figura 7a.6 mostra i posti letto attivi in Hospice (rapportati al totale dei deceduti per tumore). Gli Hospice sono strutture residenziali presso le quali vengono erogate le cure palliative residenziali, nell’ambito della Rete locale di cure palliative. In queste strutture il Servizio Sanitario Nazionale «*garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediante*

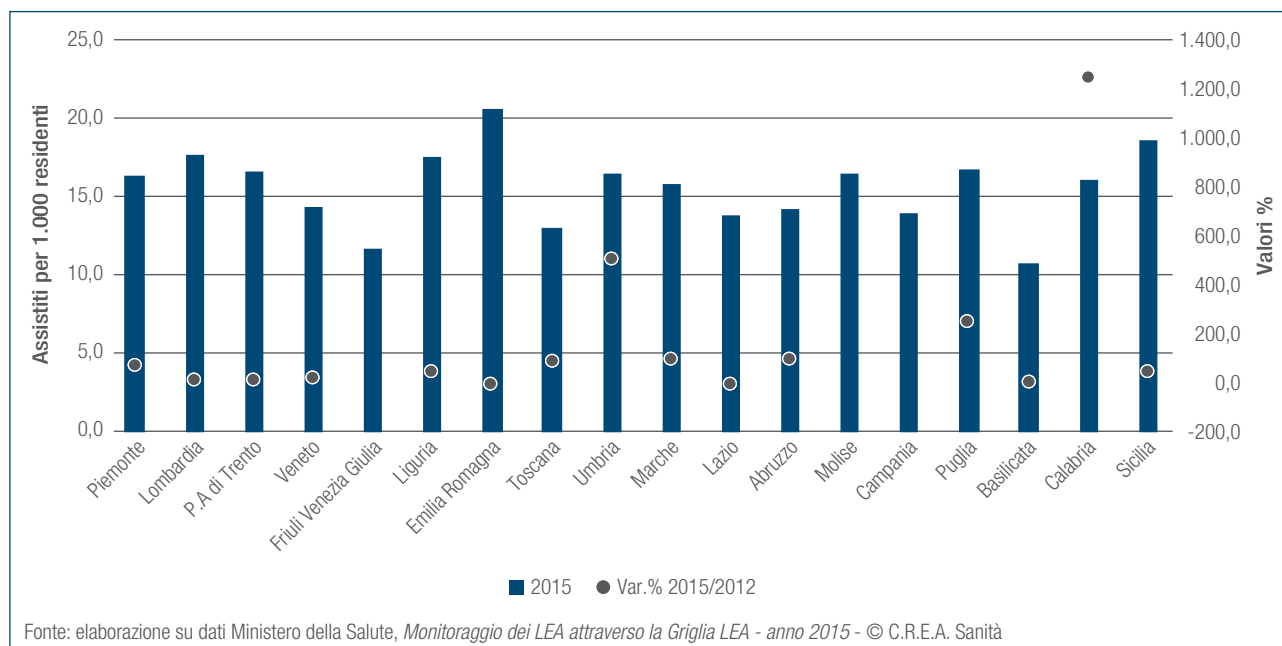
*l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l’assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice che, anche quando operanti all’interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell’ambito dell’assistenza socio-sanitaria territoriale. Gli Hospice assicurano l’assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell’assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore» (art. 31 DPCM 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”).*

Secondo quanto riportato nel Rapporto al Parlamento “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” - anno 2015, nel 2014 il numero di Hospice in Italia era pari a 231, con 2.551 posti.

All’interno della Griglia LEA 2015, tra i 35 indicatori presi in esame per monitorare l’erogazione dei LEA da parte delle Regioni si trova il numero di posti letto attivi in Hospice sul totale dei deceduti per tumore.

In particolare, nel 2015 si va da 0,45 posti letto attivi in Hospice per 100 deceduti per tumore della Calabria

Figura 7a.7. Quota di residenti assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale



a 5,42 posti per 100 deceduti registrati in Sardegna (Figura 7a.6). Il valore “normale” stabilito dal Ministero nella Griglia LEA 2015 è pari a 1; registrano un valore inferiore 6 Regioni: Sicilia (che raggiunge comunque un valore molto prossimo alla soglia, pari a 0,95), Umbria (0,92), P.A. di Bolzano (0,89), Piemonte (0,87), Campania (0,71) e - come visto - Calabria (0,45).

Tra il 2012 e il 2015 i valori sono in aumento in quasi tutte le Regioni: sono solo 4 quelle in cui il valore è in diminuzione (Valle d’Aosta, P.A. di Bolzano, Liguria e Calabria).

La Figura 7a.7 prende invece in esame gli assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale (DSM). Secondo la definizione del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)), il DSM è l’insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all’assistenza e alla tutela della salute mentale nell’ambito del territorio definito dall’Azienda sanitaria locale (ASL). Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l’assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM);
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD);
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i *Day Hospital* (DH).

All’interno della Griglia LEA 2015, tra i 35 indicatori presi in esame si trova il numero di assistiti presso i DSM per 1.000 residenti (non vengono considerati i servizi ospedalieri); si tratta, nello specifico, di un indicatore di attività dell’assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei Centri di salute mentale, che registra mediamente un aumento nell’ultimo triennio.

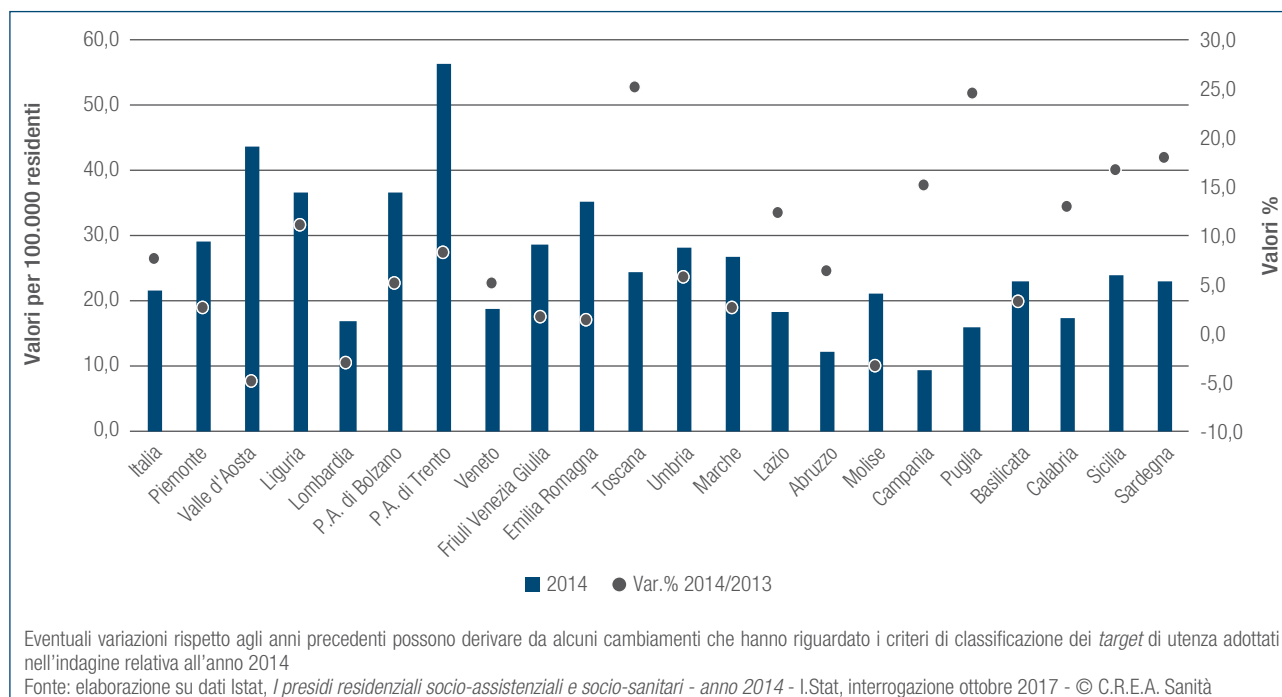
In particolare, nel 2015 si va dai 10,8 assistiti per 1.000 residenti della Basilicata ai 20,6 dell’Emilia-Romagna (Figura 7a.7). Il valore “normale” stabilito dal Ministero nella Griglia LEA 2015 è pari a 10,82: registra un valore leggermente inferiore solo la Basilicata. Tra il 2012 e il 2015 solo 3 Regioni registrano una diminuzione del valore: Emilia Romagna (che però è, come visto, la Regione col valore maggiore), Lazio e Basilicata.

Come anticipato nel Capitolo 7, alla data in cui si scrive l’ultimo aggiornamento messo a disposizione dall’Istituto nazionale di statistica (Istat) relativamente a *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* è relativo al 2014.

L’Istat definisce “presidio residenziale” la «*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. Sono esclusi tutti i servizi residenziali di tipo ospedaliero e le strutture che erogano servizi semiresidenziali, diurni*



Figura 7a.8. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari



o ambulatoriali. Sono invece compresi tutti i servizi residenziali di tipo extra-ospedaliero (ad esempio: Centri di Riabilitazione ex art.26), ad eccezione degli Hospice». In tali presidi trovano alloggio persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi: anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

Di seguito si illustrano alcuni degli indicatori principali<sup>5</sup>, aggiornati rispetto alle precedenti edizioni del Rapporto Sanità.

In generale, al 31 dicembre 2014 sono 13.203 i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari attivi in Italia; essi dispongono complessivamente di 399.626 posti letto (di cui oltre il 73% per la funzione socio-sanitaria) e le persone in essi assistite sono 386.071 (pari a 635 ogni 100.000 residenti; il 5,2% è rappresentato da minori, il 19,7% da adulti 18-64 e il 75,1% da anziani 65+).

La Figura 7a.8 prende in esame i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, standardizzati per 100.000 residenti, relativi al 2014, e la variazione rispetto

al 2013 (con una nota a margine sulla confrontabilità). Il valore medio nazionale è pari a 21,7; la variabilità regionale è evidente, con un gradiente a favore delle Regioni settentrionali, dove nel 2014 si registrano numeri più elevati. Si va dai 9 presidi per 100.000 residenti della Campania (in crescita del +15% rispetto al 2013) ai 56 per 100.000 della P.A. di Trento. Tra il 2013 e il 2014 la crescita maggiore si osserva nelle Regioni meridionali (dove la concentrazione è più bassa). Le uniche Regioni che osservano un calo sono Lombardia, Molise e Valle d'Aosta.

La Figura 7a.9 prende in esame, per il 2014, l'offerta di posti letto (per 100.000 residenti) nei presidi di cui si tratta e la variazione rispetto all'anno precedente. Il valore medio nazionale è pari a 657 posti per 100.000 residenti; la variabilità regionale è evidente, anche qui (come per i presidi) con un gradiente a favore delle Regioni del Nord Italia, dove nel 2014 si registra un numero maggiore di posti letto. Si va dai 190 posti per 100.000 residenti della Campania (in crescita del +11,2% rispetto al 2013) ai 1.293 della P.A. di Trento. Anche per i letti, come per i presidi, tra il 2013 e il 2014 l'aumento più consistente si registra nelle Regioni meridionali (dove la

<sup>5</sup> Si avverte che eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei target di utenza adottati nell'indagine relativa all'anno 2014

Figura 7a.9. Posti letto operativi in presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

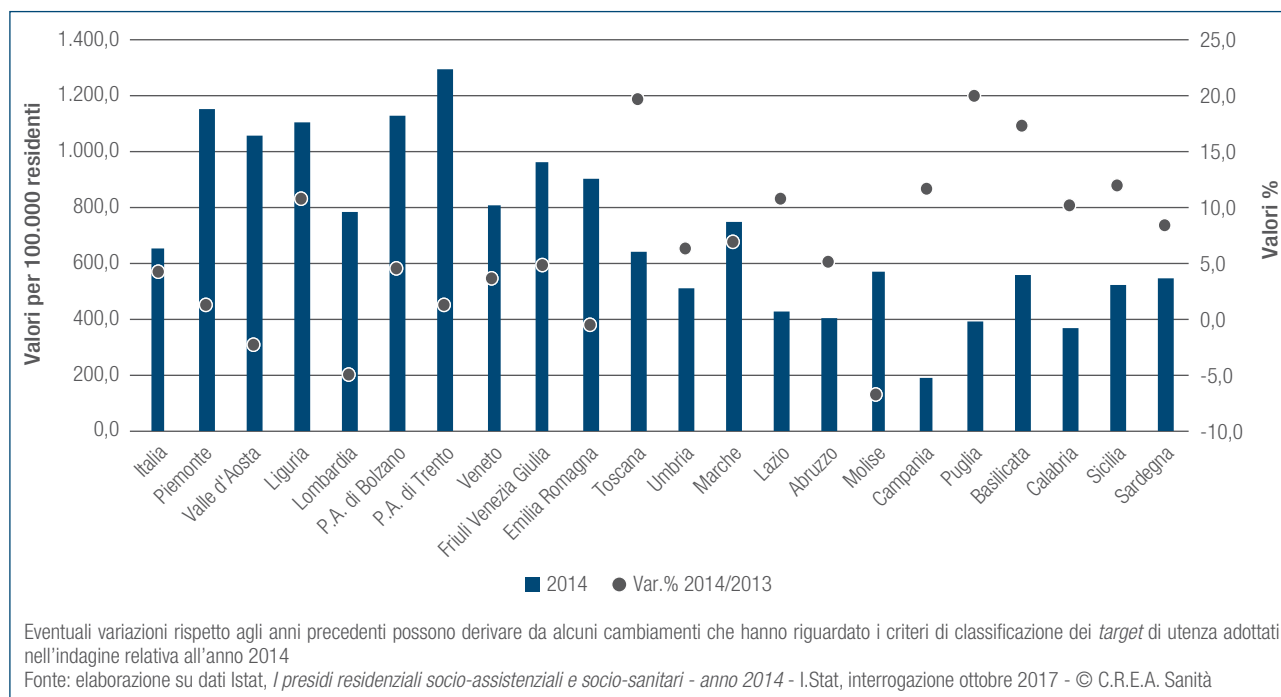
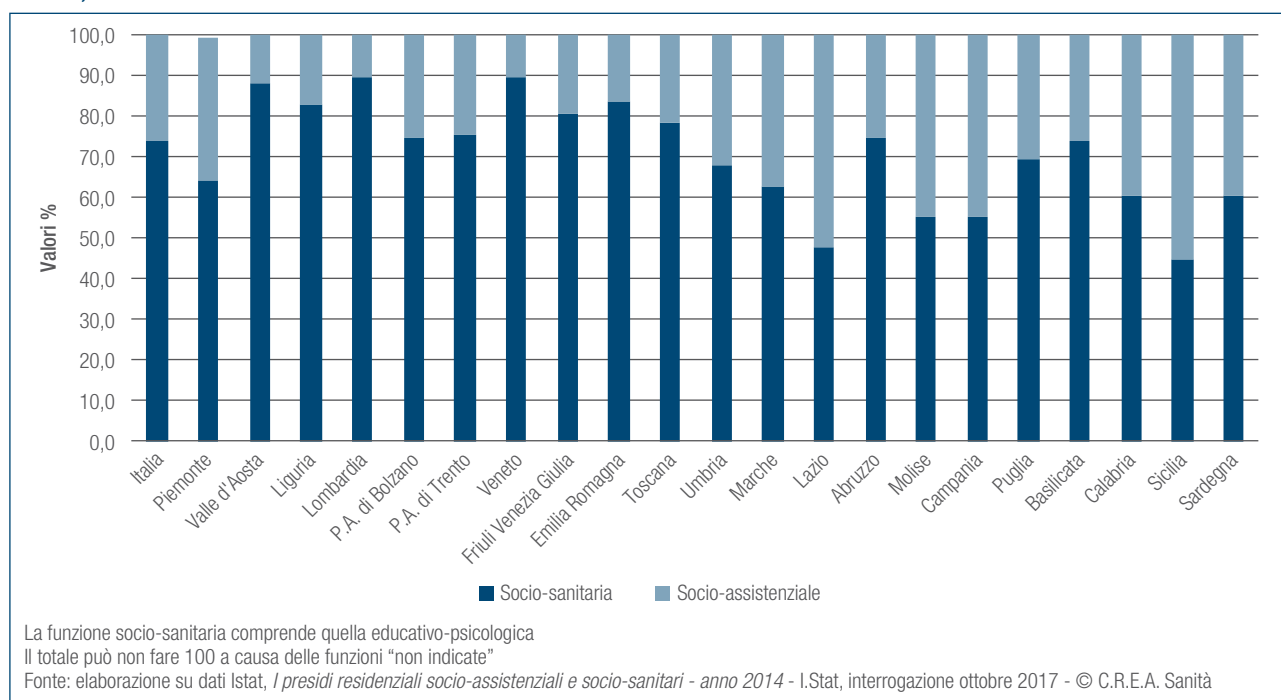


Figura 7a.10. Composizione posti letto in presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per funzione di protezione sociale, anno 2014

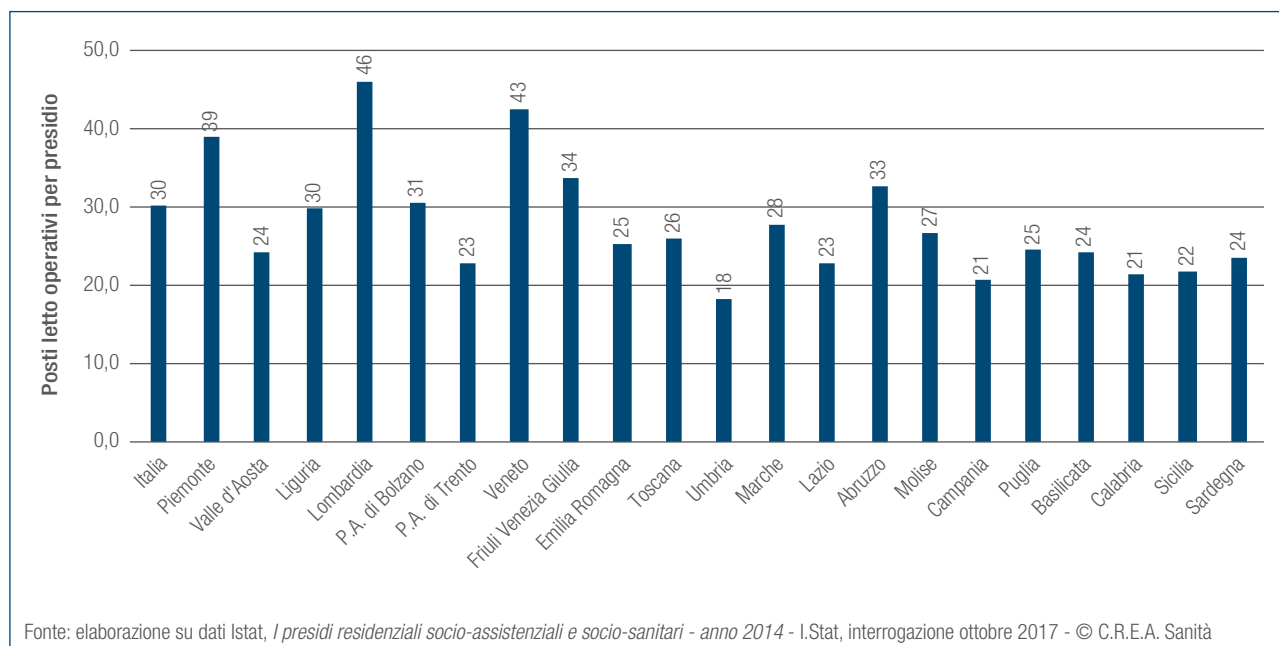


concentrazione è più bassa). Le uniche Regioni che osservano un calo sono Valle d'Aosta, Lombardia, Emilia Romagna e Molise.

La Figura 7a.10 mostra la composizione dei posti letto

per funzione di protezione sociale. Si evince facilmente come a livello nazionale la maggior parte dell'offerta residenziale sia di tipo socio-sanitario (il 73,7% dei posti letto complessivi, comprendendo anche la funzione edu-

Figura 7a.11. Dimensione media dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, anno 2014



cativo-psicologica), e prevalentemente per utenti anziani (autosufficienti e non). La percentuale più alta di posti letto per funzione socio-sanitaria si registra in Veneto (89,5%), seguito dalla Lombardia (89,2%), mentre la più bassa si osserva in Sicilia (44,8%), seguita dal Lazio (47,6%).

La Figura 7a.11 prende in esame, per il 2014, la dimensione media dei presidi socio-assistenziali e socio-sanitari, ottenuta dividendo il numero dei posti letto per le strutture attive. Il valore Italia è pari a 30 posti per presidio; la variabilità regionale è evidente: si va dai 18 posti dell'Umbria (seguita da Campania e Calabria con 21) ai 46 della Lombardia, seguita dal Veneto (43) e dal Piemonte (39). Oltre a queste ultime 3 Regioni, registrano un valore più alto della media Italia anche Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e P.A. di Bolzano, mentre la Liguria ne mostra uno pari a quello nazionale.

La Figura 7a.12 prende in esame gli ospiti (per 100.000 residenti con le stesse caratteristiche) nei presidi di cui si tratta e la variazione rispetto all'anno precedente, con risultati in linea con quelli evidenziati per i posti letto. Il valore medio nazionale è pari a 635 ospiti per 100.000 residenti; la variabilità regionale è evidente, anche qui (come per i presidi e i posti letto) con un gradiente a favore delle Regioni del Nord Italia, dove nel 2014 si registra un numero maggiore di ospiti. Si va dai 189 utenti per 100.000 residenti della Campania

(in crescita del +15,9% rispetto al 2013) ai 1.292 ospiti della P.A. di Trento. Anche in questo caso, tra il 2013 e il 2014 l'aumento più consistente si registra nelle Regioni meridionali. Le uniche Regioni che osservano un calo sono Valle d'Aosta, Lombardia e Molise.

Per finire, la Figura 7a.13 prende in esame, per il 2014, la composizione degli ospiti dei presidi per tipologia (classe di età), tenuto conto che si tratta prevalentemente di anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

A livello nazionale, così come in tutte le Regioni, anche se con percentuali diverse, la grande maggioranza degli ospiti dei presidi in esame è rappresentata da ospiti con età uguale o superiore a 65 anni (75,1%), soprattutto nelle Regioni centro-settentrionali: ad eccezione di Sardegna e Abruzzo, le Regioni che sono sopra la "media Italia" sono tutte del Centro-Nord.

La forbice della variabilità regionale va dal 53,9% della Sicilia, seguita dalla Calabria con il 60,2%, all'84,3% del Friuli Venezia Giulia, seguito dal Piemonte con 84,2%.

Con riferimento ai minori ospiti delle strutture, a livello nazionale essi rappresentano il 5,2% degli ospiti totali. Si passa dall'1,9% del Friuli Venezia Giulia al 13,2% della Sicilia.

Figura 7a.12. Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari

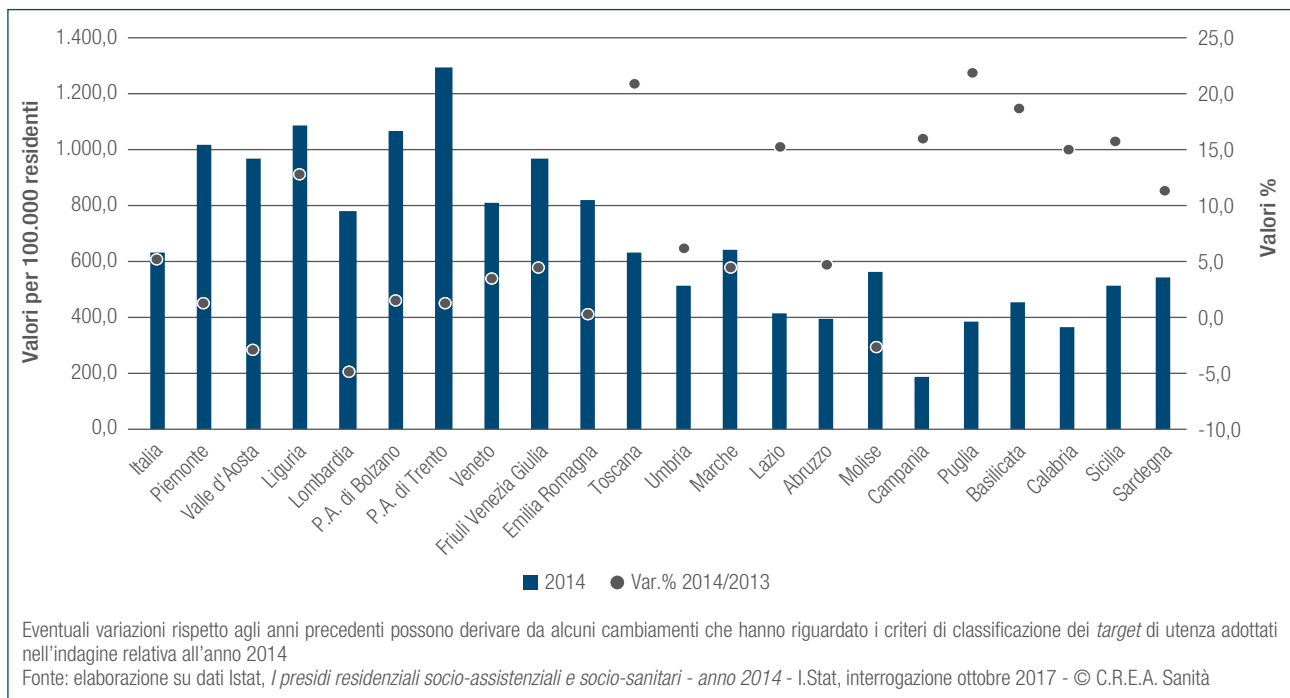
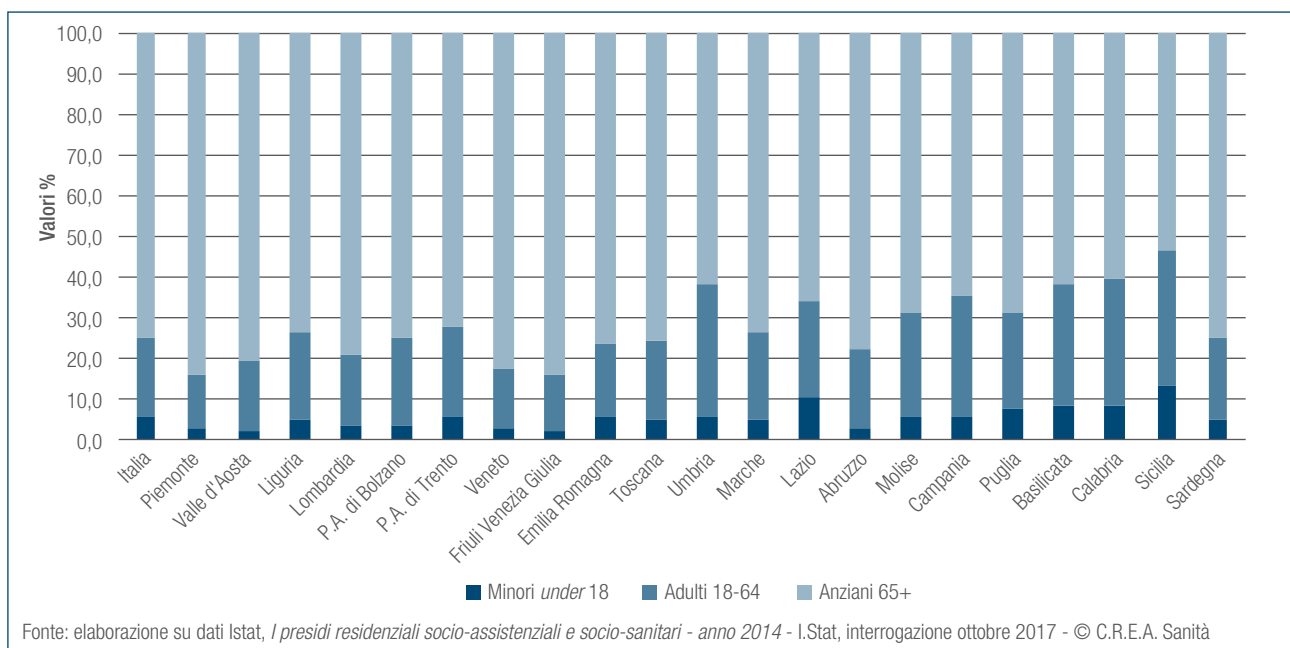


Figura 7a.13. Composizione ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per tipologia, anno 2014



## 7a.4. Conclusioni

Si rileva anche quest'anno una scarsa disponibilità di dati aggiornati e completi sull'assistenza residenziale e semiresidenziale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, che consentano di apprezzare e analizzare in toto il fenomeno in atto.

A livello internazionale, considerando il numero di posti letto in strutture residenziali che erogano LTC, sui 19 Paesi EU considerati nel 2015 l'Italia è al terz'ultimo posto (in ordine decrescente), con 4,0 posti letto per 1.000 abitanti (in crescita rispetto ai 2,9 posti del 2005). Con riferimento invece agli assistiti per LTC in strutture residenziali, sui 18 Paesi EU considerati, nel 2015 l'Italia si posiziona

all'11° posto della classifica, con 7,4 assistiti per 1.000 residenti (in crescita rispetto ai 5 utenti del 2005), ma ben lontano dagli *standard* dei Paesi EU occidentali.

Permane dunque una importante carenza di offerta in Italia rispetto agli altri Paesi europei, ma si può almeno osservare una tendenza alla crescita.

Con riferimento ai dati nazionali, non sono disponibili alla data in cui si scrive aggiornamenti dei dati contenuti nell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute, fermi al 2013 (per la cui analisi si rimanda alla precedente edizione del Rapporto Sanità). Il Ministero ha invece rilasciato alcuni indicatori sul tema nell'ambito del monitoraggio territoriale dell'erogazione dei LEA, aggiornati all'anno 2015. I dati evidenziano una notevole disparità regionale, evidente in modo particolare per quanto riguarda posti e posti equivalenti – intesi come (sommatoria delle giornate di assistenza dell'anno di riferimento/365)/popolazione anziana residente \* 1.000, per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali: l'offerta maggiore si registra al Centro-Nord.

Con riferimento ai presidi socio-sanitari e socio-assistenziali rilevati dall'Istat, in cui alloggiano persone che si trovano in stato di bisogno per motivi diversi (anziani soli o con problemi di salute, persone con disabilità, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale), l'ultimo aggiornamento è al 2014 (l'indagine 2016 è partita nel settembre 2017). Anche dall'osservazione di questi indicatori emerge l'annosa disparità regionale: in generale, sia per i presidi che per

i posti letto e gli ospiti, considerando i valori standardizzati per 100.000 persone, emerge chiaro il gradiente Sud-Nord. È infatti nel settentrione che si registrano i valori più elevati, mentre nel Sud si osserva una maggiore crescita del dato rispetto al 2013 (con le cautele espresse circa la confrontabilità dei due dati). Dai dati emerge poi come a livello nazionale la maggior parte dell'offerta residenziale sia di tipo socio-sanitario (il 73,7% dei posti letto complessivi, comprendendo anche la funzione educativo-psicologica), e prevalentemente per utenti anziani (autosufficienti e non).

Gli ospiti, sia pure con percentuali diverse, in tutte le Regioni sono in larga maggioranza persone con età uguale o superiore a 65 anni (a livello nazionale, gli anziani rappresentano circa il 75% degli ospiti totali).

## Riferimenti bibliografici

- Istat (2017), *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari* - anno 2014, su I.Stat, interrogazione ottobre 2017
- Ministero della Salute (anni vari), D.G. della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, anni 2002-2013
- Ministero della Salute (2017), D.G. Programmazione sanitaria, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto al Parlamento Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore - anno 2015*
- OECD (2017), *Oecd.Stat* (edizione giugno 2017)

## ENGLISH SUMMARY

### *Residential care: the state of the art of indicators*

*This chapter summarizes the update of the residential care key indicators.*

*In 2015 Italy ranked third among 19 EU countries in terms of number of beds in residential care structures providing Long Term Care (LTC): 4 beds per 1,000 inhabitants (although on the increase compared to the 2.9 beds recorded in 2005). With regard to LTC patients in residential facilities, in 2015 Italy ranked eleventh among the 18 EU countries considered, with 7.4 patients per 1,000 inhabitants (on the increase compared to the 5 patients recorded in 2005).*

*With specific reference to national data, although no updates of the figures contained in the Statistical Yearbook of the National Health System are available, the Ministry of Health has issued some specific indicators on the territorial monitoring of the delivery of the Essential Healthcare Levels (LEASs), namely benefits and services that the National Health System is required to provide to all citizens with public resources, free of charge or in exchange for a minimum fee.*

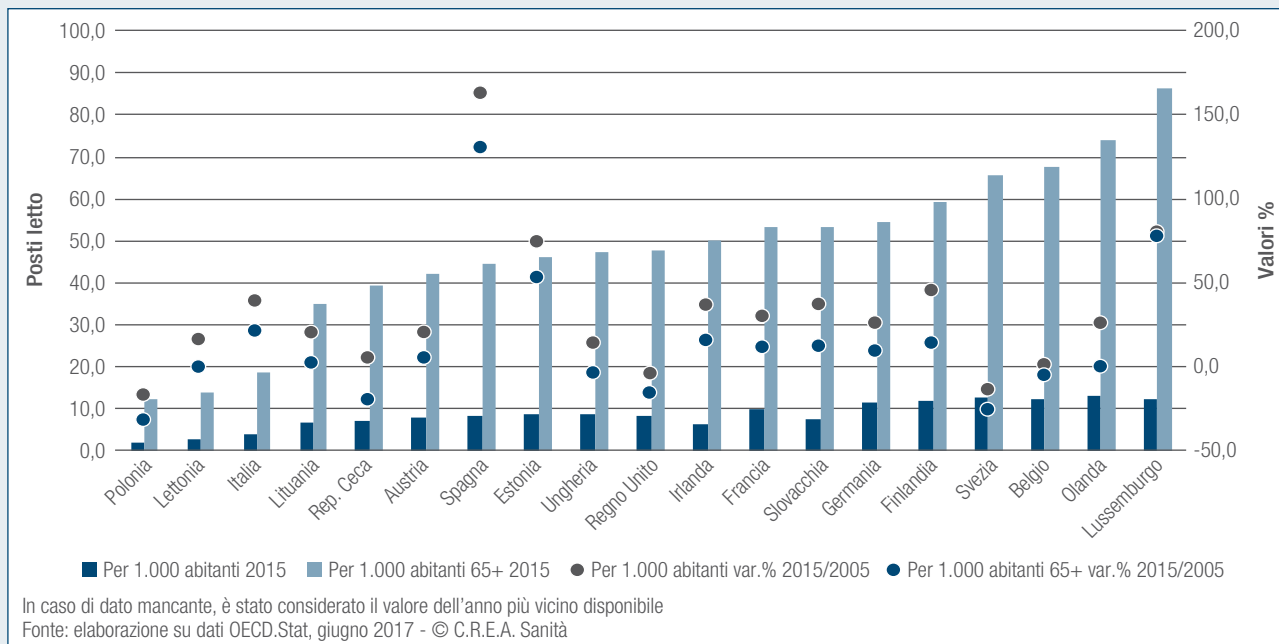
*The data and statistics show considerable regional differences, particularly in terms of beds and equivalent places: in any case, the largest supply is recorded in the Central-Northern Italy.*

*With reference to the socio-healthcare and so-*

*cio-welfare structures surveyed by the National Institute of Statistics (Istat) - the latest update of which dates back to 2014 – it'd be noted that people admitted are in need for various reasons (elderly people living alone or having health problems; disabled people, unaccompanied and unprotected children; young women in difficulty, foreigners or Italian citizens with economic and social problems) and significative regional disparities persist. Considering the standardized values for 100,000 inhabitants, an evident North-South gradient emerges, both in terms of structures and in terms of beds and number of users. In the North of Italy, higher values are recorded, although in the South there is higher growth compared to 2013 (although it should be noted that the data and statistics for the two years may not always be fully comparable due to the change of some classification criteria of user targets adopted in the 2014 survey). At national level, most of the residential care supply is of socio-healthcare nature (73.7% of total beds, including also the educational-psychological component) and mainly for elderly users (both self-sufficient and non self-sufficient people).*

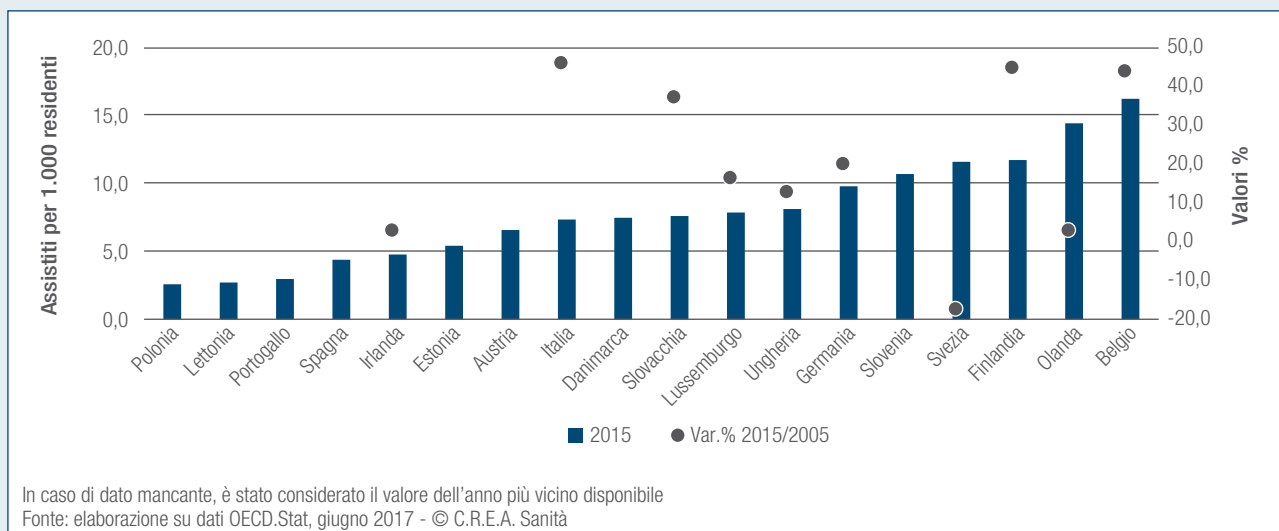
*Finally, consider that, in all Regions users - albeit with different percentages - are mainly elderly people aged 65 and over.*

KI 7.1. Posti letto in strutture residenziali che erogano Long Term Care (LTC)



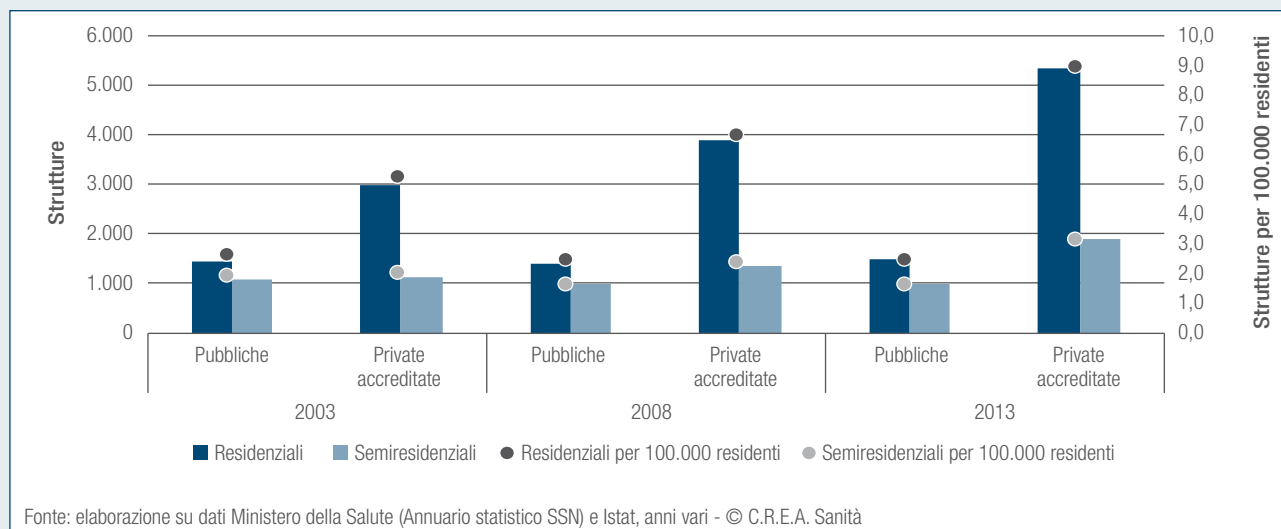
L'indicatore mostra il numero di posti letto in strutture residenziali che forniscono Long Term Care (LTC) nei Paesi dell'Unione Europea di cui OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) fornisce il dato (giugno 2017). Il dato è standardizzato per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti di 65 anni e più (2015 e variazione verso 2005). Considerando l'intera popolazione, sui 19 Paesi EU considerati, nel 2015 l'Italia si ferma al terz'ultimo posto, con 4,0 posti letto per 1.000 abitanti (in crescita rispetto ai 2,9 posti del 2005). Il numero maggiore di posti letto per 1.000 abitanti nel 2015 si registra in Olanda (13,1), seguita da Svezia, Belgio e Lussemburgo (tutti al di sopra di 12,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (1,9), seguita dalla Lettonia (2,7). Tutti i Paesi registrano un incremento del valore rispetto al 2005 (tranne 4: Polonia, Regno Unito, Belgio e Svezia). Considerando il numero di posti letto per 1.000 abitanti di 65 anni e più, la classifica è analoga: nel 2015 l'Italia resta al terz'ultimo posto, con 18,5 posti letto per 1.000 abitanti (in crescita rispetto ai 15,0 posti del 2005). Il numero maggiore di posti letto per 1.000 abitanti 65+ nel 2015 si registra in Lussemburgo (86,4), seguito da Olanda, Belgio e Svezia (tutti al di sopra di 65,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva ancora in Polonia (12,2), sempre seguita dalla Lettonia (14,0). Sono 11 i Paesi che registrano un incremento del valore rispetto al 2005.

KI 7.2. Quota di residenti assistiti per LTC in strutture residenziali



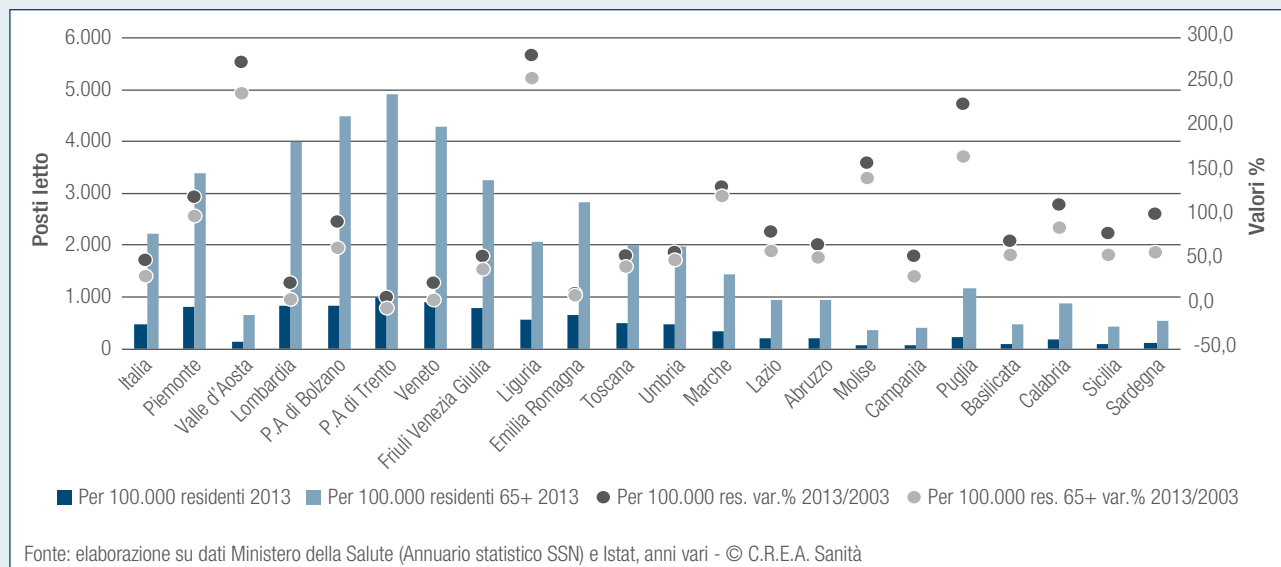
L'indicatore mostra il numero di assistiti in strutture residenziali che forniscono Long Term Care (LTC) nei Paesi dell'Unione Europea di cui OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) fornisce il dato (giugno 2017). Il dato è standardizzato per 1.000 residenti (2015 e variazione verso 2005). Sui 18 Paesi EU considerati, nel 2015 l'Italia si posiziona all'11° posto, con 7,4 assistiti per 1.000 residenti (in crescita rispetto ai 5 utenti del 2005). Il numero maggiore di posti letto per 1.000 residenti nel 2015 si registra in Belgio (16,2), seguito da Olanda, Finlandia e Svezia (tutti al di sopra di 11,0 posti letto). Il tasso inferiore si osserva in Polonia (2,6), seguita dalla Lettonia (2,7). Tutti i Paesi di cui si dispone dei dati registrano un incremento del valore rispetto al 2005, tranne la Svezia (-17,9%).

KI 7.3. Composizione delle strutture sanitarie per assistenza residenziale e semiresidenziale



Questo indicatore, costruito con i dati contenuti nell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute del 2003, del 2008 e del 2013 (ultimo disponibile alla data in cui si scrive) mostra il numero (assoluto e per 100.000 residenti) delle strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, nel territorio italiano. Ciò che si evince è una sostanziale stabilità delle strutture pubbliche ed un aumento delle strutture private (accreditate), sia in valore assoluto che per 100.000 abitanti. In particolare, con riferimento alle strutture pubbliche, le residenziali passano da 1.457 (2,54 per 100.000 abitanti) nel 2003 a 1.473 (2,43 per 100.000 abitanti) nel 2013, mentre le semiresidenziali passano da 1.098 (1,92 per 100.000 abitanti) nel 2003 a 976 (1,61 per 100.000 abitanti) nel 2013. Con riferimento invece alle strutture private accreditate, le residenziali passano da 2.980 (5,20 per 100.000 abitanti) nel 2003 a 5.361 (8,84 per 100.000 abitanti) nel 2013, mentre le semiresidenziali passano da 1.151 (2,01 per 100.000 abitanti) nel 2003 a 1.910 (3,15 per 100.000 abitanti) nel 2013.

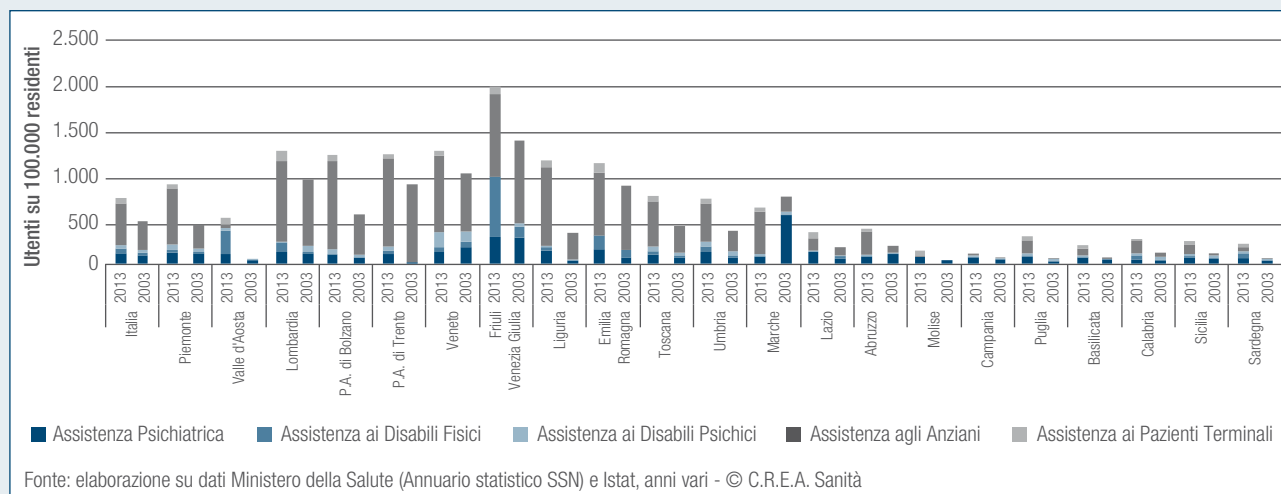
KI 7.4. Posti letto in strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali



I posti letto destinati all'assistenza residenziale e semiresidenziale, sia pubblica che privata accreditata, ammontano nel 2013 in Italia a 286.772: 234.008 si trovano nelle strutture residenziali (82%) e 52.764 (18%) nelle strutture semiresidenziali. Per un confronto tra le Regioni si osserva il dato standardizzato per la popolazione residente totale e per quella di età non inferiore a 65 anni, in base ai dati dell'Annuario Statistico SSN 2013 del Ministero della Salute (ultimo disponibile alla data in cui si scrive) e Istat (con la precisazione che per il 2012 e 2013 C.R.E.A. Sanità ha effettuato delle stime sulla popolazione perché i dati forniti da Istat erano sottostimati a causa del censimento 2011). Con riferimento ai posti letto residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti nel 2013, notiamo come la dotazione massima appartenga alla P.A. di Trento (984), seguita dal Veneto (896); il tasso minimo è invece rilevato in Campania (68) seguita dal Molise (79). La media Italia è pari a 473 posti per 100.000 residenti. Nel decennio 2003-2013 si registra un aumento in tutte le Regioni. Con riferimento ai posti letto residenziali e semiresidenziali per 100.000 residenti di 65 anni e più nel 2013, il numero di posti più elevato si registra nella P.A. di Trento (4.905), seguita dalla P.A. di Bolzano (4.480); il tasso minimo è invece rilevato in Molise (351) seguito dalla Campania (403). La media Italia è pari a 2.234 posti per 100.000 residenti 65+. Nel decennio 2003-2013 si registra un aumento in tutte le Regioni (ad eccezione di una leggera diminuzione della P.A. di Trento).

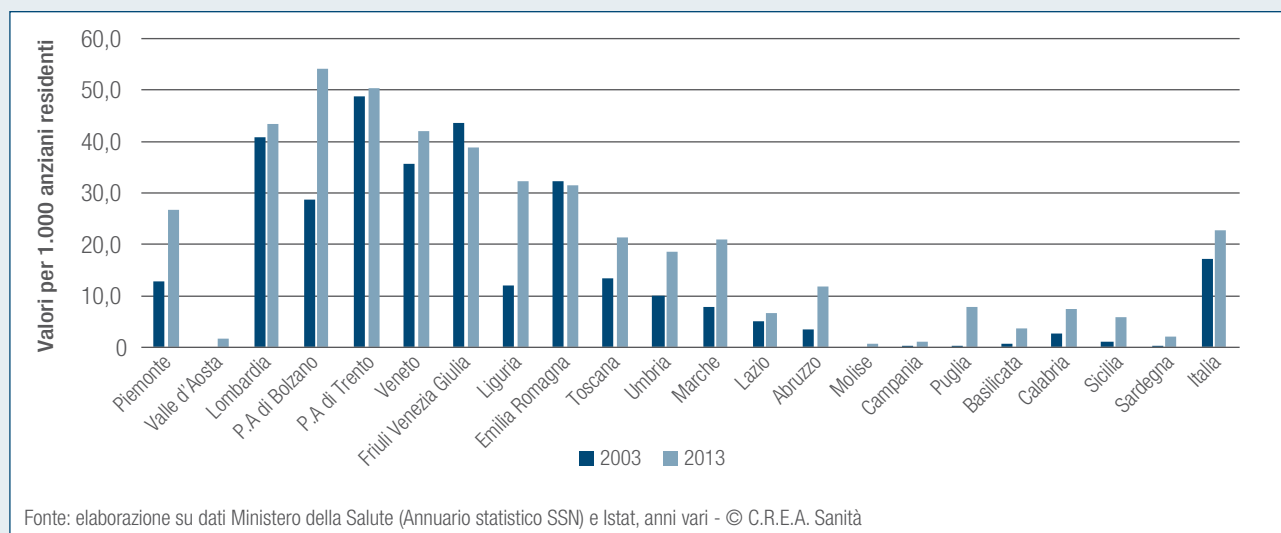


**KI 7.5. Composizione dell'utenza delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali**



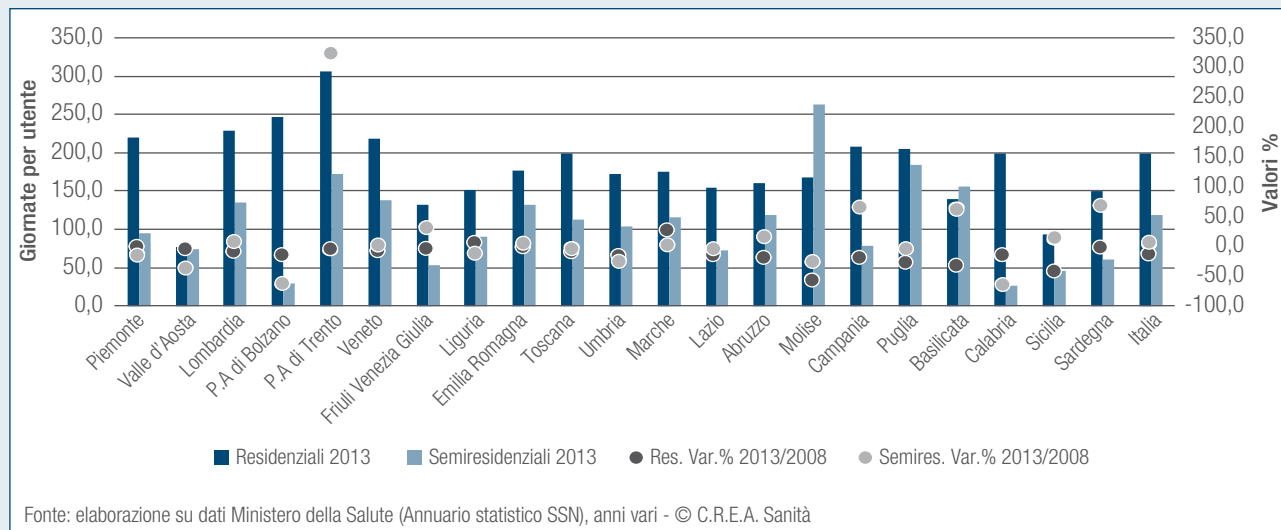
Questo indicatore, costruito con i dati contenuti nell'annuario del Ministero della Salute del 2003 e in quello del 2013 (ultimo disponibile alla data in cui si scrive) e con i dati forniti da Istat sulla popolazione (con una stima C.R.E.A. Sanità per il 2013) mostra la tipologia di utenti delle strutture residenziali e semiresidenziali nel territorio italiano. Nel 2013 in Italia gli utenti che hanno ricevuto assistenza psichiatrica in strutture residenziali e semiresidenziali sono stati 66.585, pari a 109,8 ogni 100.000 residenti (92,9 nel 2003). Si riscontra una discreta eterogeneità regionale: si va da un massimo di 298,8 su 100.000 residenti rilevato in Friuli Venezia Giulia a un minimo di 46,0 osservato nella Regione Calabria. Gli utenti con disabilità fisica in Italia sono stati 37.496, pari a 61,8 ogni 100.000 residenti (25,8 nel 2003). Dal punto di vista territoriale, si va da un massimo di 688,6 su 100.000 residenti rilevato in Friuli Venezia Giulia a un minimo di 5,5 osservato nella Regione Lazio (escludendo il Molise). Gli utenti con disabilità psichica a livello nazionale sono stati 20.462, pari a 33,8 ogni 100.000 residenti (35,1 nel 2003). Dal punto di vista regionale, si va da un massimo di 172,1 su 100.000 residenti rilevato in Veneto a un minimo di 0,5 osservato in Emilia Romagna (escludendo il Molise). Gli utenti anziani (65+) in Italia sono stati 291.195, pari a 480,3 ogni 100.000 residenti (325,3 nel 2003). Dal punto di vista territoriale, si va da un massimo di 1.007,8 su 100.000 residenti rilevato in P.A. Trento a un minimo di 16,3 osservato in Molise. Per finire, i pazienti terminali a livello nazionale sono stati 37.988, pari a 62,7 ogni 100.000 residenti (nel 2003 non sono stati rilevati). Dal punto di vista regionale, si va da un massimo di 116,4 su 100.000 residenti in Lombardia a un minimo di 8,4 in Campania.

**KI 7.6. Quota di utenti anziani (65 anni e più) assistiti nelle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali**



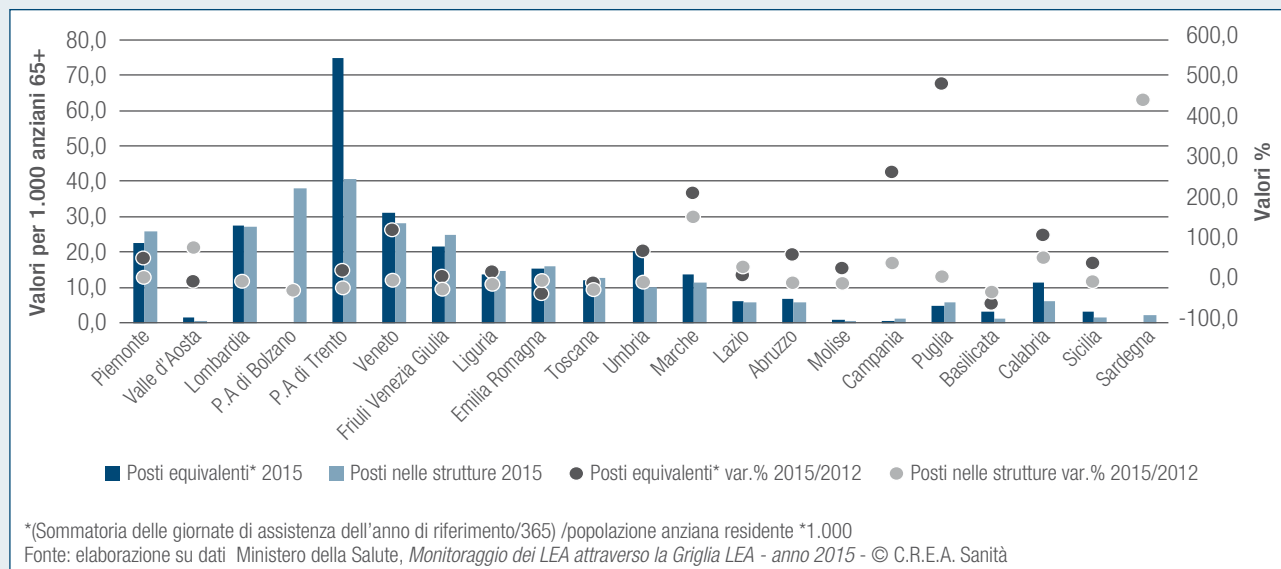
Gli utenti anziani assistiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali nel 2013 in Italia ammontano a 291.195, il 64,0% dei destinatari di assistenza residenziale e semiresidenziale totali. Nel 2003 ammontavano a 186.456. A livello regionale, si nota una importante difformità territoriale: il numero di anziani assistiti rispetto alla popolazione di età non inferiore a 65 anni è più elevato nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali (con qualche eccezione, come la Valle d'Aosta). In particolare, nel 2013 la quota maggiore si registra nella P.A. di Bolzano (54,2 anziani assistiti su 1.000 residenti di 65 anni e più) seguita dalla P.A. di Trento con 50,2 e dalla Lombardia con 43,5 utenti anziani su 1.000 abitanti 65+. Il tasso minimo è invece rilevato in Molise (0,7), seguito dalla Campania (1,1) e dalla Valle d'Aosta (1,6). Il valore Italia si assesta a 22,7. Rispetto al 2003, in tutte le Regioni si osserva un aumento, in alcuni casi importante, tranne che in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna. Nel 2003 il valore medio nazionale era pari a 17,1 anziani assistiti per 1.000 anziani residenti.

KI 7.7. Giornate di assistenza erogate in strutture residenziali e semiresidenziali



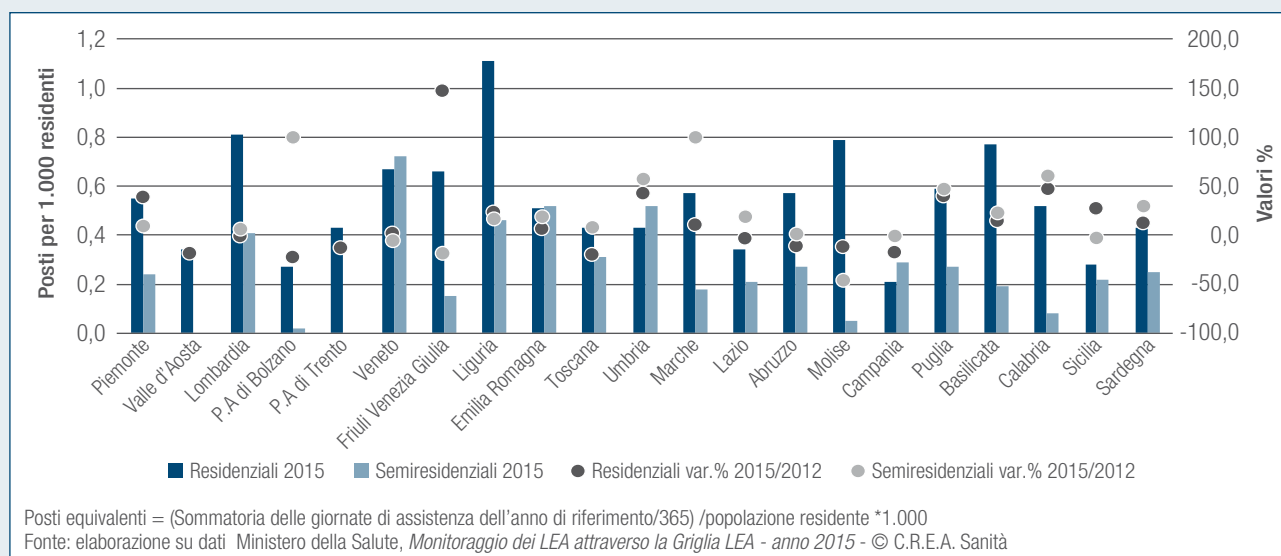
Questo indicatore, costruito con i dati contenuti nell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute del 2008 e in quello del 2013 (ultimo disponibile alla data in cui si scrive) mostra la sintesi delle giornate erogate per utente nelle strutture residenziali e semiresidenziali nel territorio italiano. Con riferimento all'anno 2013, per le strutture residenziali la media Italia è pari a 199,1 giornate (218,0 nel 2008): si va dal valore massimo di 306,5 registrato in P.A. di Trento al valore minimo di 76,5 della Valle d'Aosta. Rispetto al 2008 in tutte le Regioni si registra una diminuzione, tranne che in Liguria e nelle Marche. Sempre nel 2013, per le strutture semiresidenziali la media Italia è più bassa, pari a 118,5 giornate (erano 115,0 nel 2008): la forbice va dal valore massimo di 262,5 registrato in Molise al valore minimo di 25,9 della Calabria. Rispetto al 2008, sono 11 le Regioni che registrano un calo delle giornate.

KI 7.8. Posti e posti equivalenti per assistenza agli anziani di 65 anni e più in strutture residenziali



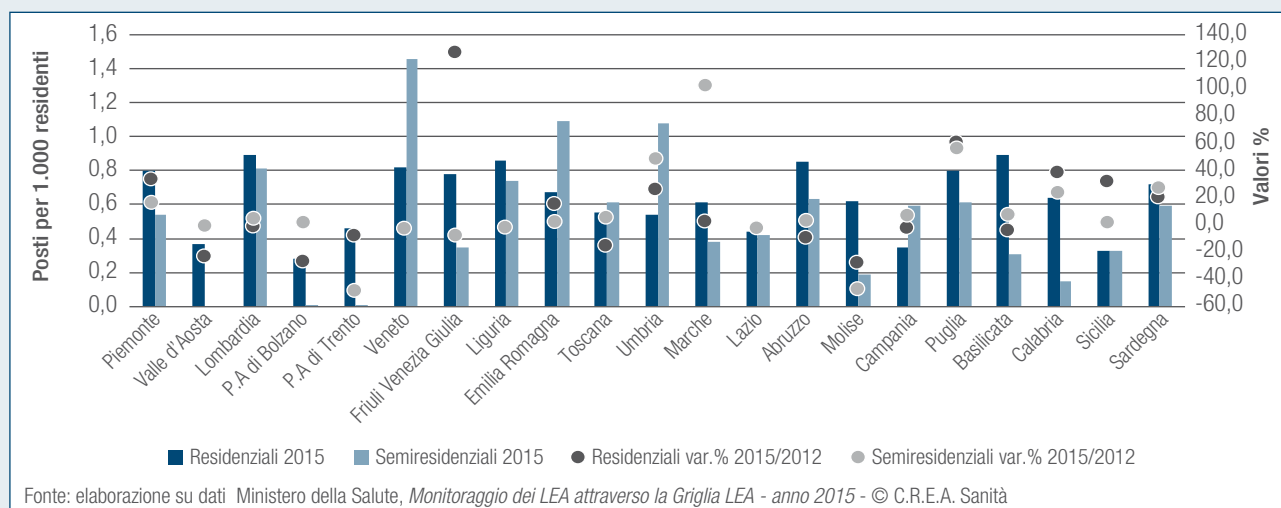
Gli indicatori valutano sia la quantità di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) che di posti (rete di offerta) disponibili per assistenza agli anziani di 65 anni e più nelle strutture della residenzialità territoriale rispetto alla popolazione anziana residente; essi rappresentano una utile informazione sull'offerta di assistenza residenziale per Regione. Considerando i posti equivalenti nel 2015, non considerando la P.A. di Bolzano e la Sardegna per mancanza del dato, la disparità regionale risulta evidente: la densità maggiore si riscontra nel Centro-Nord, dove i posti letto superano il "valore soglia" (9,80) stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2015. Al di sotto della soglia 8 Regioni, tutte del Sud ad eccezione di Lazio e Valle d'Aosta. Il numero più alto per 1.000 anziani residenti di 65 anni e più si registra nella P.A. di Trento (74,83), mentre il numero più basso si registra in Campania (0,63). Rispetto al 2012, sono 5 le Regioni che registrano una diminuzione (Valle d'Aosta, Basilicata, Toscana, Emilia Romagna e Lombardia). Considerando i posti nelle strutture residenziali nel 2015, il gradiente a favore del Centro-Nord resta invariato. I posti per 1.000 anziani 65+ residenti superano il "valore soglia" (10,00) stabilito dal Ministero della Salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2015 in 11 Regioni, tutte centro-settentrionali. Il numero più alto per 1.000 anziani residenti di 65 anni e più si registra nella P.A. di Trento (40,76), mentre il numero più basso si registra in Valle d'Aosta (0,35). Rispetto al 2012, sono 10 le Regioni che registrano una diminuzione, tutte del Centro-Nord ad eccezione di Molise, Basilicata e Abruzzo.

KI 7.9. Posti equivalenti in strutture residenziali e semiresidenziali eroganti assistenza ai disabili



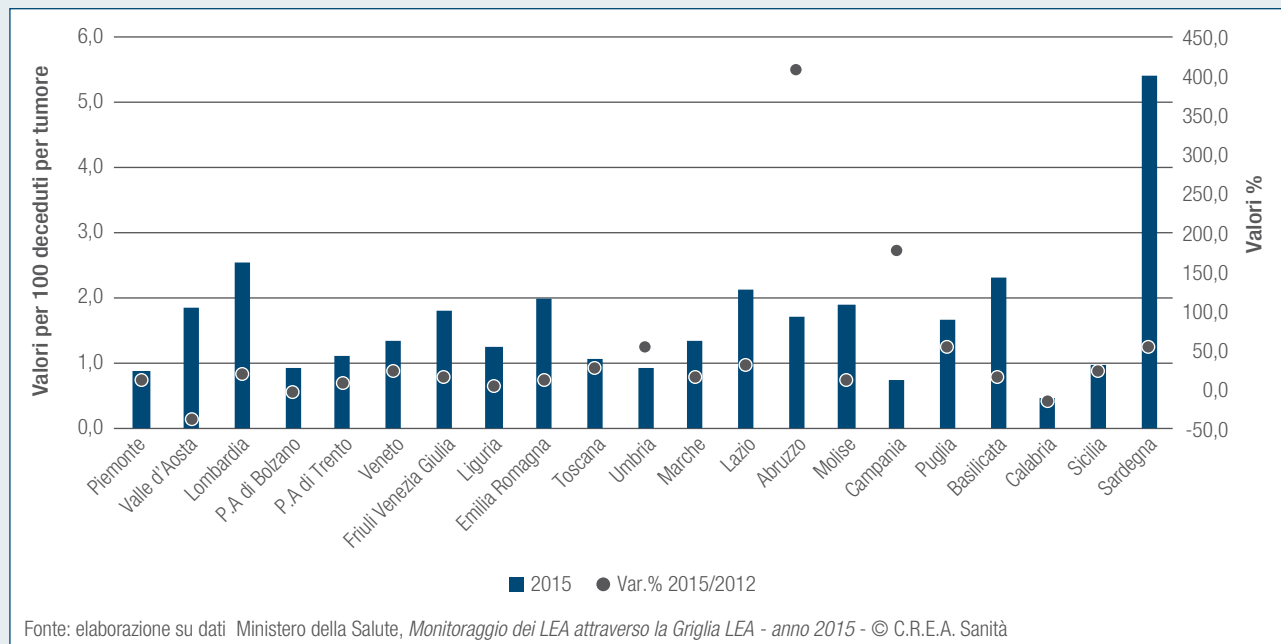
L'indicatore valuta la quantità di posti equivalenti (sulla base delle giornate di assistenza erogate) disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale. Con riferimento ai posti nelle strutture residenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,50, al di sotto del quale si trovano 9 Regioni (Campania, P.A. Bolzano, Sicilia, Valle d'Aosta, Lazio, P.A. Trento, Toscana, Umbria e Sardegna). Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti per 1.000 residenti si registra in Liguria (1,11), mentre il minore si registra in Campania (0,21). Rispetto al 2012, sono 8 le Regioni che registrano una diminuzione. Con riferimento ai posti nelle strutture semiresidenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,22, al di sotto del quale si trovano 9 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Molise, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Marche, Basilicata e Lazio). Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti equivalenti per 1.000 residenti si registra in Veneto (0,72), mentre il minore si registra, a parte Valle d'Aosta e P.A. Trento con 0,0, in P.A. Bolzano (0,02). Rispetto al 2012, sono 6 le Regioni che registrano una diminuzione.

KI 7.10. Posti in strutture residenziali e semiresidenziali eroganti assistenza ai disabili



L'indicatore valuta la quantità di posti letto (rete di offerta) disponibili nelle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano assistenza ai disabili rispetto alla popolazione residente e può essere considerato un indicatore della offerta di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale. Con riferimento ai posti nelle strutture residenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,60, al di sotto del quale si trovano 8 Regioni (P.A. di Bolzano, Sicilia, Campania, Valle d'Aosta, Lazio, P.A. di Trento, Umbria e Toscana). Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti per 1.000 residenti si registra in Basilicata e Lombardia (0,89), mentre il minore si registra in P.A. di Bolzano (0,28). Rispetto al 2012, sono 11 le Regioni che registrano una diminuzione. Con riferimento ai posti nelle strutture semiresidenziali, il "valore normale" stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 0,45, al di sotto del quale si trovano 10 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Calabria, Molise, Basilicata, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Marche e Lazio). Sempre nel 2015 la disparità regionale risulta evidente: il numero maggiore di posti per 1.000 residenti si registra in Veneto (1,46), mentre il minore si registra, a parte la Valle d'Aosta con 0,0, in P.A. di Trento e Bolzano (0,01). Rispetto al 2012, sono 6 le Regioni che registrano una diminuzione.

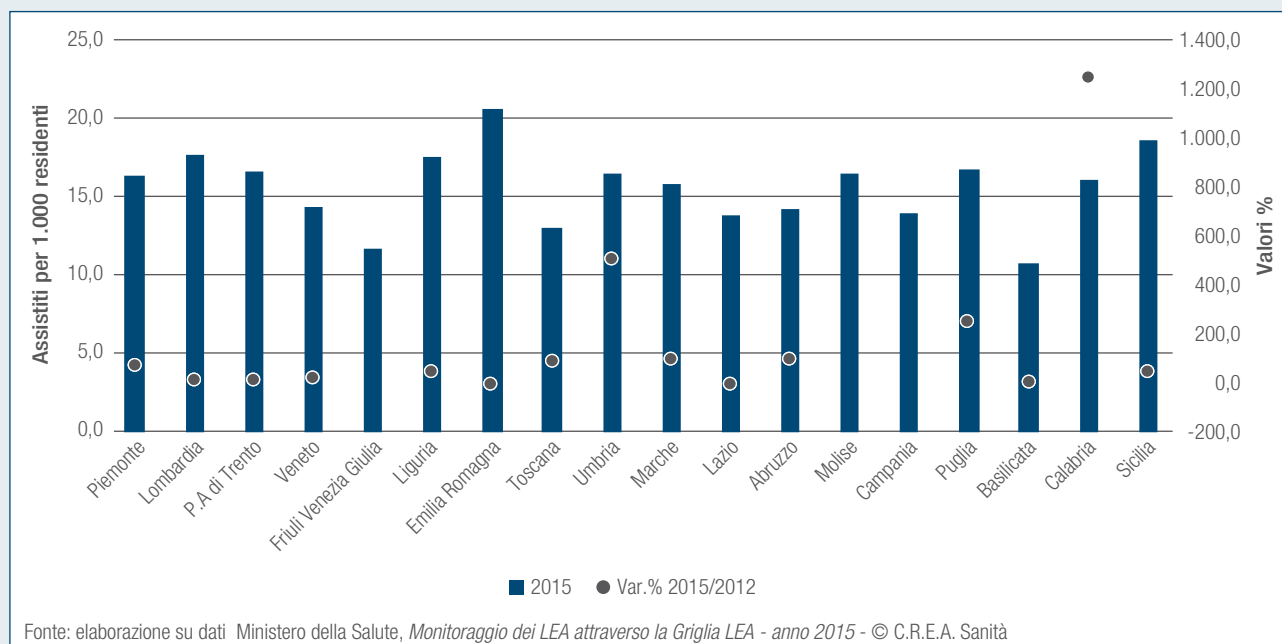
KI 7.11. Posti letto attivi in *Hospice* sul totale dei deceduti per tumore



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015* - © C.R.E.A. Sanità

Gli *Hospice* sono strutture residenziali presso le quali vengono erogate le cure palliative residenziali, nell'ambito della Rete locale di cure palliative. In queste strutture viene garantito il complesso integrato di accertamenti diagnostici, prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica, la somministrazione di preparati di nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere e il sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da *équipe* multidisciplinari e multiprofessionali, e sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. Dal punto di vista funzionale, l'*Hospice* è quel luogo in cui i malati vengono accolti temporaneamente o definitivamente quando non possono essere assistiti a domicilio per particolare aggravamento delle condizioni cliniche, o per impossibilità dei familiari a garantire l'assistenza necessaria, per mancanza del *Care-giver* (familiare di riferimento) o per inadeguatezza dell'abitazione. All'interno della Griglia LEA 2015, tra i 35 indicatori presi in esame per monitorare l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni si trova il numero di posti letto attivi in *Hospice* sul totale dei deceduti per tumore. In particolare, nel 2015 si va da 0,45 posti letto attivi in *Hospice* per 100 deceduti per tumore della Calabria a 5,42 posti per 100 deceduti registrati in Sardegnna. Il valore "normale" stabilito dal Ministero nella Griglia LEA 2015 è pari a 1: registrano un valore inferiore 6 Regioni: Sicilia (che raggiunge comunque un valore molto prossimo alla soglia, pari a 0,95), Umbria (0,92), P.A. Bolzano (0,89), Piemonte (0,87), Campania (0,71) e - come visto - Calabria (0,45). Tra il 2012 e il 2015 i valori sono in aumento in quasi tutte le Regioni: sono solo 4 quelle in cui il valore è in discesa (Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Liguria e Calabria).

## KI 7.12. Quota di residenti assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015* - © C.R.E.A. Sanità

Secondo la definizione del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)), il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL). Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i *Day Hospital* (DH).

All'interno della Griglia LEA 2015, tra i 35 indicatori presi in esame per monitorare l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni si trova il numero di assistiti presso i DSM per 1.000 residenti; si tratta nello specifico di un indicatore di attività dell'assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei Centri di salute mentale, che registra mediamente un aumento nell'ultimo triennio. In particolare, nel 2015 si va dai 10,8 assistiti per 1.000 residenti della Basilicata ai 20,6 dell'Emilia-Romagna. Il valore "normale" stabilito dal Ministero nella Griglia LEA 2015 è pari a 10,82: registra un valore leggermente inferiore solo la Basilicata. Tra il 2012 e il 2015 solo 3 Regioni registrano una diminuzione del valore: Emilia Romagna (che però è, come visto, la Regione col valore maggiore), Lazio e Basilicata.





*Capitolo 8*

## **Assistenza specialistica ambulatoriale**

### *Outpatient specialist care*

8a. Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale

*English Summary*

8b. Il ruolo della Medicina di Laboratorio nella trasformazione digitale del sistema-salute: il caso della Regione Lazio

*English Summary*

*Key Indicators*





## CAPITOLO 8

### Assistenza specialistica ambulatoriale

Il capitolo 8 è dedicato alla assistenza specialistica ambulatoriale: un settore sanitario di grandissima importanza e complessità, sia dal punto di vista economico (basti pensare che rappresenta la terza voce di spesa dopo ospedaliera e farmaceutica, o la quarta se si considera anche la non autosufficienza), sia da quello della tutela della salute (basti pensare al ruolo che la diagnostica ha nella medicina moderna e all'innovazione continua che caratterizza il settore).

Malgrado l'importanza della specialistica, le informazioni sul settore continuano però ad essere carenti, sia in termini di analisi in dettaglio delle prestazioni erogate, sia di oneri generati.

Per concorrere a colmare, almeno parzialmente, il *gap* conoscitivo, nel primo contributo (Capitolo 8a) si elabora una prima stima del livello e della composizione della spesa complessiva sostenuta in Italia per l'assistenza specialistica; inoltre, sono analizzate alcune

indicazioni, fornite da una recente indagine Istat, sulle determinanti dei consumi di specialistica e la correlazione di tali consumi con alcune caratteristiche socio-economiche e organizzative regionali.

Da ultimo, tali evidenze sono integrate da un approfondimento sull'attività intramoenia e sulle sue determinanti.

Nel secondo contributo (Capitolo 8b), invece, si affronta per un caso specifico, il legame fra innovazione tecnologica e organizzativa, approfondendo il tema della riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi.

L'analisi affronta il tema in una ottica di *Population Health Management*, con l'obiettivo finale di individuare le condizioni affinché la Medicina di Laboratorio possa incrementare il contributo, che peraltro già fornisce, alla gestione complessiva della salute della popolazione attraverso la valorizzazione dei dati prodotti e lo sviluppo dell'interfaccia clinica-laboratorio.

## Outpatient specialist care

Chapter 8 is devoted to outpatient specialist care: a very important and complex health sector, both from the economic viewpoint (just think that it is the third spending item after hospital and pharmaceutical, or the fourth if one considers non self sufficiency) and from the health protection viewpoint (suffice to consider the role played by diagnostics in modern medicine and the ongoing innovation characterizing the sector).

Despite the importance of specialist care, however, information on the sector is still lacking, both in terms of detailed analyses of the services provided and in terms of costs.

With a view to contributing to bridge this knowledge gap - at least partially - Chapter 8a provides a first estimate of the level and composition of Italy's total spending for specialist care. Furthermore, an analysis is made on some data resulting from a recent Istat survey, with

reference to the drivers of specialist care consumption, as well as the correlation of said consumption with some regional socio-economic and organizational features. Finally, such evidence is supplemented by an in-depth analyses of the intramoenia professional activity and its drivers.

Conversely, (Chapter 8b) deals with a specific topic, namely the link between technological and organizational innovation, by delving into the issue of the reorganization of the test lab network.

The issue is analysed from a Population Health Management perspective, with the ultimate goal of identifying the conditions for Laboratory Medicine to upgrade the contribution it already provides to the overall population health management, by enhancing the data provided and the development of the clinical-laboratory interface.

## CAPITOLO 8a

### Nuove evidenze sulla spesa e sui consumi della specialistica ambulatoriale

Ploner E.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>

#### 8a.1. Ricorso ai servizi sanitari: tendenze del settore

L'analisi degli ultimi dati sul ricorso ai servizi sanitari resi disponibili dall'Istat nell'ambito dell'*Indagine Heis 2015* ha evidenziato che in EU, durante il 2015, metà della popolazione ha contattato un medico specialista<sup>2</sup>; in Italia, invece, l'incidenza dei contatti con lo specialista è maggiore e pari a circa 55 persone ogni 100. Ben al di sopra del valore medio dell'EU si sono collocati Paesi come l'Austria, la Germania, Cipro, la Repubblica Ceca e l'Ungheria; all'opposto si trova la Romania dove l'indicatore analizzato si è fermato al 17,1 (Figura 8a.1).

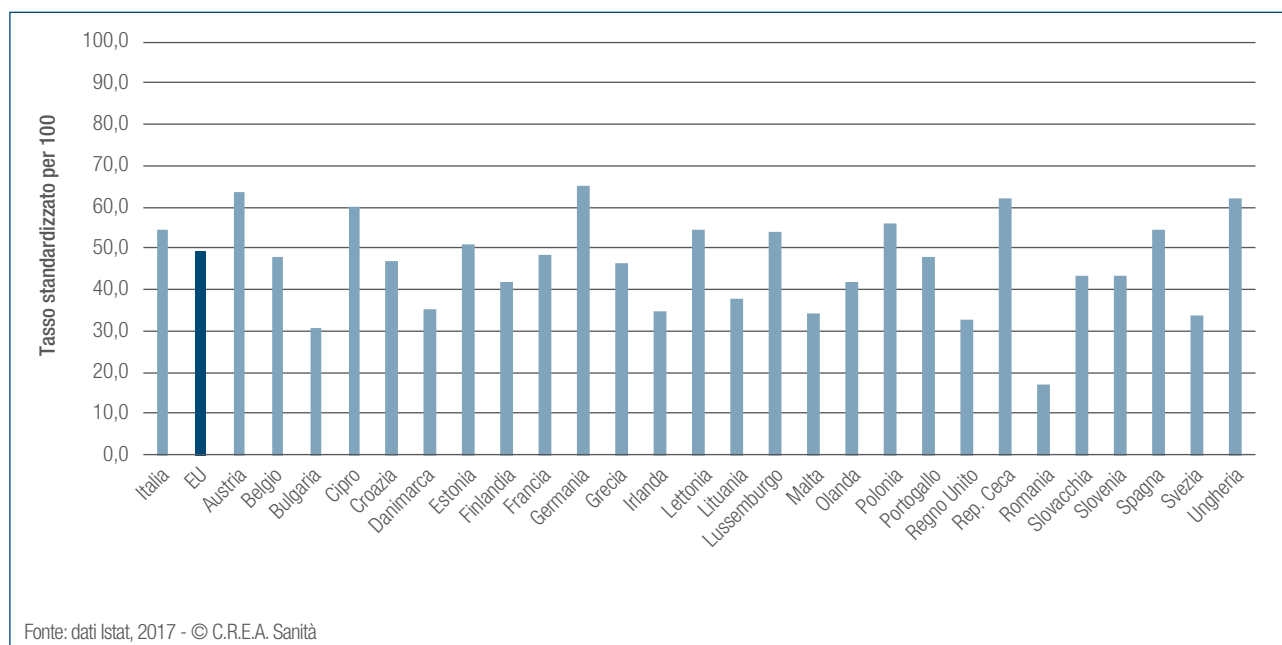
L'analisi, ripetuta in Italia a livello regionale, ha evi-

denziato che l'incidenza dei contatti è maggiore nelle Regioni Nord-orientali ed in quelle centrali: ad esempio in Emilia Romagna e in Umbria sono oltre 60 le persone su 100 (sempre con età pari o superiore a 15 anni) che hanno contattato uno specialista.

L'incidenza aumenta ovviamente con l'età: fra gli over 65, l'indicatore ha assunto i suoi valori massimi nelle Regioni Centro-settentrionali, con l'Emilia Romagna che arriva al 71,6% e il Lazio al 74,0% (Figura 8a.2).

Oltre che dal contesto geografico, e quindi presumibilmente dal reddito e dal livello di istruzione, il ricorso alle cure dello specialista sembra essere influenzato anche dal livello di urbanizzazione: nelle aree urbane densamente popolate, infatti, vi sono più soggetti (sia

Figura 8a.1. Quota di persone di 15 anni e più che hanno contattato il medico specialista



<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Sono considerate le visite mediche e le consulenze telefoniche e per e-mail con medici specialisti finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura delle malattie

Figura 8a.2. Quota di persone di 15 anni e 65 anni e più che hanno contattato il medico specialista

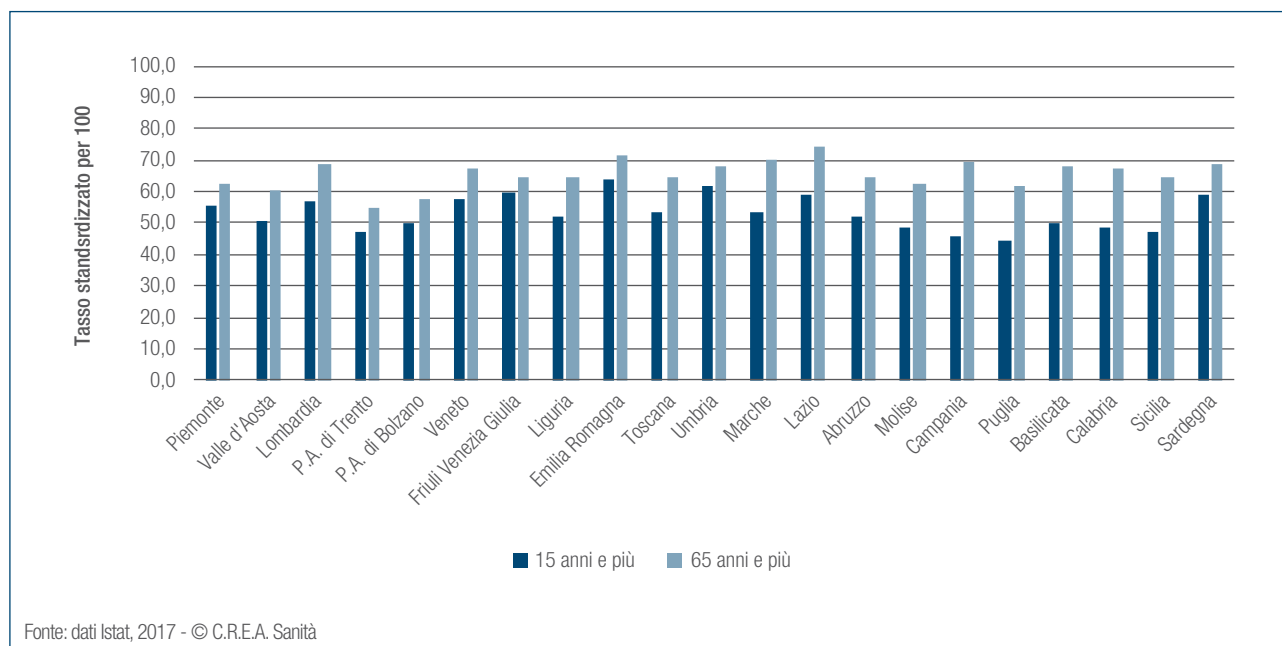


Tabella 8a.1. Quota di persone di 15 anni e 65 anni e più che hanno contattato il medico specialista per grado di urbanizzazione

Grado di urbanizzazione	15 anni e più	Over 65
Italia	54,0%	67,2%
Area densamente popolata	54,7%	71,4%
Area mediamente popolata	53,8%	65,6%
Area scarsamente popolata	53,5%	64,8%

Fonte: dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

di 15 anni e più che *over 65*) che contattano un medico specialista. Non sono, invece, apprezzabili differenze significative tra aree mediamente popolate e aree scarsamente popolate e con riferimento ad entrambe le classi di età (Tabella 8a.1).

A conferma di quanto affermato sopra, il titolo di studio influenza il ricorso allo specialista, nel senso che al crescere del livello di istruzione aumentano i contatti che i soggetti hanno con un medico specialista; tra coloro che hanno 65 anni e più, ad esempio, c'è uno scarto di oltre dieci punti tra coloro che hanno un basso livello di istruzione e coloro che ne posseggono uno alto: tra i meno istruiti il 66,0% nel 2015 ha contattato uno specialista; tra i più istruiti la quota supera il 76,0% (Tabella 8a.2).

L'indagine fornisce anche interessanti elementi a riguardo delle liste di attesa e ai problemi di trasporto.

In particolare, circa il 20,0% dei residenti di 15 anni e

Tabella 8a.2. Quota di persone hanno contattato il medico specialista per classe di età e titolo di studio

Titolo di studio	25-44 anni	45-64 anni	65 anni e più
Basso	36,1%	52,0%	66,0%
Medio	47,8%	57,8%	69,4%
Alto	55,2%	59,7%	76,2%
Totale	46,1%	55,3%	67,2%

Fonte: dati Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

più delle Regioni centrali ha dichiarato di aver effettuato le prestazioni in ritardo a causa delle liste di attesa; la percentuale scende al 16,7% nelle Regioni del Sud e si ferma al 13,6% in quelle del Nord (Figura 8a.3).

Fra gli *over 65* è emerso che i ritardi causati dalle liste di attesa si confermano maggiori nelle Regioni centrali, a cui fanno seguito quelle meridionali ed, infine, quelle settentrionali con oltre 9 punti percentuali in meno rispetto a quelle centrali e con 7,4 punti in meno rispetto a quelle del Sud (Figura 8a.4).

Il 7,3% dei residenti di 15 anni e più delle Regioni centrali ha, inoltre, dichiarato di aver riscontrato difficoltà ad usufruire di prestazioni specialistiche a causa di problemi connessi ai mezzi di trasporto, ovvero alle infrastrutture. La quota scende al 6,6% nelle Regioni meridionali e si riduce drasticamente in quelle settentrionali (2,6%) a testimonianza dell'esistenza di un gradiente Nord-Sud anche nelle infrastrutture e, dunque, nei mezzi

Figura 8a.3. Quota di persone di 15 anni e più che hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni specialistiche a causa delle liste di attesa

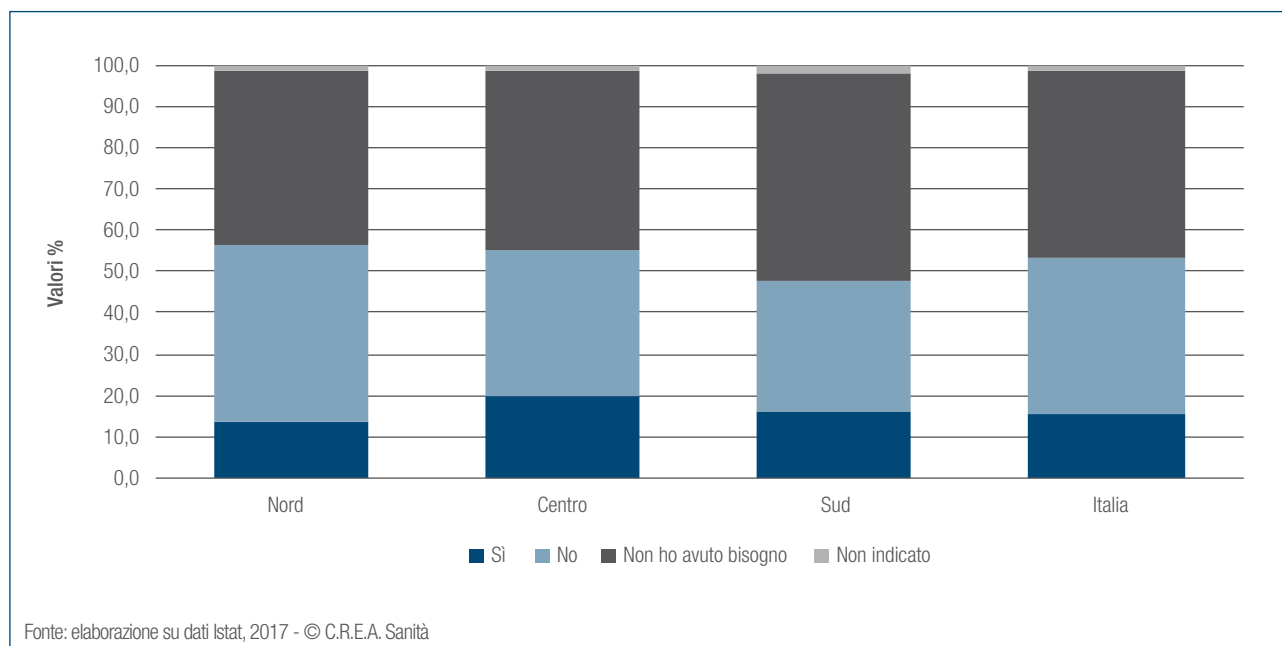
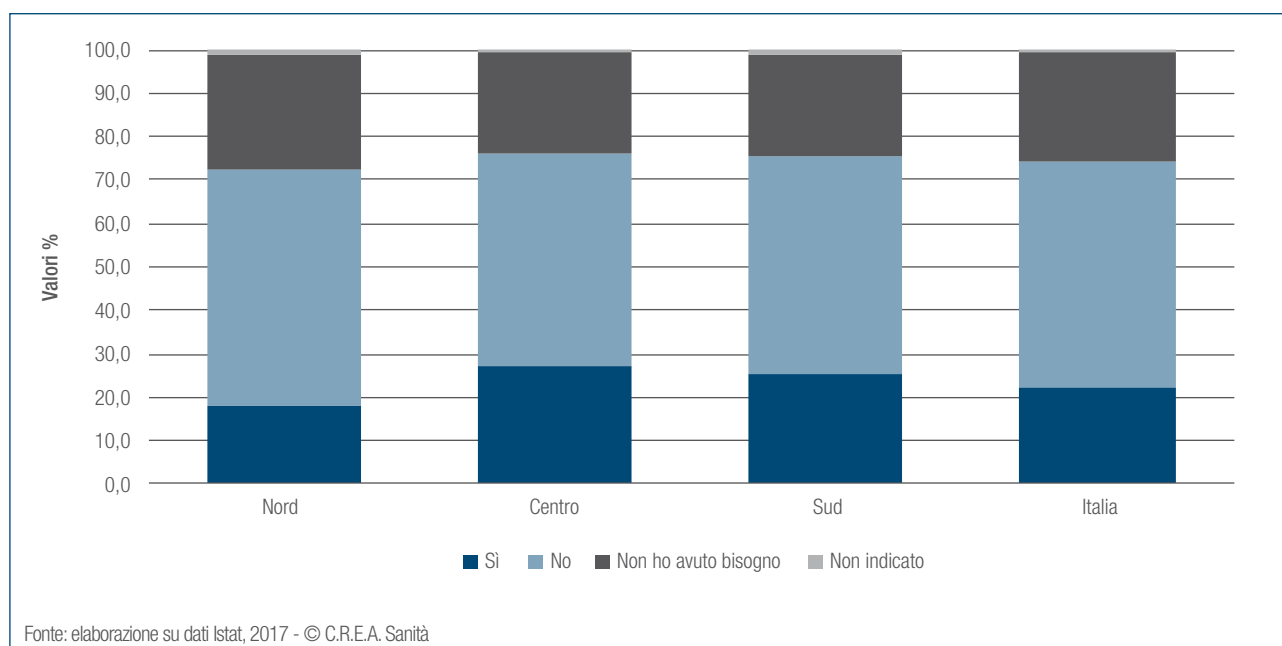


Figura 8a.4. Quota di persone di 65 anni e più che hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni specialistiche a causa delle liste di attesa



che dovrebbero facilitare il raggiungimento dei luoghi di cura (Figura 8a.5).

Fra gli over 65, il Centro e il Sud fanno registrare valori analoghi, rispettivamente il 12,0% e l'11,9%; mentre, ancora una volta, la percentuale si riduce drasticamente nelle Regioni settentrionali dove si ferma al 4,0% (Figura 8a.6).

Da quanto precede, risulta evidente che le Regioni

della ripartizione settentrionale sono maggiormente efficienti non solo in termini di gestione delle liste di attesa, ma anche in termini di infrastrutture, poiché rimane esigua la percentuale di coloro che lamentano difficoltà nell'eseguire la prestazione per problematiche connesse all'organizzazione del trasporto locale. Su questo tema non sono riscontrabili, invece, differenze significative tra Regioni centrali e meridionali.

Figura 8a.5. Quota di persone di 15 anni e più che hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni specialistiche per problemi di trasporto

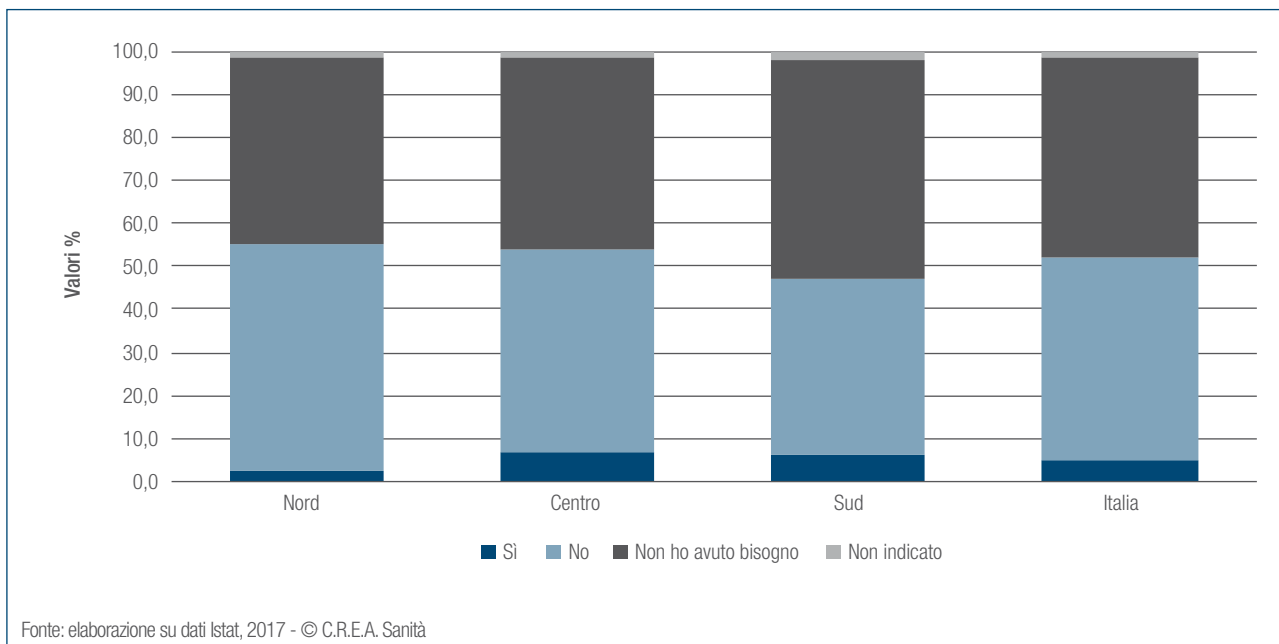
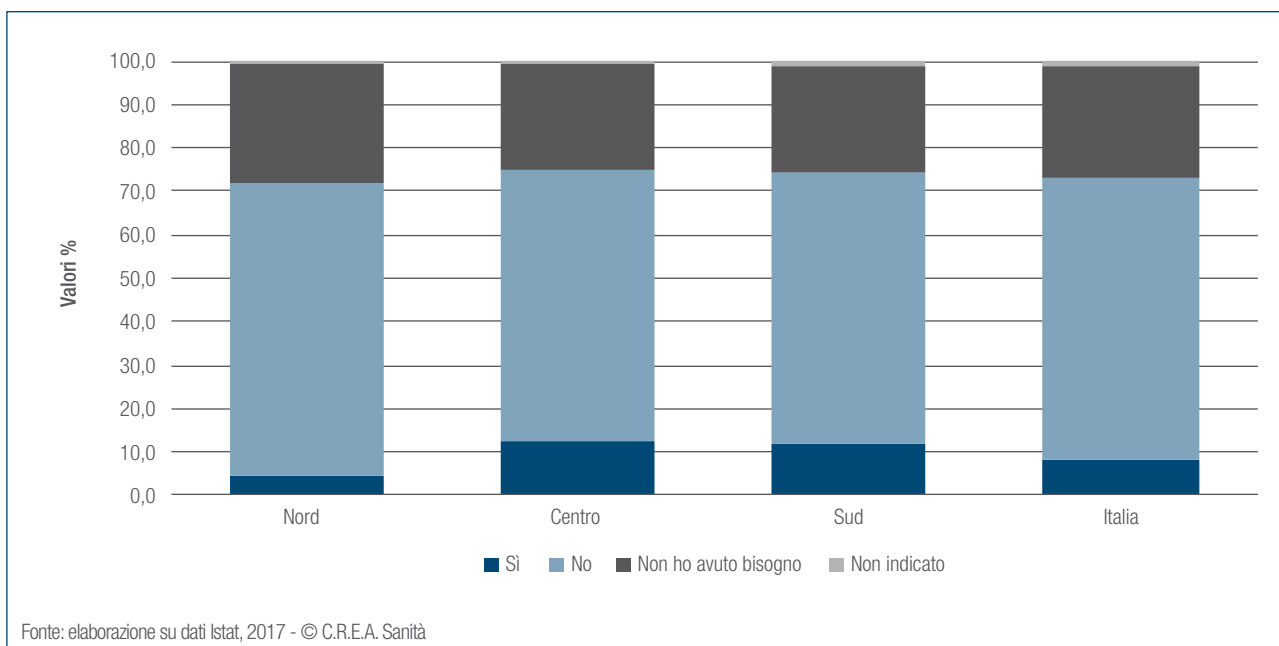


Figura 8a.6. Quota di persone di 65 anni e più che hanno difficoltà ad accedere alle prestazioni specialistiche per problemi di trasporto



### 8a.2. L'impatto economico dell'intramoenia

La libera professione intramuraria (intramoenia) si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte

del paziente di una tariffa. Le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero. Le prestazioni erogate in regime di intramoenia garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione.

Figura 8a.7. Ricavi dell'attività di intramoenia

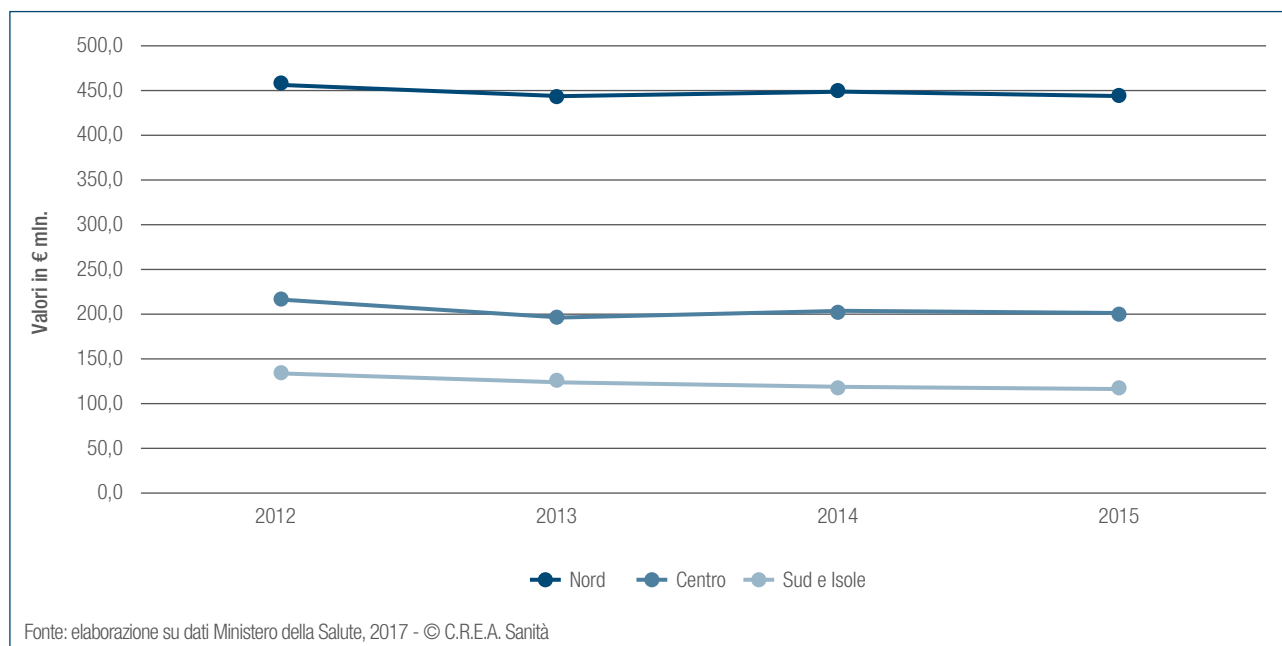
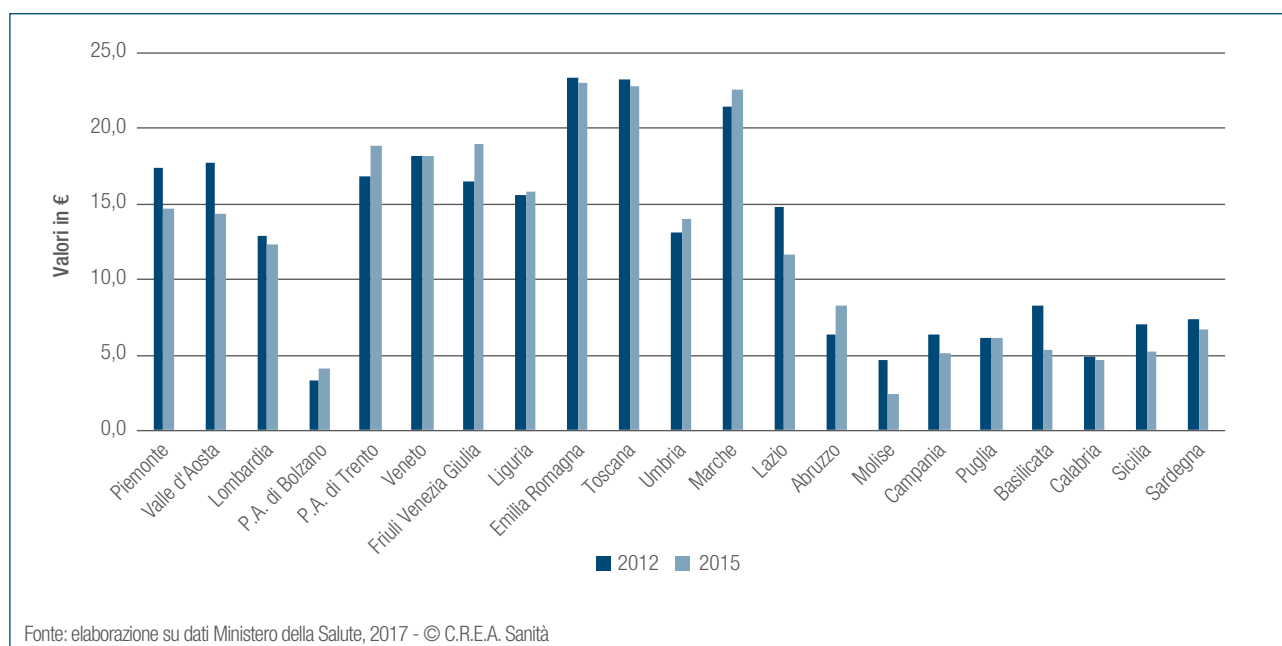


Figura 8a.8. Ricavi pro-capite dall'attività di intramoenia



Nel 2015, i ricavi conseguiti con l'attività di intramoenia ammontano a circa € 760,0 mln. in riduzione di oltre il 5,0% rispetto al 2012 quando sfioravano € 805,0 mln. Le contrazioni più cospicue hanno interessato le Regioni della ripartizione meridionale (-13,6% complessivamente). Seguono le Regioni centrali nelle quali i ricavi conseguenti all'attività di intramoenia sono passati da € 214,9 mln. del 2012 a € 201,9 mln., ovvero una con-

trazione del 6,0%. Più contenuto, invece, l'arresto dei ricavi registrato nelle Regioni del Nord che si ferma al 2,7% (Figura 8a.7).

L'analisi in termini pro-capite (Figura 8a.8), evidenzia che Molise, Basilicata e Sicilia sono le Regioni che tra il 2012 ed il 2015 hanno riportato le contrazioni più consistenti: -46,8% la prima, -35,3% la seconda ed, infine, -26,3% la terza. Di contro, l'Abruzzo, la P.A. di Bolzano e

Figura 8a.9. Correlazione tra ricavi intramoenia e PIL pro-capite, valori in €

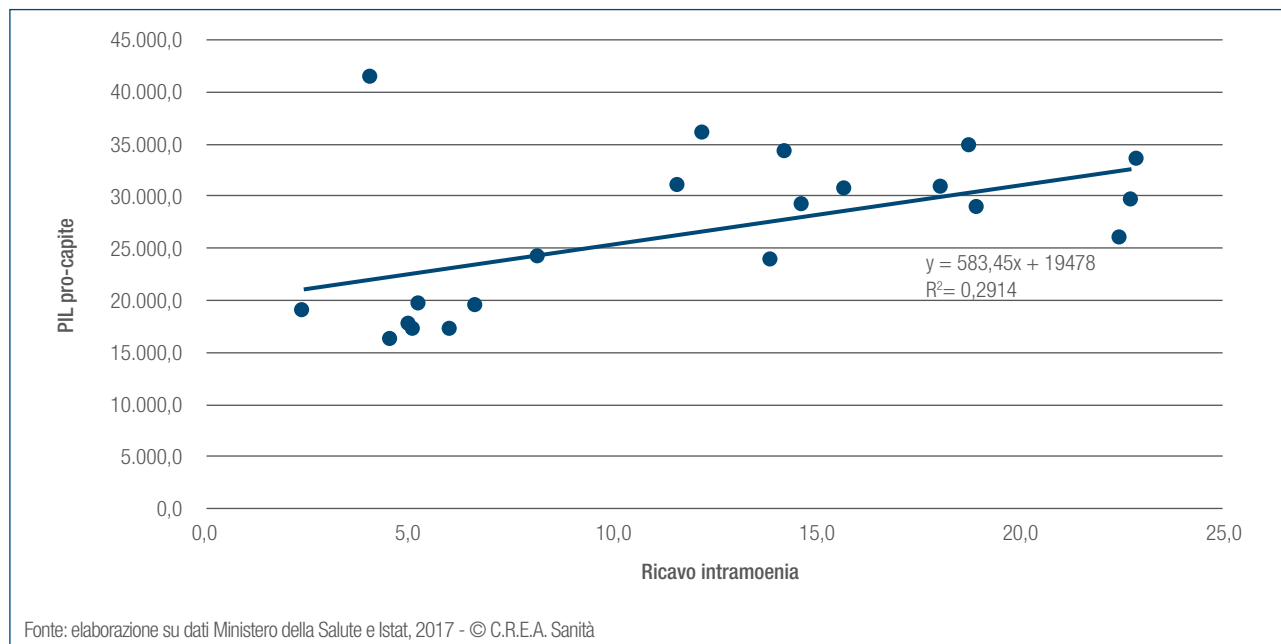
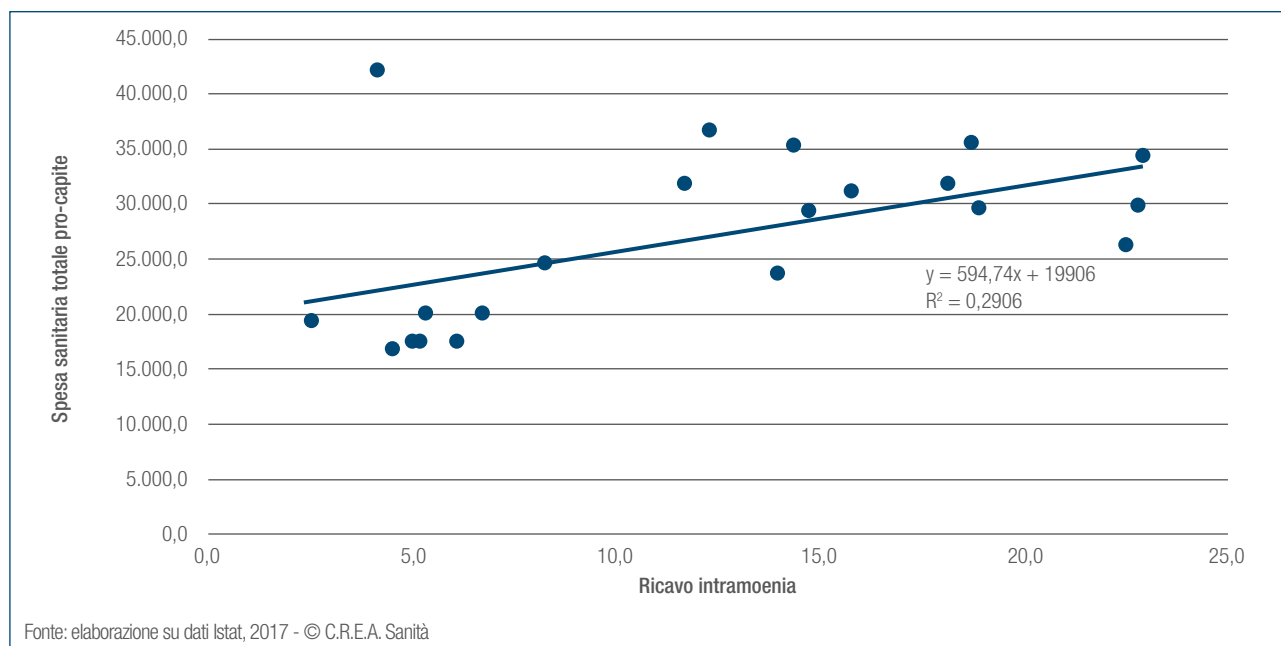


Figura 8a.10. Correlazione tra ricavi intramoenia e spesa sanitaria totale pro-capite, valori in €



il Friuli Venezia Giulia hanno dato, nel periodo analizzato, un maggior impulso all'attività di intramoenia.

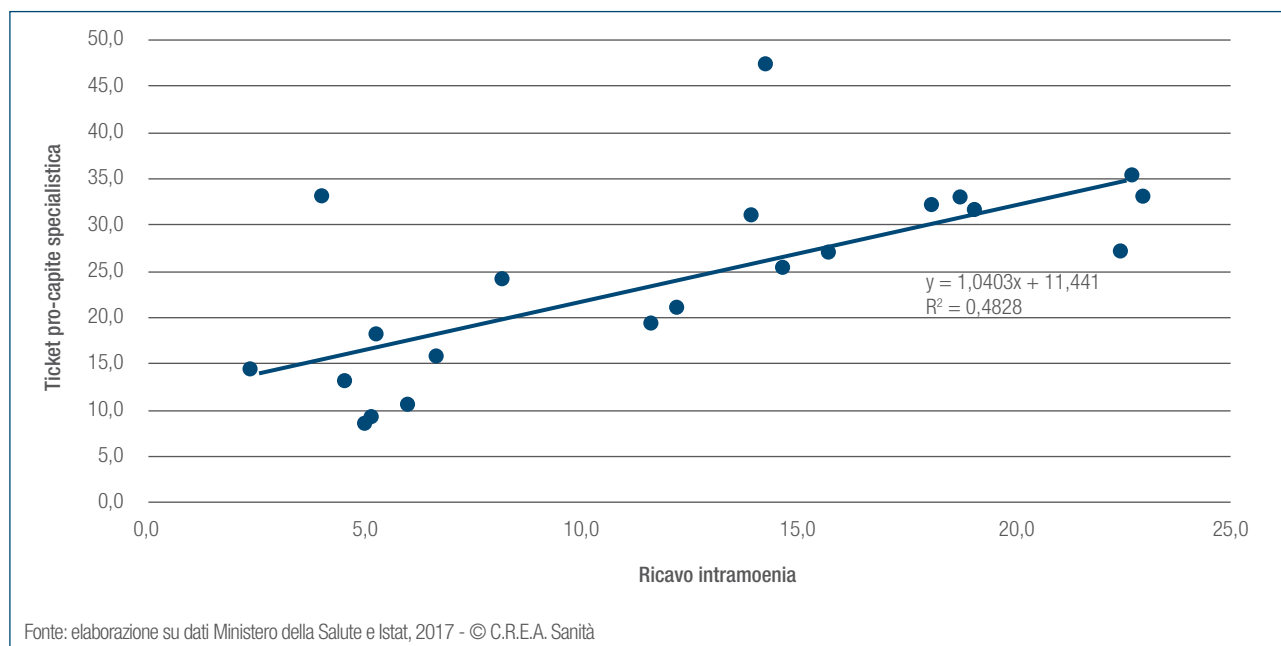
Le Regioni con un PIL pro-capite più elevato sono anche quelle in cui si registrano i ricavi più elevati (Figura 8a.9).

A riprova di quanto appena affermato, la Figura 8a.10 dimostra, contrariamente a quanto si potrebbe supporre, che il ricorso all'intramoenia da parte dei cit-

tadini non è legato al livello della spesa sanitaria pubblica quanto piuttosto a quello della spesa privata ovvero alla loro *willingness to pay* e, pertanto, in ultima analisi, al loro reddito.

Infine, l'analisi ha confermato che al crescere delle misure di compartecipazione (*ticket*) richieste sulle attività della specialistica ambulatoriale, aumenta la convenienza per i cittadini ad acquistare privatamente le



Figura 8a.11. Correlazione tra ricavi intramoenia e *ticket* pro-capite, valori in €

prestazioni, in particolare aumenta il ricorso all'attività di intramoenia (Figura 8a.11).

Da quanto precede, appare evidente che l'attività di intramoenia rappresenta per i vari Servizi Sanitari Regionali una fonte di guadagno aggiuntivo che, però, appare del tutto svincolata dall'efficienza dei vari sistemi e piuttosto dipendente dal livello di reddito dei cittadini, ossia dalla loro *willingness to pay*.

### 8a.3. La spesa per la specialistica ambulatoriale: una stima

Nella spesa per servizi ambulatoriali rientrano: le visite mediche dal medico generico o dallo specialista (a domicilio, in ambulatorio, etc.), i servizi sanitari ausiliari (infermieri, fisioterapisti, ginnastica correttiva, etc.), le analisi di laboratorio e gli esami radiologici, ecografici e le cure termali. Rimarchiamo che dalla analisi della spesa per servizi ambulatoriali abbiamo escluso la spesa per le cure odontoiatriche in quanto non assimilabile all'assistenza specialistica ambulatoriale strictu sensu.

La fonte dei dati impiegata per l'analisi della spesa relativa ai servizi ambulatoriali da parte delle famiglie è la Contabilità Nazionale dell'Istat che non consente, però, di entrare nel dettaglio delle singole voci, limitando quin-

di la visuale di un settore per sua natura molto variegato. Per un'osservazione analitica dei singoli settori sarebbe stato utile, infatti, impiegare come base per la valutazione l'Indagine sui Consumi delle Famiglie (Istat), ma a partire dal 2014 l'Istat ha separato e accorpato in maniera diversa le singole voci non permettendo, quindi, una valutazione analitica.

Sulla base di queste premesse, secondo quanto pubblicato nell'ambito della Contabilità Nazionale, nel 2015 la spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali (al netto, come sopra ricordato, delle spese odontoiatriche) ammonta a € 8,6 mld.. Se alla spesa così ottenuta, sottraiamo i ricavi generati dall'attività di intramoenia e i *ticket* sulle prestazioni specialistiche introitati dalle strutture pubbliche, ricavabili dai dati di contabilità delle strutture pubbliche, ne risulta una spesa residua di € 6,5 mld., che dovrebbe rappresentare il valore della spesa *Out of Pocket* per prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private: intera per quelle non accreditate, e relativa alla sola compartecipazione per quelle accreditate.

Ipotizzando, in prima battuta, che la quota di spesa riferibile alle prestazioni effettuate in strutture private non accreditate sia nel range 75,0%-85,0% della suddetta spesa, il *ticket* sulle prestazioni delle strutture accreditate risulterebbe pari a € 974,7-€ 1.625,5, mln. incidendo

Tabella 8a.3. Stima spesa per specialistica ambulatoriale e sue componenti

Tipologia di spesa specialistica	Spesa (€ mln.)
Spesa <i>Out of Pocket</i> servizi ambulatoriali al netto spese odontoiatriche	8.610,3
Spesa <i>Out of Pocket</i> servizi ambulatoriali al netto di spese odontoiatriche, intramoenia e <i>ticket</i> strutture pubbliche	6.498,1
Spesa in strutture private extra SSN	4.873,6-5.523,4
<i>Ticket</i> strutture accreditate	974,7-1.625,5
Spesa lorda strutture accreditate	5.259,3-5.909,1
<i>Ticket</i> strutture pubbliche	1.291,1
Spesa lorda strutture pubbliche	4.696,3-6.966,5
Spesa pubblica totale	7.689,8-9.960,0
Spesa totale	16.300,1-18.570,3

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, Corte dei Conti e Istat, 2017 - © C.R.E.A. Sanità

per il 18,5%-27,5% sul valore delle prestazioni, e la spesa in quelle non accreditate a € 4.873,6 - € 5.523,4 mln.

Ipotizzando, che tale incidenza rimanga la stessa per le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche, si ottiene una stima di valore per queste ultime di € 4.696,3 - € 6.966,5.

Secondo le nostre stime, pertanto, nel 2015 la spesa netta per la specialistica erogata dalle strutture pubbliche del SSN varia da € 3,4 mld. a € 5,6 mld., ovvero varia tra il 3,1% ed il 5,1% della spesa sanitaria pubblica totale. La spesa specialistica erogata dal SSN varia tra € 7,7 mld. e € 10,0 mld., ossia varia tra il 6,9% ed il 9,0% della spesa sanitaria pubblica totale.

Ad essa si aggiunge la residua spesa *Out of Pocket* portando la stima della spesa per prestazioni specialistiche fra € 16,3 e € 18,6 mld., senza considerare una residua quota di spesa privata intermediata.

## 8a.4. Conclusioni

Dai dati disponibili, è possibile stimare una spesa pubblica per l'assistenza specialistica ambulatoriale di € 7,7-€ 10,0 mld. pari al 6,9%-9,0% della spesa sanitaria pubblica totale. La spesa per specialistica totale si stima invece fra € 16,3 e € 18,6 mld., senza considerare una residua quota di spesa privata intermediata.

Analizzando nel dettaglio i consumi di specialistica, osserviamo in primo luogo che, con riferimento alla

popolazione di 15 anni e più, nel 2015 l'incidenza dei contatti con lo specialista è in Italia superiore rispetto alla media dei Paesi dell'EU (54,6 vs 49,5).

Nella valutazione delle differenze, oltre a problemi di confrontabilità dei dati a livello internazionale, si deve tenere conto che la specialistica è fortemente correlata ad alcune variabili socio-economiche.

A riprova di ciò, l'incidenza dei contatti con lo specialista, a livello regionale, è maggiore nelle Regioni Nord-orientali ed in quelle centrali. Più alta nelle aree a maggiore urbanizzazione; in quelle con titolo di studio mediamente più alto oltre che in quelle a maggiore PIL pro-capite.

Le problematiche di accesso alle prestazioni specialistiche legate alle liste di attesa e ai problemi di trasporto sono invece nettamente inferiori nel Nord, e sugli stessi (peggiori) livelli nel Centro e nel Sud.

## Riferimenti bibliografici

Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea (2015), *Indagine Ehis*, <http://www.istat.it/it/archivio/204655>

Istat (2016), *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, <https://www.istat.it/it/archivio/201944>

Ministero della Salute (anni vari), *Conto economico delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale*, [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)

## ENGLISH SUMMARY

### *New evidence on spending and consumption of outpatient specialist care*

Considering the balance sheet of Health Units and some data and information resulting from the National Accounting figures processed by Istat, it was estimated that in 2015 the expenditure for specialist care services provided by public structures amounted to € 4,696.3-€ 6,966.5 million, gross of the co-payments revenues amounting to € 1,291.1 million. This added to the amount spent for the specialist care services provided by private structure equal to € 5,259.3-€ 5,909.1 million, gross of the co-payment revenues amounting to € 974.7-€ 1,625.5 million, and to € 4,873.6-€ 5,523.4 million of Out of Pocket household spending.

In short, the specialist care expenditure is estimated at € 16.3-€ 18.6 billion, not considering a residual share of private spending in the second and third pillar, of which 65.1%-65.8% borne by the NHS (€ 10.605.5-€ 12,225.8 million), although 18.5%-27.5% is still borne by households for co-payments. Hence the household out-of-pocket spending for specialist care ser-

vices accounts for 46.0%-52.5% of the total spending, 26.5%-34.1% of which for co-payments.

With specific reference to the use of specialist care services, the data published as part of the Ehis survey (Istat) has shown that in Italy the people aged 15 and over tend to contact the specialist more often than is the case in the EU average: 54.6 contacts per 100 inhabitants compared to 49.5. The specialist care consumption is positively correlated with age and with population density in the area of residence (especially in urban areas).

It is also higher in the North-East and Central regions, characterized by higher incomes and a higher average education level.

Finally, waiting lists and transport problems influence access in the Central and Southern regions.

An additional in-depth analysis on the intramoenia activity seems to show that its use at geographic level is more linked to the average levels of private spending - i.e. the citizens' capability to pay - than to the level of public health spending.

## CAPITOLO 8b

## Il ruolo della Medicina di Laboratorio nella trasformazione digitale del sistema-salute: il caso della Regione Lazio

Greco G.<sup>1</sup>

## 8b.1. Il cambiamento radicale in atto nella Medicina di Laboratorio

La Medicina di Laboratorio si trova nel mezzo di un cambiamento epocale. Da un lato l'innovazione tecnologica offre opportunità diagnostico-cliniche inimmaginate fino a pochi anni fa.

Dall'altro la limitatezza delle risorse pubbliche disponibili impone una profonda revisione del modello organizzativo tradizionale, per garantire la necessaria sostenibilità del sistema.

In questa prospettiva, per passare da centro di costo a valore aggiunto del sistema-salute, la Medicina di Laboratorio è chiamata a:

- una profonda revisione del modello organizzativo attraverso il consolidamento della rete di offerta pubblica e privata;
- un'ottimizzazione dell'efficienza operativa attraverso la focalizzazione sui percorsi di standardizzazione e di integrazione;
- un miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia clinica attraverso una più avanzata apertura nei confronti dell'innovazione tecnologica.

L'obiettivo finale è fornire da parte della Medicina di Laboratorio un contributo più diretto nella gestione complessiva della salute della popolazione (secondo il nuovo modello di *Population Health Management*<sup>2</sup>) attraverso la valorizzazione della risorsa fondamentale

che possiede il laboratorio d'analisi: i dati. E i dati sono il carburante della medicina e del sistema sanitario del futuro (Farkas D.H., 2014).

Questo cambio di paradigma in termini di efficienza e di appropriatezza non investe tanto la diagnostica di laboratorio in sé, poiché il suo esercizio «*si riflette e si propaga lungo le successive decisioni e i conseguenti interventi terapeutici, fino all'esito finale ... I livelli di efficienza dei percorsi, non tanto il singolo esame, descrivono l'appropriatezza*» (Giavarina D., 2015). L'attenzione si sposta quindi dai processi interni al laboratorio all'effetto finale delle procedure diagnostiche e all'*outcome*, secondo la logica della *Evidence Based Laboratory Medicine* (EBLM), che si concentra sull'utilità clinica degli esami di laboratorio e sugli esiti rilevanti per i pazienti (Trikalinos T.A., Siebert U., Lau J., 2009).

In tale prospettiva il futuro della Medicina di Laboratorio si giocherà sempre più nell'interfaccia clinica-laboratorio, attraverso lo sviluppo di *team* multidisciplinari e multi professionali, impegnati a «*costruire evidenze, implementare linee guida e gestire audit, nella consapevolezza che l'appropriatezza si declina in tutto il processo diagnostico, dalla fase pre-analitica a quella post-analitica*» (Cappelletti P., 2013).

La possibilità concreta di realizzare questo salto di qualità nella Medicina di Laboratorio è offerta dai tre principali *driver* di cambiamento in atto, che riguardano (Friedberg R.C., Weiss R.L., 2007):

<sup>1</sup> Segretario Generale, ISIMM Ricerche

<sup>2</sup> Il *Population Health Management* (PHM) – basato sugli strumenti della Sanità Digitale – persegue l'obiettivo di mantenere la popolazione in condizioni di buona salute sia in termini di prevenzione che di cura delle cronicità. Gli elementi distintivi del PHM sono l'identificazione della popolazione di riferimento in base al profilo sociale attuale e a quello bioanalitico futuro del singolo paziente, la segmentazione della popolazione in base alla gravità della condizione attuale e futura, l'implementazione di modelli deliberati di presa in carico e l'ottimizzazione di percorsi personalizzati, la valutazione degli *outcome* di salute e la realizzazione di *audit* mirati con i professionisti. Il percorso di PHM richiede un coinvolgimento attivo del paziente (*self management*), un ridisegno dei percorsi di diagnosi, terapia e assistenza verso la proattività, la multidisciplinarietà e la continuità ospedale-territorio (Medicina d'Iniziativa, *Integrated Care*), la creazione di un ambiente professionale e di una cultura organizzativa fondati sulla condivisione (*Knowledge Management*)

- l'evoluzione della tecnologia di laboratorio (diagnostica molecolare, *imaging* molecolare, nanotecnologia);
- gli sviluppi dell'*Information and Communication Technology* (*big data analytics*, *Internet of Things*, *cloud computing*);
- l'affermazione della medicina predittiva, preventiva, personalizzata, partecipata (4Ps Medicine).

*Driver* di cambiamento, che – parallelamente a un generale processo di ridisegno del sistema sanitario pubblico – spingono alla concentrazione dell'offerta, al taglio dei costi e alla riorganizzazione della Medicina di Laboratorio nella direzione dei grandi laboratori di riferimento, dove è possibile ottenere economie di scala attraverso la reingegnerizzazione dei processi, la razionalizzazione del personale e l'impiego pervasivo dell'ICT.

In questo scenario tre sono le caratteristiche che descrivono l'architettura del laboratorio clinico orientato al futuro: funzionalità, flessibilità, futuribilità (Cappelletti P., 2010).

La funzionalità tecnologica è fortemente determinata dal grado di interazione e di interfaccia fra l'automazione (LAS-*Laboratory Automation System*) e il sistema informativo (LIS-*Laboratory Information System*). Il nuovo modello di laboratorio automatizzato, integrato e virtuale infatti si basa da un lato sull'evoluzione dei sistemi di controllo automatico con regole pre-impostate (LAS), che tendono a riqualificare gli operatori umani, dall'altro sul disegno di sistemi informativi superiori (LIS), in grado di gestire «*i diversi sistemi operativi integrandoli e garantendo l'omogeneità del servizio a livello della richiesta, delle connessioni strumentali e dei middleware, del controllo e della trasmissione di risultati e referti*» (Cappelletti P., 2012).

La flessibilità dovrebbe garantire la modularità e la scalabilità delle proposte tecnologiche, in grado di far fronte alla crescita dei volumi, ai cambiamenti organizzativi e alle innovazioni della pratica medico-assistenziale. In particolare l'evoluzione dei sistemi informativi del laboratorio deve essere in grado di supportare la crescente complessità, derivante dall'integrazione di sistemi afferenti ad aziende e discipline diverse per accompagnare i consolidamenti geografici, la decentralizzazione della diagnostica verso i luoghi di cura e assistenza e la gestione integrata e personalizzata della continuità assistenziale sul territorio, dove si assiste ad un ruolo crescente della medicina primaria.

La futuribilità caratterizza la capacità del laboratorio di essere pronto ad ogni cambiamento futuro, da un punto di vista organizzativo interno, ma soprattutto per quanto riguarda la sua integrazione nelle reti vaste delle meta-organizzazioni sanitarie, che saldano i modelli territoriali e ospedalieri. In questo processo diventa fondamentale il fattore umano degli operatori di laboratorio, che – in mancanza di adeguata formazione – potrebbero costituire un'oggettiva resistenza al cambiamento, poiché a loro si chiedono nuove competenze e un nuovo approccio multidisciplinare.

In definitiva la Medicina di Laboratorio nell'immediato futuro è attesa da nuovi compiti e da nuove sfide (Price C.P., 2010): l'attenzione alla qualità totale, la capacità di *knowledge management*, il coinvolgimento attivo nella cosiddetta medicina traslazionale, ma soprattutto la generazione delle evidenze di efficacia sui nuovi test in arrivo sul mercato e sull'impatto assistenziale del nuovo modello di laboratorio, utili al ridisegno organizzativo e finanziario dei sistemi sanitari nel loro complesso. Un compito questo altamente complesso, che non potrà essere realizzato se non attraverso una più avanzata collaborazione con la stessa industria diagnostica, attore primario dell'innovazione tecnologica.

Già nel 2004 con il Patto per la Modernizzazione e l'Umanizzazione della Medicina di Laboratorio in Italia (Cappelletti P., 2004) si truardava la necessità per la Medicina di Laboratorio di organizzarsi in una rete attiva – interprofessionale e interdisciplinare e allo stesso tempo interorganizzativa – di servizi per governare l'intero processo dalla sua attivazione al suo utilizzo, in cui il nodo centrale fosse l'interfaccia clinica-laboratorio.

L'evoluzione in atto della tecnologia e delle organizzazioni sanitarie presenta adesso l'opportunità concreta di realizzare questo obiettivo, offrendo allo stesso tempo nuove possibilità per declinare in forme più avanzate l'appropriatezza della Medicina di Laboratorio in tutto il processo diagnostico, dalla fase pre-analitica a quella post-analitica, e più in generale nell'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Ciò richiederà uno sforzo significativo anche per l'armonizzazione di tutti i processi di laboratorio sia verso i clinici sia verso i pazienti, come strada maestra per la ricerca di un migliore uso degli esami e una migliore appropriatezza globale (Smellie WS, 2012).

## 8b.2. La riorganizzazione della Medicina di Laboratorio nella Regione Lazio

Negli ultimi anni sono diverse le esperienze regionali di riorganizzazione della Medicina di Laboratorio in Italia, che affrontano le principali dimensioni del radicale cambiamento in atto nel settore con riguardo all'appropriatezza e all'efficacia, alla standardizzazione e al monitoraggio dei risultati, alla sicurezza e alla prevenzione, all'impatto economico. Da questo punto di vista una delle principali esperienze in corso è quella relativa alla Regione Lazio, che per vastità, complessità e capillarità d'azione si configura come *case study* di grande interesse, con una valenza che può essere considerata nazionale.

Con Decreto del Commissario ad Acta n. 219 del 2 luglio 2014 la Regione Lazio ha scelto un assetto di reti *Hub e Spoke*, secondo quanto previsto dal Piano Operativo 2013-2015, laddove – nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera e più in generale dell'offerta assistenziale regionale – si prevede la presenza di 8 laboratori *Hub* su un totale di 39 e la disattivazione di 24 laboratori, con attribuzione di repertori analitici definiti per tipologia di laboratorio<sup>3</sup>.

L'obiettivo è la «*riorganizzazione, razionalizzazione e consolidamento delle attività dei laboratori d'analisi pubblici, attraverso l'adozione di un nuovo modello basato sulla centralizzazione delle attività in un numero ridotto di strutture di elevata capacità produttiva, collegate in rete informatizzata con strutture ad esse afferenti per l'invio degli esami previsti e da esse gestite, superando il vecchio sistema caratterizzato da presenza di laboratori, anche prossimali, eroganti le medesime attività, con irrazionale utilizzo di risorse umane e tecnologiche e maggiori oneri per il SSR*».

Già il precedente piano di riordino dei laboratori regionali (Delibera Giunta Regionale n. 1040/2007) – prevedendo la costituzione di un modello a “rete” di laboratori pubblici e privati accreditati, integrato su scala aziendale – riconosceva le tendenze emergenti nel settore:

- lo sviluppo delle nuove tecnologie ad alta automazione e l'emergere di settori diagnostici ad alta efficacia clinica (patologia molecolare, genomica, proteomica, farmacogenomica);
- la diffusione di percorsi assistenziali per specifiche patologie in continuità ospedale-territorio, che integrano i servizi di diagnostica;
- la necessità di rendere più fruibili le prestazioni da parte di medici e pazienti, di ridurre i ricoveri ospedalieri e di razionalizzare l'uso dei farmaci attraverso un'integrazione fra ospedali e territorio;
- la compensazione dei costi dei laboratori clinici attraverso gli effetti misurabili sulla riduzione delle giornate di degenza, sul contenimento della farmaceutica, sul corretto orientamento delle terapie, sulla prevenzione di patologie ad alto costo sanitario e sociale.

In particolare il piano di riordino del 2007 richiamava la necessità da parte delle ASL/AO di provvedere all'ottimizzazione e integrazione dei LIS con le aree cliniche, con i laboratori di diverso livello, con i Centri prelievo, per garantire alti livelli di efficienza e sicurezza, nonché riduzione dei tempi di esecuzione e dei tempi di refertazione. I LIS aziendali, o interaziendali, avrebbero dovuto assicurare la necessaria integrabilità e/o interfacciabilità tra i *software* delle diverse aziende, per arrivare alla costituzione del Laboratorio Logico Unico regionale (LLU), garantendo la trasferibilità dei dati digitali ad una rete informatica regionale, capace di gestire i flussi di richieste e di risultati di analisi specialistiche consolidate in nodi della rete predefiniti.

A fronte degli obiettivi posti dalla DGR 1040/2007, il DCA 219/2014 evidenzia che il processo di riorganizzazione regionale era stato recepito con piani aziendali disomogenei, senza la realizzazione della concentrazione e qualificazione dei punti di offerta della Medicina di Laboratorio. Uno dei punti critici fondamentali evidenziati riguarda la mancata attuazione del LLU, indispensabile alla costituzione della rete informatica regionale. Peraltro vengono riconosciute ulteriori esigenze per avviare una nuova e più incisiva fase di riorganizzazione della rete dei laboratori regionali pubblici:

<sup>3</sup> Laboratorio di urgenza (200.000-1.000.000 esami/anno); laboratorio di base (500.000-1.500.000 esami/anno); laboratorio ad elevata complessità (>2.500.000 esami/anno); laboratorio ad elevata complessità con settori specialistici (>3.000.000 esami/anno); laboratorio specialistico; laboratorio di riferimento regionale

- l'adeguamento della rete laboratoristica al definitivo riordino della rete ospedaliera regionale;
- l'avanzamento delle reti informatiche aziendali per consentire l'ulteriore consolidamento della diagnostica specialistica, la centralizzazione delle procedure di validazione clinica dei dati analitici, la produzione decentrata di referti di laboratorio firmati tramite firma digitale e la razionalizzazione nell'utilizzo del personale dirigente;
- la valorizzazione dei policlinici universitari nell'attività di formazione per i medici e le professioni sanitarie e nella ricerca.

Il nuovo modello che ne scaturisce consente la centralizzazione delle attività complesse negli *Hub*, come Centri di riferimento specializzati, e la concentrazione dei servizi caratterizzati da bassi volumi di attività e/o da una elevata specificità, integrando funzionalmente tutti i punti di offerta.

Negli *Spoke* – le strutture a minore complessità, presenti negli ospedali – si garantisce l'attività diagnostica di urgenza e/o di base. In tal modo viene mantenuta la funzione della Medicina di Laboratorio in prossimità del luogo delle cure e garantito un maggior controllo della appropriatezza della richiesta, nonché il miglior utilizzo clinico del dato di laboratorio.

Gli *Hub* – identificati come Laboratori ad elevata complessità (LEC) con settori specialistici – sono anche chiamati a svolgere la funzione di coordinamento/gestione delle risorse di personale e delle risorse strumentali e dei sistemi macchina-reagenti dei laboratori *Spoke* ad essi collegati, attraverso la definizione dei fabbisogni a livello di rete in un'ottica di centralizzazione delle gare d'acquisto. Agli *Hub* è anche attribuita la funzione di organizzazione e gestione della rete logistica per il trasporto dei campioni nella propria area di riferimento.

Anche in questo caso si sottolinea l'importanza di implementare una rete informatica regionale, «che, anche se non unica, sia strutturata in modo da consentire almeno l'interfacciamento tra le reti informatiche aziendali ed un sistema di logistica dei trasporti dei campioni biologici unico su base regionale, al fine di garantire la massima capacità e velocità di circolazione dei campioni stessi e dei materiali tra tutti i nodi della rete».

Peraltra il DCA 219/2014 ribadisce in prospettiva – con l'emanazione di un successivo documento ad

hoc sulle caratteristiche del Sistema Informativo – la necessità di realizzare il modello del Laboratorio Logico Unico, «fondato sull'allestimento di una infrastruttura informatica in cui tutti i laboratori afferenti alla rete siano interconnessi tra loro e con il sistema centrale regionale (LLU RL). Tale sistema è previsto per rendere operativo il processo analitico del laboratorio clinico in tutte le sue fasi (prelievo nel centro periferico, accettazione, esecuzione dei test di laboratorio, refertazione ed archiviazione), consentendo la trasmissione dei dati dai sistemi locali a quelli centrali, in modo che gli applicativi inseriti nei server locali siano interconnessi con la banca dati regionale».

### 8b.3. L'attuazione del nuovo modello regionale *Hub* e *Spoke* nel Lazio

A tre anni dal Decreto del Commissario ad Acta 219/2014, un recente studio ISIMM Ricerche in collaborazione con CREA Sanità (Greco G. et al., 2017) ha consentito di delineare un primo quadro dei passi avanti fatti e dei risultati ottenuti nella riorganizzazione del sistema regionale dei laboratori d'analisi, nonché di approfondire le questioni ancora aperte e i bisogni ancora insoddisfatti.

L'analisi è stata realizzata a partire da una serie di interviste in profondità con rappresentanti apicali di direzioni generali e agenzie regionali e della comunità medico-scientifica nel settore della Medicina di Laboratorio, prendendo in esame 4 obiettivi fondamentali del DCA 219/2014:

- concentrazione e qualificazione dei punti di offerta attraverso piani aziendali omogenei;
- adeguamento della rete laboristica al riordino della rete ospedaliera regionale;
- sviluppo e avanzamento delle reti informatiche aziendali;
- attuazione del Laboratorio Logico Unico regionale e costituzione della rete informatica regionale.

#### 8b.3.1. Concentrazione e qualificazione dell'offerta

In generale il sistema dei laboratori pubblici della Regione appare aver compiuto passi avanti significativi nella direzione del consolidamento e della concentrazio-

ne dell'offerta, così come previsto dal nuovo modello organizzativo *Hub e Spoke*. Pur tuttavia le attività poste in essere da alcune Aziende sedi di *Hub* sono risultate non avviate o incomplete, soprattutto per quanto riguarda il trasferimento previsto dell'attività analitica dagli *Spoke* e dai centri prelievo verso il Laboratorio accentrante. Difficoltà si sono avute in particolare laddove si è trattato di implementare piani di riorganizzazione che investono territori afferenti ad ASL diverse<sup>4</sup>. Peraltro, anche laddove è stata definita la riorganizzazione con l'acquisizione della relativa tecnologia abilitante, non sempre il nuovo progetto è stato effettivamente implementato.

Oltre alla necessaria attenzione alla fase attuativa dei cambiamenti preordinati, lo stato dell'arte del sistema dei laboratori nel Lazio presenta una serie di criticità rilevanti, anche per quanto riguarda la realizzazione dei motivi ispiratori della riforma del 2014 e il conseguimento degli obiettivi di appropriatezza, qualità e riduzione dei costi.

Giustamente il DCA 219/2014 considerava la Medicina di Laboratorio in relazione a tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, ponendo l'accento sul tema dell'appropriatezza prescrittiva dei clinici e dei Medici di Medicina Generale (MMG). In questa prospettiva l'indagine ha rilevato che gli *Hub* non hanno promosso finora azioni specifiche per valutare tale parametro. Di conseguenza, non avendo a disposizione dati analitici sulla domanda e stime del fabbisogno, non è possibile valutare adeguatamente i passi avanti fatti dalla Medicina di Laboratorio in termini di appropriatezza. Persistono quindi livelli di incertezza significativi sull'adeguata strutturazione dell'offerta regionale.

Peraltro la concentrazione dell'offerta avrebbe dovuto accrescere la qualità del settore, favorendo un'elevata competenza e un'elevata riproducibilità, e allo stesso tempo recuperare risorse, utili per gli investimenti in innovazione tecnologica e organizzativa, grazie ad una centralizzazione degli acquisti attraverso gare omogenee per tipologie di beni da parte dei diversi *Hub*. In particolare i responsabili degli *Hub* avrebbero dovuto

costituire una sorta di direttorio regionale in ottica di *benchmarking* delle stesse procedure d'acquisto, generando le necessarie economie di scala.

L'esperienza degli ultimi tre anni mostra una certa resistenza al cambiamento in questa direzione con una tendenza alla difesa dello status quo da parte di alcuni nodi centrali o periferici della rete, che hanno frenato in parte la riorganizzazione. In questo modo non sono stati generati i € 100 mln. di risparmi previsti e non sono state liberate le risorse necessarie per i nuovi investimenti. Peraltro alla mancata generazione dei risparmi concorrono anche i casi di differimento della messa regime dei nuovi assetti e delle nuove gare già espletate.

Altro fattore frenante è stata la mobilità del personale, elemento fondamentale per la riorganizzazione della rete, ma reso problematico da una serie di resistenze normative e sindacali. Recentemente la Regione – grazie ad un accordo intersindacale – ha predisposto un decreto ad hoc per la mobilità del personale, che dovrebbe favorire una ricollocazione più fluida delle risorse, parallelamente all'attuazione del nuovo modello *Hub e Spoke*. Peraltro quella del personale è una questione aperta anche per quanto riguarda la riqualificazione e lo svecchiamento, necessari per cogliere tutte le opportunità dell'innovazione tecnologica e del ridisegno dei processi organizzativi in corso.

In ogni caso va sottolineato che laddove i Direttori generali delle ASL e delle AO hanno assunto un ruolo attivo e un impegno diretto nella riorganizzazione della rete dei laboratori aziendali i risultati sono apparsi significativamente migliori, anche per la necessaria composizione degli interessi fra gli attori territoriali di riferimento, in taluni casi posizionati a difesa dello status quo.

Una delle cause alla base del mancato raggiungimento di tutti gli obiettivi prefissi dalla riforma del 2014 sembra siano stati la mancanza di una più ampia consultazione preventiva e di un più ampio coinvolgimento attivo dei laboratori d'analisi, soprattutto per conferire una più avanzata e qualificata caratterizzazione all'interfaccia clinica-laboratorio. La *performance* e la qualità

<sup>4</sup> Peraltro il riordino della rete dei laboratori si è intrecciata con il piano di riassetto delle ASL nell'area metropolitana di Roma (passate da 5 a 3). Da ciò è derivato un nuovo piano di riordino dei laboratori, varato di recente con il DCA n. 238 del 28 giugno 2017, dove è prevista un'ulteriore fase di accentramento degli *Hub e Spoke* regionali, che passano da 8 a 6 con la soppressione di due reti afferenti alla città di Roma



del laboratorio non si basano tanto sull'attribuzione di repertori analitici predefiniti, quanto sulla capacità di indirizzare i clinici e collaborare con essi.

In questa prospettiva l'esperienza dell'UOD Diagnostica Molecolare Avanzata dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma mostra una possibile direzione di marcia verso una Medicina di Laboratorio pensata come punto di riferimento primario, in grado di riconfigurare l'accessibilità dei pazienti ai servizi clinici dell'ospedale, non solo a quelli laboratoristici in senso stretto. Attraverso i servizi di medicina di precisione, basati su caratterizzazione genotipo/fenotipo, il laboratorio dell'AO Sant'Andrea è in grado di vagliare le esigenze cliniche dei propri pazienti, guidandoli nel percorso diagnostico-assistenziale più appropriato. In pratica il laboratorio d'analisi accanto alle attività basilari e canoniche utilizza i più avanzati mezzi diagnostici per la stratificazione dei pazienti in categorie cliniche ristrette, rappresentative della effettiva condizione clinica del singolo individuo.

Questo percorso nel 2015 ha portato l'AO Sant'Andrea alla costituzione del Centro di Medicina Personalizzata, che si avvale delle più avanzate tecnologie per l'analisi dell'espressione genica, in grado di abbattere i costi e i tempi di analisi, grazie a una quasi totale automatizzazione del processo, alla capacità di valutare contemporaneamente il livello di espressione di centinaia di geni e alla elevata riproducibilità *inter-assay* e *intra-assay*.

Il risultato è stato conseguito creando sinergie e percorsi di comunicazione più funzionali e organici fra laboratorio e clinici, fondati sulla multidisciplinarietà e sull'integrazione di tutte le valutazioni cliniche e laboratoristiche.

### 8b.3.2. Gli effetti del riordino della rete laboristica

Alla base della riforma del 2014 vi era la necessità di adeguare la rete laboristica al definitivo riordino della rete ospedaliera regionale, anche per gli effetti misurabili sulla riduzione delle giornate di degenza, sul contenimento della spesa per farmaci, sul corretto orientamento di terapie, sulla prevenzione di patologie ad alto costo sanitario e sociale.

A tre anni dalla riforma, di questi effetti – pur potenzialmente misurabili – non si hanno evidenze empiriche, anche a causa di una oggettiva difficoltà statistica nella misurazione di variabili per loro natura multifattoriali. Allo

scopo di estrarre il contributo specifico della Medicina di Laboratorio, isolandolo dalle altre componenti della spesa, sarebbe necessario condurre studi mirati, che al momento non sono stati programmati.

Peraltro appare come i significativi risultati ottenuti negli ultimi anni dalla regione Lazio nella riduzione delle giornate di degenza e nel contenimento della farmaceutica siano imputabili soprattutto agli algoritmi di controllo diretto della spesa sanitaria e al monitoraggio mensile dei DRG o ad altri strumenti di natura gestionale messi in campo (es. Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali). Del resto il fatto stesso che la regione Lazio stia uscendo dal piano di rientro indica che le politiche di contenimento dei costi abbiano prodotto i loro effetti, anche in termini di appropriatezza delle prestazioni diagnostiche.

Al di là degli aspetti statistici, pur rilevanti, l'impressione generale è che la riorganizzazione della Medicina di Laboratorio stia producendo i primi effetti attesi, ma in maniera disorganica, a macchia di leopardo, laddove cioè c'è stata maggiore attenzione alla costruzione di un'interfaccia più avanzata laboratorio-clinica. In questi casi – sulla spinta del DCA 219/2014 – si è lavorato per l'attuazione di un nuovo progetto complessivo del laboratorio aziendale sia nella scelta delle tecnologie sia nel ridisegno dei processi, stimolando collaborazione e condivisione di *know-how* più strette fra clinici e medici di laboratorio e ponendo a monte la questione dell'appropriatezza prescrittiva.

Nondimeno l'altro fattore determinante per generare gli effetti attesi dal riordino della Medicina di Laboratorio appare essere il rapporto con i MMG, finalizzato a migliorarne l'appropriatezza prescrittiva. Nella regione Lazio si registrano le prime esperienze di incontri di formazione territoriale fra medici di laboratorio e MMG. Una strada questa che andrà percorsa con più convinzione e impegno, anche da parte delle stesse Aziende Sanitarie Locali, attraverso specifiche e organiche iniziative di formazione.

Ma il vero salto di qualità nell'interfaccia laboratorio-clinica e laboratorio-territorio si avrà soltanto con l'adozione di sistemi informativi evoluti, in grado di collegare più compiutamente l'attività dei laboratori con i reparti e con i MMG e che consentano di gestire in maniera automatizzata e categorizzata le risposte cliniche e le terapie farmacologiche.

### 8b.3.3. Sviluppo e avanzamento delle reti informatiche aziendali

Nella definizione del nuovo modello regionale *Hub e Spoke* dei laboratori d'analisi lo sviluppo e l'avanzamento delle reti informatiche aziendali costituisce uno degli elementi portanti, al fine di consentire il consolidamento della diagnostica specialistica, la centralizzazione delle procedure di validazione clinica dei dati analitici, la produzione decentrata di referti di laboratorio firmati tramite firma digitale, la razionalizzazione nell'utilizzo del personale.

In questa direzione si sono mosse con velocità differenziate tutte le reti *Hub e Spoke* regionali, dovendo affrontare innanzitutto la questione dell'integrazione e aggiornamento degli innumerevoli sistemi informativi presenti nei diversi laboratori (LIS), anche appartenenti alla stessa Azienda. Elemento catalizzatore del progressivo processo di integrazione dei sistemi informativi aziendali in corso è il progetto regionale ESCAPE (*Electronic Signature in Care Activities for Paper Elimination*), che nasce come riuso della soluzione n. 252 sviluppata per la ULSS 9 di Treviso.

Il progetto ESCAPE consente l'attivazione della gestione dei referti digitali presso tutte le ASL/AO della Regione, attraverso il governo digitale dell'intero flusso documentale: firma, trasmissione, archiviazione, estrazione, conservazione sostitutiva. L'ambito d'applicazione prevede la gestione sia dei referti "interni" verso i reparti, sia dei referti "esterni" verso i cittadini. Ma mentre verso i cittadini il sistema è già attivo attraverso un portale unico a livello regionale per la distribuzione dei referti via *Web*, verso i reparti si è ancora in una fase sperimentale.

In ogni caso attraverso ESCAPE sono state poste le basi per l'interoperabilità fra le diverse strutture, attivando un sistema di codifiche comuni e standard per il referto condiviso. L'adozione integrale della piattaforma e l'adeguamento dei diversi LIS aziendali resta tuttora una sfida aperta, che procede di pari passo con la ancora lenta diffusione dei *middleware*. Nell'architettura informatica dei laboratori si tratta di *software* che si interpongono in genere fra il LIS e gli analizzatori, costituendo un punto di convergenza delle informazioni cliniche e degli *output* strumentali. La definizione di un sistema esperto di regole, che incrocia le informazioni mediante operatori logici, trasforma il *middleware* in un punto decisionale chiave del processo diagnostico. Tant'è che i *middlewa-*

*re* possono essere posizionati a diversi livelli dalla rete, avendo la capacità di gestire flussi informativi provenienti anche da diversi LIS aziendali o interaziendali.

Nei primi laboratori e reti regionali *Hub e Spoke*, che hanno già implementato il *middleware*, i patologi clinici sono in grado di governare, standardizzare e tracciare il percorso (informatico e analitico) del campione e del flusso di lavoro, migliorando l'efficacia e l'efficienza complessiva del processo diagnostico. Scelte di questo tipo tuttavia sono state fatte per lo più a livello aziendale o di singola rete, non essendoci al riguardo un univoco indirizzo strategico regionale, avendo la regione Lazio indirizzato gli investimenti nello sviluppo della banda ultra-larga, come infrastruttura basilare di supporto per una generale digitalizzazione dei servizi.

### 8b.3.4. Attuazione del Laboratorio Logico Unico e della rete informatica regionale

Fin dal progetto di riorganizzazione dei laboratori d'analisi del 2007 la regione Lazio aveva puntato all'attuazione del Laboratorio Logico Unico, in qualità di elemento indispensabile per la costituzione della rete informatica regionale. A sua volta il DCA 219/2014 riprende e rilancia il modello di LLU, quale snodo del processo di consolidamento dell'offerta, in cui tutti i laboratori della rete siano interconnessi tra loro e con il sistema centrale regionale. Come obiettivo minimo viene indicata la necessità di strutturare la rete informatica regionale, in modo da consentire almeno l'interfacciamento tra le reti informatiche aziendali ed un sistema di logistica dei trasporti dei campioni biologici unico su base regionale.

Mentre per quanto riguarda il trasporto dei campioni biologici (in particolare per il settore trasfusionale) si arriverà nel breve periodo ad un sistema unico regionale, sul LLU e sulla rete informatica regionale non sono stati fatti passi avanti e non si prevedono nel breve periodo sviluppi concreti. Per realizzare il LLU sarebbe necessaria una visione di medio-lungo periodo, come fondamento per un investimento economico considerevole e un complesso lavoro di progettazione e implementazione. Ma soprattutto occorre fare una scelta strategica a monte: se optare per un sistema centralizzato o piuttosto se federare le diverse reti aziendali. Da ciò deriva anche la scelta di sistema circa l'impiego centrale o decentrato del *middleware*.

L'impiego del *middleware* infatti dipende in ultima analisi dal modello architetturale e dalla maturità dell'ecosistema digitale, per quanto riguarda la struttura dei CED e della rete informatica. In particolare se si opta per un modello centralizzato non è necessario l'uso del *middleware* di integrazione, in quanto si dispone di una rete ridondante, senza rischio di punti di *failure*, come nel caso di una rete ridondata. Al contrario, il *middleware* di integrazione diventa necessario nella scelta di un modello di LIS federati.

Nel primo caso (sistema centralizzato) il *middleware* sarà più in basso nella catena del valore e governa semplicemente gli strumenti. Nel secondo caso (sistema federato) l'impiego del *middleware* sarà più in alto nella catena, a governo dei diversi LIS. In base alla direzione impressa all'Agenda Digitale della regione Lazio, si andrà probabilmente verso un sistema centralizzato, che dovrebbe essere in grado di garantire *business continuity* e raggiungibilità della rete. In prospettiva il Fascicolo Sanitario Elettronico potrebbe diventare il vero e proprio *middleware* di integrazione e di interfacciamento dei vari LIS.

In mancanza di un chiaro indirizzo sulla rete informatica regionale, l'onere dell'integrazione dei diversi LIS aziendali è stato lasciato finora alle singole iniziative delle reti *Hub e Spoke*, che si sono mosse con velocità e con risultati a macchia di leopardo. In alcuni casi questa situazione di stallo è diventata uno strumento di difesa dello status quo e di resistenza al disegno di riorganizzazione dei laboratori. Mentre una rete informatica centralizzata avrebbe potuto costituire un volano formidabile per un più spedito ed efficace consolidamento dell'offerta, secondo quanto previsto dallo stesso DCA 219/2014.

Se il futuro della Medicina di Laboratorio si giocherà sempre più sulla qualità dell'interfaccia clinica-laboratorio, la realizzazione del LLU è la via maestra per guidare tutti gli operatori del sistema verso una vera e propria alleanza con i clinici.

Da un punto di vista generale il cammino intrapreso dalla regione Lazio per una *governance* complessiva del sistema dei laboratori d'analisi appare a metà strada. In ogni caso l'accentramento di competenze e di funzioni e la standardizzazione delle tecnologie in corso di realizzazione costituiscono il passaggio fondamentale per arrivare all'obiettivo finale di una centralizzazione della *governance* attraverso la rete informatica unica, grazie

alla quale sarà possibile coordinare e integrare tutto il percorso diagnostico del paziente.

#### 8b.4. Le sfide per l'efficienza operativa dei laboratori d'analisi

Il secondo macro-tema dell'indagine, condotta con gli attori istituzionali e clinici della regione Lazio, riguarda l'efficienza operativa del laboratorio d'analisi, con particolare attenzione ai fattori *target* prioritari e agli strumenti più idonei per raggiungerli.

Quali fattori *target* sono stati considerati: a) aumento della produttività, b) riduzione degli errori umani, c) riduzione complessiva dei costi di funzionamento, d) focalizzazione su integrazione e standardizzazione, e) erogazione di risultati più accurati e tempestivi, f) aumento della sicurezza per i pazienti.

I due fattori *target* riconosciuti come prioritari per un salto di qualità dell'efficienza operativa dei laboratori d'analisi sono la focalizzazione su integrazione e standardizzazione e l'aumento della produttività.

Per quanto riguarda i processi di integrazione e standardizzazione appare essere sempre più diffusa la consapevolezza del ruolo chiave svolto dall'innovazione tecnologica, con particolare riguardo ai *Sistemi armonizzati* di strumenti, test, automazione e soluzioni informatiche in grado di semplificare e velocizzare l'operatività del laboratorio d'analisi. Per rispondere alle peculiarità della Medicina di Laboratorio del prossimo futuro, tali sistemi devono essere in grado di offrire uniformità, flessibilità, produttività operativa e fiducia.

*Uniformità.* Di fronte alla sfida di operare con personale qualificato ridotto e mantenere allo stesso tempo un alto livello di servizio, la Medicina di Laboratorio ha bisogno di standardizzare le attività del laboratorio e della rete, nonché di ottimizzare le risorse limitate, attraverso soluzioni intuitive e universali, trasversali alle diverse discipline di laboratorio, in modo da semplificare i punti di contatto e le interazioni dei laboratoristi, consentendo loro di passare agevolmente da un sistema ad un altro.

*Flessibilità.* Di fronte alla sfida di adattarsi velocemente ai cambiamenti continui e di pianificare allo stesso tempo le attività nel medio-lungo periodo, la Medicina di Laboratorio ha bisogno di sistemi scalabili con

rendimenti e capacità incrementali, che consentano di aggiungere moduli man mano che il volume operativo aumenta, senza dover sostituire l'intera struttura di laboratorio. Ciò è realizzabile soltanto grazie soluzioni e sistemi aperti, personalizzabili sulle mutevoli strutture del laboratorio.

*Produttività operativa.* Di fronte alla sfida di incrementare i volumi con spazi limitati e sovraccarichi di lavoro, la Medicina di Laboratorio ha bisogno di sistemi innovativi, disegnati per massimizzare i rendimenti con dimensioni più compatte, che consentano agli operatori di spaziare su più operazioni in minor tempo.

*Fiducia.* Di fronte alla sfida di fornire sistematicamente a medici e pazienti servizi e risultati di alta qualità con tempi minimi di inattività, la Medicina di Laboratorio deve poter disporre di test, strumenti e servizi professionali sempre più affidabili, che consentano di ridurre gli errori e la ripetizione dei test, adeguando l'automazione alle linee guida del *Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)*<sup>5</sup>.

Se la Medicina di Laboratorio è chiamata nell'immediato futuro ad un salto di qualità dell'efficienza operativa per poter contribuire sempre più efficacemente alla gestione complessiva della salute della popolazione (PHM), non può non aprirsi più compiutamente ai nuovi servizi professionali offerti dalla stessa industria diagnostica, utili a monitorare costantemente i sistemi di laboratorio e a ottimizzare i tempi di attività, prevenendo le criticità e i tempi di fermo inattesi. Tali servizi sono supportati da abilitatori IT avanzati, che – valorizzando i *big data* dell'intera rete laboristica – estraggono *analytics* e *insight*, efficaci per massimizzare il rendimento e la capacità operativa del laboratorio, gestendo al meglio il flusso dei dati diagnostici e clinici.

In merito all'aumento della produttività e conside-

rando l'esperienza specifica della regione Lazio, appare come questo *target* sia strettamente legato al processo in corso di consolidamento delle strutture (attraverso il nuovo modello *Hub e Spoke*) e delle attività (ad esempio la concentrazione per grandi macroaree su test simili e riproducibili o molto rari, come avvenuto per il Centro di riferimento regionale per la sicurezza trasfusionale dell'Ospedale S. Pertini, che serve tutto il Lazio). Ma la produttività è anche determinata dal perseguimento dell'appropriatezza, che impone di razionalizzare il numero degli esami, disciplinando la prescrizione diagnostica, ad esempio attraverso una più estesa applicazione di *reflex testing* a cascata<sup>6</sup>.

Nel percorso per la crescita dell'efficienza operativa dei laboratori d'analisi – dopo la focalizzazione su integrazione e standardizzazione e l'aumento della produttività – sono stati messi in evidenza altri due fattori: la riduzione complessiva dei costi di funzionamento e la riduzione degli errori umani. Sul primo – soprattutto nella considerazione dei dirigenti regionali – incidono in particolar modo i costi del personale, che andrebbero ulteriormente ridotti, e i costi dei materiali di consumo, da contenere attraverso gare centralizzate non tanto per singole reti *Hub e Spoke* ma per macroaree omogenee di beni. A tal fine dovrebbero operare le centrali d'acquisto regionali, la cui la capacità di dialogo e di collaborazione va certamente potenziata in chiave *benchmarking*. Più in generale – soprattutto nella considerazione dei medici di laboratorio – la riduzione complessiva dei costi di funzionamento è strettamente legata all'impiego delle tecnologie avanzate e alla revisione dei processi organizzativi interni, che dovrebbero entrambi consentire di recuperare risorse, sia economiche che di personale.

Peraltro l'investimento in tecnologie innovative per i controlli di qualità e la standardizzazione del processo

<sup>5</sup> Il CLSI è un'organizzazione senza scopo di lucro che da quasi 50 anni riunisce la comunità della Medicina di Laboratorio globale, promuovendone l'eccellenza. A questo scopo definisce gli standard clinici dei test e delle attività di laboratorio, basati sui contributi e il consenso di industrie, governi e professionisti sanitari. Accanto agli standard, il CLSI pubblica raccomandazioni per sostenere lo sviluppo di una prassi di laboratorio confrontabile e omogenea a livello mondiale, come contributo al miglioramento qualitativo delle cure mediche

<sup>6</sup> La metodologia del *reflex test* consente la richiesta di un *test di front line* per una patologia definita, e automaticamente l'esecuzione di altri test di approfondimento in base alla positività del primo. La metodologia si basa su linee guida internazionalmente accettate. L'esempio più tipico è quello del *TSH first* per la funzionalità tiroidea. L'esame *TSH reflex* prevede l'esecuzione e la refertazione secondo un algoritmo definito, in base al quale il LIS gestisce l'esecuzione degli esami a cascata con lo stesso analizzatore, sullo stesso campione e nella stessa seduta analitica

diagnostico attraverso il *middleware* – che consente di avere un sistema controllato dalla fase pre-analitica a quella post-analitica – appaiono essere la via maestra per la riduzione degli errori umani, supportando i laboratori a migliorare gli *output* sanitari e la stessa appropriatezza, in particolare per quanto riguarda l'interfaccia con i clinici.

Il percorso per l'efficienza operativa fin qui delineato conduce all'erogazione di risultati più accurati e tempestivi e all'aumento della sicurezza per i pazienti. In particolare – per accrescere l'accuratezza del dato analitico e la sicurezza – appare necessario un *mix* di tecnologia e professionalità, mentre la tempestività dipende da un *mix* di tecnologia e modello organizzativo. Nondimeno va sottolineato che sul tema della professionalità incide in maniera significativa la formazione, l'aggiornamento e la motivazione del personale. Al momento nella regione Lazio questa sembra essere una questione critica da affrontare, con l'obiettivo di elevare il livello qualitativo, le competenze e la specializzazione dei professionisti del settore, quale condizione essenziale per preparare la Medicina di Laboratorio alle sfide tecnologiche e ai cambiamenti organizzativi in atto.

Una notazione infine va fatta sulla già evidenziata indeterminazione dei fabbisogni, che impatta sull'allocatione ottimale delle risorse. L'efficienza dei laboratori infatti può essere valutata compiutamente solo in base al raffronto tra volume delle attività e risorse umane e tecnologiche impiegate. La mancata definizione ex-ante dei fabbisogni impedisce di avere il quadro esatto delle risorse necessarie da assegnare.

### 8b.5. Le sfide dell'apertura ai servizi *hi-tech* a valore aggiunto dell'industria

Il terzo macro-tema, affrontato nella serie di interviste in profondità con gli attori istituzionali e clinici della regione Lazio, riguarda l'apertura della Medicina di Laboratorio nei confronti delle innovazioni tecnologiche più recenti e dell'immediato futuro, attraverso gli strumenti

innovativi di *public procurement* previsti dal nuovo Codice degli Appalti<sup>7</sup>.

Di seguito vengono sintetizzate le principali risultanze emerse nel corso dell'indagine con riguardo a cinque potenziali servizi *hi-tech* a valore aggiunto offerti dall'industria diagnostica, considerando l'impatto sull'efficienza operativa e sull'efficacia clinica dei laboratori d'analisi nel breve, medio e lungo periodo.

#### 1. Servizi di auto-verifica e auto-validazione e strumenti automatici per la gestione del controllo di qualità attraverso il *middleware*.

Grazie alle tecnologie di automazione più innovative già disponibili, l'impatto di questo tipo di servizi è stato riconosciuto come fondamentale già nell'immediato sia sull'efficienza operativa sia sull'efficacia clinica. È da rimarcare in particolare l'effetto positivo sulla sicurezza del dato analitico, che può contribuire a migliorare l'interfaccia e la fiducia clinica-laboratorio.

Per potenziarne l'impatto sul sistema laboristico della Regione è necessario da un lato estendere l'utilizzo di questi servizi e strumenti a tutti i settori interni ai laboratori d'analisi, dall'altro accrescere la formazione del personale. Ma nel complesso occorrerà soprattutto definire più compiutamente il flusso informativo delle singole reti *Hub e Spoke* e dell'intera rete regionale dei laboratori, per collocare l'impiego di tali strumenti all'interno di un disegno architettonico preordinato, in grado di soddisfare sia i bisogni clinici sia quelli gestionali.

#### 2. Cruscotti di *benchmark* e valutazione delle performance attraverso l'impiego dei nuovi strumenti di *Business Intelligence* basati su *Cloud*.

L'applicazione delle tecnologie di *data analytics* e di *cognitive computing* ai dati diagnostici consente lo sviluppo di *suite* di applicazioni innovative *Cloud-based*, attraverso cui è possibile gestire un grande volume di dati per fornire metriche e servizi a valore aggiunto, finalizzati a ottimizzare la performance operativa e la velocità delle attività di laboratorio, nonché a migliorare gli standard di cura, dei percorsi assistenziali e dei risul-

<sup>7</sup> Cfr. Decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 *Codice dei contratti pubblici*, così come modificato dal Decreto legge 30 dicembre 2016 n. 244 e dal Decreto legislativo 19 aprile 2017 n. 56. In particolare l'art. 65 *Partnership per l'innovazione* e gli artt. 180-191 *Partnership pubblico privato*

tati di salute per i pazienti. In particolare l'infrastruttura Cloud – riducendo i costi di infrastruttura IT degli stessi laboratori – consente di aggregare dati da fonti diverse e creare un archivio comune per estrarre *insights* utili a supportare le decisioni sanitarie e cliniche.

Da questo punto di vista il cruscotto di *benchmarking* è da considerarsi uno degli obiettivi sottesi al DCA 219/2014, quale “midollo spinale” e strumento di *governance* della rete regionale dei laboratori. Attraverso l'impiego di questo cruscotto avrebbe dovuto operare il direttorio dei responsabili di HUB per il governo e il miglioramento continuo del sistema con un chiaro impatto sia sull'efficienza operativa sia sull'efficacia clinica delle diverse reti *Hub e Spoke*. In tal modo sarebbe stato possibile realizzare una più compiuta programmazione regionale, incrociando fra l'altro le informazioni contenute nelle diverse piattaforme sanitarie centralizzate della Regione in via di perfezionamento<sup>8</sup>. L'integrazione di queste piattaforme appare al momento ancora al di là da venire, essendo necessaria una decisione a monte, che richiede investimenti economici e un complesso lavoro di progettazione e implementazione, per rendere interoperabili i diversi sistemi informativi con standard comuni, come derivato dello stesso Laboratorio Logico Unico.

Affinché i cruscotti diventino strumenti effettivamente utili di governo sanitario e clinico, vanno inoltre affrontate le seguenti sfide:

- disegnare soluzioni con il coinvolgimento a monte dei decisori sanitari e dei clinici, valorizzando l'esperienza e il *know-how* di chi opera nel settore, per ottenere strumenti che rispondano più efficacemente alle reali esigenze della programmazione sanitaria e della pratica medica;
- costruire *software* e *framework* di *Streaming Analytics*, che superino le tradizionali applicazioni di *Business Intelligence*, per analizzare ed eseguire azioni su *big data* in tempo reale attraverso l'utilizzo di *query*

continue, utili a interventi immediati su storture che emergono nel sistema<sup>9</sup>;

- promuovere lo sviluppo di risorse e di *know-how* interni alle strutture sanitarie, che siano in grado di interagire efficacemente con l'industria diagnostica e informatica, per sfruttare tutte le potenzialità dei nuovi strumenti e salvaguardare allo stesso tempo l'effettiva proprietà pubblica dei dati sanitari.

In definitiva appare come nella regione Lazio la progettazione, l'implementazione e la diffusione dei cruscotti gestionali sia un'operazione realizzabile soltanto nel medio-lungo periodo.

### 3. Clinical Decision Support System per supportare decisioni cliniche e implementare protocolli ospedalieri, PDTA e continuità assistenziale ospedale-territorio.

Lo spostamento del focus dai processi interni ai laboratori all'effetto finale delle procedure diagnostiche sugli *output* e sugli *outcome* sanitari è plasticamente rappresentato dallo sviluppo dei *Clinical Decision Support System* (CDSS). Si tratta di *software* interattivi che entrano in automatico direttamente nel *workflow* dei medici, per assisterli nell'attività diagnostico-terapeutica, fornendo informazioni, messaggi e *reminder* guidati dalla *Evidence Based Medicine* (EBM). Questi strumenti funzionano in genere attraverso una base di conoscenza e un motore inferenziale, che applicano una serie di regole predefinite al quadro clinico del singolo paziente, estraendo *insights* dall'aggregazione di dati da fonti diverse.

L'avvio del nuovo modello *Hub e Spoke* della regione Lazio ha consentito finora di raccogliere una base dati consistente, su cui costruire opportuni protocolli e linee guida e dai quali è possibile sviluppare gli algoritmi sottostanti ai nuovi CDSS. Sembra quindi prevalere una visione che assume sul pubblico la responsabilità di definire e implementare questo tipo di strumenti, anche

<sup>8</sup> Anagrafe Sanitaria Unificata Regionale (ASUR), Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale (SIAS), Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT)

<sup>9</sup> Le applicazioni tradizionali di *Business Intelligence* lavorano in genere per l'analisi di dati provenienti da fonti limitate e poi raccolti in *database* o storicizzati in *dataware house*. Il contesto quindi è poco variabile nel tempo o la mole di dati gestiti è relativamente ridotta. Esistono invece molte situazioni in cui le decisioni devono essere prese non appena una serie di eventi si verificano, come nel caso della diagnostica. In tal caso le soluzioni di *Streaming Analytics* consentono di lavorare su dati che assumono importanza in brevi finestre temporali, provenienti da fonti diversificate, quali *Internet of Things* (IoT), telefoni cellulari e dispositivi mobili, dati di mercato, sensori, *web click stream* o transazioni

per contestualizzarli alla realtà regionale e per utilizzarli come strumento di *governance* del sistema. L'obiettivo è ridurre gli errori, accrescere l'efficienza, l'efficacia e la qualità, attivare compiutamente linee guida, protocolli e PDTA regionali. È chiaro tuttavia che tale ambizioso obiettivo è realizzabile soltanto se parallelamente arrivano a maturazione il LLU e la rete informatica regionale unica.

Peraltro le prime sperimentazioni di CDSS – realizzate con il contributo delle società scientifiche e dell'industria in alcune reti *Hub e Spoke* regionali di eccellenza come quelle degli ospedali S. Pertini e S. Eugenio (ASL RM2) – hanno già mostrato risultati significativi soprattutto nel miglioramento qualitativo dell'interfaccia clinica-laboratorio. Nell'ambito di queste esperienze il laboratorio, oltre alla mera diagnosi, si è assunto anche il compito di consulenza, accompagnamento e supporto clinici, lavorando lungo percorsi professionali di appropriatezza condivisi e superando un sistema basato su silos non comunicanti, che sembra ancora prevalere in diverse realtà della Regione.

Guardando al futuro prossimo, emergono due diverse modalità di sviluppo dei CDSS, una statica, l'altra dinamica. Nel primo caso il riferimento è a un sistema logico per la decisione clinica (sulla falsariga dei DRG), finalizzato a imbrigliare e a controllare i medici, da cui deriverebbe una certa diffidenza e resistenza da parte di questi ultimi. Nel secondo caso si tratta di sistemi basati su tecnologie di *cognitive computing* e *machine learning*, finalizzati all'apprendimento e al miglioramento continuo, che possono offrire un reale valore aggiunto sia al laboratorio e alla clinica sia ai decisori regionali e contribuire a migliorare efficacemente gli *outcome* di salute per i pazienti.

In definitiva appare come per il servizio sanitario della regione Lazio lo sviluppo e la diffusione dei CDSS nella pratica clinica e gestionale possano avvenire in un orizzonte temporale soltanto di medio-lungo periodo, dovendo mettere in conto un cambiamento per così dire culturale anche nella classe medica.

#### 4. Servizi evoluti di diagnostica molecolare e genetica, come fondamento per l'affermazione della Medicina delle 4P.

La disponibilità e l'utilizzo dei test di diagnostica molecolare e genetica è un fatto già acquisito nei principali laboratori della Regione e nel breve periodo si prevede una

loro rapida diffusione, anche grazie alla disponibilità di numerose evidenze scientifiche e prove di efficacia. Peraltro sarà proprio il vasto impiego della diagnostica molecolare e genetica nel trattamento di alcuni tumori e negli *screening* di massa a spingere un cambiamento profondo della pratica medico-assistenziale, verso un modello predittivo, preventivo, personalizzato e partecipato (*4Ps Medicine*), secondo la definizione coniata ormai nel 2003 dallo scienziato americano Leroy Hood, che aveva colto in anticipo l'impatto sul settore della salute derivante dalla convergenza fra la rivoluzione digitale, gli sviluppi della ricerca bio-medica e il ruolo centrale assunto dal paziente.

Restano tuttavia alcune questioni aperte, che sono state sottolineate nel corso delle interviste in profondità realizzate dall'indagine. La prima riguarda il profilo rischio/beneficio dei test genetici, che devono soddisfare i necessari requisiti di appropriatezza, definiti dal sistema sanitario pubblico, per evitare esami inutili e spreco di risorse, dandone adeguata informazione ai pazienti.

La seconda attiene ai costi ancora elevati dei nuovi test. A tal proposito il processo in corso di consolidamento dell'offerta e di incremento dell'efficienza operativa dei laboratori del Lazio dovrebbe essere in grado di recuperare e liberare risorse da investire nei nuovi pannelli di diagnostica molecolare.

La terza questione tocca la maturità professionale dei clinici, che sono chiamati ad un cambiamento di approccio nella pratica medico-assistenziale, valorizzando i contenuti informativi dei nuovi test, per cui appare auspicabile l'avvio di un programma organico di formazione dei medici all'interno delle diverse reti *Hub e Spoke*. E anche qui ritorna la questione primaria del miglioramento dell'interfaccia clinica-laboratorio, come via maestra per il cambiamento.

#### 5. Accordi di collaborazione globali con l'industria per i servizi di *design* architettuale, *system integration*, validazione, formazione e supporto al personale.

L'apertura ai servizi *hi-tech* a valore aggiunto offerti dall'industria diagnostica costituisce una delle chiavi per consentire alla Medicina di Laboratorio di affrontare i nuovi compiti e le nuove sfide che l'attendono, per quanto riguarda sia la crescita dell'efficienza operativa attraverso il ridisegno delle attività dei laboratori d'analisi, sia il potenziamento dell'efficacia clinica secondo

le logiche dell'*Evidence Based Laboratory Medicine*. Si tratta di servizi professionali a largo spettro, che spaziano da *design* architettuale e *system integration* fino a formazione e supporto del personale per ciò che riguarda *change management*, avviamento, accreditamento, *output* clinici, *workflow management*.

La percezione delle potenzialità di questi servizi fra gli attori istituzionali e clinici della regione Lazio appare molto diversificata, anche per quanto riguarda l'effettiva realizzabilità nel breve, medio o lungo periodo.

Da un lato è stato sottolineato il valore della costruzione di una vera e propria *partnership* avanzata con l'industria, per far leva sul *know-how* industriale come strumento di crescita del sistema dei laboratori della Regione. Vi è tuttavia la consapevolezza di un percorso lungo e complesso di *change management*, che impatta anche sulle tradizionali modalità di definizione dei capitolati tecnici e di espletamento delle gare, dovendo adottare gli strumenti innovativi previsti dal nuovo Codice degli Appalti (quali il Partenariato pubblico privato e il Partenariato per l'innovazione). Peraltro è emerso come le prime reti *Hub e e Spoke*, che hanno già avviato partenariati più avanzati con l'industria diagnostica, costituiscano un punto di riferimento per la stessa Azienda d'appartenenza verso modalità innovative di interazione complessiva con l'industria *Life Science*.

D'altro canto va sottolineato che queste esperienze – già diffuse in altre Regioni – sono molto limitate nella rete dei laboratori del Lazio, che ricorrono in prevalenza a modalità tradizionali di *procurement*, anche per i vincoli derivanti dalle centrali regionali d'acquisto. Ciò costituisce un oggettivo freno alla diffusione dell'innovazione.

In tale prospettiva la stessa industria diagnostica è chiamata ad un salto di qualità per dare maggiore spinta all'innovazione attraverso l'offerta di soluzioni *hi-tech* più flessibili e personalizzate e la messa a disposizione di team multidisciplinari altamente qualificati per accompagnare i medici di laboratorio a sfruttare appieno tutto il potenziale dell'innovazione tecnologica e organizzativa.

## 8b.6. Indicazioni di *policy*

La Medicina di Laboratorio nella regione Lazio appare in mezzo al guado nel passaggio da un vecchio

modello, caratterizzato da un irrazionale utilizzo di risorse umane e tecnologiche e maggiori oneri per il SSR, ad un nuovo assetto fondato sul conseguimento degli obiettivi di appropriatezza, qualità e riduzione dei costi.

Il passaggio in atto – conseguente al DCA 219/2014 – mostra i primi risultati ed effetti significativi, ma presenta allo stesso tempo non poche incognite e ostacoli al cambiamento. Esistono tuttavia le condizioni per realizzare un salto di qualità, cogliendo le opportunità offerte dall'evoluzione della tecnologia di laboratorio, dagli sviluppi dell'*Information and Communication Technology* e dalla progressiva affermazione di un nuovo modello di pratica medico-assistenziale.

Grazie a questi *driver* di cambiamento, la via maestra appare essere la costruzione di un'interfaccia qualitativamente più avanzata clinica-laboratorio. Il futuro della Medicina di Laboratorio passa infatti dalla sua capacità di diventare un *driver* per la clinica, valorizzando la logica della *Evidence Based Laboratory Medicine*. Nel percorso delineato un ruolo chiave giocherà anche la stessa industria diagnostica, come attore primario dell'innovazione, verso cui il sistema dei laboratori dovrà sperimentare nuove forme di *partnership* strategiche.

La ricognizione in profondità, condotta con alcuni dei principali attori istituzionali e clinici della regione Lazio, ha consentito di fotografare lo stato dell'arte a macchia di leopardo dei laboratori d'analisi, ma anche di intravedere i plausibili sviluppi nel breve, medio e lungo periodo. Da qui sono derivate una serie di possibili indicazioni di *policy*, utili sia alla realizzazione degli obiettivi fissati dal DCA 219/2014 per la regione Lazio, sia al più generale superamento degli ostacoli al cambiamento radicale della Medicina di Laboratorio in atto nelle altre Regioni italiane (pur nella diversità degli assetti organizzativi prescelti, di cui occorre tener conto).

### 1. Istituire il Coordinamento dei direttori *Hub* del sistema dei laboratori della Regione.

Il Coordinamento dei direttori *Hub* – con la partecipazione dei Direttori Generali ASL/AO di riferimento e dei dirigenti regionali di competenza – dovrebbe governare lo sviluppo organico del sistema dei laboratori della Regione in chiave di *benchmarking* delle procedure d'acquisto, della gestione del personale, dell'introduzione di nuove tecnologie, della revisione dei processi



organizzativi, di valutazione dell'appropriatezza, di stima dei fabbisogni. Il primo passo appare il monitoraggio e l'accompagnamento dei processi di riorganizzazione avviati e non portati a compimento, per garantire al sistema un passaggio sufficientemente veloce e stabile verso i nuovi assetti già definiti a livello di singola rete *Hub e Spoke*, superando la difesa dello status quo e le resistenze anche per quanto riguarda l'effettiva adozione delle nuove tecnologie abilitanti il cambiamento.

Il lavoro del Coordinamento dei direttori *Hub* dovrebbe portare alla definizione di un cronoprogramma annuale delle attività e alla pubblicazione di protocolli e linee guida, vincolanti per tutto il sistema laboratoristico regionale. Il Coordinamento dovrebbe inoltre valutare i bisogni formativi emergenti del personale di laboratorio, definendo – anche in collaborazione con i policlinici universitari – un programma organico di aggiornamento ai diversi livelli, quale condizione essenziale per preparare i professionisti del settore alle sfide tecnologiche e ai cambiamenti organizzativi in atto.

Per supportare il processo decisionale, il Coordinamento dovrebbe disporre di tutti i dati aggiornati del sistema attraverso un Cruscotto di valutazione delle performance, come strumento di *governance* della rete regionale dei laboratori per il miglioramento continuo della qualità, dell'efficienza e della sostenibilità economica del sistema.

La partecipazione dei Direttori Generali ASL/AO ai lavori del Coordinamento dei direttori *Hub* favorirebbe l'assunzione di un ruolo più diretto e attivo da parte di questi ultimi nel processo di effettiva implementazione della riorganizzazione dei laboratori della regione Lazio.

## 2. Attuare nel medio periodo la rete informatica regionale e il Laboratorio Logico Unico.

L'attuazione del Laboratorio Logico Unico è l'elemento indispensabile per la costituzione della rete informatica regionale, quale snodo per l'adozione di una *governance* più efficace del sistema e per il completamento del processo di concentrazione dell'offerta, in cui tutti i laboratori della rete siano interconnessi tra loro e con il sistema centrale regionale. In tale prospettiva sarà necessario da parte della Regione assumere una decisione a monte sui necessari investimenti richiesti, ma soprattutto definire la scelta strategica fondamentale

fra un sistema centralizzato o federato, da cui deriveranno anche le scelte conseguenti sul posizionamento e l'adozione dei *middleware*.

Attraverso la definizione della rete informatica regionale passa anche l'avanzamento e l'integrazione delle reti informative aziendali, che costituiscono tuttora una questione aperta, parallelamente alla messa a regime del sistema regionale ESCAPE, il quale ha già posto le basi per l'interoperabilità fra le diverse strutture nella gestione dei referti diagnostici sia verso i cittadini sia verso i reparti interni.

Come tappa intermedia di avvicinamento al LLU regionale si può agire immediatamente sull'economia delle singole reti *Hub e Spoke* attraverso l'adozione dei *middleware* in grado di far dialogare i diversi LIS aziendali, rendendo operative le scelte tecnologiche già compiute localmente, ma non ancora pienamente attuate.

Peraltro in prospettiva l'attuazione del LLU consentirebbe di disporre della necessaria base dati, su cui sviluppare gli algoritmi sottostanti ai nuovi *Clinical Decision Support System*, come elemento qualificante di un'interfaccia clinica-laboratorio più avanzata.

## 3. Realizzare incontri periodici multidisciplinari clinica-laboratorio nelle reti *Hub e Spoke*.

La diffusione e l'istituzionalizzazione di incontri periodici fra medici di laboratorio e clinici nelle diverse reti *Hub e Spoke* mira a creare sinergie e percorsi di comunicazione più funzionali e organici fra questi due mondi, fondati sulla multidisciplinarietà e sull'integrazione di tutte le valutazioni cliniche e diagnostiche. In tal modo l'innovazione tecnologica e organizzativa in corso nella Medicina di Laboratorio della regione Lazio diventerebbe un processo condiviso, stimolando collaborazione e condivisione di *know-how* più strette e ponendo a monte la questione dell'appropriatezza prescrittiva, anche per quanto riguarda l'impatto sulla pratica medico-assistenziale della diagnostica molecolare avanzata.

Gli incontri periodici clinica-laboratorio inoltre farebbero da volano allo sviluppo delle sperimentazioni dei nuovi *Clinical Decision Support System*, all'interno delle quali il laboratorio si assume il compito di consulenza, accompagnamento e supporto clinici.

Accanto a questo lavoro clinica-laboratorio, andrebbero sviluppate da parte delle ASL della Regione iniziative

ve specifiche e organiche di formazione dei MMG, attraverso incontri sul territorio laboratorio-MMG, finalizzati a migliorarne l'appropriatezza prescrittiva.

Fermo restando che il salto di qualità nell'interfaccia laboratorio-clinica e laboratorio-territorio si avrà soltanto con l'adozione di sistemi informativi evoluti, in grado di collegare più compiutamente l'attività dei laboratori con i reparti e con i MMG.

#### 4. Creare un Osservatorio regionale sulle *best practice* delle reti *Hub e Spoke*.

La costituzione dell'Osservatorio regionale dovrebbe far emergere, condividere e diffondere le principali innovazioni realizzate dalle reti *Hub e Spoke* per quanto riguarda sia l'adozione e lo sviluppo di nuove tecnologie sia l'implementazione di nuove soluzioni manageriali e organizzative per spingere tutto il sistema ad un salto di qualità tendenzialmente omogeneo.

In particolare l'Osservatorio dovrebbe monitorare le esperienze d'eccellenza in tema di "Sistemi armonizzati" (strumenti, test, automazione, soluzioni informatiche), di *Middleware* e di *Clinical Decision Support System*, evidenziando attraverso studi mirati i risultati conseguiti in termini di efficienza operativa, efficacia clinica, impatto economico. Uno specifico monitoraggio dovrebbe essere dedicato anche alle prime esperienze di *partnership* evolute laboratorio-industria, secondo gli strumenti innovativi previsti dal nuovo Codice degli Appalti, per accompagnare le reti *Hub e Spoke* in questo complesso percorso di *change management*.

Tali informazioni potrebbero confluire in un portale *Web* regionale dedicato, in modo da renderle disponibili a tutti gli operatori del settore e agli stessi cittadini per incentivare le buone pratiche e fornire strumenti utili ad uno sviluppo organico del sistema, anche attraverso l'organizzazione di giornate di studio periodiche, aperte alla partecipazione dei professionisti dei laboratori d'analisi.

La realizzazione di queste azioni di *policy* può contribuire a spingere nel medio periodo tutto il sistema dei laboratori d'analisi della Regione verso quel salto di qualità, a cui tende il DCA 219/2014, valorizzando i *driver* del cambiamento in atto. In definitiva appare

come la regione Lazio abbia in sé tutte le potenzialità per diventare un modello di eccellenza e di *benchmarking* su scala nazionale, facendo risaltare il ruolo della Medicina di Laboratorio nella trasformazione digitale del sistema-salute.

### Riferimenti bibliografici

- Cappelletti P. (2004), *Un Patto per la Modernizzazione e la Umanizzazione della Medicina di Laboratorio in Italia*, Riv Med Lab - JLM 5:252-254
- Cappelletti P. (2010), *Medicina di Laboratorio, Trattato Italiano di Medicina di Laboratorio* (a cura di Galzigna L, Plebani M), volume I Biochimica Clinica Generale, Piccin Nuova Libreria, Padova
- Cappelletti P. (2012), *Medicina di Laboratorio: un futuro possibile*, Riv Ital Med Lab, 8:121-130
- Cappelletti P. (2013), *Praticare l'appropriatezza in Medicina di Laboratorio. Istruzioni per l'uso*, Riv Ital Med Lab, 9:55-60
- Farkas D.H. (2014), *On to the Next Phase of Molecular Diagnostics*, The Journal of Molecular Diagnostics, 16 (6)
- Friedberg R.C., Weiss R.L. (2007), *Future Trends*, Clin Lab Med, 27:931-936
- Giavarina D. (2015), *L'appropriatezza in Medicina di Laboratorio*, Biochimica Clinica, vol. 39, n. 6
- Greco G., Spandonaro F. (2017), *La Medicina di Laboratorio nel Lazio e il futuro del Servizio Sanitario Regionale*, Working Paper ISIMM Ricerche, in collaborazione con Abbott
- Price C.P. (2010), *Roots, development and future directions of laboratory medicine*, Clin Chem Lab Med, 48:903-909
- Smellie WS. (2012), *On behalf of the Association for Clinical Biochemistry's Clinical Practice Section*, Time to harmonise common laboratory test profiles, Br Med J, 344: e1169
- Trikalinos T.A., Siebert U., Lau J. (2009), *Decision-analytic modeling to evaluate benefits and harms of medical tests - Uses and limitations*, Medical Tests-White Paper Series, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (US)

## ENGLISH SUMMARY

### *The role played by Laboratory Medicine in the digital transformation of the health system: the case of the Lazio Region*

Laboratory Medicine is undergoing a momentous change. With a view to shifting from a cost centre of health system to a value-added one, it is called:

- to thoroughly revise the organizational model by strengthening the public and private supply network;
- to optimize operational efficiency by focusing on standardization and integration pathways;
- to improve clinical appropriateness and efficacy by means of a more advanced openness to technological innovation.

The ultimate goal for Laboratory Medicine is to provide a more direct contribution to the overall Population Health Management, by enhancing the fundamental resource that the test laboratories have, namely data. Data is the fuel of the future medicine and healthcare system.

The concrete possibility of making this qualitative leap forward in Laboratory Medicine is offered by the three major drivers of the change underway, which regard:

1. the evolution of laboratory technology (molecular diagnostics, molecular imaging, nanotechnology);
2. the developments of Information and Communication Technology (big data analytics, Internet of Things, cloud computing);
3. the prevailing of predictive, preventive, personalized and participative medicine (the so-called 4Ps Medicine).

Among the regional experiences made in Italy over the last few years to reorganize Laboratory Medicine, the Lazio Region's experience is an extremely interesting case study - due to its wide, complex and widespread activity - with a significance that can be considered national in scope.

In 2014, by Decree 219/2014 issued by the Acting Commissioner, the Lazio Region launched a model of Hub and Spoke networks with the aim of strengthening

the activities of public laboratories by centralizing the activities in a small number of highly-productive structures, connected to the structures referring to them through the IT network.

A recent study conducted by ISIMM Ricerche jointly with CREA Sanità has allowed to outline a first picture of the progress made and the results reached in the reorganization of the regional system of test laboratories, as well as to delve into outstanding issues and unmet needs. The analysis has been made starting from a series of in-depth interviews with senior representatives and managers of General Directorates and regional agencies and of the medical-scientific community in the field of Laboratory Medicine.

Three years after the Decree 219/2014 issued by the Acting Commissioner, the Region's public laboratory system has made significant progress in strengthening the supply, but the results appear to be non-homogeneous as the actions of some Local Health Units (ASL) have not been started or are still incomplete. Furthermore, the launch of a new reorganisation plan - as envisaged by the recent Decree 238/2017 issued by the Acting Commissioner - can really create some instability and anxiety in the system.

Besides the necessary attention to be paid to the phase of actual implementation of the ongoing reorganization processes, the main problems faced are the lack of analytical need estimates; the scarce collaboration between Hub Directors; the reluctance relating to staff mobility; the lack of an operational timeline for interventions and measures; the insufficient involvement of clinicians. The impact of the lab network reorganization on various health parameters are not currently evaluable, but appears to be decisive where a more advanced clinical-laboratory interface has been created.

Even with regard to the integration and updating of the many information systems existing in laboratories,

the Hub and Spoke networks have developed at different paces, by leveraging on the ESCAPE regional platform, which has laid the foundations for the interoperability of the various structures. However, the challenge of the overall adoption of the platform and the adaptation of the various Laboratory Information Systems (LISs) remains open.

The first experiences of middleware use show advantages in terms of workflow governance, standardization and tracking, even though there is no single regional strategic direction on the issue and not always the re-organization processes already started in this respect - with the related identification of the enabling technology - have been actually implemented.

Shortly there will be a single regional system for the transport of biological samples, while no steps forward have been made for the Single Logical Laboratory and the regional IT network, since the (strategic) choice of opting for a centralized or federated system of the various LISs has not been originally made.

The two target factors recognized as priorities for a qualitative leap forward in the operational efficiency of the test laboratories in the Region are the focus on integration and standardization and the increase in productivity. As to the integration and standardization processes there is widespread awareness of the key role played by technological innovation, with specific reference to the harmonized systems of tools, tests, automation and IT solutions that can simplify and speed up the operation of test laboratories, thus ensuring uniformity, flexibility, operational productivity and confidence. As far as productivity is concerned, a fundamental role is played by the ongoing process for strengthening structures and activities in the Region.

The other factors playing a significant role are the overall reduction of operating costs (which are affected not only by staff and consumables costs, but also by investment in advanced technologies and revision of organizational processes), as well as the reduction of human errors (which are affected by innovative technologies for quality control and for the standardization of the diagnostic process through the middleware enabling us to have a system checked from the pre-analysis to the post-analysis phase). Moreover, the completion of the whole pathway for making a qualitative leap forward

in terms of operational efficiency is closely linked to the staff training, updating and motivation.

Considering the key issue of the value-added hi-tech services offered by the industry, the impact of Self-Verification and Self-Validation Services and of the automatic tools for Quality Control management is regarded as crucial also on operational and clinical efficacy, also in view of improving the clinical-laboratory interface.

The benchmark and performance evaluation dashboards using the new cloud-based Business Intelligence tools are regarded as an essential tool for supporting health and clinical decisions, also in view of regional planning: yet it is recognized that their implementation is practicable only in the medium to long term.

Even with reference to the spreading of the Clinical Decision Support Systems in clinical practice, a medium-long term horizon is envisaged, although their essential role is recognized in the implementation of hospital protocols, in integrated clinical and care pathways (PDTA) and in the hospital-territorial continuity (the first tests show significant improvements of the clinical-laboratory interface).

The availability and use of molecular diagnostic tests is a well-acquired fact in the main laboratories of the region and their fast spreading is foreseen in the short term, as a key factor for implementing the so-called 4Ps Medicine. Some issues, however, remain open such as the risk / benefit profile, appropriateness, the high costs and the clinicians' professional maturity and standing.

The open-minded attitude vis-à-vis global collaboration agreements with the industry for architectural design, system integration and validation services, as well as staff training and support are considered one of the keys to enable Laboratory Medicine to face future challenges. Nevertheless there is clear awareness of a long and complex change management pathway, entailing the adoption of the innovative tools envisaged by the new Procurement Code, which is still scarcely known.

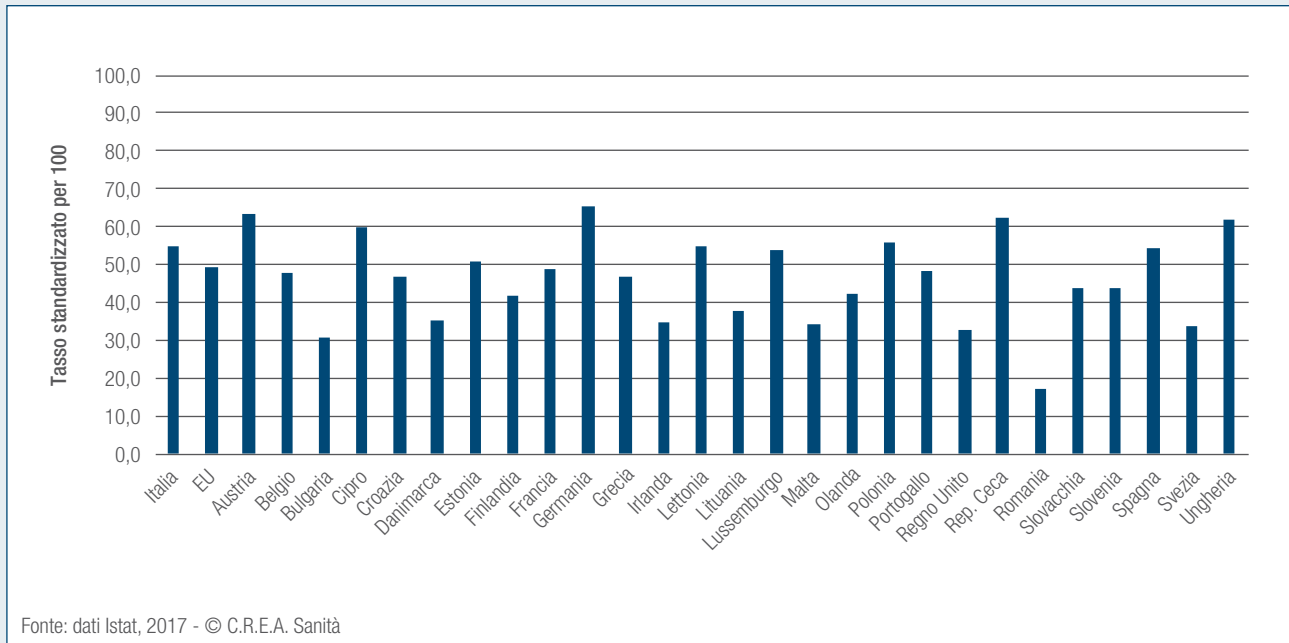
The analysis made has highlighted four policy guidelines, which are useful both for reaching the goals set by Decree 219/2014 issued by the Acting Commissioner for the Lazio region and for generally overcoming the obstacles to the radical change in Laboratory Medicine underway in the other Italian regions:

1. to establish the Coordination Unit of the Hub Direc-

tors of the Region's Laboratory System as a tool for effective and fast implementation of the ongoing reorganization, operational governance and benchmarking processes;

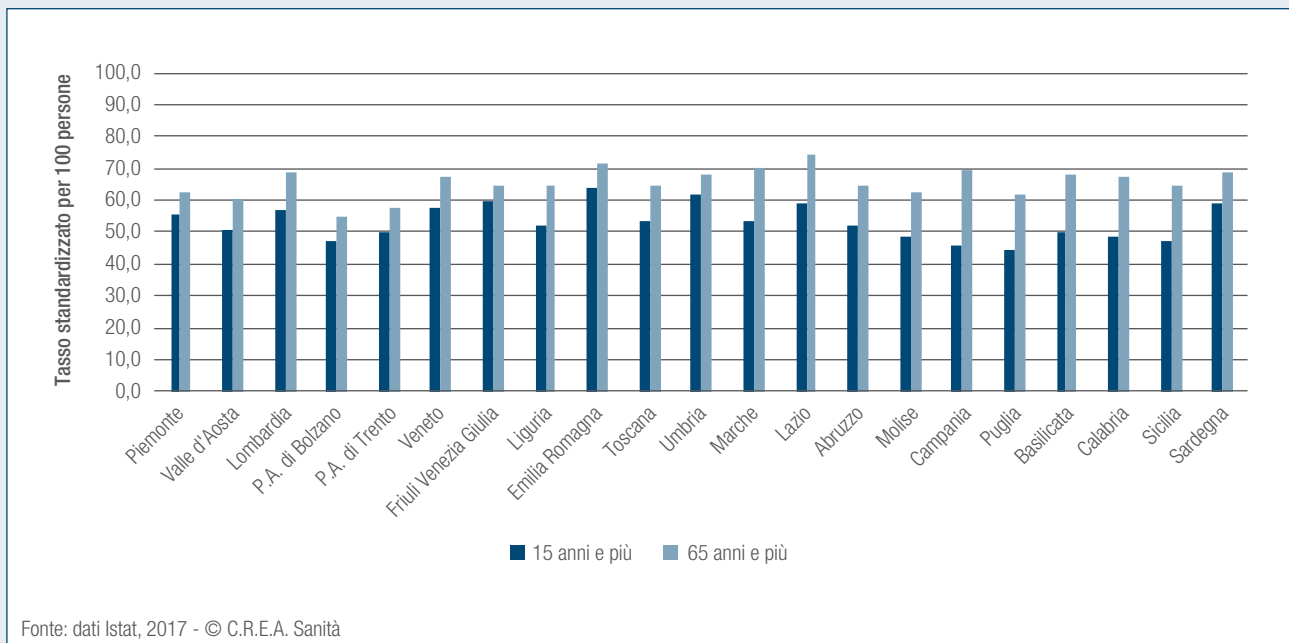
2. to implement the Regional IT Network and the Single Logical Laboratory as the core of the reorganization process in the medium term while, in the short term, actions can be taken on the economy of the single Hub and Spoke networks through the adoption of middleware;
3. to hold regular multidisciplinary clinical-laboratory meetings in the Hub and Spoke networks, by stimulating closer collaboration and know-how sharing, and by raising the issue of prescriptive appropriateness as a preliminary issue;
4. to create an Observatory and a Regional Web Portal on the technological and organizational best practices of the Hub and Spoke Networks, with specific reference to the experiences of excellence in the field of Harmonized Systems, Middleware and Clinical Decision Support Systems, as well as advanced lab-industry partnerships.

KI 8.1. Quota di persone di 15 anni e più che hanno contattato il medico specialista, anno 2015



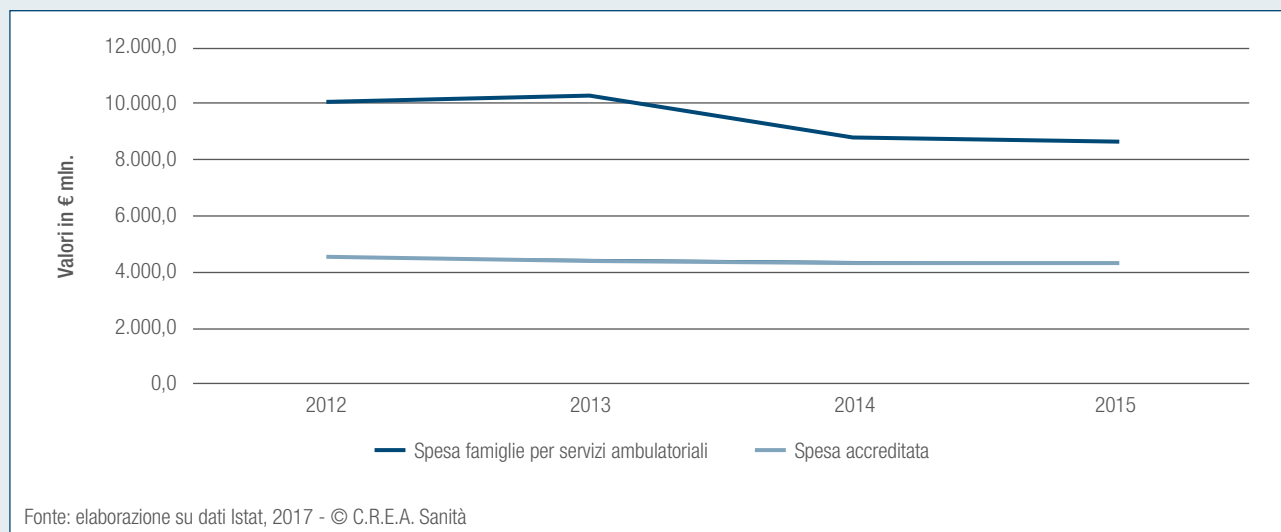
L'analisi degli ultimi dati sul ricorso ai servizi sanitari resi disponibili dall'Istat nell'ambito dell'*Indagine Heis 2015* ha evidenziato che nell'EU, durante il 2015, metà della popolazione ha contattato un medico specialista; in Italia, invece, l'incidenza dei contatti con lo specialista è maggiore e pari a circa 55 persone ogni 100. Ben al di sopra del valore medio dell'EU si sono collocati Paesi come l'Austria, la Germania, Cipro, la Repubblica Ceca e l'Ungheria; all'opposto si trova la Romania dove l'indicatore analizzato si è fermato al 17,1.

KI 8.2. Quota di persone di 15 anni e più e 65 anni e più che hanno contattato il medico specialista, anno 2015



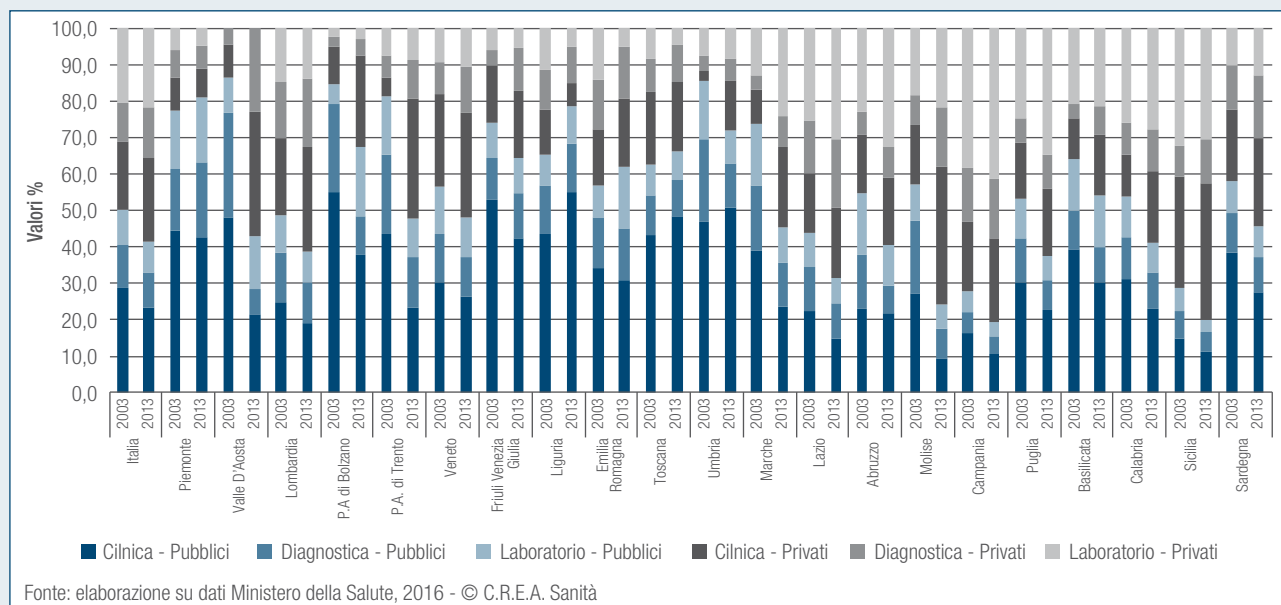
L'analisi ha evidenziato che l'incidenza dei contatti è maggiore nelle Regioni nord-orientali ed in quelle centrali: ad esempio in Emilia Romagna e in Umbria sono oltre 60 le persone su 100 (sempre con età pari o superiore a 15 anni) che hanno contattato uno specialista. L'incidenza aumenta ovviamente con l'età: fra gli *over 65*, l'indicatore ha assunto i suoi valori massimi nelle Regioni centro-settentrionali, con l'Emilia Romagna che arriva al 71,6% e il Lazio al 74,0%.

KI 8.3. Spesa delle famiglie per servizi ambulatoriali



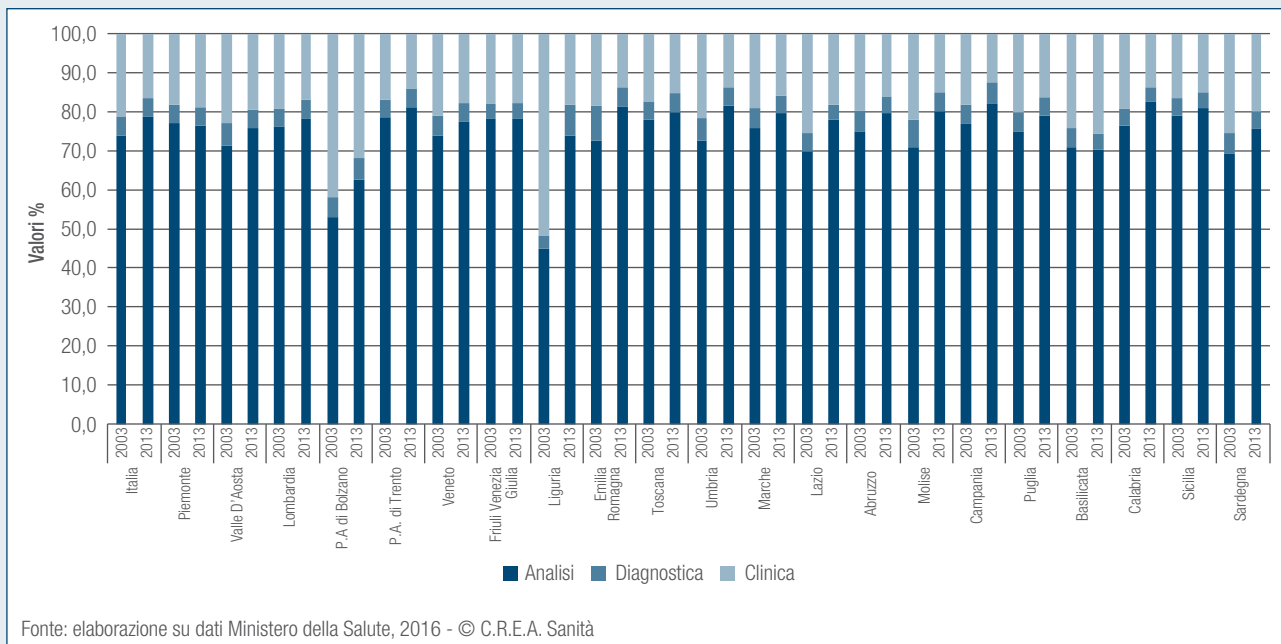
La spesa privata delle famiglie, al netto della spesa per cure odontoiatriche, a partire dal 2014 ha riportato una “battuta di arresto” piuttosto significativa: è diminuita del 14,4% tra il 2013 ed il 2014 e del 2,3% tra il 2014 ed il 2015 fermandosi a € 8,6 mld. nel 2015. La spesa sostenuta dal SSN per acquistare prestazioni nelle strutture accreditate nel periodo analizzato è sempre diminuita: -3,0% tra il 2012 ed il 2013, -1,8% tra il 2013 ed il 2014 e -0,3% tra il 2014 ed il 2015.

KI 8.4. Ambulatori e laboratori per tipologia di prestazione



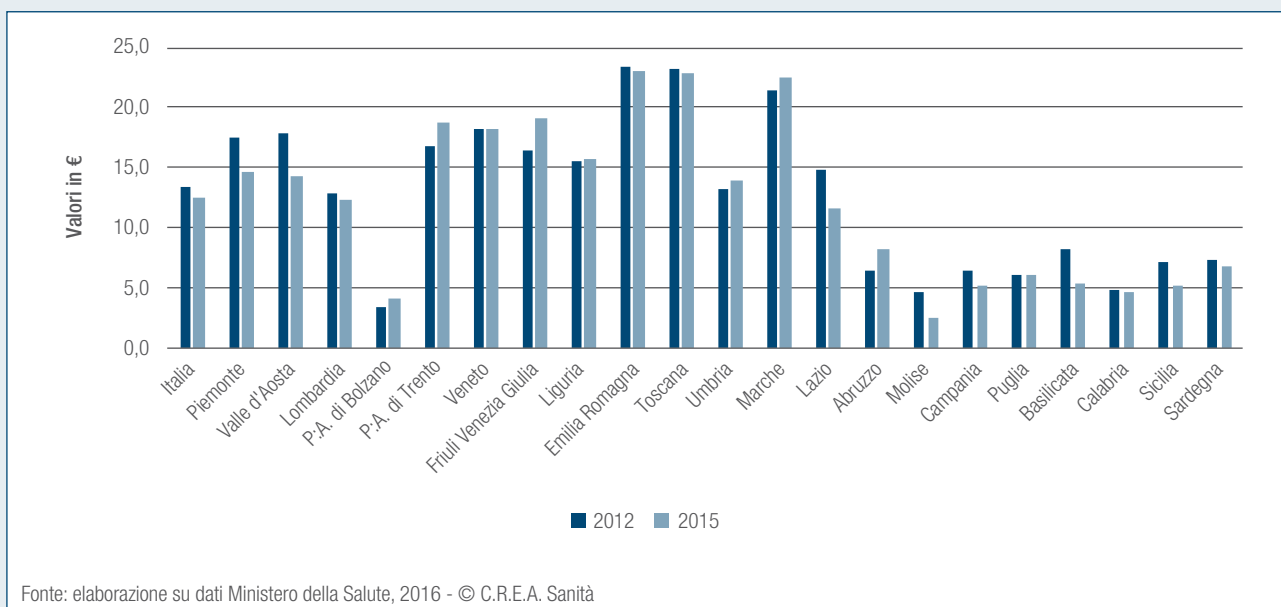
Gli ambulatori e laboratori che erogano prestazioni specialistiche possono essere classificati in base alla tipologia di prestazioni erogate tenendo presente che la medesima struttura può erogare prestazioni specialistiche appartenenti a più branche. In particolare, le prestazioni erogate possono essere di laboratorio, clinica e diagnostica. Nello specifico, del totale degli ambulatori e laboratori circa la metà sono pubblici e il 23,4% eroga prestazioni di clinica, il 9,7% prestazioni di diagnostica e, infine, l'8,2% analisi di laboratorio. In Liguria del totale degli ambulatori e laboratori oltre il 55,0% è pubblico ed eroga prestazioni di clinica; segue l'Umbria con il 50,8% e la Toscana con il 48,4%. All'opposto Molise e Campania, dove solamente il 9,5% ed il 10,6% del totale delle strutture sono pubbliche che erogano prestazioni di clinica. In Piemonte il 20,4% del totale delle strutture è pubblico ed esegue prestazioni di diagnostica; all'opposto la Sicilia con il 5,4%. Nella P.A. di Bolzano del totale degli ambulatori e laboratori il 18,9% è pubblico ed esegue analisi di laboratorio; segue il Piemonte con il 18,1%. All'opposto Campania e Sicilia con il 3,8% la prima ed il 3,4% la seconda. In Molise, invece, il 38,0% del totale degli ambulatori e laboratori è accreditato e offre prestazioni di clinica; segue la Sicilia con il 37,3%. All'opposto la Liguria e il Piemonte dove solamente il 6,4% ed il 9,1% del totale delle strutture è accreditata e offre prestazioni di clinica. In Valle d'Aosta e Lombardia, invece, il 22,8% ed il 19,0% delle strutture è accreditato e offre prestazioni di diagnostica; all'opposto la P.A. di Bolzano e l'Umbria con il 4,5% ed il 6,1%. Infine, in Campania e Puglia oltre il 40,0% e oltre il 34,0% delle strutture sono accreditate ed eseguono analisi di laboratorio; sul fronte opposto la Valle d'Aosta.

KI 8.5. Prestazioni aggregate per tipologia



È possibile aggregare le prestazioni in tre branche. In particolare, si identificano prestazioni di analisi, diagnostica e clinica. Nel 2013, in tutte le Regioni la maggior parte delle prestazioni erogate è rappresentata da quelle relative alle analisi. La Regione nella quale prevalgono le prestazioni di analisi è stata la Calabria con l'82,7%; all'estremo opposto la P.A. di Bolzano nella quale il 62,7% delle prestazioni erogate nel 2013 appartiene alla branca delle analisi di laboratorio. La Liguria è la Regione con la più alta quota di prestazioni diagnostiche (7,8%), mentre sul lato opposto si colloca la Calabria dove solamente il 3,6% del totale delle prestazioni erogate appartiene alla branca della diagnostica. Sul fronte della clinica, invece, si va dal massimo della P.A. di Bolzano (31,9%) al minimo della Calabria (12,5%).

KI 8.6. Attività di intramoenia: ricavi



Nel 2015 i ricavi pro-capite generati dall'attività di intramoenia sono stati molto più elevati nelle Regioni centro-settentrionali rispetto a quelle meridionali, a conferma che l'intramoenia è poco influenzata dall'efficienza dei SSR ma molto dipendente dalla capacità di reddito dei residenti nelle diverse Regioni. Inoltre, Molise, Basilicata e Sicilia sono le Regioni che tra il 2012 ed il 2015 hanno riportato le contrazioni più consistenti: -46,8% la prima, -35,3% la seconda ed, infine, -26,3% la terza. Di contro, l'Abruzzo, la P.A. di Bolzano e il Friuli Venezia Giulia hanno dato, nel periodo analizzato, un maggior impulso all'attività di intramoenia.



A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to healthcare and economics.

# Capitolo 9

## Assistenza farmaceutica

### *Pharmaceutical care*

#### 9a. Governance farmaceutica e innovazione

##### *English Summary*

#### 9b. Processi e tempistiche del percorso autorizzativo dei farmaci innovativi

##### *English Summary*

##### *Key Indicators*



## CAPITOLO 9

### Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica è storicamente un elemento chiave nel dibattito di politica sanitaria, di cui attualmente rappresenta un fattore assolutamente chiave: la rapidità dell'innovazione e il crescente impatto sui bilanci dei sistemi sanitari ha, infatti, messo in crisi l'attuale *governance* del settore.

Per individuare elementi utili alla definizione di una nuova *governance*, il capitolo ha come obiettivo principale quello di analizzare le politiche sull'innovazione.

Il primo contributo (Capitolo 9a) inizia fotografando lo stato dell'arte del settore, fornendo una analisi dei principali dati che sintetizzano l'andamento della spesa farmaceutica e le sue criticità, a livello nazionale e regionale.

A seguire, il contributo si dedica all'analisi delle barriere all'accesso che incontra l'innovazione, barriere intese come diffusione in termini di spesa e di

quantità consumate dei farmaci di nuovo inserimento in prontuario.

L'analisi è condotta a livello regionale, confrontando livelli e velocità di diffusione dei farmaci come sopra indicati, a livello dei singoli sistemi sanitari regionali.

Il secondo contributo (Capitolo 9b) è, invece, dedicato ad un altro elemento chiave, in termini di accesso al mercato dell'innovazione: nello specifico, all'efficienza dei processi di approvazione dei farmaci. Il contributo è, quindi, dedicato a valutare i tempi di approvazione dei farmaci, analizzando sia il processo a livello internazionale (presso l'Agenzia Europea del Farmaco), sia a livello nazionale (AIFA): per effettuare l'analisi è stata implementata una apposita banca dati, che ha permesso di analizzare l'evoluzione dei processi di approvazione, negoziazione e accesso al mercato, e che permetterà in prospettiva di continuare nel tempo a monitorare il fenomeno.

## Pharmaceutical care

*Pharmaceutical care is traditionally a key factor in the health policy debate, that currently assumes an absolutely crucial role: in fact, the speed of innovation and its growing impact on the health system budgets, have triggered a crisis in the current governance of the sector.*

*With a view to identifying useful aspects to define a new governance, the chapter focuses its analysis on innovation policies.*

*Chapter 9a takes stock of the state of the art in the sector, by analysing the main data summarizing the pharmaceutical expenditure trends and its problematic aspects both at national and regional levels.*

*An analysis is also made of the barriers to access innovation - barriers regarded as spreading of the drugs recently included in the Pharmaceutical Formulary in*

*terms of regional expenditures and quantities consumed.*

*The analysis is conducted by comparing the drug spreading levels and pace, as mentioned above, for the individual regional healthcare systems.*

*Conversely, Chapter 9b is devoted to another key factor in terms of innovation access to the market: namely the efficiency of the drug approval processes. Hence it is devoted to assess the drug approval duration, by analysing both the international process (the European Medicine Agency) and the national level (AIFA). The analysis has been carried out by implementing a specific database which has allowed to focus on the evolution of the approval, negotiation and market access processes, and, in the future, will enable us to keep on monitoring the phenomenon over time.*

## CAPITOLO 9a

### Governance farmaceutica e innovazione

*Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>*

#### 9a.1. L'andamento della spesa farmaceutica

La spesa netta pro-capite per farmaci in Italia, nel 2016, risulta pari a € 470,5, con un incremento di € 9,0 (1,9%) rispetto al 2015.

La spesa pubblica è aumentata nell'ultimo anno del 3,5%, quella privata si è ridotta del 2,3%.

Considerando l'ultimo quinquennio gli incrementi medi annui sono pari rispettivamente al 2,9% per la spesa pubblica e all'1,3% per la spesa privata.

La spesa complessiva è pari a € 28.545,4 mln. di cui € 20.360,4 mln. di spesa pubblica (71,3%) e il restante 28,7%, € 8.185,0 mln., di spesa privata (Tabella 9a.1 - Rapporto OsMed-AIFA).

L'incidenza della spesa pubblica nell'ultimo quinquennio si è incrementata di 1,7 punti percentuali.

Nell'ultimo anno, il 40,6% della spesa pubblica è assorbita dai farmaci distribuiti mediante le farmacie in convenzione, il 27,5% da quelli di Classe A erogati in

distribuzione diretta dagli ospedali (DD) o dalle farmacie per conto di essi (DPC) e il 31,9% dai restanti farmaci erogati da ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti e centri di riabilitazione pubblici (RIA) e istituti penitenziari.

La cosiddetta spesa convenzionata, al netto delle compartecipazioni, nell'ultimo anno è risultata pari a € 8.268,0 mln., in riduzione del 2,5% rispetto all'anno precedente, mentre la spesa per farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, al netto di quella di Classe A erogata in forma diretta o per conto, è stata di € 6.487,4, in crescita del 3,3% nell'ultimo anno.

La distribuzione diretta è cresciuta del 12,9%, e quella "per conto" del 7,4%: in queste voci confluisce evidentemente una parte di spesa "ospedaliera", di fatto implicando una "sottostima" dell'incremento della stessa.

Considerando l'ultimo quinquennio le variazioni medie annue sono pari rispettivamente a -3,8% per la spesa convenzionata, +6,3% per la spesa delle strutture pubbliche al netto di DD e DPC, e +14,6% per la distribuzione diretta e per conto (Figura 9a.1).

**Tabella 9a.1. Spesa farmaceutica in Italia, € mln.**

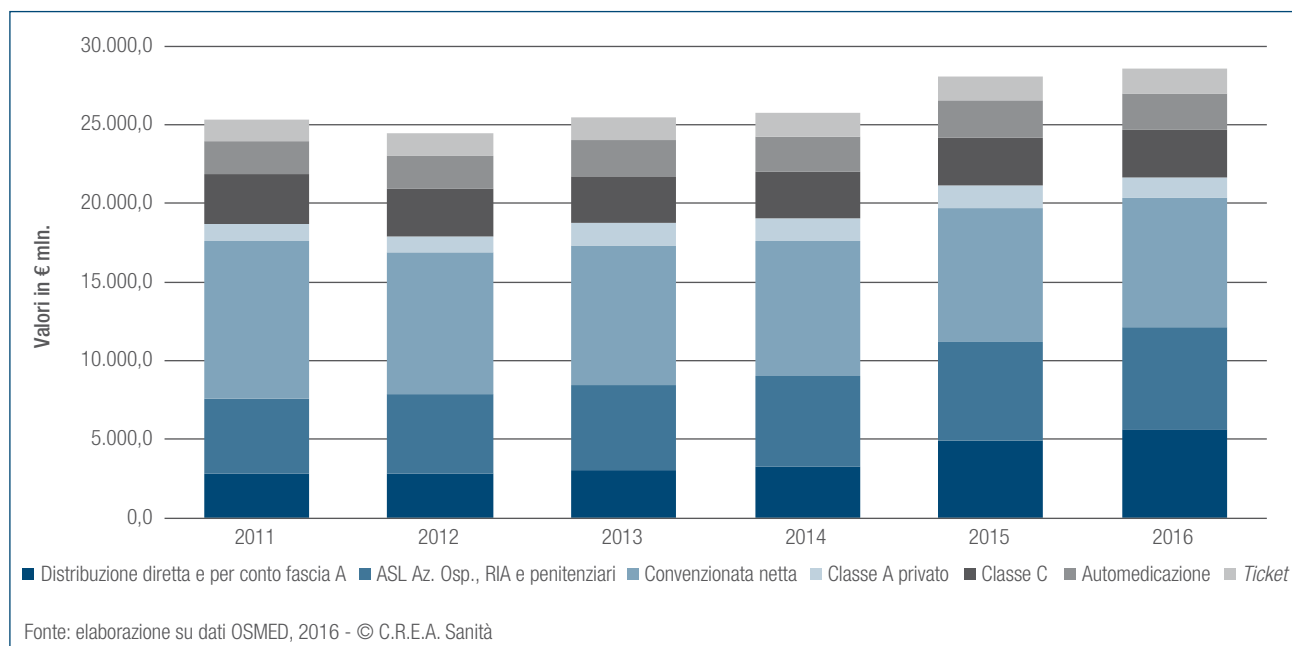
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Convenzionata netta	10.023,0	8.986,0	8.863,0	8.598,0	8.477,0	8.268,0
Distribuzione diretta e per conto fascia A	2.832,0	2.837,0	3.003,0	3.250,0	4.921,0	5.605,0
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari	4.774,0	5.055,0	5.421,0	5.745,0	6.282,0	6.487,4
Classe A privato	1.026,0	1.027,0	1.468,0	1.442,0	1.487,0	1.309,0
Classe C	3.207,0	3.000,0	2.985,0	2.937,0	2.997,0	3.014,0
Automedicazione	2.113,0	2.125,0	2.278,0	2.269,0	2.375,0	2.322,0
Ticket	1.337,0	1.406,0	1.436,0	1.500,0	1.521,0	1.540,0
Spesa totale	25.312,0	24.436,0	25.454,0	25.741,0	28.060,0	28.545,4
Spesa pubblica	17.629,0	16.878,0	17.287,0	17.593,0	19.680,0	20.360,4
Spesa territoriale pubblica	12.855,0	11.823,0	11.866,0	11.848,0	13.398,0	13.873,0
Farmaci rimborsabili (Pub.+A privata)	18.655,0	17.905,0	18.755,0	19.035,0	21.167,0	21.669,4
Spesa privata	7.683,0	7.558,0	8.167,0	8.148,0	8.380,0	8.185,0

Fonte: elaborazione su dati OSMED, 2016 - © C.R.E.A. Sanità

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Figura 9a.1. Composizione spesa farmaceutica totale



Appare opportuno segnalare che il dato non rappresenta la spesa di competenza in quanto non viene considerato il *pay back*.

La spesa privata si compone per il 16,0% da farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie, per il 36,8% dalla spesa per farmaci di Classe C, per il 28,4% dalla spesa per automedicazione e per il restante 18,8% dalle compartecipazioni alla spesa dei cittadini.

La spesa di Classe A privata, nello specifico, è pari nel 2016 a € 1.309,0, e risulta in riduzione del 12,0% rispetto all'anno precedente; quella per Classe C a € 3.014,0 in aumento dello 0,6%; e quella per automedicazione pari a € 2.322,0 risulta in riduzione del 2,2% rispetto all'anno precedente; infine le compartecipazioni dei cittadini sommano a € 1.540,0, risultando in aumento dell'1,2%.

Considerando l'ultimo quinquennio gli incrementi medi annui sono stati pari rispettivamente a +5,0% per la spesa Classe A privato, +1,9% per la spesa per Automedicazione, +2,9% per le compartecipazioni, mentre si è ridotta la spesa Classe C (-1,2%).

Il "congelamento" della crescita della spesa farmaceutica registratosi fino al 2014, ottenuto grazie alla compensazione delle sue due principali componenti (territoriale e ospedaliera), nel 2015 vede, quindi, una soluzione di continuità.

In particolare, la spesa per la distribuzione diretta e per conto per farmaci di Classe A è aumentata in maniera considerevole (+51,4% tra il 2014 e il 2015 e +13,9% tra il 2015 e il 2016), a fronte di una riduzione contenuta sul fronte della spesa convenzionata netta (-1,4% tra il 2014 e il 2015 e -2,5% nell'ultimo anno) (Figura 9a.2).

Nel complesso, quindi, la spesa territoriale pubblica che, negli ultimi anni, aveva fatto osservare una sostanziale stabilità, facilmente spiegabile con le politiche dei tagli dei prezzi e, principalmente, con l'ondata delle "genericazioni", ha anch'essa mostrato una tendenza alla crescita anche se meno marcata rispetto all'anno precedente (+3,5% tra il 2014 e il 2015 e +13,1% tra il 2015 e il 2016).

Sul fronte dei farmaci ad uso ospedaliero, erogati dalle strutture del SSN (ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e istituti penitenziari), dove si concentra ormai in modo pressoché esclusivo l'accesso dei farmaci innovativi, la spesa è ulteriormente aumentata del 3,3% (era aumentata tra il 2014 e il 2015 del 9,3%).

Sul fronte della spesa privata osserviamo, come sopra cennato, che la riduzione nell'ultimo anno è stata determinata dal decremento della spesa per i medicinali di Classe A privata (-12,0%) e di quelli di automedicazione (-2,2%); risulta invece in aumento la spesa per l'acquisto di medicinali di fascia C (+0,6%) e la spesa

Figura 9a.2. Andamento spesa farmaceutica pubblica

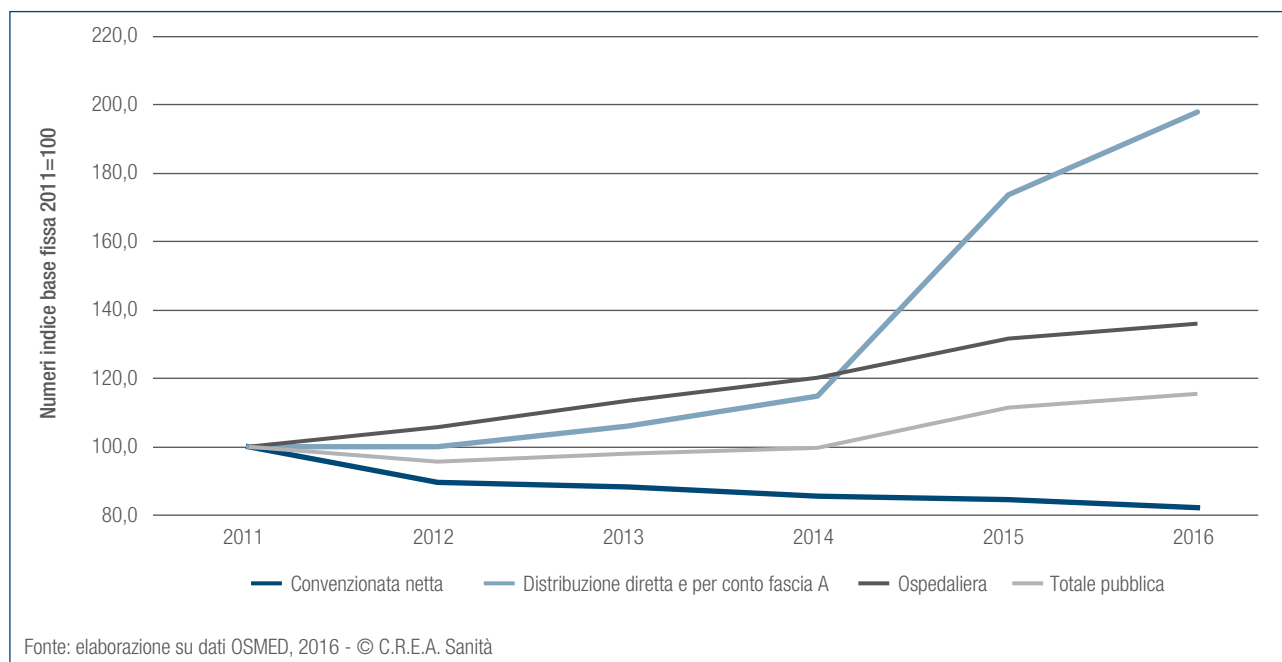
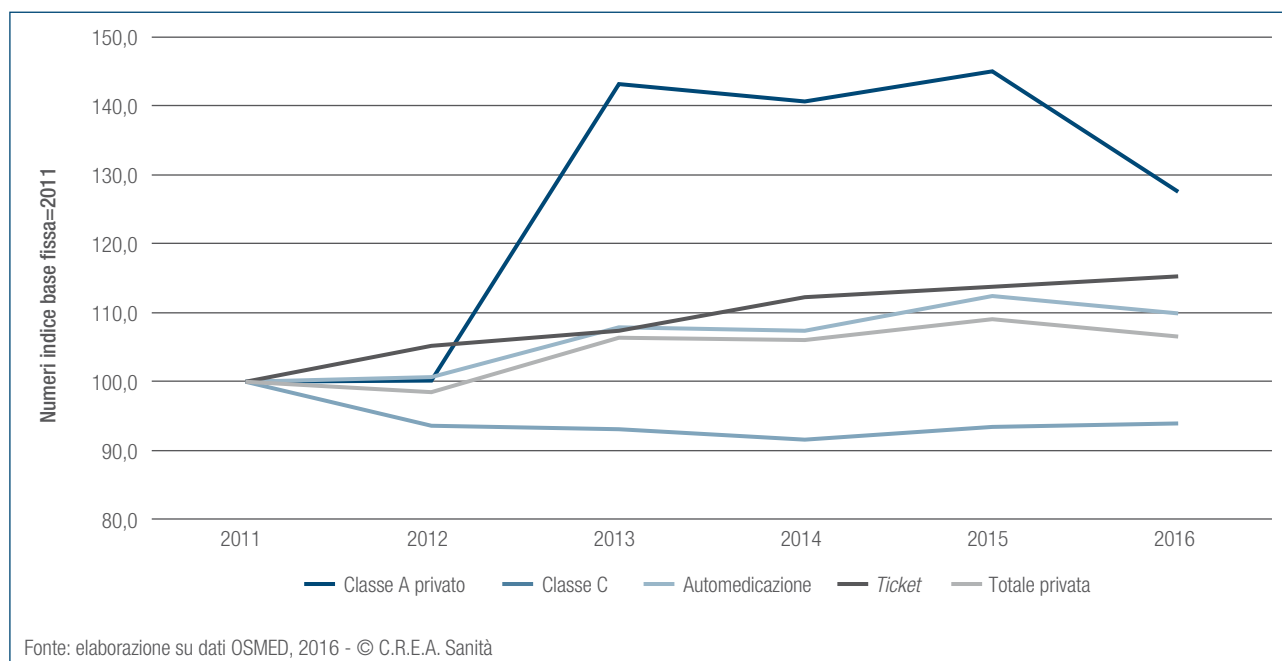


Figura 9a.3. Andamento spesa farmaceutica privata



per la compartecipazione da parte del cittadino (+1,2%) (Figura 9a.3).

Si noti che nelle compartecipazioni è compreso anche il differenziale di costo dei farmaci *off patent* rispetto al prezzo di riferimento degli equivalenti; nel 2016, il 33,6% della spesa per compartecipazione è relativo al *ticket* sulla ricetta ed il restante 66,4% alla quota relativa

al differenziale sul prezzo di riferimento. Nello specifico, le compartecipazioni ammontano, nel 2016, a € 1.540 mln. (€ 25,4 annui pro-capite).

Nell'ultimo anno considerato, la spesa sostenuta dai cittadini per il *ticket* fisso per ricetta tende a ridursi (-1,1%), viceversa aumenta la spesa sostenuta per la quota relativa al differenziale sul prezzo di riferimento

(+2,2%). Sembra opportuno rimarcare che la quota eccedente il prezzo di riferimento viene pagata non solo tra farmaco equivalente ed *originator* ma anche, eventualmente, tra due equivalenti, e quindi non è attribuibile completamente alla scarsa propensione (specialmente in alcune Regioni meridionali) ad usare i farmaci equivalenti.

## 9a.2. L'andamento della spesa farmaceutica regionale

A livello regionale, la spesa farmaceutica pubblica (al netto del *pay back* e del fondo farmaci innovativi) registra valori più elevati in Sardegna (€ 351,6 pro-capite), Abruzzo (€ 326,0 pro-capite) e Puglia (€ 323,2 pro-capite), e inferiori nelle PP.AA. di Bolzano e Trento (rispettivamente € 235,1 e € 239,8 pro-capite) e Valle d'Aosta (€ 249,6 pro-capite) (Figura 9a.4).

Le differenze di spesa fra le due Regioni "estreme" raggiungono € 116,5 (33,1%).

Solamente le due PP.AA. di Trento e Bolzano, la Valle d'Aosta e il Veneto, sono al di sotto del tetto del 14,85% del Fondo Sanitario Nazionale.

Le Regioni che sfiorano il tetto in misura maggiore sono la Sardegna (€ 85,4 pro-capite pari al 32,1% del

tetto) e la Puglia (€ 56,5 pro-capite pari al 21,2% del tetto).

Si consideri che i risultati esposti dipendono anche dalla consistenza del ricorso da parte dei cittadini all'acquisto *Out of Pocket* e dai livelli di compartecipazione.

## 9a.3. L'accesso al mercato dei "nuovi" farmaci

Si è dedicato un approfondimento ad hoc all'accesso al mercato dei farmaci entrati in commercio in Italia più di recente (tra il 2014 e il 2016).

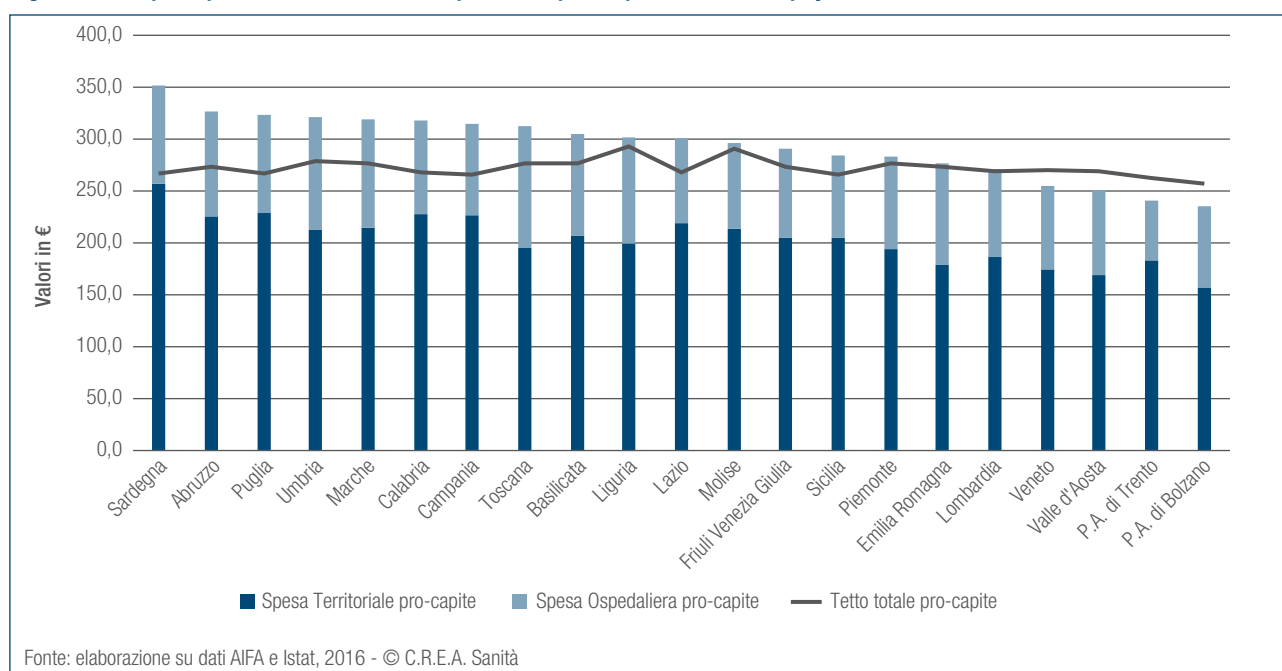
L'analisi prende in considerazione:

- Livelli di spesa;
- Consumi;
- Categoria ATC;
- Canale di distribuzione.

L'analisi è stata svolta utilizzando dati di spesa e di quantità vendute relativi al biennio 2015-2016; in particolare, sono stati presi in considerazione tutti gli 88 farmaci commercializzati per la prima volta negli ultimi 3 anni (2014, 2015 e 2016).

Nei confronti tra il 2015 e il 2016, ci si riferisce però ai soli 55 farmaci consumati nel 2014 e/o il 2015 in almeno una Regione.

Figura 9a.4. Spesa pubblica territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del *pay back*, anno 2016





## Spesa

La Figura 9a.5 mostra la spesa totale riferita a tutti i farmaci considerati nell'analisi, relativa agli anni 2015-2016.

La spesa per farmaci "nuovi" nei due anni considerati (2015 e 2016) risulta rispettivamente uguale € 2,2 mld. e € 3,4 mld., pari al 7,6% della spesa farmaceutica totale nel primo anno (10,7% se calcolato sulla sola spesa farmaceutica pubblica) e all'11,6% nel secondo (16,0% se calcolato sulla sola spesa farmaceutica pubblica).

La spesa nominale annua è quindi cresciuta di circa € 1,2 mld., pari al 51,5%.

L'incidenza sulla spesa totale, negli anni considerati, è quindi aumentata di 4,0 punti percentuali mentre quella sulla spesa pubblica di 5,3 punti percentuali.

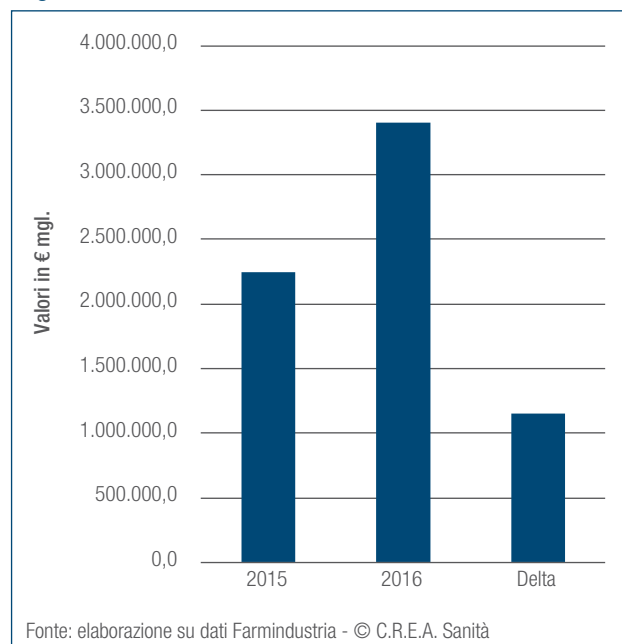
Anche in questo caso si tratta di spesa al lordo del *pay back* (di cui la quota dominante è legata ai farmaci anti-epatite) e dei *Managed Entry Agreements*.

In Figura 9a.6 si riporta la composizione in termini percentuali della spesa per classe ATC.

Si evince come la categoria ATC J (Antimicrobici generali per uso sistemico) rappresenti circa l'81,3% della spesa totale per nuovi farmaci nel 2016, seguita, a distanza, dalla categoria L (13,6%) (Farmaci antineoplastici e immunomodulatori). Quindi le prime due categorie ATC sommano circa il 94,9% della spesa totale per nuovi farmaci.

Nel biennio considerato cresce l'impatto dei farmaci

**Figura 9a.5. Spesa relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015**



della classe ATC L (5,7 punti percentuali), mentre decresce l'impatto della classe ATC J (-7,1 punti percentuali).

Passando al dettaglio regionale la spesa pro-capite maggiore si registra nelle Regioni del Sud: Puglia (€ 55,4 nel 2015 e € 76,7 nel 2016), Campania (€ 42,9 nel 2015 e € 76,0 nel 2016) e Sardegna (€ 44,5 nel 2015 e € 70,6 nel 2016). Tutte le Regioni del Nord fanno registrare una

**Figura 9a.6. Composizione della spesa relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015**

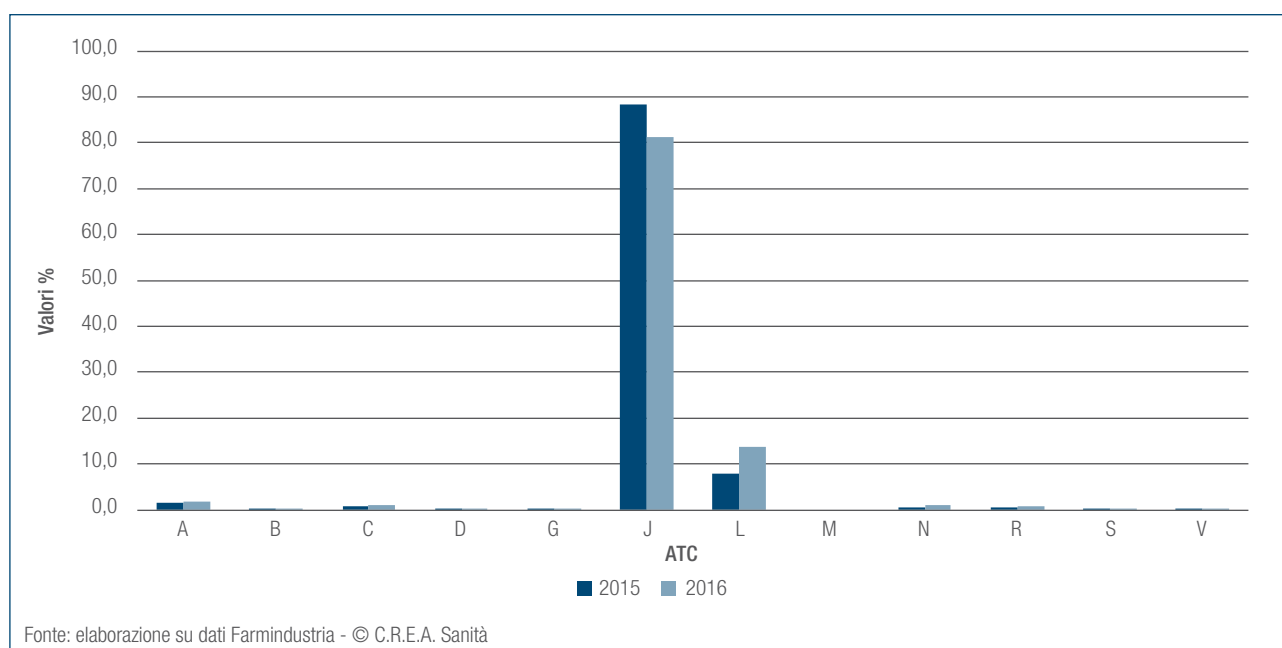


Figura 9a.7. Spesa pro-capite relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015

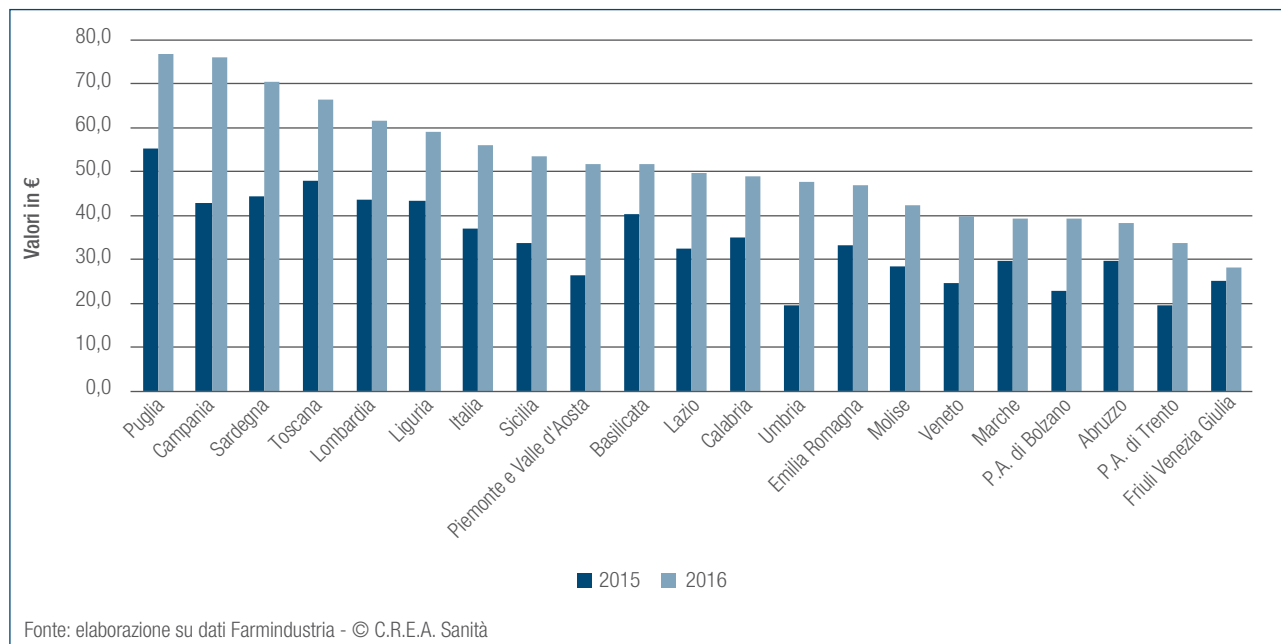
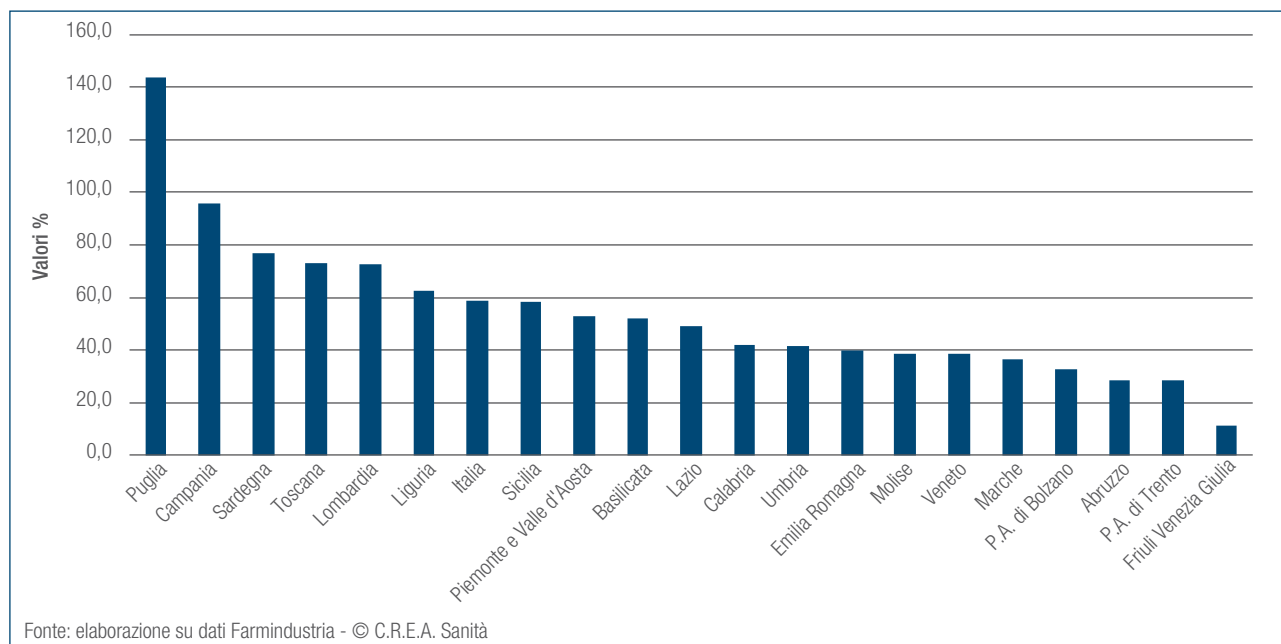


Figura 9a.8. Variazione della spesa pro-capite relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015



spesa pro-capite inferiore: Friuli Venezia Giulia (€ 25,2 nel 2015 e € 28,0 nel 2016) e la P.A. di Trento (€ 19,5 nel 2015 e € 33,6 nel 2016) (Figura 9a.7).

A fronte di una media italiana di € 36,9 nel 2015 e € 56,1 nel 2016, è evidente una forte variabilità regionale pari a 2,8 volte (fra la spesa massima e quella minima) nel 2015 (varianza=95,0) e 2,7 volte nel 2016 (varianza=179,6).

Le Regioni in cui la spesa per farmaci nuovi è cresciu-

ta maggiormente nell'ultimo anno continuano ad essere quelle che, già nel primo anno di osservazione, facevano osservare una spesa più alta: Puglia, Campania e Sardegna. Cresce anche, di oltre il 60%, la spesa in Toscana, Lombardia e Liguria. Le Regioni in cui si faceva osservare una spesa pro-capite minore continuano ad essere "sobrie" anche in termini di crescita nel biennio considerato (Figura 9a.8).

Figura 9a.9. Spesa pro-capite standardizzata relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015

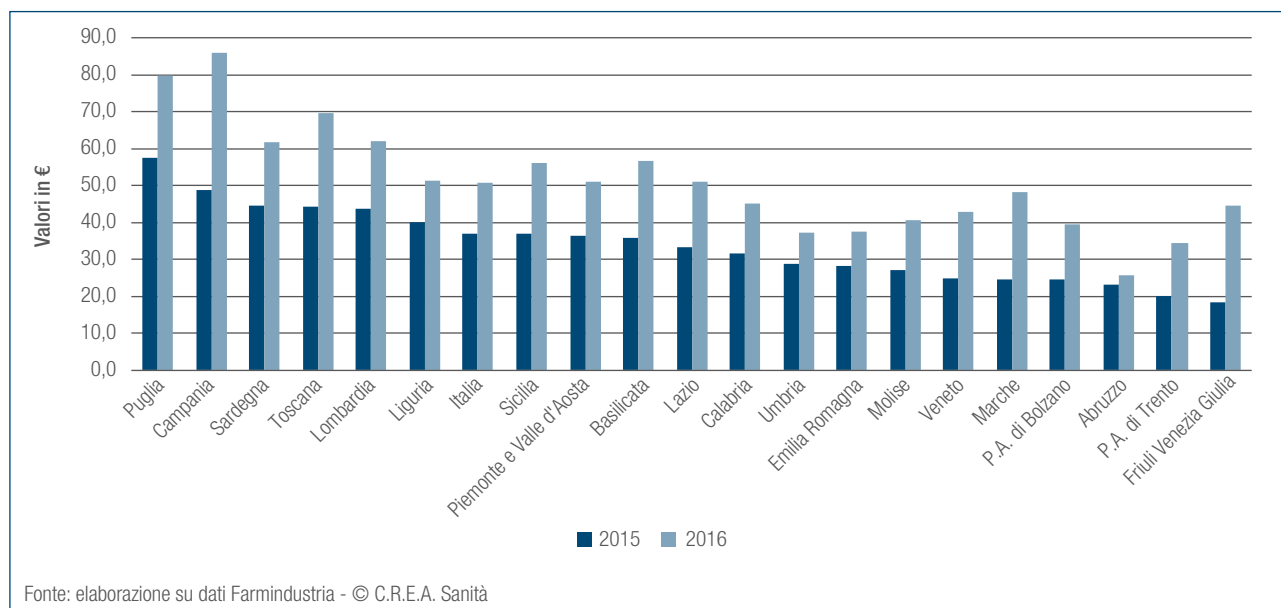
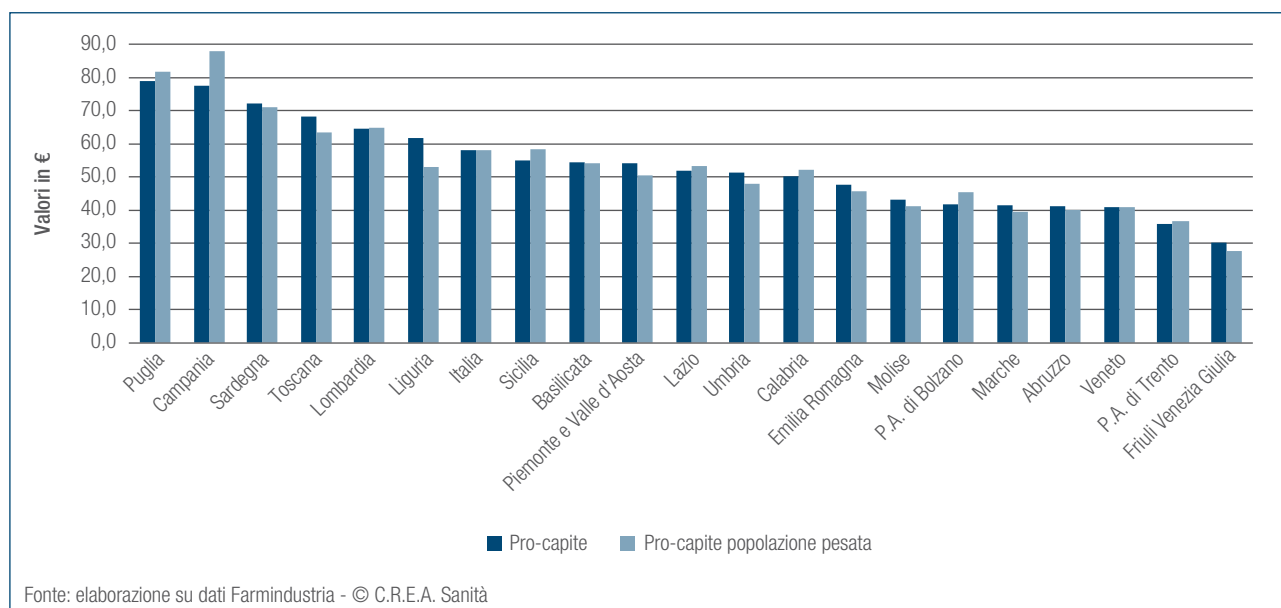


Figura 9a.10. Spesa pro-capite anno 2016 relativa ai nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016



Standardizzando il dato per le caratteristiche demografiche della popolazione, le differenze si accentuano ulteriormente (Figura 9a.9).

Le differenze tra la Regione con spesa massima (Puglia) e quella con spesa minima (Friuli Venezia Giulia), considerando il dato per popolazione pesata, arrivano a 3,2 e 3,3 volte rispettivamente nel 2015 e 2016 (varianza pari a 103,4 e 216,9).

Il dato analizzato ha il limite di non considerare la mobilità. Tuttavia essendo le Regioni con spesa pro-ca-

pite per farmaci “nuovi” più elevata, notoriamente anche Regioni con una forte mobilità passiva, la forbice tra le Regioni con spesa maggiore e quelle con spesa minore tenderebbe ad ampliarsi ulteriormente.

Considerando tutti i farmaci entrati in commercio negli ultimi 3 anni (2014-2016), nel 2016 la spesa pro-capite è pari a € 78,8 in Puglia, seguita dalla Campania (€ 77,6) e dalla Sardegna (€ 72,1), contro € 30,1 del Friuli Venezia Giulia preceduta dalla P.A. di Trento (€ 23,7) e Veneto (€ 41,0) (Figura 9a.10).

La differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima è di 2,6 volte (varianza 179,6) e arriva a 3,2 volte considerando il dato per popolazione standardizzata (varianza 217,4).

**Quantità**

Per quanto riguarda le quantità in Figura 9a.11, si riporta l'aumento in termini di *Counting Units* (CU) vendute negli anni 2015, 2016 ed il relativo differenziale.

Si passa da 30.183,0 mgli. di CU a 59.460,2 mgli., con un aumento di circa 29.277,2 mln., pari al 97,0% (Figura 9a.11).

L'incremento è quindi superiore di 45 punti percentuali rispetto a quello registrato in termini di spesa.

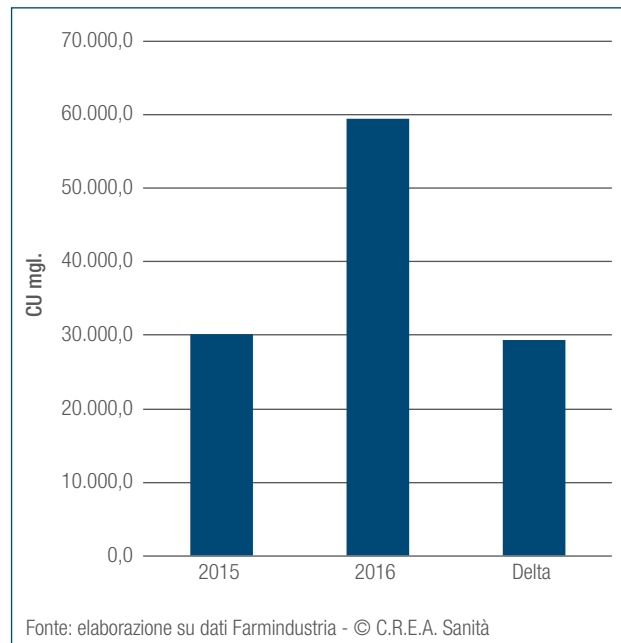
In Figura 9a.12 si riporta la composizione in termini percentuali delle quantità per classe ATC.

Si evince come la categoria ATC R (Sistema respiratorio) rappresenti circa il 38,2% delle quantità totali vendute nel 2016, seguita dalla categoria A (Apparato gastrointestinale e metabolismo) (27,6%) e dalla categoria J (20,25%). Quindi le prime tre categorie ATC sommano circa l'86,0% della quantità totali erogate.

Nel biennio considerato cresce l'impatto dei farmaci della classe ATC A (3,7 punti percentuali) e L (2,9 punti percentuale) mentre decresce l'impatto della classe ATC J (-4,1 punti percentuali) e ATC G (-1,7 punti percentuali).

Passando al dettaglio regionale, i consumi maggio-

**Figura 9a.11. Unità vendute relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015**



ri si registrano nelle Regioni Umbria, Puglia, Marche, Abruzzo e Campania (oltre 1,1 unità pro-capite nel 2016); viceversa P.A. di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna e la P.A. di Trento sono quelle a consumare un numero minore di CU pro-capite (Figura 9a.13).

A fronte di una media Italiana di 0,5 CU pro-capite nel 2015 e di 1,0 CU pro-capite nel 2016, continua a confermarsi una evidente variabilità regionale anche se

**Figura 9a.12. Composizione delle unità vendute relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015**

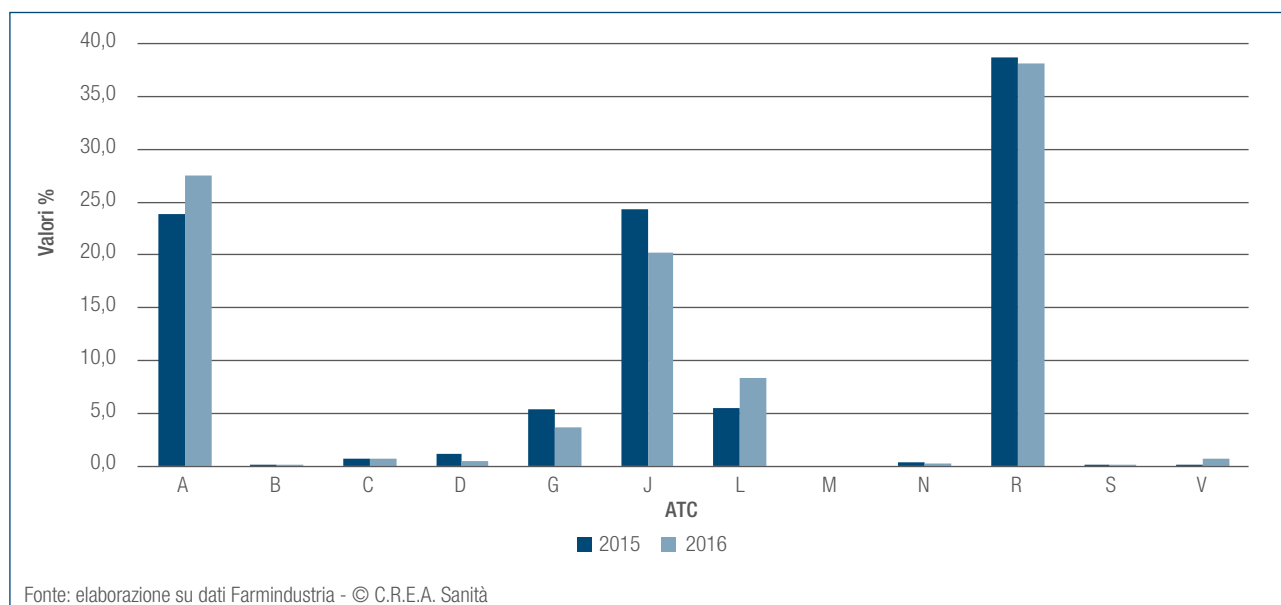


Figura 9a.13. Unità vendute pro-capite relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015

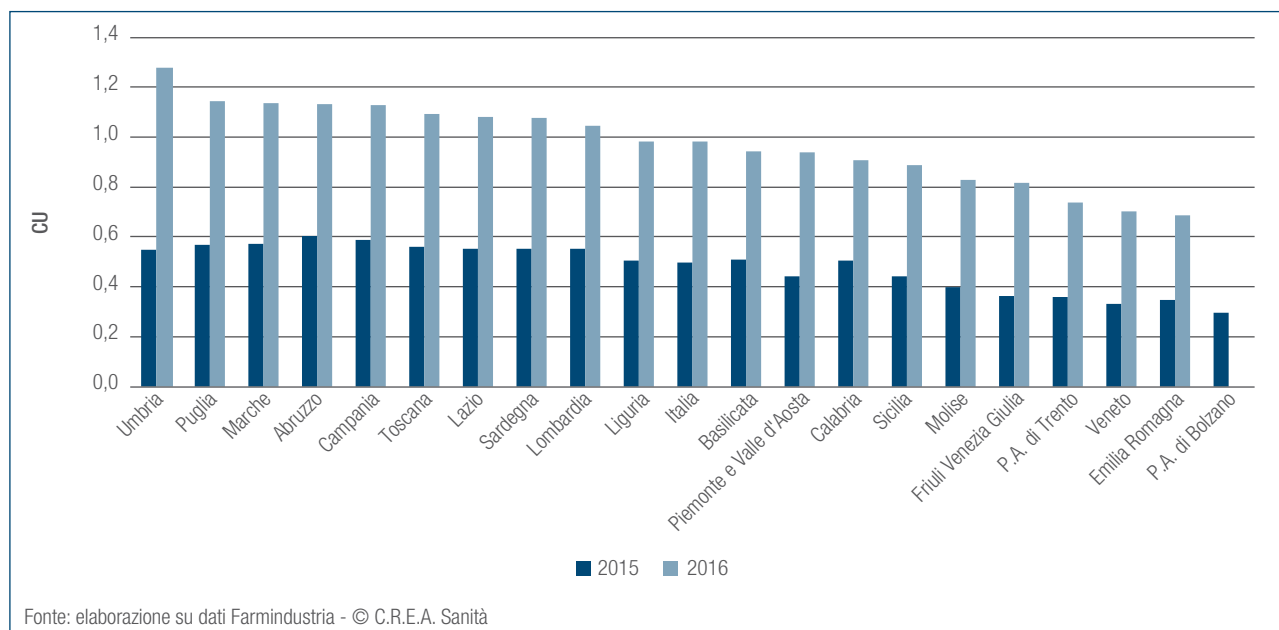
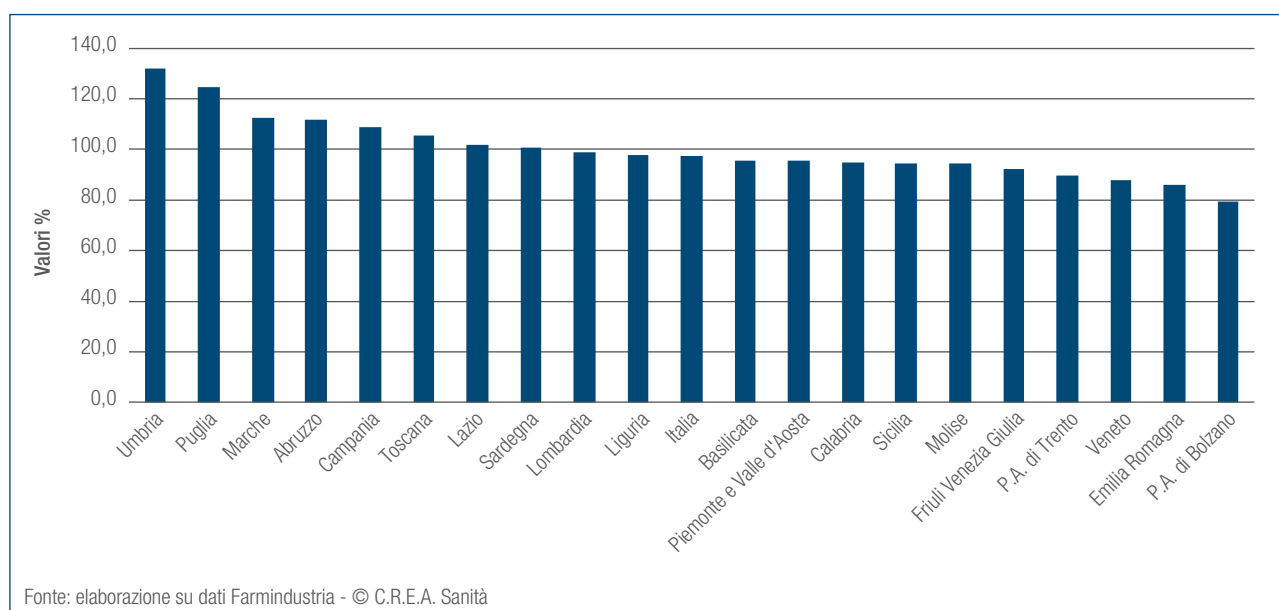


Figura 9a.14. Variazione delle unità vendute pro-capite relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2015



meno netta rispetto a quella osservata per la spesa: pari a 2,0 volte nel 2015 (varianza=0,01) e 2,2 volte nel 2016 (varianza=0,03).

Le Regioni in cui le unità consumate di farmaci nuovi sono cresciute maggiormente nell'ultimo anno sono Umbria, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Piemonte (incremento superiore al 110%); quindi, a parte l'Umbria, quelle che partivano da consumi inferiori (Figura 9a.14).

Analizzando il dato per popolazione standardizzata

non si evidenziano modifiche rilevanti (Figura 9a.15).

Nel 2016, considerando tutti i farmaci entrati in commercio negli ultimi 3 anni (2014-2016), si passa da un consumo pro-capite superiore a 1,5 CU pro-capite in Umbria, Abruzzo e Marche a un consumo minore di 1 in Emilia Romagna, P.A. di Bolzano e Veneto (Figura 9a.16).

La differenza tra la Regione con consumi massimi e quella con consumi minimi di 2,0 volte (varianza 0,06) per entrambi gli anni.

Figura 9a.15. Unità pro-capite standardizzate vendute relative a farmaci commercializzati negli anni 2014-2015

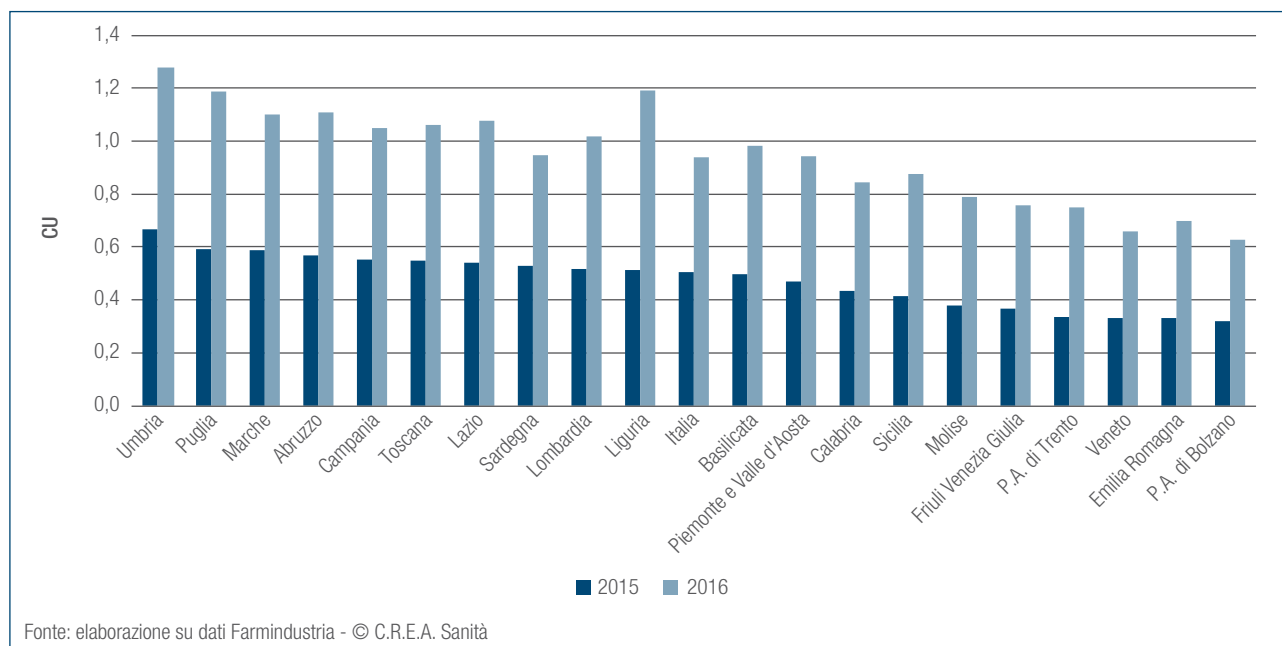
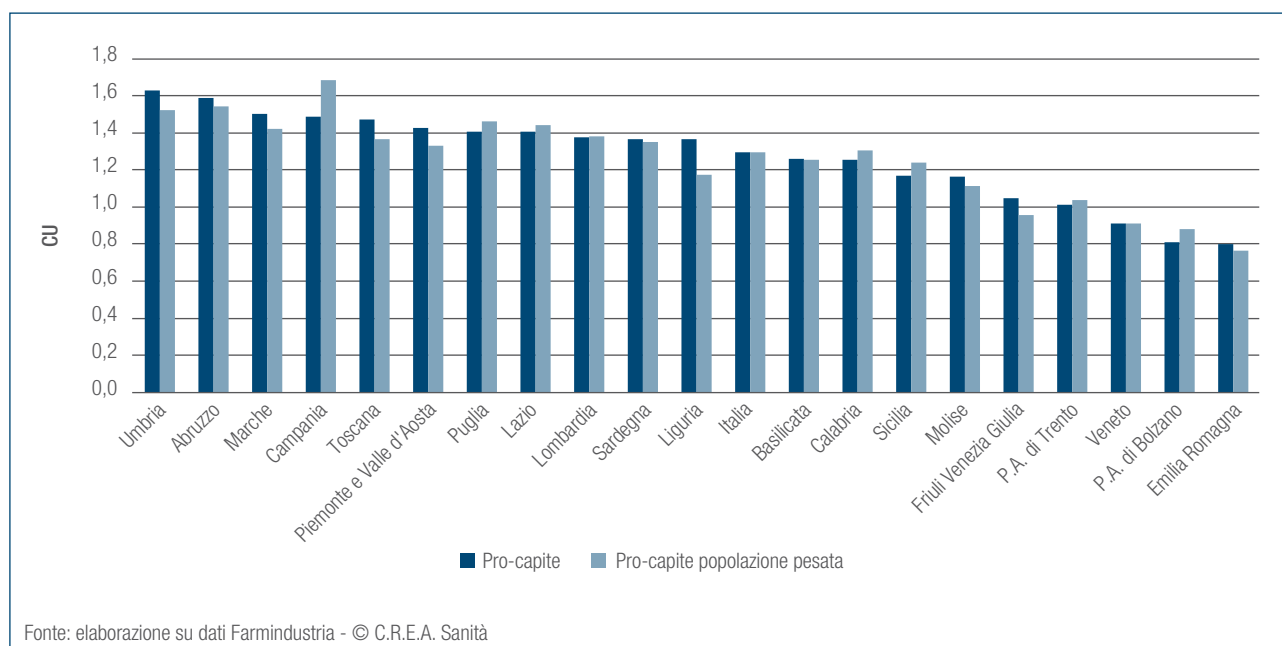


Figura 9a.16. Unità vendute pro-capite anno 2016 relative a nuovi farmaci commercializzati negli anni 2014-2016



### Costo per CU

Dalle informazioni relative alla spesa e alle quantità vendute, si può ricavare il livello e la variazione del costo per CU negli anni considerati.

Il costo per unità è risultato pari in media a € 74,4 nel 2015 e a € 57,2 nel 2016 con un valore massimo che si osserva nell'ATC B (€ 1.134,8) e uno minimo nell'ATC R (€ 1,03) (Figura 9a.17).

In Figura 9a.18 si apprezzano le differenze regionali: l'Emilia Romagna e la P.A. di Bolzano registrano un costo medio per CU pari a circa € 68, seguono Campania, Puglia e Sardegna con un costo superiore a € 65 per unità. In Umbria, Marche, Friuli Venezia Giulia e Abruzzo il costo per unità è inferiore a € 38.

Si osserva quindi un consumo molto inferiore nelle Regioni settentrionali, e in particolare nella P.A. di Bolza-

Figura 9a.17. Costo medio per unità venduta per ATC

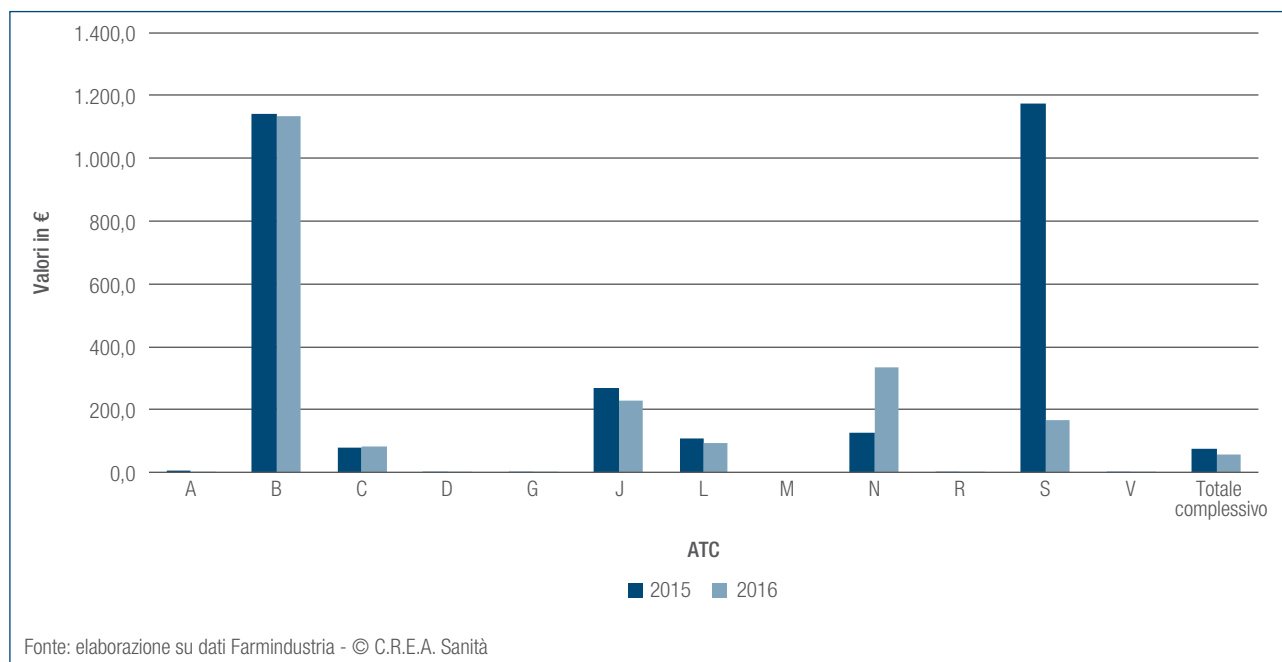
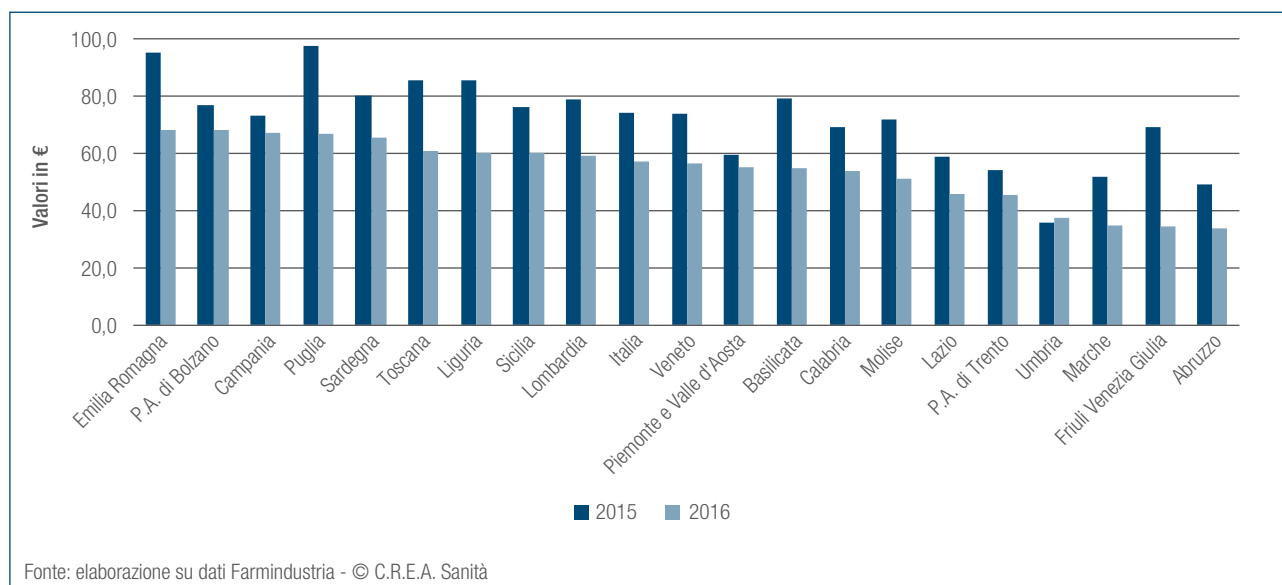


Figura 9a.18. Costo medio per unità venduta per Regione



no, Emilia Romagna e Veneto, con differenze che sono sottostimate, in quanto la nostra analisi non considera la mobilità. Va aggiunto che, allo stato attuale, non è dato sapere in che misura lo scarto fra le Regioni sia indicativo di una maggiore appropriatezza o di un maggior razionamento implicito.

#### Canali di distribuzione

Appare di interesse analizzare, altresì, alcune dimen-

sioni in funzione del canale distributivo: la Tabella 9a.2 riporta la composizione della distribuzione in termini di spesa e quantità.

In entrambi gli anni considerati, oltre il 97,0% della spesa dei farmaci è erogato nel canale ospedaliero, con una crescita anche del canale DPC e una condizione stabile (1,4%) del canale *Retail*.

La situazione appare differente per quel che concerne le quantità: poco più del 30% vengono erogate

**Tabella 9a.2. Composizione della spesa farmaceutica pubblica per canale di distribuzione**

Canale	Unità vendute		Spesa	
	2015	2016	2015	2016
DPC	14,3%	19,5%	1,1%	1,6%
Hospital	32,2%	31,1%	97,5%	97,0%
Retail	53,5%	49,4%	1,4%	1,4%

Fonte: elaborazione su dati Farmindustria - © C.R.E.A. Sanità

in ospedale mentre assume importanza il canale *Retail* che raggiunge circa il 50%. Infine poco meno del 20% delle quantità vengono erogate in DPC.

Si conferma quindi che nel canale ospedaliero vengono concentrate le immissioni di farmaci a maggiore impatto economico, che pur essendo ca. il 30% in quantità, assorbono oltre il 97% del totale della spesa per farmaci nuovi.

## 9a.4. Conclusioni

La crescita della spesa farmaceutica in Italia, nell'ultimo anno, in particolare quella pubblica, è senza alcun dubbio ascrivibile all'ingresso di molecole ad alto costo che, certamente portano benefici incrementali, ma sembrano essere difficilmente sostenibili dal nostro SSN, perdurando gli attuali tetti: a meno che, quindi, non verranno aggiornati o non verrà messo in piedi un nuovo sistema di *governance* che superi la logica dei *silos*.

L'analisi regionale mette in luce come solo 3 Regioni, tra l'altro tutte a statuto speciale, riescano a rispettare il tetto del 14,85%.

Sul fronte della spesa privata si osserva una contrazione dell'onere: in particolare, continuano ad aumentare la compartecipazione del cittadino e la spesa per Classe C con ricetta, mentre diminuiscono la spesa per i medicinali di automedicazione (distribuiti anche da parafarmacie e da grande distribuzione) e la spesa per Classe A privata.

I nuovi farmaci entrati sul mercato tra il 2014 e 2015 rappresentano il 10,7% della spesa farmaceutica pubblica nel 2015 e il 16,0% nel 2016; la spesa nominale per questi farmaci specifici è cresciuta di circa € 1,2 mld. (pari al 51,5%) tra il 2015 e il 2016, mentre per quel che concerne le unità dispensate si passa da 30.183,0 mgl.

di CU a 59.460,2 mgl., con un aumento del 97,0% pari a circa 29.277,2 mln.

L'incremento delle quantità è pertanto superiore di 45 punti percentuali rispetto a quello registrato in termini di spesa.

Sia in termini di spesa che di quantità si evidenziano significative differenze regionali.

La spesa pro-capite maggiore relativa a farmaci "nuovi" si registra nelle Regioni del Sud (Puglia, Campania e Sardegna). Viceversa le Regioni del Nord fanno registrare una spesa pro-capite inferiore (Friuli Venezia Giulia e la P.A. di Trento), con una differenza tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima di oltre 3 volte.

Il dato analizzato ha il limite di non considerare la mobilità. Tuttavia, essendo le Regioni con spesa pro-capite per farmaci "nuovi" più elevata notoriamente anche Regioni con una forte mobilità passiva, la forbice tra le Regioni con spesa maggiore e quelle con spesa minore tenderebbe ad ampliarsi ulteriormente.

Analogamente i consumi maggiori si registrano nelle Regioni del Centro-Sud (Umbria, Puglia, Marche, Abruzzo e Campania); viceversa P.A. di Bolzano, Veneto, Emilia Romagna e la P.A. di Trento sono quelle a consumare un numero minore di CU pro-capite con una differenza di oltre 2 volte.

Ne segue che anche il costo per unità risulta fortemente difforme a livello regionale con valori che passano da € 68 a € 38 per unità, stavolta a beneficio del Centro-Nord.

Nel canale ospedaliero vengono concentrate le immissioni di farmaci a maggiore impatto economico, che pur essendo ca. il 30% in quantità, assorbono oltre il 97% del totale della spesa per farmaci nuovi.

In definitiva, si conferma che con il 2014 è saltata la *governance* del settore, con una soluzione di continuità nel processo di compensazione fra spesa relativa ai farmaci del canale territoriale e ospedaliero. Il rispetto dei tetti è ormai possibile solo grazie al contributo OOP delle famiglie per alcuni farmaci, pur di Classe A, nonché alle compartecipazioni; ma anche a comportamenti molto difformi a livello regionale in tema di effettivo accesso dei nuovi farmaci al mercato: differenze la cui dimensione evoca rischi di inappropriatazza, ma anche di razionamento da parte di alcune Regioni.



## ENGLISH SUMMARY

### *Pharmaceutical care: governance and innovation*

*In 2016 the net per-capita expenditure for drugs in Italy amounted to € 470.5, with a € 9 increase (1.9%) as against 2015.*

*Last year public spending rose by 3.5%, while private fell by 2.3%.*

*Undoubtedly, the overall growth of pharmaceutical expenditure is due to the marketing of high-cost drugs, which certainly provide incremental benefits, but seem hard to be sustained by the NHS in the limit of the current ceilings - unless they are updated or a new governance overcoming the silos logic will be adopted.*

*The regional analysis shows that only 3 Regions - all having an autonomous statute - manage to comply with the 14.85% ceiling.*

*The reduction of private spending is the result of an increase in citizens' co-payment and of the spending for Class C drugs requiring a prescription, more than offset by the reduction in spending for self-medication drugs (also sold by para-pharmacies and by large distribution) and the spending for Class A drugs.*

*An in-depth study on the consumption of new drugs marketed in Italy between 2014 and 2015 - accounting for 10.7% of the public pharmaceutical spending in 2015 and 16% in 2016 - showed a nominal spending increase of approximately € 1.2 billion (51.5%) between 2015 and 2016. The number of units sold increased from 30,183 CUs to 59,460.2, with a 97% increase.*

*The most important aspect, however, is to be found in the significant regional differences recorded in both spending and consumption.*

*The highest per-capita spending is recorded in the Southern Regions (Puglia, Campania and Sardegna). Conversely, the Northern Regions have a lower per-capita spending rate (Friuli Venezia Giulia and the Autonomous Province of Trento), with a gap between the Re-*

*gion with the highest expenditure rate and the one with the lowest which is 3 times as much.*

*Although the data and statistics analysed have the limit of not taking mobility into account, nevertheless, considering that the Regions with higher per-capita spending for "new" drugs are also Regions well-known for their great passive mobility, the gap between the Regions with a higher expenditure rate and those with a lower expenditure rate would tend to widen further.*

*Similarly, the highest consumption rates are recorded in the Central-Southern regions (Umbria, Puglia, Marche, Abruzzo and Campania); on the contrary, the Autonomous Province of Bolzano, Veneto, Emilia Romagna and the Autonomous Province of Trento are those consuming less per-capita with a difference of over twice as much.*

*Hence, also the unit cost is very different at regional level with values ranging from € 68 to € 38 per unit - this time in favour of the Central-Northern regions.*

*The drugs having the highest economic impact are concentrated in the hospital channel. Although accounting for approximately 30% in terms of quantity, these drugs absorb over 97% of the total cost of new drugs.*

*In conclusion, it is reaffirmed that, as from 2014 the governance of the sector has been "undermined", with a lack of continuity in the offsetting process between the expenditure relating to the drugs of the territorial channel and of the hospital channel. The compliance with ceilings seems to be currently possible only thanks to the OOP contribution of households for some Class A medicines, as well as co-payments. Very different behaviours are also recorded at regional level with reference to the actual market access of new drugs - differences which may lead to speculate on the existence of significant risks of inappropriateness, as well as of implicit rationing mechanisms implemented by some Regions.*

## CAPITOLO 9b

## Processi e tempistiche del percorso autorizzativo dei farmaci innovativi

Bernardini A. C.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>

## 9b.1. Premessa

Il Parlamento Europeo ha espresso<sup>3</sup>, nelle proposte di risoluzione sulle opzioni dell'EU (Unione Europea) per un miglior accesso ai medicinali, preoccupazione in merito a i prezzi dei medicinali innovativi e la necessità di assicurare, negli interessi del paziente e in caso di esigenze insoddisfatte, un accesso rapido ai nuovi medicinali innovativi sottolineando tuttavia che «...l'accelerazione delle autorizzazioni all'immissione in commercio non dovrebbe diventare la norma bensì essere consentita solo in presenza di forti esigenze mediche insoddisfatte, e che in nessun caso deve essere motivata da considerazioni di ordine commerciale; servono solide sperimentazioni cliniche e un attento monitoraggio di farmacovigilanza per valutare la qualità, l'efficacia e la sicurezza dei nuovi medicinali».

La commissione Envi (*Committee on Environment, Public Health and Food Safety*) del Parlamento Europeo ha dato il via libera agli emendamenti presentati<sup>4</sup> sul Regolamento CE 726/2004. Le modifiche proposte sono orientate a facilitare l'accesso alle medicine innovative da parte dei pazienti, riducendo drasticamente i tempi tra l'autorizzazione alla commercializzazione di un nuovo farmaco e le decisioni dei singoli Paesi sul relativo rimborso.

L'EMA (*European Medicines Agency*) ha lanciato, nel marzo 2016, il nuovo schema PRIME<sup>5</sup> (*PRiority MEdicines*) per rafforzare il sostegno allo sviluppo di farmaci che hanno come *target* bisogni medici non soddisfatti. Il piano si applica ai farmaci considerati prioritari nell'EU,

cioè quelli che possono fornire un grande vantaggio terapeutico rispetto alle terapie esistenti o essere di beneficio ai pazienti privi di opzioni di trattamento.

La legislazione farmaceutica dell'EU prevede diverse disposizioni per favorire l'accesso precoce dei pazienti a nuovi medicinali che rispondono alle esigenze della sanità pubblica e sono idonee alla procedura centralizzata come:

- valutazione accelerata: riduce il periodo di riferimento per la revisione di una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali di grande interesse per la salute pubblica e in particolare dal punto di vista dell'innovazione terapeutica;
- autorizzazione all'immissione in commercio condizionato: autorizza l'autorizzazione all'immissione in commercio prima che siano disponibili dati completi;
- uso compassionevole: l'uso di una medicina non autorizzata per i pazienti con un bisogno medico non soddisfatto.

Il Comitato EMA per i medicinali per uso umano (CHMP) formula un parere sui criteri e le condizioni che i programmi nazionali di accesso ai pazienti possono prendere in considerazione quando si rendono disponibili tali medicinali.

Ricordiamo che il Regolamento CE 726/2004, istituendo le procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, prevede, con l'obiettivo di armonizzazione il mercato interno dei nuovi medicinali, l'obbligatorietà della procedura di autorizzazione centralizzata per:

- medicinali umani destinati al trattamento dell'HIV/AIDS,

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità

<sup>2</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>3</sup> Relazione 14/02/2017: <http://www.europarl.europa.eu>

<sup>4</sup> <http://www.europarl.europa.eu>

<sup>5</sup> <http://www.ema.europa.eu>

del cancro, del diabete, delle malattie neurodegenerative, delle malattie autoimmuni e di altre disfunzioni del sistema immunitario nonché delle malattie virali;

- medicinali derivati da processi biotecnologici, come l'ingegneria genetica;
- medicinali per terapie avanzate tra cui la terapia genica, la terapia cellulare somatica o l'ingegneria tissutale;
- medicinali ufficialmente classificati come "medicinali orfani";
- medicinali veterinari usati come stimolatori della crescita o della resa.

Per i medicinali che non rientrano in queste categorie, le Aziende hanno comunque la possibilità di presentare all'Agenzia una domanda di autorizzazione all'immissione in commercio mediante procedura centralizzata se il medicinale interessato rappresenta una significativa innovazione terapeutica, scientifica o tecnica, o se, il rilascio di un'autorizzazione mediante procedura centralizzata, può apportare benefici alla salute pubblica.

Anche a livello nazionale si opera al fine di accelerare l'accesso a cure innovative, ad esempio, in Italia, la L. n. 189/2012<sup>6</sup> ha stabilito che la domanda di contrattazione del prezzo, potesse essere presentata dall'Azienda soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione europea all'Immissione in commercio (AIC), prevedendo quindi un processo sequenziale ma ben separato tra la procedura di autorizzazione europea e quella, di responsabilità nazionale, della contrattazione del prezzo e dell'inserimento del medicinale nella Classe di rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (art. 2, comma 5). Allo stesso tempo, la nuova procedura prevede che, una volta ottenuta l'autorizzazione europea, il medicinale sia classificato in Italia in un'apposita sezione della Classe C dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità, definita dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) come Classe Cnn (Classe C non negoziata), di fatto potendo essere commercializzato.

Per i farmaci di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale, identificati in una specifica deliberazione dell'AIFA adottata su proposta della Commissione consultiva tecnico-scientifica, e per i medicinali utilizzabili esclusi-

vamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili, l'art. 12, comma 3, della succitata Legge, prevede una procedura accelerata: in questi casi, infatti, l'Azienda farmaceutica può presentare ad AIFA la sua proposta di prezzo anche prima (ovvero una volta ottenuto il parere positivo del CHMP e prima della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale Europea della *Market Authorization*) della formale conclusione dell'iter autorizzativo europeo del medicinale, in modo da ridurre i tempi procedurali che portano alla reale disponibilità per i pazienti del medicinale in regime di rimborso da parte del SSN.

In seguito, il D.L. n. 69/2013 (cosiddetto "decreto del fare", convertito con modificazioni dalla L. n. 98/2013), ha introdotto due ulteriori e importanti novità per i farmaci del succitato comma 3 (farmaci di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale):

- art. 5-ter: nel caso in cui il titolare non presenti la domanda di riclassificazione dalla Classe Cnn e di contrattazione del prezzo entro 30 giorni dalla data dell'AIC, l'AIFA concede un ulteriore periodo di 30 giorni, oltre il quale viene meno la collocazione nell'apposita sezione Cnn, rendendo così di fatto impossibile la commercializzazione del medicinale;
- art. 5-bis: l'AIFA deve valutare le domande di classificazione e prezzo in via prioritaria, dando a queste precedenza rispetto ad altri procedimenti pendenti, anche attraverso la fissazione di sedute straordinarie delle competenti Commissioni. Il termine di 180 giorni per la conclusione della procedura di contrattazione del prezzo, in precedenza stabilito dalla L. n. 189/2012, è ridotta per questi farmaci a 100 giorni.

Citiamo anche i *Managed Entry Agreements* (MEAs), ovvero accordi negoziali di condivisione del rischio stabiliti tra AIFA e la singola Azienda (D.L. n. 95/2012), che, almeno in linea teorica, dovrebbero la gestione tempestiva di eventuali condizioni di incertezza: è il caso, ad esempio, di farmaci il cui profilo di efficacia non sia ancora del tutto ben documentato, per i quali si prevede il pagamento in base alla efficacia effettiva, lasciando nei casi di fallimento terapeutico il costo della terapia a carico dell'azienda produttrice. I MEAs, essendo "soluzioni" deputate a gestire condizioni d'incertezza, prevedono

<sup>6</sup> Prima dell'introduzione della L. n. 189/2012, un medicinale non poteva essere autorizzato all'immissione in commercio in Italia senza l'attribuzione del regime di fornitura e della Classe di rimborsabilità con la definizione del relativo prezzo

un attento monitoraggio e la gestione nell'ambito di appositi Registri istituiti da AIFA.

A fronte dell'interesse sociale per un tempestivo accesso al mercato dei farmaci innovativi (come definiti da apposita delibera AIFA che, nel mese di marzo 2017, ha aggiornato il precedente algoritmo di *assessment* risalente al 2007), obiettivo dell'analisi che segue è quello di analizzare le effettive tempistiche nei diversi *steps* del percorso autorizzativo degli stessi: dalla registrazione europea alla commercializzazione in Italia. A tal fine, è stata predisposta una banca dati che raccoglie le informazioni necessarie per i 18 farmaci che accedono ai fondi speciali per i farmaci innovativi istituiti ai sensi della Legge di Bilancio 2017. Detta legge, infatti, ha istituito un fondo speciale di € 500 mln. per l'utilizzo dei farmaci innovativi oncologici e altri € 500 mln. per l'utilizzo dei farmaci innovativi non oncologici (principalmente, ma non solo, le nuove terapie per il trattamento dell'epatite C).

Per i farmaci suddetti è stata raccolta la data di richiesta di accesso alla procedura centralizzata europea depositata dalle Aziende, quella del parere del *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) e quella di autorizzazione della *European Medicines Agency* (EMA); a livello nazionale, sono state prese in considerazione le date relative a tutti i provvedimenti pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale (GU), quelle delle Commissioni AIFA (CTS – Commissione Tecnico Scientifica e CPR – Commissione Prezzo Rimborso) relative ai farmaci inseriti nella lista AIFA (aggiornata al 10 ottobre 2017) dei farmaci che accedono appunto ai due fondi speciali per i farmaci innovativi.

## 9b.2. Autorizzazione Europea

L'autorizzazione europea, attraverso procedura centralizzata, è obbligatoria per tutti i medicinali per uso umano contenenti una sostanza attiva interamente nuova, vale a dire una sostanza che non ha ancora formato oggetto di un'autorizzazione nella Comunità, aventi come indicazione terapeutica il trattamento della sindrome da immunodeficienza acquisita, del cancro, di di-

sordini neurodegenerativi o del diabete, per i medicinali per malattie autoimmuni e altre disfunzioni immunitarie e malattie virali. (ai sensi del Regolamento CE 726/2004).

Le domande vengono presentate direttamente all'Agenzia Europea (EMA) attraverso la sottomissione del *dossier* scientifico del medicinale alla valutazione del CHMP che, entro 210 giorni (salvo/al netto dei cosiddetti periodi di "*clock stop*" richiesti per approfondimenti/chiarimenti dei dati presentati), esprimere un parere in merito all'immissione (o meno) in commercio del medicinale. L'autorizzazione viene poi ufficializzata dalla Commissione Europea entro i successivi 60 giorni e quindi pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea (GUEU) ed ha validità su tutto il territorio dell'EU/EEA.

L'autorizzazione dell'EMA è il primo passo del processo di *market access*. Un'altra categoria di farmaci oggetto della procedura centralizzata è quella dei farmaci orfani, destinati alla diagnosi, prevenzione o alla cura di malattie o disturbi rari (4 tra i 18 farmaci innovativi attualmente autorizzati). Per questi ultimi, l'Azienda, che detiene il brevetto del farmaco, può richiedere ed ottenere la designazione di medicinale orfano in qualunque fase di sviluppo del farmaco, anche prima della presentazione della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio (art. 3, Regolamento CE 141/2000), purché l'Azienda sia in grado di dimostrare:

- che esso sia destinato alla diagnosi, alla profilassi o alla terapia di una affezione che comporta una minaccia per la vita o la debilitazione cronica e che colpisce non più di cinque individui su diecimila nella Comunità nel momento in cui è presentata la domanda;
- che sia destinato alla diagnosi, alla profilassi o alla terapia nella Comunità di una affezione che comporta una minaccia per la vita, di un'affezione seriamente debilitante, o di un'affezione grave e cronica, e che sia poco probabile, in mancanza di incentivi, la commercializzazione di tale medicinale all'interno della Comunità.

Ottenuta la designazione, i farmaci, vengono inseriti nel Registro dei Farmaci Orfani (l'inserimento non comporta l'autorizzazione in commercio da parte dell'EMA) (Rapporto OSSFOR 2017).

<sup>7</sup> Una malattia si definisce rara quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In EU la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone

Tabella 9b.1. Tempi medi da richiesta ad autorizzazione EMA

Farmaci	Tempi medi (mesi)	Mediana (mesi)	Val. max	Val. min
Oncologici	11	11	15	8
Non oncologici	11	9	21	8
Totale	11	10	21	8

La data di richiesta si riferisce alla presentazione da parte dell'Azienda della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio all'Agenzia europea per i medicinali (EMA). Per 1 farmaco oncologico del campione è stata considerata la data di richiesta dell'estensione ed il relativo parere CHMP

Fonte: elaborazione su dati EMA – © C.R.E.A. Sanità

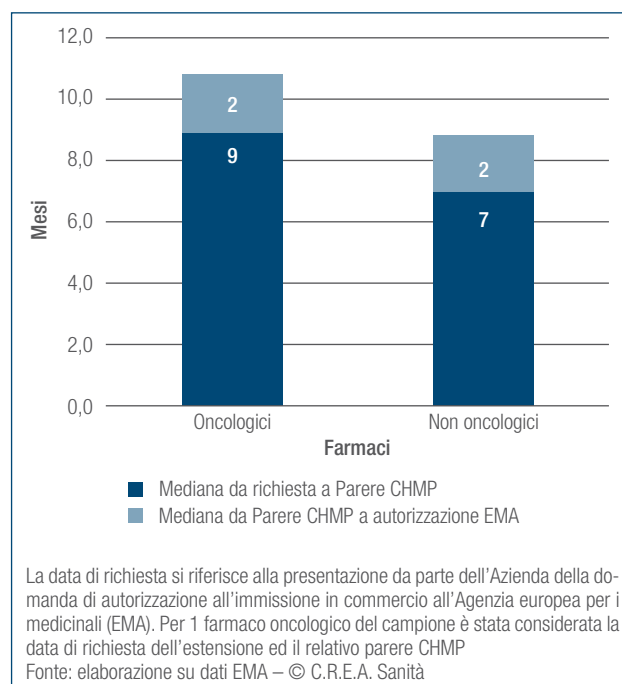
I risultati che seguono riguardano l'analisi effettuata sui 18 farmaci inseriti o nel Fondo dei farmaci innovativi (12 farmaci) o nel Fondo dei farmaci innovativi oncologici (6 farmaci) al 10 ottobre 2017.

Si osservi che il tempo che intercorre tra la data di richiesta da parte dell'Azienda e l'autorizzazione in commercio da parte di EMA, per i farmaci oncologici e non, complessivamente considerati, risulta essere di 11 mesi in media (valore mediano 9), con un valore massimo di 21 mesi ed un valore minimo di 8 mesi.

Le tempistiche per i farmaci non oncologici risultano inferiori considerando il valore mediano: 11 mesi rispetto ai 9 dei farmaci oncologici (Tabella 9b.1).

Esaminando nel dettaglio il periodo considerato, si osserva come la differenza tempistica sia dovuta al lasso di tempo che intercorre tra la richiesta di autorizzazione ed il parere CHMP, essendo i tempi amministrativi dal

Figura 9b.1. Composizione tempi medi da richiesta ad autorizzazione EMA



parere all'autorizzazione EMA uguali per le due categorie di farmaci (Figura 9b.1).

Dall'andamento della frequenza cumulata, emerge che il 33% dei farmaci è autorizzato dall'EMA entro i primi 8 mesi dalla richiesta da parte dell'Azienda; entro 12 si arriva al 67% e all'89% entro 16 mesi dalla richiesta (Figura 9b.2).

Figura 9b.2. Tempi da richiesta ad autorizzazione EMA, frequenza cumulata

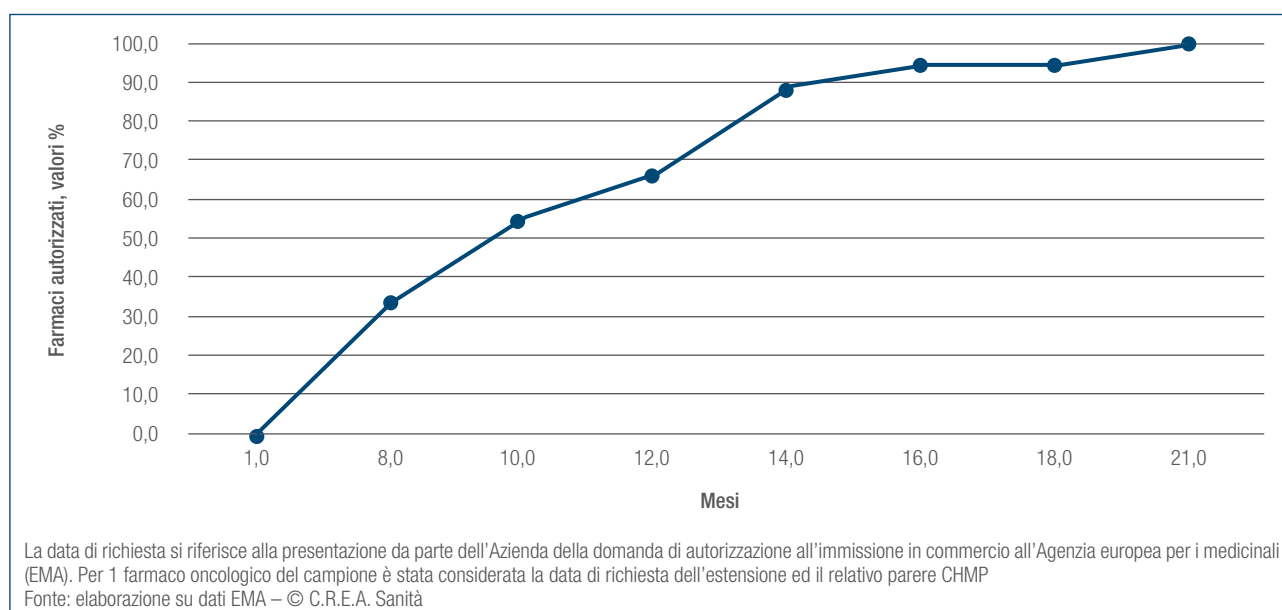
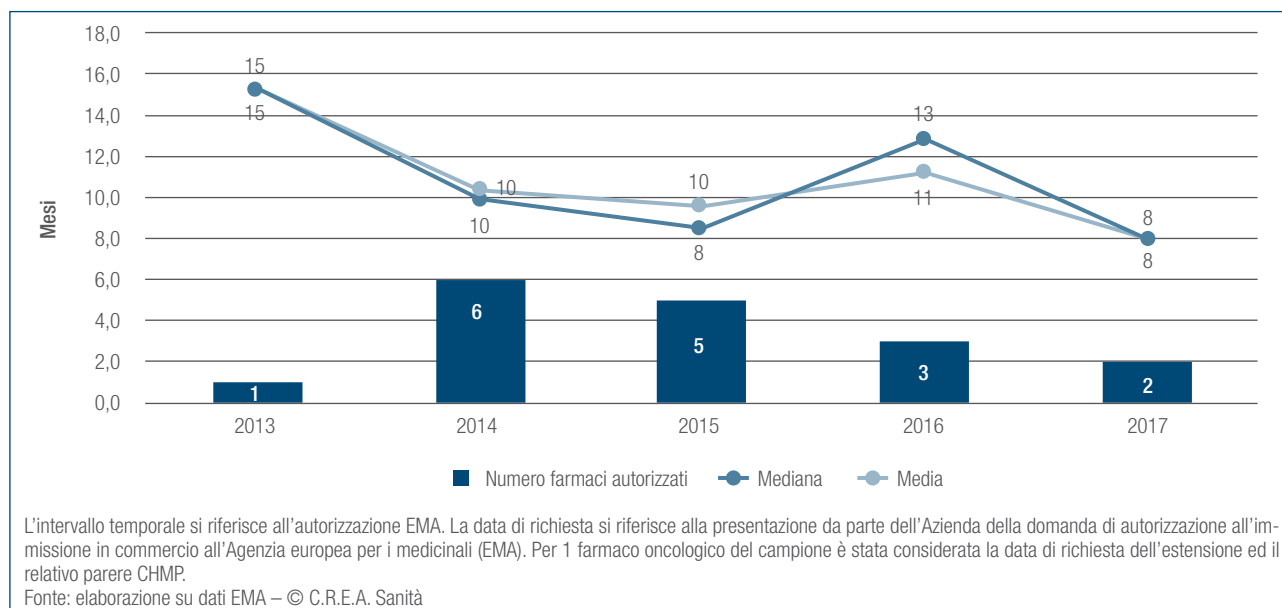


Figura 9b.3. Tempi medi da richiesta ad autorizzazione EMA



Esaminando l'evoluzione negli anni delle tempistiche analizzate, si osserva una tendenziale riduzione del tempo che intercorre dalla richiesta effettuata dalle Aziende all'ottenimento dell'autorizzazione in commercio. Considerando gli ultimi 3 anni si evidenzia un aumento tra il 2015 ed il 2016, si passa infatti da 10 mesi (8 valore mediano) a 11 mesi (13 valore mediano) ed una successiva riduzione nel 2017 registrando una tempistica media di 8 mesi (valori medi e mediani) (Figura 9b.3).

I dati disponibili non permettono tuttavia di apprezzare se e quanto il fenomeno sia da attribuirsi ad una maggiore precocità nell'avvio delle procedure EMA o ad una maggiore qualità dei dati presentati dalle aziende, essendo il campione limitato ai farmaci che hanno ottenuto e mantengono il requisito di innovatività AIFA ad ottobre 2017.

### 9b.3. Autorizzazione

L'assegnazione dell'autorizzazione dall'Agenzia non implica, tuttavia, l'immediata disponibilità del farmaco

in tutti i Paesi dell'EU<sup>8</sup> essendo essenzialmente legata all'iter specifico di *pricing* e accesso alla rimborsabilità definito dalla legislazione in ciascun Paese.

La definizione del prezzo e della Classe di rimborso, in Italia, è gestito a livello centrale dall'AIFA attraverso un meccanismo di negoziazione tra Azienda e commissioni AIFA (CTS – Commissione Tecnico Scientifica e CPR – Commissione Prezzo Rimborso).

Il processo, per la casistica dei farmaci analizzati, ha inizio al ricevimento della notizia dell'autorizzazione centralizzata all'immissione in commercio e a seguito della richiesta dell'Azienda di poter commercializzare il farmaco sul territorio italiano in regime di rimborso da parte del SSN.

Per quanto precede, è interessante analizzare le tempistiche che intercorrono tra l'autorizzazione EMA (opinione favorevole e inserimento nel registro comunitario dei medicinali) e la conclusione della negoziazione di prezzo e rimborso dei farmaci innovativi. Le informazioni sono state reperite dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. La data di Determina AIFA si riferisce alla prima definizione di prezzo e rimborso (sono

<sup>8</sup> Prima del 2004 non vi era una legislazione che armonizzasse i procedimenti autorizzativi per i farmaci orfani. Il Regolamento CE 726/2004 istituisce le procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, prevedendo per quali farmaci è prevista l'obbligatorietà della procedura centralizzata di autorizzazione all'immissione in commercio e per quali risulta facoltativa

**Tabella 9b.2. Tempi medi da autorizzazione EMA a Determina AIFA**

Farmaci	Tempi medi (mesi)	Mediana (mesi)	Val. max	Val. min
Oncologici	10	10	16	0,1
Non oncologici	8	6	34*	2
Totale	9	8	34	0,1

\* La tempistica, relativa ad un solo farmaco orfano, risente del fatto che il farmaco è stato utilizzato lungamente in Italia ad uso compassionevole  
Fonte: elaborazione su dati EMA – © C.R.E.A. Sanità

inclusi nell'analisi anche i farmaci inseriti in precedenza in Classe Cnn). Nello specifico si noti che il 39% (7 farmaci sui 18 del campione) sono stati inseriti, prima della Determina di prezzo rimborso, in Cnn: 1 farmaco innovativo non oncologico e 6 farmaci oncologici (ovvero tutti i farmaci innovativi oncologici che accedono al fondo istituito ai sensi della Legge di Bilancio 2017).

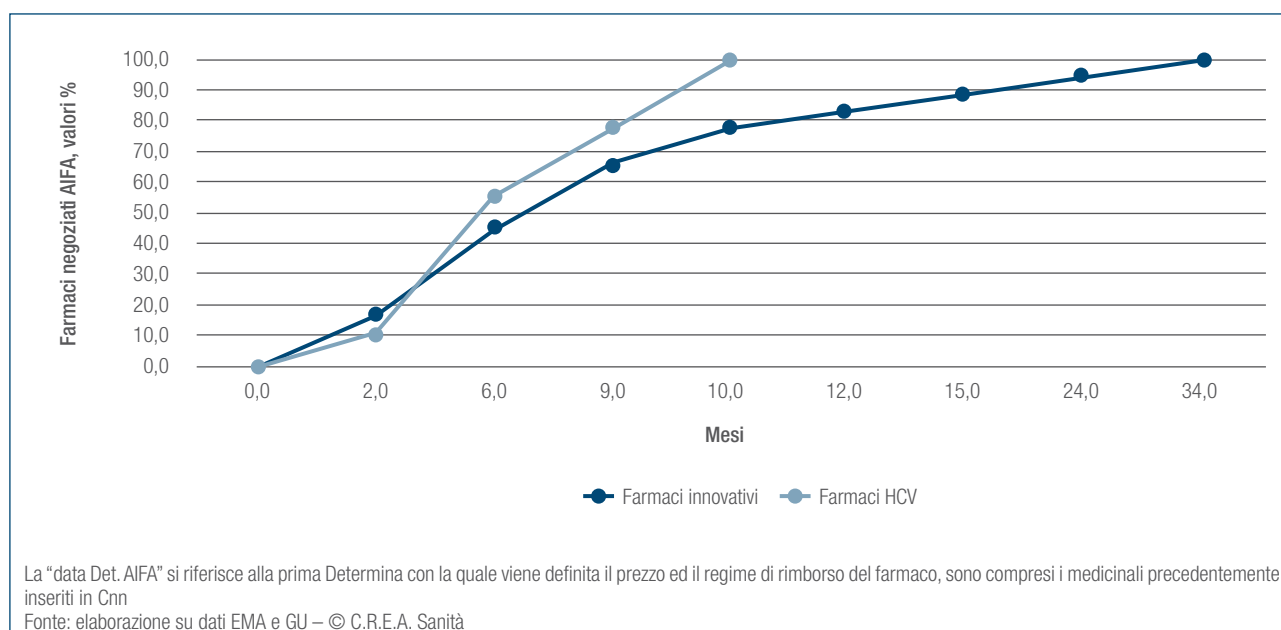
La durata media del processo, per tutti farmaci esaminati, risulta essere di 9 mesi (valore mediano 8) con un tempo massimo di 34 mesi ed un valore minimo di 0,1 mesi<sup>9</sup>. Le tempistiche per i farmaci non oncologici sono sensibilmente minori; 8 mesi (6 valore mediano) rispetto a 10 mesi (valore medio e mediano) per i farmaci oncologici (Tabella 9b.2). Si tratta di un aspetto che potrebbe essere anche legato all'inserimento in Cnn di tutti farmaci

oncologici esaminati (vd paragrafo successivo) e al particolare processo negoziale realizzato per assicurare il rimborso delle nuove terapie HCV (9 su 12 dei farmaci innovativi non oncologici). Infatti, al fine di velocizzarne la disponibilità e contemporaneamente abbassarne il costo mediante una maggiore concorrenza, ci sono state probabilmente, da parte degli uffici AIFA, delle accelerazioni nei normali *standard* valutativi dei *dossier* di prezzo e rimborso presentati dalle varie aziende concorrenti.

Dall'andamento della frequenza cumulata, si osserva come, per il 44% dei farmaci analizzati, il regime di prezzo e rimborso viene definito entro 6 mesi, il 67% entro 9 mesi ed il 94% entro 2 anni dalla autorizzazione EMA (Figura 9b.4).

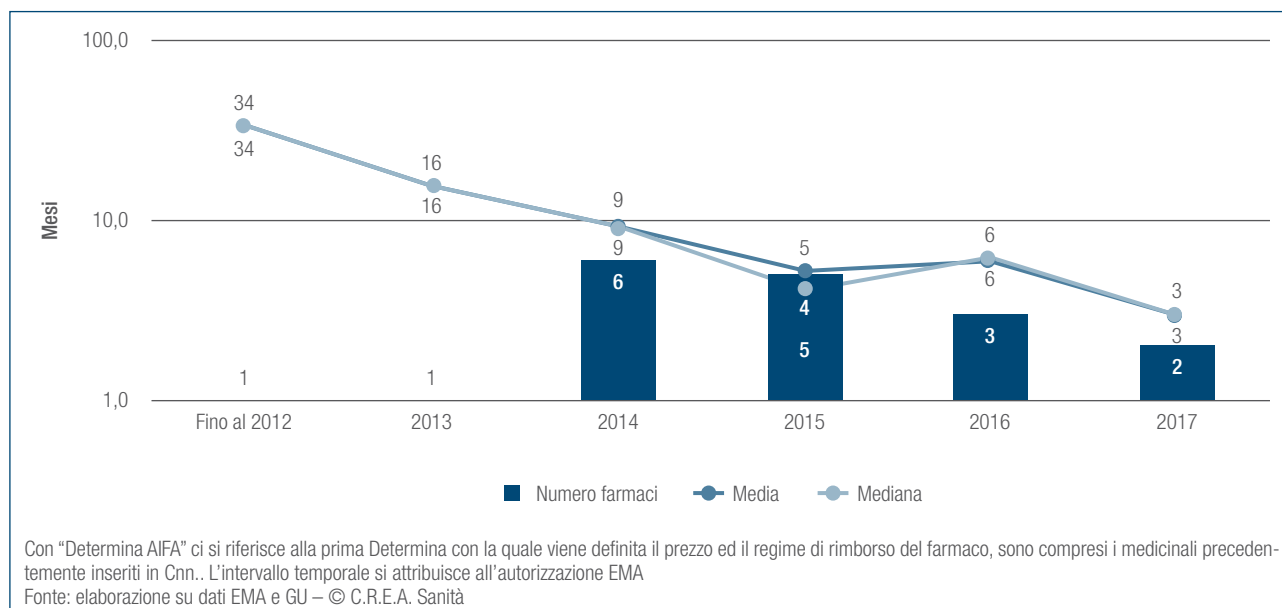
Se si considerano solo i farmaci per l'HCV, i tempi risultano sensibilmente inferiori; il 56% viene negoziato entro i 6 mesi, il 78% entro i 9 mesi ed il 100% entro 10 mesi.

Esaminando l'andamento nel tempo, si osserva una generale e rilevante riduzione della durata del processo che porta dall'autorizzazione EMA alla Determina di prezzo e rimborso da parte dell'AIFA: si passa, infatti, da 34 mesi (valore medio e mediano) nel 2012, a 5 mesi (4 valore mediano) nel 2015, fino a scendere a 3 mesi (valore medio e mediano) nell'ultimo anno (Figura 9b.5).

**Figura 9b.4. Tempi da autorizzazione EMA a prima Determina AIFA, frequenza cumulata**

<sup>9</sup> Il valore osservato fa riferimento alla richiesta di estensione per l'indicazione di un farmaco

Figura 9b.5. Tempi medi da autorizzazione EMA a Determina AIFA



È necessario ricordare che vista l'esiguità del campione, le succitate tempistiche possono essere influenzate dalla contrattazione di pochi farmaci e dal particolare attenzione prestata ai farmaci per HCV. È, quindi, apparso opportuno analizzare le eventuali peculiarità ascrivibili ai farmaci inseriti in precedenza in Classe Cnn in modo da poter analizzare le differenze con i farmaci direttamente negoziati.

#### 9b.4. Autorizzazione farmaci in Cnn

Come anticipato, il cosiddetto Decreto Balduzzi (D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 189/2012), ha previsto, per i farmaci autorizzati per i quali non è stata ancora avviata la negoziazione, la pos-

sibilità di essere inseriti entro 60 giorni dall'autorizzazione EMA in un'apposita sezione della Classe C, dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità (definita dall'AIFA come Classe Cnn, ovvero Classe C non negoziata). La prima conseguenza di questa procedura, è la possibilità di immettere, immediatamente, il medicinale sul mercato, ad un prezzo definito dall'Azienda e comunicato ad AIFA per sola informazione.

Dei 18 farmaci innovativi analizzati, 7 (6 oncologici, 1 non oncologico) sono stati inseriti in Cnn prima della loro classificazione ai fini della rimborsabilità.

Per questi, nello specifico, la durata media del processo che porta dall'autorizzazione EMA<sup>10</sup> alla Determina AIFA che ne definisce l'inserimento nella classe non negoziata, è di 3 mesi (valore medio e mediano) (Tabella 9b.3).

Tabella 9b.3. Tempi medi da autorizzazione EMA a Determina AIFA di negoziazione per farmaci inseriti in Cnn

Steps	Tempi medi (mesi)	Mediana (mesi)	Val. max	Val. min
Da autorizzazione EMA a Det. Cnn	3	3	3	3
Da Det. Cnn a Det. Prezzo e rimborso	8	7	13	6
Da autorizzazione EMA a Det. Prezzo e Rimborso	11	10	16	9

Escluso dall'elaborazione 1 farmaco oncologico; negoziato nel 2010 per una indicazione, poi riclassificato in Cnn per la nuova indicazione terapeutica riconosciuta innovativa. L'inserimento in Cnn risulta precedente all'autorizzazione EMA per l'indicazione riconosciuta innovativa dall'AIFA  
Fonte: elaborazione su dati EMA e GU – © C.R.E.A. Sanità

<sup>10</sup> Data di rilascio dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio valida in tutta l'EU – Opinione favorevole EMA e inserimento nel registro comunitario dei medicinali (antecedente alla pubblicazione sulla Gazzetta Europea)



Dopo l'inserimento in Cnn, il tempo medio trascorso prima della riclassificazione del medicinale è 8 mesi (7 valore mediano), con un valore massimo di 13 mesi ed uno minimo di 3.

Il periodo che intercorre dalla Determina di autorizzazione EMA alla Determina di definizione di prezzo e rimborso AIFA ha registrato una riduzione significativa; da 13 mesi nel biennio 2013/2014 a 8 in quello 2015/2016 (valore mediano pari a 9 mesi), imputabile esclusivamente alla riduzione della tempistica che intercorre dall'inserimento in Cnn alla rinegoziazione del medicinale (da 10 a 6 mesi) (Figura 9b.6).

In definitiva per questo sottogruppo di farmaci si ha una tempistica media, considerando il periodo tra autorizzazione EMA e prima Determina di prezzo e rimborso, pari a 11 mesi (valore mediano 10) che risulta superiore di 2 mesi, (considerando il valore medio e mediano), rispetto alla totalità dei farmaci analizzati (17 farmaci innovativi autorizzati in Italia ad ottobre 2017).

### 9b.5. Autorizzazione farmaci direttamente negoziati

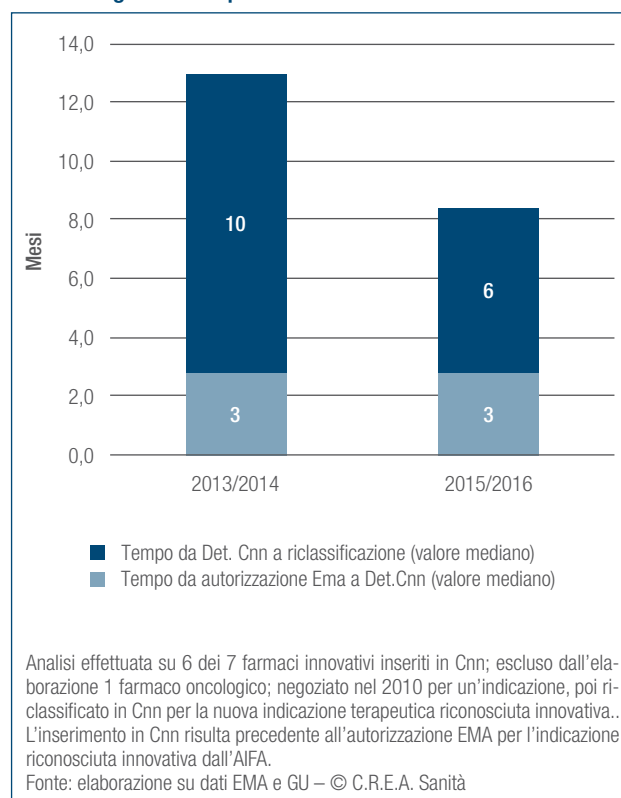
Se si considerano, al contrario, i soli farmaci direttamente negoziati (11 farmaci innovativi tutti non oncologici), ovvero escludendo dalle elaborazioni i farmaci inseriti in Classe Cnn, per i quali come si è visto le tempistiche di negoziazione complessive sono più lunghe, i tempi medi dall'autorizzazione EMA alla prima determina AIFA di prezzo e rimborso sono significativamente ridotti.

Risultano 8 i mesi (valore mediano 6) fra l'autorizzazione EMA e la Determina AIFA di definizione di prezzo e rimborso (con un tempo massimo di 34 mesi ed un valore minimo di 2 mesi) (Tabella 9b.4).

Dall'andamento della frequenza cumulata, si osserva come, per il 18% dei farmaci analizzati, il regime di prezzo e rimborso viene definito entro 2 mesi, il 55% entro 6 mesi ed il 91% entro 12 mesi dalla autorizzazione EMA (Figura 9b.7).

Se si considerano solo i farmaci per l'HCV (8 degli 11 farmaci direttamente negoziati), i tempi risultano complessivamente ridotti; il 13% viene negoziato entro i 2 mesi, il 50% entro i 6 mesi ed il 100% entro 10 mesi.

**Figura 9b.6. Tempi medi da autorizzazione EMA a Determina AIFA di negoziazione per farmaci inseriti in Cnn**



**Tabella 9b.4. Tempi medi da autorizzazione EMA a prima Determina AIFA di negoziazione farmaci direttamente negoziati (senza passaggio Classe Cnn)**

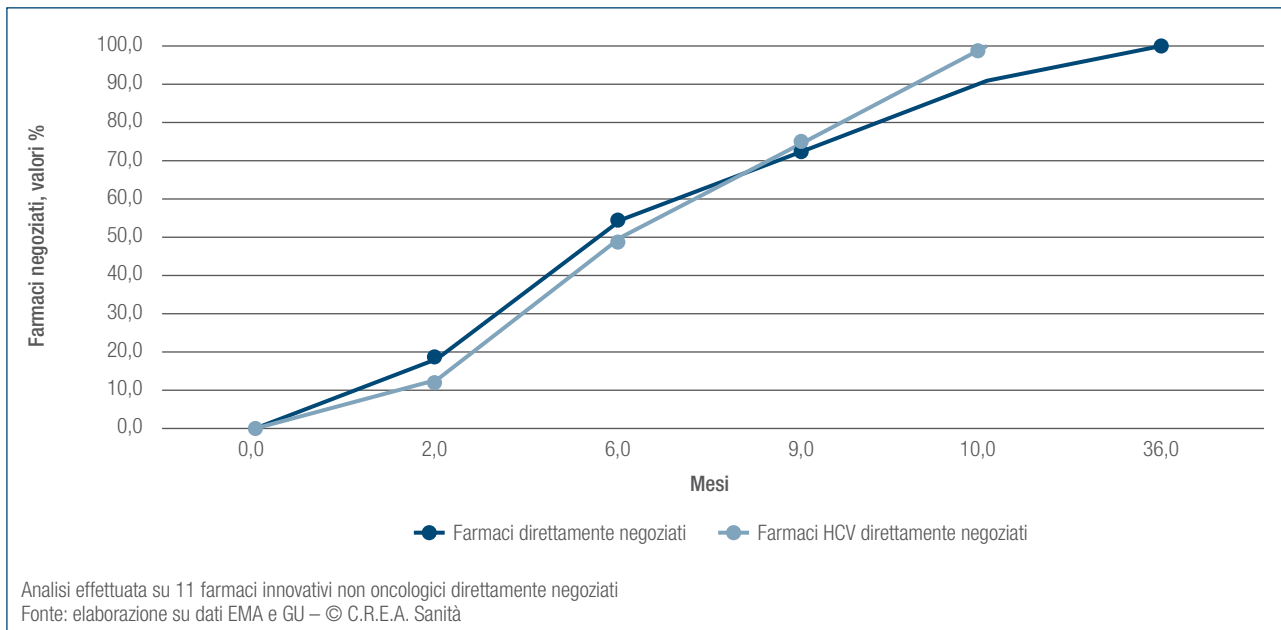
Tempi medi (mesi)	Mediana (mesi)	Val. max	Val. min
8	6	34	2

Analisi effettuata su 11 farmaci innovativi non oncologici direttamente negoziati  
Fonte: elaborazione su dati EMA e GU – © C.R.E.A. Sanità

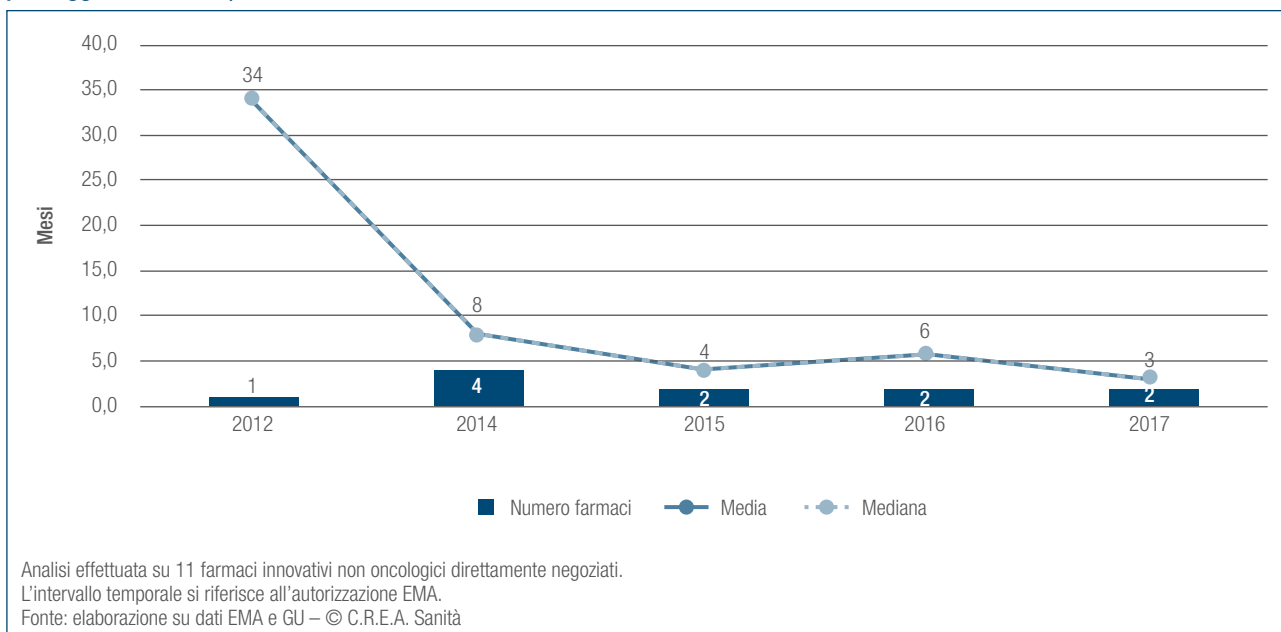
L'analisi nel tempo relativo ai farmaci direttamente negoziati, mostra una diminuzione della durata del processo fino al 2015: si passa, infatti, da 34 mesi nel 2008 (valore medio e mediano) a 4 mesi (valore medio e mediano) nel 2015. Nel 2016 si registra, invece, un lieve aumento, arrivando a 6 mesi (valore medio e mediano) per poi scendere a 3 mesi (valore medio e mediano) nel 2017 (Figura 9b.8).

In definitiva, considerando i farmaci direttamente negoziati, il periodo tra autorizzazione EMA e prima Determina di prezzo e rimborso, risulta minore di 5 mesi rispetto al campione completo, considerando la media, e di 3 mesi, considerando il valore mediano.

**Figura 9b.7. Tempi da autorizzazione EMA a prima Determina AIFA di negoziazione - farmaci direttamente negoziati (senza intermedia Classe Cnn). Frequenza cumulata**



**Figura 9b.8. Tempi medi da autorizzazione EMA a Determina AIFA di negoziazione – Farmaci direttamente negoziati (senza passaggio Classe Cnn)**



### 9b.6. Processo di negoziazione Commissioni AIFA

Nel processo autorizzativo che va dall'autorizzazione EMA alla pubblicazione sulla GU del provvedimento che autorizza il commercio del farmaco nel nostro Paese (definendone il regime di prezzo e rimborso), una fase

rilevante è rappresentata dalle tempistiche di valutazione/negoziazione delle Commissioni AIFA (CTS e CPR).

Per analizzare tali tempistiche, le informazioni sono state recuperate dagli ordini del giorno delle commissioni AIFA (disponibili dal 2009) e dai riferimenti presenti nelle Determinazioni AIFA pubblicate sulla GU.

Si analizzano, di seguito, le tempistiche che intercor-

**Tabella 9b.5. Tempi da apertura CTS a chiusura CPR**

Farmaci	Tempi medi (mesi)	Mediana (mesi)	Val. max	Val. min
Oncologici	230	219	310	167
Non oncologici	93	49	288	12
Totale	138	150	310	12

Fonte: elaborazione su Odg AIFA e GU – © C.R.E.A. Sanità

rono tra apertura CTS e la conclusione della negoziazione di prezzo e rimborso rappresentata dalla chiusura della CPR (nell'analisi sono compresi anche i farmaci inseriti in Classe Cnn, per i quali le tempistiche si riferiscono alla successiva negoziazione).

I tempi medi dalla prima CTS alla chiusura della CPR, per il campione analizzato, risultano pari a 138 giorni (150 valore mediano) (Tabella 9b.5).

Le tempistiche per i farmaci non oncologici sono sensibilmente minori; 93 giorni (49 valore mediano) rispetto a 230 giorni (219 valore mediano) per i farmaci oncologici.

Dall'andamento della distribuzione cumulata, si osserva come, per il 39% dei farmaci in analisi, la durata del processo di negoziazione nelle Commissioni risulta concluso entro 60 giorni, per il 61% dei farmaci entro 170 giorni e per l'89% entro i 290 giorni.

Se si considerano solo i farmaci per l'HCV (9 dei 18

farmaci del campione complessivo), i tempi risultano inferiori; il 22% viene negoziato entro 40 giorni, il 56% entro 60 e l'89% entro 210 giorni.

Analizzando l'andamento del processo nel tempo (pur avendo un numero di anni e di farmaci limitati) si può osservare una riduzione iniziale delle tempistiche di negoziazione dal 2013 al 2015, passando da 310 giorni (valore medio e mediano) a 107 giorni (valore medio e mediano), un'inversione di tendenza per il 2016, arrivando a 165 giorni (166 valore mediano) ed una drastica riduzione per i farmaci innovativi negoziati nel 2017 (12 giorni valore medio e mediano) (Figura 9b.10).

## 9b.7. Conclusioni

La legislazione europea e quella italiana, sono orientate, negli ultimi anni, a ridurre le tempistiche delle procedure amministrative per garantire una rapida immissione in commercio dei farmaci innovativi.

La presente analisi ha voluto contribuire alla conoscenza dei fenomeni regolatori, sintetizzando i diversi steps del percorso autorizzativo, e misurandone le tempistiche, valutando così l'efficacia e l'efficienza dei processi di autorizzazione e ammissione alla rimborsabilità.

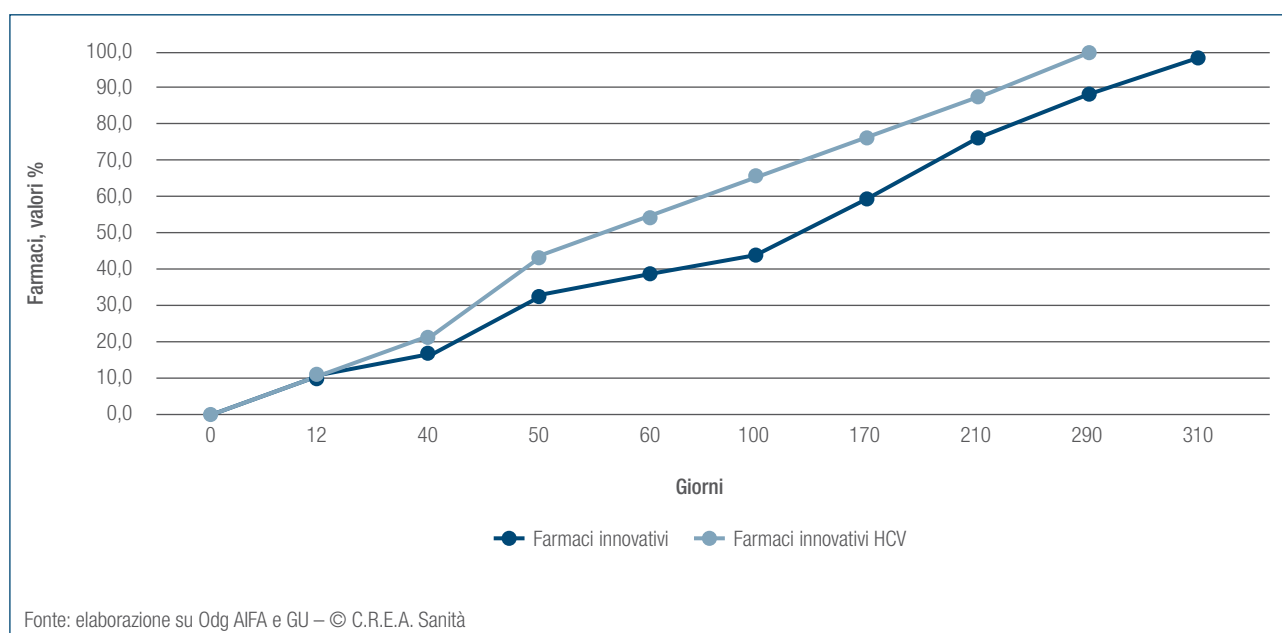
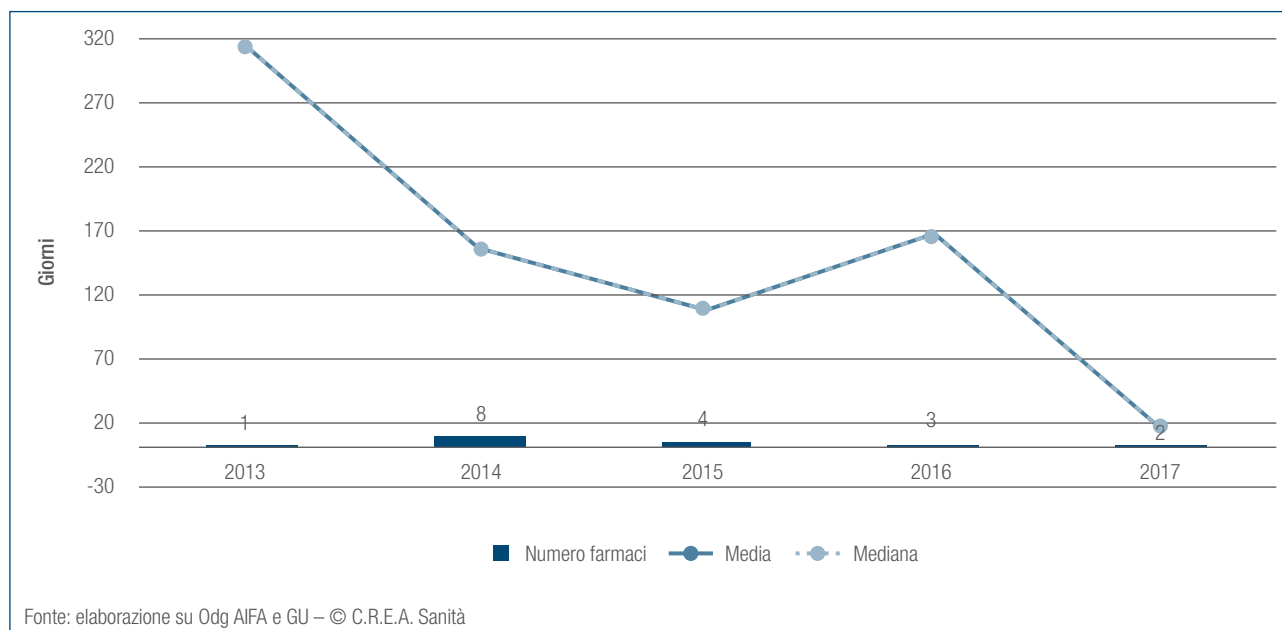
**Figura 9b.9. Tempi medi da apertura CTS a chiusura CPR, frequenza cumulata**

Figura 9b.10. Tempistica da apertura CTS a chiusura CPR



L'esito della nostra analisi è che, complessivamente, si assiste ad una riduzione della durata dei processi e quindi ad una maggiore tempestività nel *market access* dei farmaci innovativi.

L'analisi è stata condotta su i 18 farmaci inseriti nei Fondi istituiti dalla Legge di Bilancio 2017 (Fondo dei farmaci innovativi e Fondo dei farmaci innovativi oncologici) al 10 ottobre 2017

In primo luogo si può apprezzare che in tema di autorizzazione EMA, si evidenzia una sempre più precoce designazione di innovatività.

Inoltre, anche a livello nazionale si registra negli ultimi anni una tendenza alla riduzione della durata del processo.

La maggiore tempestività correla ai cambiamenti legislativi introdotti; tra autorizzazione EMA (parere positivo ed inserimento nel registro comunitario) e Determina

AIFA di prezzo e rimborso passa, infatti, da 5 mesi (4 mesi valore mediano) nel 2015, a 3 mesi (valore medio e mediano) nel 2017.

Considerando i farmaci direttamente negoziati (ovvero escludono i farmaci inseriti in Classe Cnn) si osserva una riduzione più sensibile, passando da 6 mesi nel 2015 a 3 mesi nel 2017 (esaminando il periodo complessivo, il tempo tra autorizzazione EMA e prima Determina di prezzo e rimborso, risulta minore di 5 mesi rispetto al campione completo, considerando la media, e di 3 mesi, considerando il valore mediano).

Anche la parte più tecnica del processo di negoziazione, ovvero il tempo di definizione della valutazione/negoziazione da parte delle Commissioni AIFA, mostra una tendenza alla riduzione, passando da 107 giorni nel 2015 (valore medio e mediano) a 12 giorni (valore medio e mediano) per 2 farmaci negoziati nel 2017<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Il dato si riferisce ad un farmaco orfano (per questi farmaci è possibile presentare domanda di rimborsabilità prima del rilascio dell'AIC) e ad un farmaco considerato dall'EMA di grande interesse in termini di innovazione terapeutica per la salute pubblica per il quale è stato richiesto il procedimento di valutazione accelerata

## ENGLISH SUMMARY

### *Processes and timeframe of the authorization procedures for innovative drugs*

*In recent years both the Italian and European legislation in the pharmaceutical sector have aimed at reducing the timeframe of administrative procedures so as to ensure fast marketing of innovative drugs.*

*With a view to assessing the effectiveness and efficiency of measures, an analysis has been carried out, by summarizing the various steps of the authorization process and also measuring the timeframe.*

*The analysis has been made, at first, by implementing a database collecting the information needed for the 18 drugs having access to the special funds for innovative drugs established under the 2017 Budget Law.*

*With specific reference to these drugs, we have registered the date of application for having access to the European centralized procedure filed by the Pharma Companies; the date of the opinion provided by the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) and the date of the authorization given by the European Medicines Agency (EMA). At national level we have considered the dates relating to all the measures published in the Official Journal, those of the AIFA Commissions - Scientific Technical Committee (CTS) and Reimbursement Price Committee (CPR).*

*The data processed by the database has shown a reduction in the average length of the authorization processes and hence greater timeliness in the market access of innovative drugs.*

*In fact, the time elapsing between the EMA authorization (positive opinion and inclusion in the Community Register) and AIFA deliberation on price and reimbursement, has decreased from 5 months (4 months as me-*

*dian value) in 2015 to 3 months (average and median value) in 2017.*

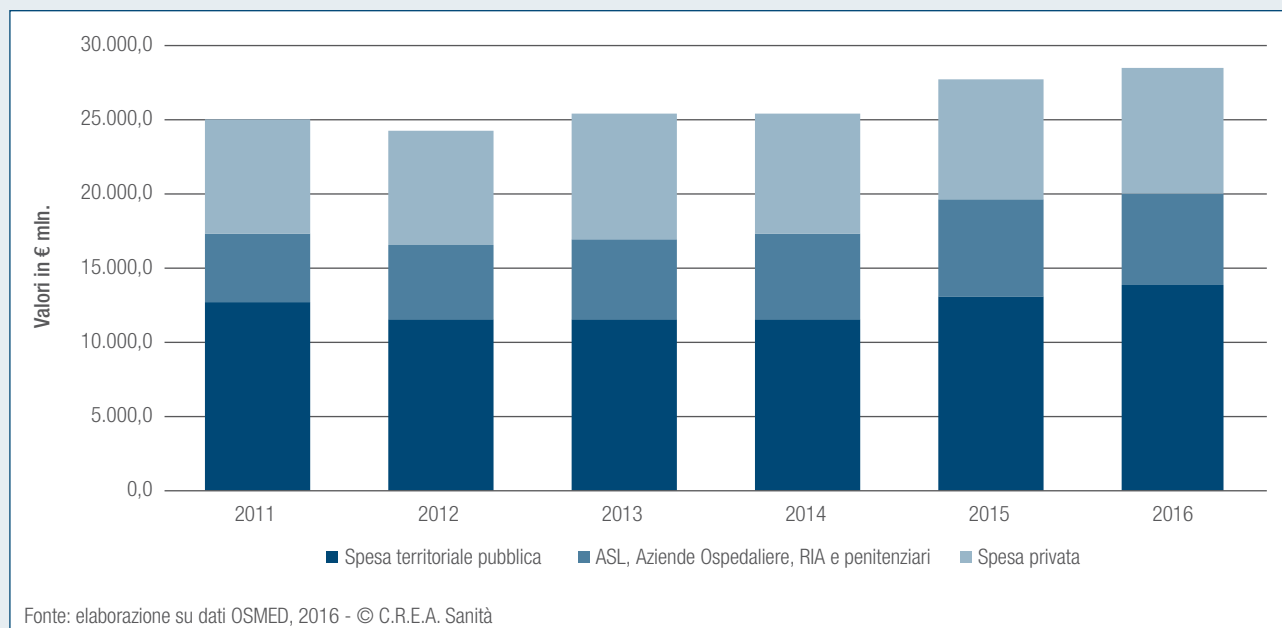
*As to the directly negotiated drugs (namely not considering the drugs included in the non negotiated Class (Cnn), a more significant reduction has been recorded from 6 months in 2015 to 3 months in 2017. Overall, the time elapsing between the EMA authorization and the first deliberation on price and reimbursement is 5 months shorter than the full sample, considering the average value, and 3 months shorter, considering the median value.*

*Even the most technical part of the negotiating process, i.e. the time needed for the AIFA Committees to complete the evaluation/negotiating process has shown a downward trend, from 107 days in 2015 (average and median value) to 12 days (average and median value) for 2 drugs negotiated in 2017. It should be considered, however, that the data refers to an orphan drug (and for these drugs it is possible to apply for reimbursement prior to the release of the AIC, namely the marketing authorization) and to a drug considered a breakthrough by EMEA, assessed in the framework of the accelerated assessment mechanism.*

*The cumulative distribution trend has shown that, for 39% of the drugs under consideration, the negotiation process within the Committees is completed within 60 days; for 61% of drugs within 170 days and for 89% of drugs within 290 days.*

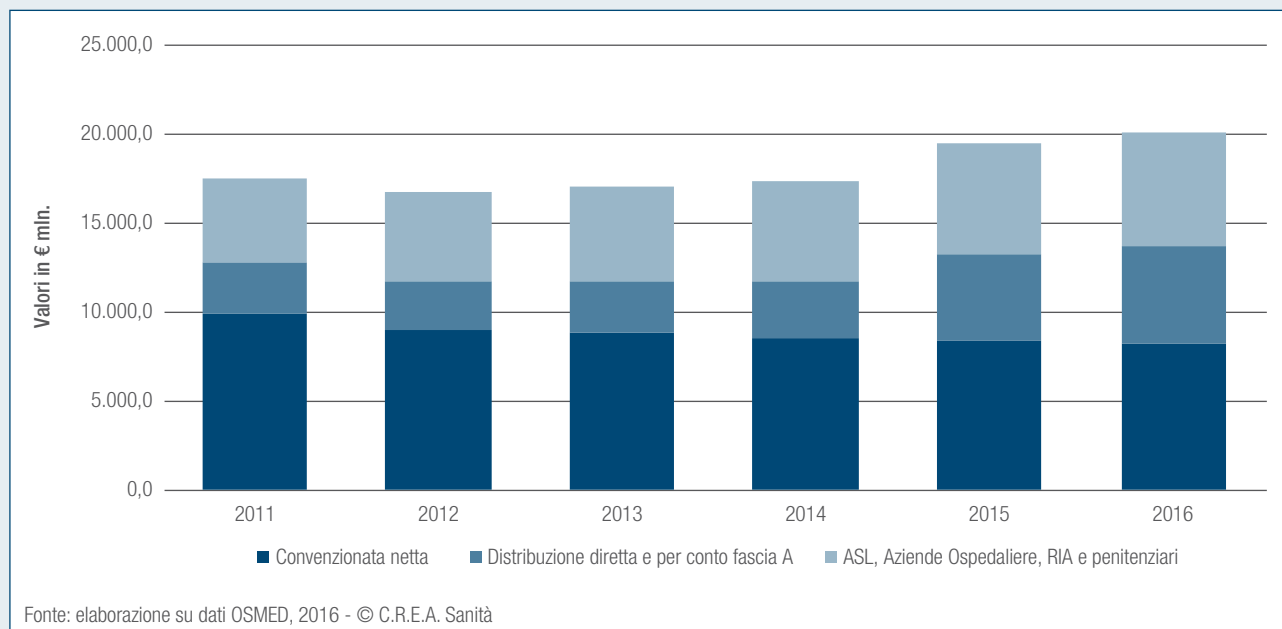
*Considering only HCV drugs, which for the year under consideration account for 9 out of the 18 sample drugs, the timeframe is lower: 22% is negotiated within 40 days, 56% within 60 and 89% within 210 days.*

## KI 9.1. Spesa farmaceutica



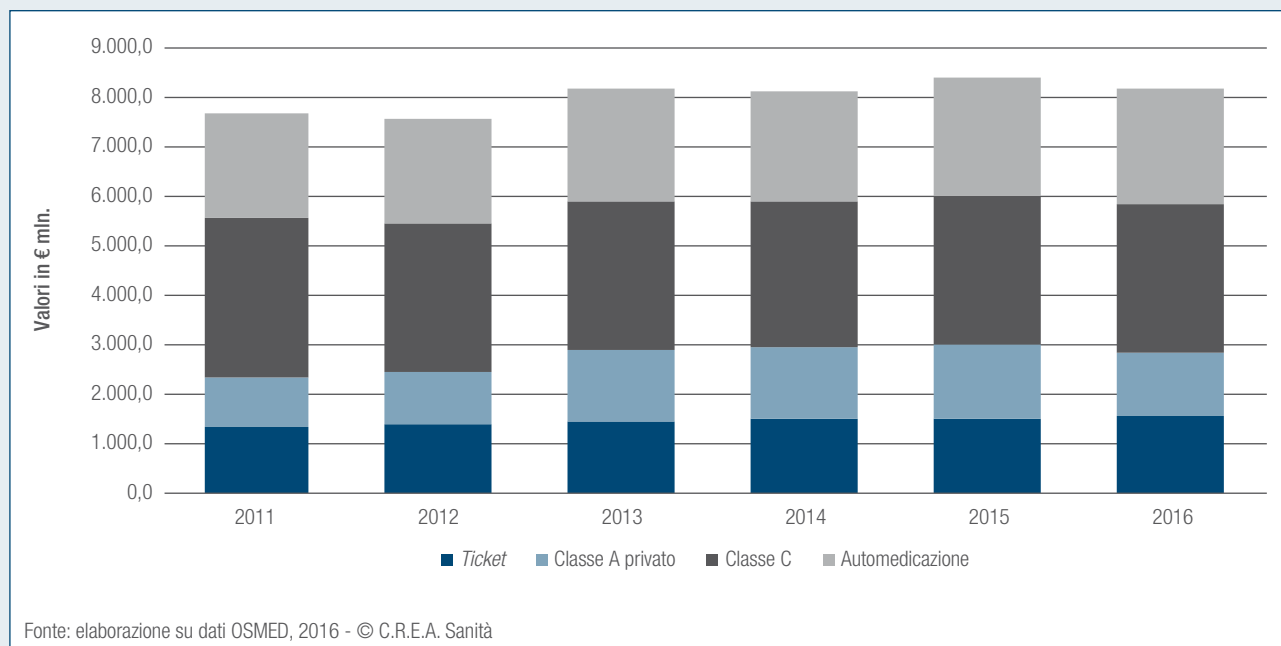
La spesa netta pro-capite per farmaci in Italia, nel 2016, risulta pari a € 470,5, con un incremento di € 9,0 (1,9%) rispetto al 2015. La spesa pubblica è aumentata nell'ultimo anno del 3,5%, quella privata si è ridotta del 2,3%. Considerando l'ultimo quinquennio gli incrementi medi annui sono pari rispettivamente al 2,9% per la spesa pubblica e all'1,3% per la spesa privata. La spesa complessiva è pari a € 28.545,4 mln. di cui € 20.360,4 mln. di spesa pubblica (71,3%) e il restante 28,7%, € 8.185,0 mln., di spesa privata.

## KI 9.2. Spesa farmaceutica pubblica



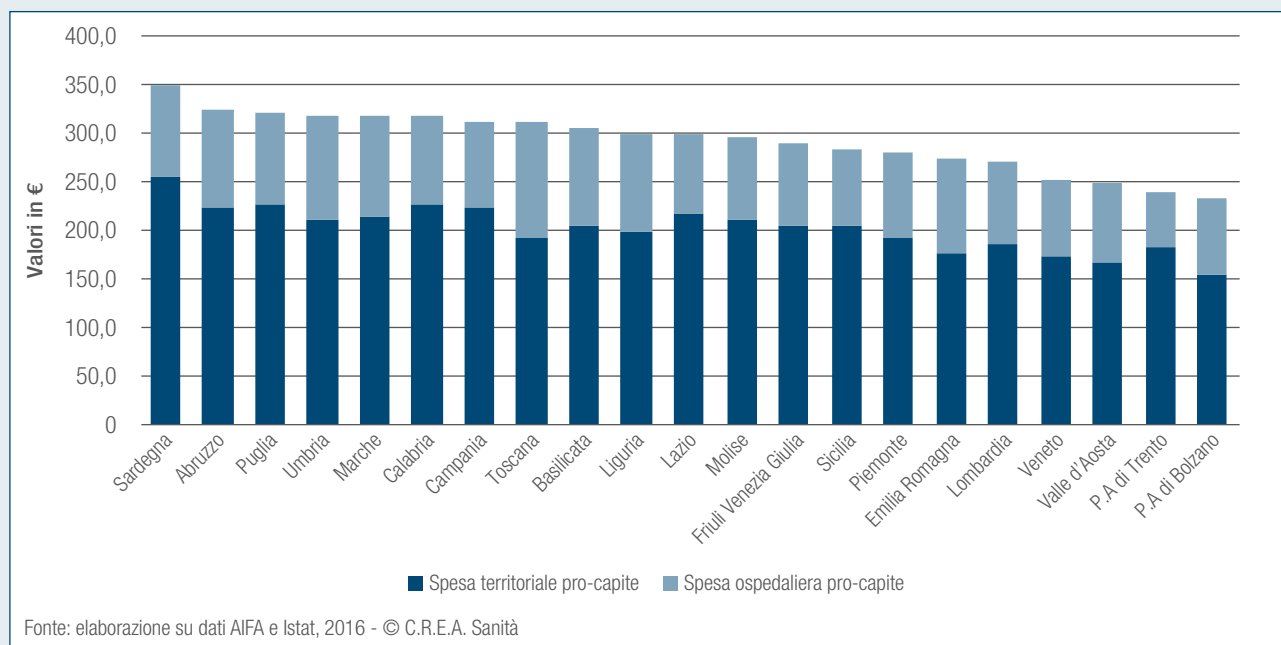
Nell'ultimo anno, il 40,6% della spesa pubblica è assorbita dai farmaci distribuiti mediante le farmacie in convenzione, il 27,5% da quelli di Classe A erogati in distribuzione diretta dagli ospedali (DD) o dalle farmacie per conto di essi (DPC) e il 31,9% dai restanti farmaci erogati da ASL, Aziende Ospedaliere, Istituti e centri di riabilitazione pubblici (RIA) e istituti penitenziari. La cosiddetta spesa convenzionata, al netto delle partecipazioni, nell'ultimo anno è risultata pari a € 8.268,0 mln., in riduzione del 2,5% rispetto all'anno precedente, mentre la spesa per farmaci erogati dalle strutture sanitarie pubbliche, al netto di quella di Classe A erogata in forma diretta o per conto, è stata di € 6.487,4, in crescita del 3,3% nell'ultimo anno.

KI 9.3. Spesa farmaceutica privata



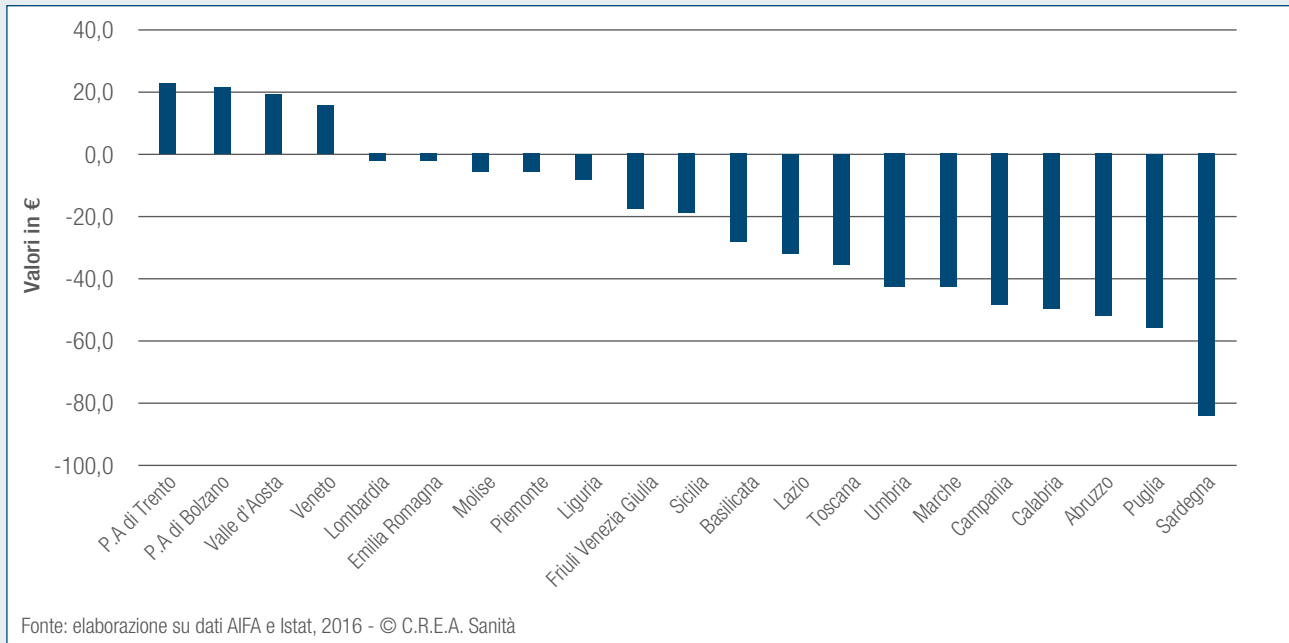
La spesa privata si compone per il 16,0% da farmaci di Classe A acquistati direttamente dalle famiglie, per il 36,8% dalla spesa per farmaci di Classe C, per il 28,4% dalla spesa per automedicazione e per il restante 18,8% dalle compartecipazioni alla spesa dei cittadini. La spesa di Classe A privata, nello specifico, è pari nel 2016 a € 1.309,0, e risulta in riduzione del 12,0% rispetto all'anno precedente; quella per Classe C a € 3.014,0 in aumento dello 0,6%; e quella per automedicazione pari a € 2,322,0 risulta in riduzione del 2,2% rispetto all'anno precedente; infine le compartecipazioni dei cittadini sommano a € 1.540,0, risultando in aumento dell'1,2%.

KI 9.4. Spesa farmaceutica pubblica pro-capite, anno 2016



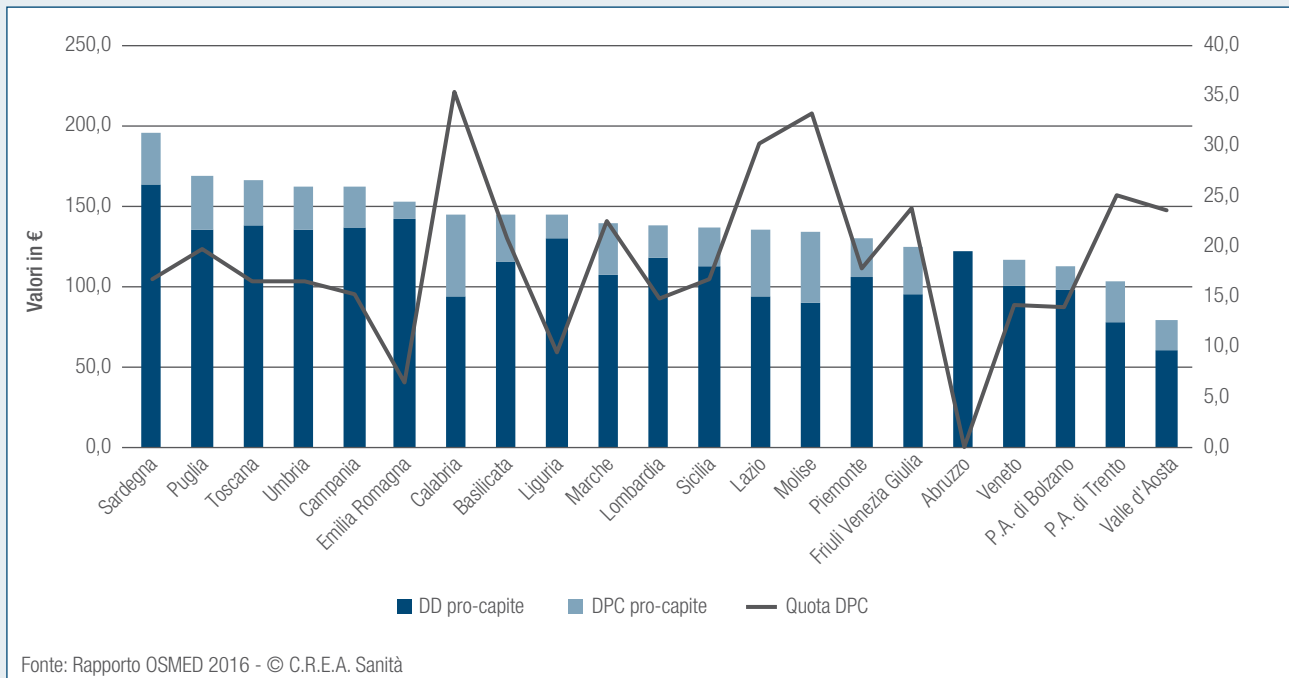
La spesa farmaceutica pubblica pro-capite è molto variabile tra le Regioni: passa da € 351,6 pro-capite in Sardegna a € 235,1 nella P.A. di Bolzano. Le Regioni in cui si osserva una maggiore incidenza di spesa ospedaliera sono la Toscana, l'Emilia Romagna, l'Umbria e la Liguria.

KI 9.5. Scostamento dal tetto (14,85%) della spesa farmaceutica pubblica pro-capite, anno 2016



Il tetto della spesa farmaceutica pubblica (14,85%) viene rispettato esclusivamente da 4 Regioni di cui 3 a statuto speciale: P.A. di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta e Veneto. Le Regioni che invece sfiorano maggiormente sono la Sardegna (€ 85,4 pro-capite), la Puglia (€ 56,5 pro-capite) e l'Abruzzo (€ 53,2 pro-capite).

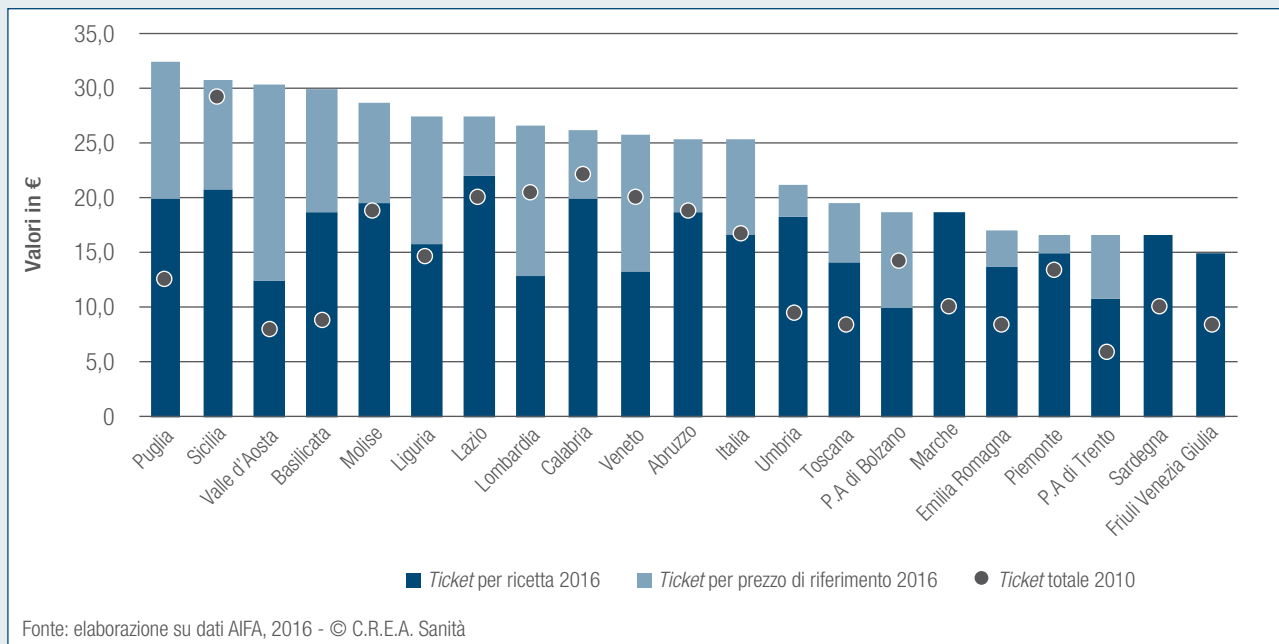
KI 9.6. Spesa farmaceutica pro-capite in distribuzione diretta e per conto, anno 2016



La spesa pro-capite in DD e DPC varia da € 196,3 in Sardegna a € 79,6 in Valle d'Aosta a fronte di una media italiana pari a € 143,6. L'unica Regione che non si avvale, nel 2016, della DPC è l'Abruzzo. Anche tra le Regioni che utilizzano DPC la quota è molto variabile: si passa dal 35,4% in Calabria al 6,5% in Emilia Romagna (media Italia 24,9%).

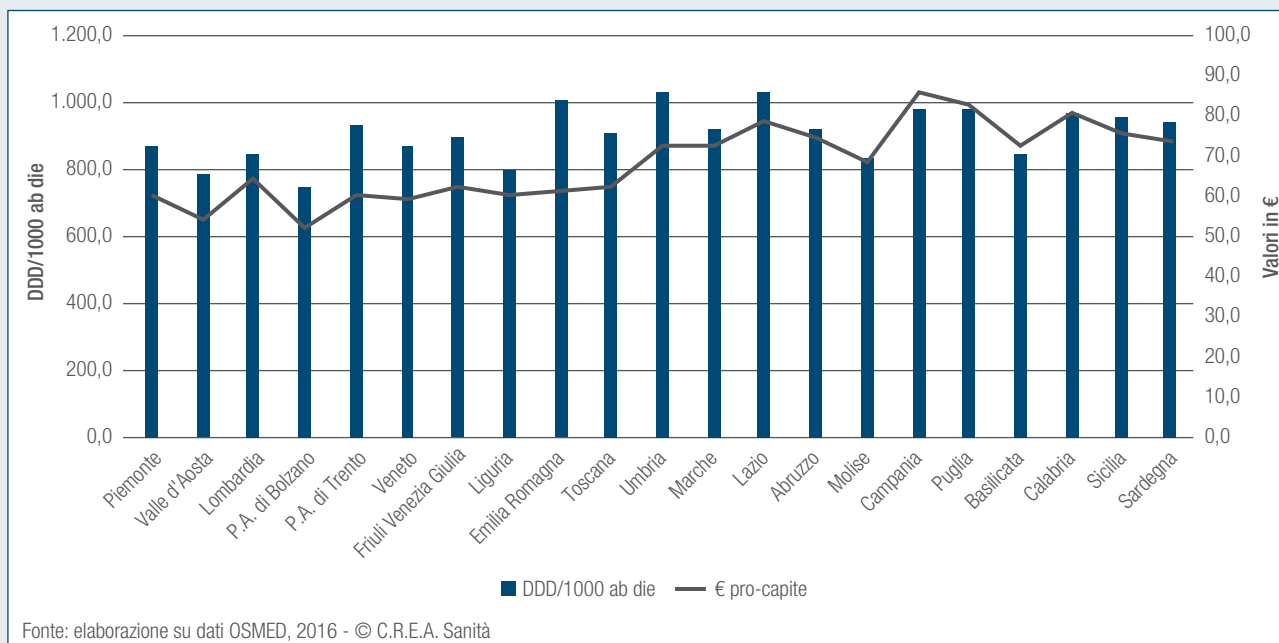


KI 9.7. Compartecipazione alla spesa farmaceutica pro-capite



In media in Italia la spesa pro-capite per *ticket* è pari a € 25,4 pro-capite con una elevata variabilità regionale: si passa da € 15,0 in Friuli Venezia Giulia a € 33,0 della Campania. Notevoli differenze si possono osservare anche nella composizione del *ticket* tra quota prezzo di riferimento e quota per ricetta. Come era lecito attendersi sono le Regioni del Sud a far osservare una quota maggiore di *ticket* per prezzo di riferimento in quanto sono quelle in cui il consumo dei farmaci generici è nettamente inferiore. In media in Italia il 33,6% del totale compartecipazione è legata al *ticket* per ricetta (€ 8,5) ed il restante 66,4% alla quota eccedente il prezzo di riferimento (€ 16,8).

KI 9.8. Consumi e spesa dei farmaci a brevetto scaduto della Classe A SSN, anno 2016



La maggior incidenza di consumi per farmaci a brevetto scaduto Classe A SSN si registra nel Lazio e in Sicilia (rispettivamente 74,9% e 74,2%) mentre la minore nel Veneto e nella P.A. di Bolzano (63,7% e 63,5%) con una differenza di 11,4 punti percentuali. In media in Italia il consumo di farmaci a brevetto scaduto di Classe A SSN incide per il 71,0%. Guardando alla spesa per farmaci di Classe A SSN le Regioni con una maggiore incidenza di spesa per farmaci a brevetto scaduto sono la P.A. di Trento e il Lazio (24,0% in entrambe le Regioni) mentre quelle con minore incidenza sono Toscana e P.A. di Bolzano (19,1% e 19,5%). In Italia in media la spesa per farmaci a brevetto scaduto Classe A SSN incide per il 22,0%.



A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, set against a dark blue background with faint, overlapping text.

# *Capitolo 10*

**Assistenza primaria:  
l'utilizzo della tecnologia digitale  
tra i medici di medicina generale**

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 10

### Assistenza primaria: l'utilizzo della tecnologia digitale tra i medici di medicina generale

Misericordia P.<sup>1</sup>, Sgarbossa C.<sup>2</sup>, Giordani C.<sup>3</sup>

#### 10.1. eHealth in assistenza primaria nel contesto internazionale

Negli ultimi mesi il Governo italiano ha più volte sottolineato l'importanza dell'eHealth, che rappresenta una leva strategica in grado di migliorare la qualità del servizio al paziente e, al contempo, tenere sotto controllo la spesa sanitaria.

Per "eHealth", o "Sanità in Rete" s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita (Ministero della Salute, 2017).

Sull'ICT applicata in Sanità, dal punto di vista normativo e regolatorio, sono stati pubblicati numerosi contributi, sia in Europa che in Italia; tra i più rilevanti, senza pretesa di esaustività<sup>4</sup> citiamo:

- l'"Action Plan europeo sull'eHealth" (2004), con cui l'Unione Europea (EU) ha avviato la pianificazione dei passi necessari alla definizione di linguaggi e servizi comuni da adottare in ambito sanitario;
- il documento-guida "Una politica per la Sanità Elettronica - Per un migliore e più efficiente Sistema Sanitario Nazionale attraverso l'innovazione digitale" (marzo 2005), elaborato dal Tavolo permanente Sanità Elettronica (composto dal Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, dal Ministero della Salute e dalle Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome);
- la "Strategia architetture per la sanità elettronica", prevista dal Piano Sanità Elettronica (PSE) del 2006;

- l'"eHealth Information Strategy", con cui il Ministero della Salute ha avviato nel 2008 il processo di digitalizzazione della sanità italiana con riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), alla ricetta elettronica (ePrescription), alla dematerializzazione di referti medici e cartelle cliniche, al Centro unico di prenotazione (CUP) ed alla Telemedicina;
- la comunicazione "Europa 2020" della Commissione Europea (2010), che riconosce "le carenze strutturali dell'economia europea" di fronte alle crescenti sfide di lungo termine: globalizzazione, pressione sulle risorse, invecchiamento. Una delle sette iniziative della "Strategia Europa 2020" riguarda proprio il digitale, da sviluppare come motore della crescita socio-economica e da utilizzare in modo ottimale da parte degli Stati a supporto dell'e-government;
- la comunicazione della Commissione Europea "Un'agenda digitale europea" (2010), che dà l'avvio ad un piano d'azione per lo sviluppo dell'economia e della società digitale, al cui interno viene riconosciuto il ruolo fondamentale della sanità elettronica e dei servizi di telemedicina per gestire le sfide dell'invecchiamento della popolazione e quelle della sostenibilità della sanità;
- l'istituzione dell'"Agenda digitale italiana" (decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 1° marzo 2012) che, assegnando un ruolo centrale all'obiettivo della modernizzazione della Pubblica Amministrazione, pone l'esigenza dello sviluppo del mercato digitale e del processo di digitalizzazione della sanità quali azioni prioritarie e «passaggio fondamentale per

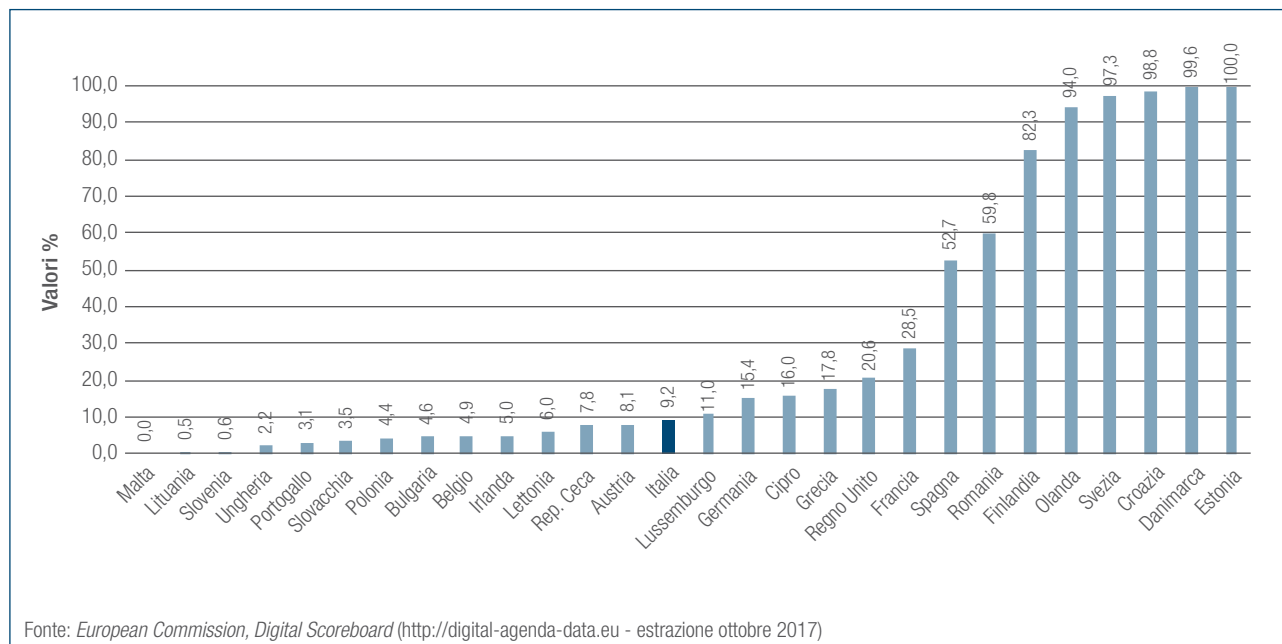
<sup>1</sup> Responsabile Area ICT di FIMMG

<sup>2</sup> Direttore Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Politecnico di Milano

<sup>3</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>4</sup> Per approfondire si rimanda al capitolo 13c *Il valore della Sanità digitale*, a cura di Collicelli C., nel 12° Rapporto Sanità a cura di C.R.E.A. Sanità

Figura 10.1. MMG che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti, anno 2013



migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari, limitare sprechi e inefficienze, ridurre le differenze tra i territori, nonché innovare le relazioni di front-end e migliorare la qualità percepita da parte del cittadino»;

- le “Linee guida per la presentazione dei piani di progetto regionali per il FSE”, pubblicate dall’Agenzia per l’Italia digitale (AgID) nel marzo 2014, sulla base dei quali le Regioni definiscono l’implementazione del sistema FSE;
- la “Strategia per la crescita digitale 2014-2020” della Presidenza del Consiglio dei Ministri (marzo 2015), elaborata con l’intento di «portare l’Italia entro il 2020 in linea con gli altri Paesi europei rispetto agli obiettivi definiti con l’Agenda digitale europea»;
- le “Specifiche tecniche per l’interoperabilità tra i sistemi regionali del Fascicolo Sanitario Elettronico”, rilasciate dall’AgID (aprile 2015), per consentire alle Regioni di sviluppare i propri servizi in un’ottica di effettiva interoperabilità del FSE;
- il “Patto per la sanità digitale concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016” (approvato il 7 luglio 2016 in Conferenza Stato-Regioni).

Anche nell’ambito delle attività di monitoraggio della Commissione Europea sui progressi compiuti nella digitalizzazione da parte dei Paesi membri, esiste una sezione specifica dedicata alla Sanità digitale e, in parti-

colare, all’interno dello *scoreboard* vengono considerati i seguenti quattro indicatori:

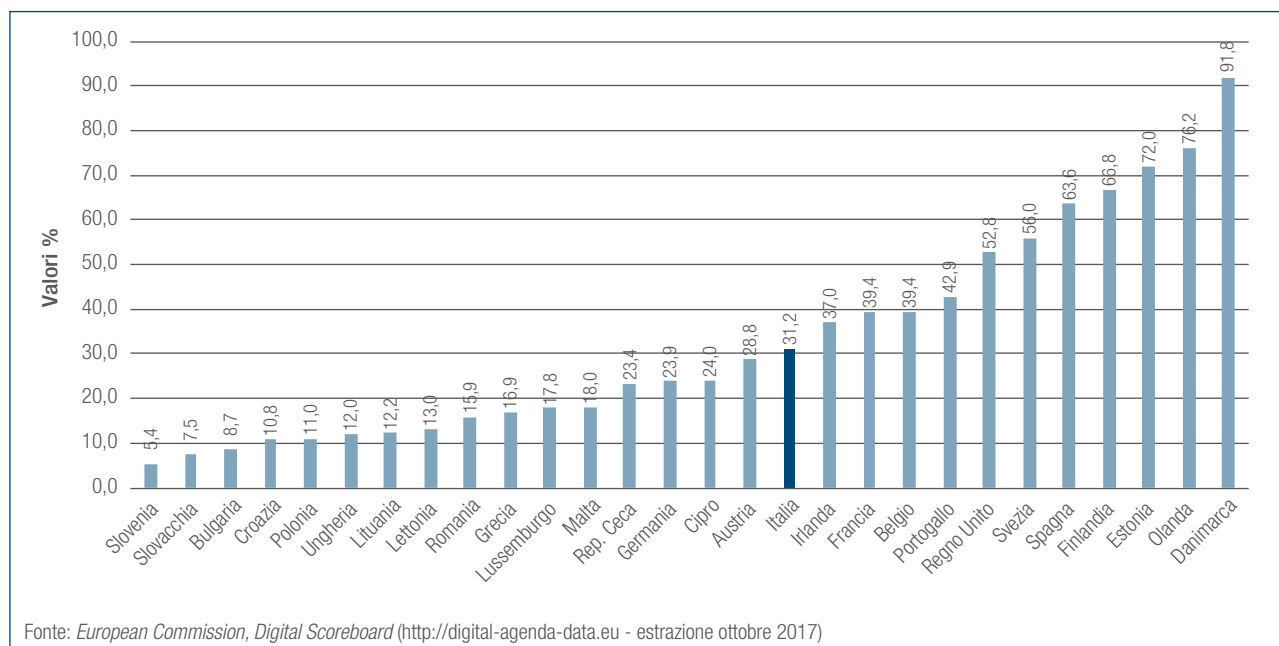
1. ricerca di informazioni *on line* sui temi della salute da parte dei cittadini;
2. prenotazione di visite mediche via *Web* da parte dei pazienti;
3. medici di medicina generale (MMG) che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti;
4. MMG che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari.

Due dei quattro indicatori appartengono all’ambito specifico della medicina generale, a riprova dell’importanza della diffusione delle tecnologie digitali nell’assistenza primaria in generale e, in particolare, nella medicina generale.

Relativamente a questi indicatori, è possibile analizzare il posizionamento dell’Italia rispetto agli altri Paesi EU. In particolare, rispetto alla quota di MMG che invia elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti si evince in Figura 10.1 come il nostro Paese nel 2013 (ultimo anno disponibile alla data in cui si scrive) occupasse la 15ª posizione all’interno dell’EU con il 9,2%, ben lontano ad esempio dal 100,0% dell’Estonia, il 99,6% della Danimarca, il 98,8% della Croazia e il 97,3% della Svezia. Nelle ultime posizioni, con quote al di sotto del 3,0% si trovano Malta, Lituania, Slovenia, Ungheria.

È utile evidenziare che i dati, essendo riferiti al 2013,

Figura 10.2. MMG che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari, anno 2013



non sono rappresentativi della realtà in evoluzione, e vanno quindi letti con estrema cautela.

La Figura 10.2 riporta invece il secondo indicatore, ossia la quota di MMG che condivide i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari, anch'esso fermo al 2013: l'Italia, con il 31,2%, è al 12° posto. Superano il 70,0% la Danimarca (91,8%), l'Olanda (76,2%) e l'Estonia (72,0%). Al di sotto del 10,0% si trovano la Slovenia (5,4%), la Slovacchia (7,5%) e la Bulgaria (8,7%).

Nonostante questi indicatori siano – come visto – poco aggiornati, e dunque non riescano a restituire un quadro realistico dell'evoluzione in corso del fenomeno analizzato, mostrarli è utile per evidenziare l'interesse a livello comunitario del fenomeno della digitalizzazione applicato alla medicina generale.

Tra i principali strumenti a disposizione del MMG si annovera il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), o *Electronic Health Record* (EHR). Esso ha come obiettivo il «fornire ai medici, e più in generale ai clinici, una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini, e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici afferenti al cittadino, generati dai vari attori del Sistema Sanitario» (Ministero della Salute, 2017).

Il FSE contiene eventi sanitari e documenti di sintesi, organizzati secondo una struttura gerarchica paziente-centrica, che permette la navigazione fra i documenti clinici in modalità differenti a seconda del tipo di indagine.

Dopo la pubblicazione delle linee guida sul Fascicolo Sanitario Elettronico da parte del Ministero della Salute nel 2011, nel corso degli ultimi anni sono stati approvati diversi decreti in materia di sanità elettronica, e passi avanti compiuti nella diffusione del FSE su tutto il territorio nazionale, anche se quest'ultima risulta ancora molto frammentata.

Al momento in cui si scrive, dal sito AgID (Agenzia per l'Italia Digitale) dedicato al Fascicolo<sup>5</sup> si evince che le Regioni italiane in cui il FSE è attivo sono 16; sono stati attivati 11.152.234 FSE, per un totale di 25.663.856 referti digitalizzati.

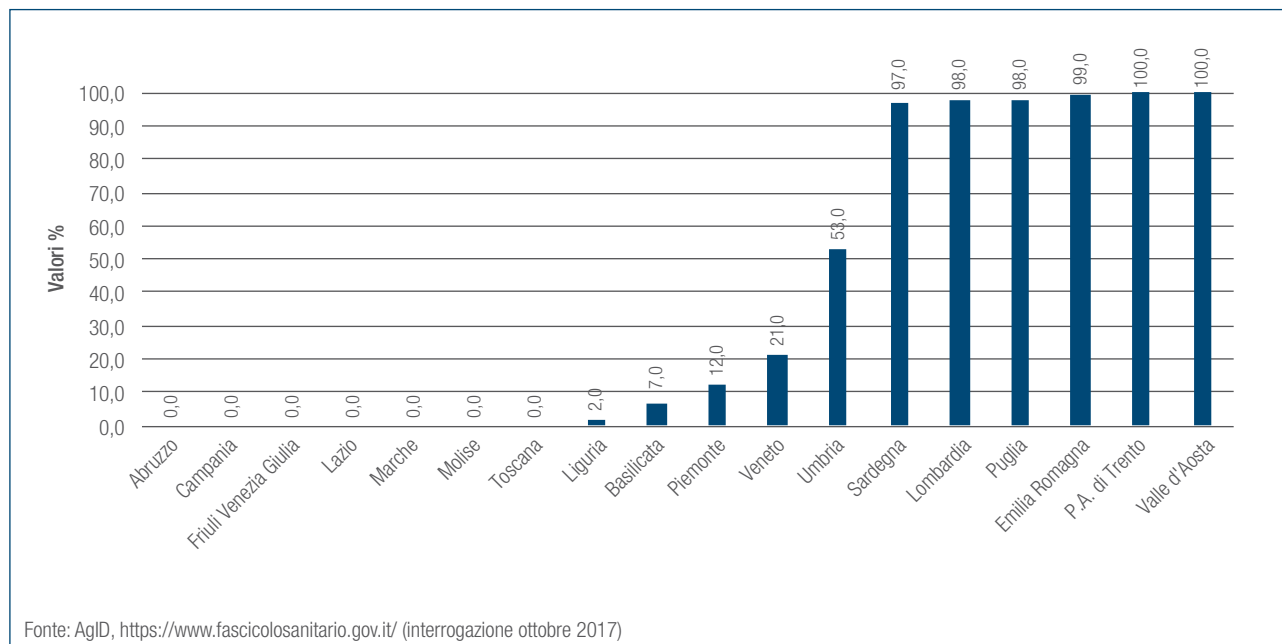
Sul sito in esame è possibile ricavare i risultati del monitoraggio effettuato sull'utilizzo, finalizzato a captare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie.

Nello specifico, gli indicatori utilizzati evidenziano:

- cittadini: numero dei cittadini assistiti che hanno prestato il consenso per l'alimentazione del FSE rispetto

<sup>5</sup> <https://www.fascicolosanitario.gov.it/>

Figura 10.3. Quota di MMG/PLS che ha utilizzato il FSE (rispetto ai medici abilitati), 2° trimestre 2017



al numero totale dei cittadini assistiti della regione e il numero dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti per i quali è stato messo a disposizione almeno un referto negli ultimi 90 giorni;

- medici: numero dei MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale dei MMG/PLS titolari abilitati al FSE e il numero del *Patient Summary* popolati da MMG/PLS titolari rispetto al numero complessivo di FSE attivati;
- aziende sanitarie: il numero di operatori sanitari abilitati al FSE rispetto al totale degli operatori sanitari dell'azienda sanitaria e il numero referti strutturati (in questa fase solo quelli di laboratorio) digitalizzati resi disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti prodotti dall'azienda sanitaria.

La Figura 10.3 mostra come le 6 Regioni in cui la percentuale di MMG/PLS che ha utilizzato il FSE (rispetto ai medici abilitati al Fascicolo) raggiunge o supera il 97,0% si trovino prevalentemente nel settentrione (ad esclusione di Sardegna e Puglia).

È interessante rilevare come la Commissione EU abbia effettuato diversi studi sull'ICT nella medicina di base in Europa, per misurarne la diffusione e l'utilizzo.

In particolare, il documento *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners* del 2013,

cui si rimanda per i dettagli dell'analisi e dei risultati, contiene una *survey* effettuata tra oltre 9.000 *General Practitioners* (GPs) nei Paesi EU; fra gli spunti più interessanti citiamo:

- la medicina generale è ormai prossima a raggiungere il 100% dell'accesso alle tecnologie digitali di base: circa il 97% dei medici riferisce di possedere e utilizzare un PC connesso a Internet mentre effettua le visite (con un netto miglioramento rispetto ai risultati 2007: possedeva un computer l'82,5% dei medici ed era connesso ad Internet il 66%);
- ci sono ampi margini di crescita e miglioramento nell'accesso e nell'utilizzo di dispositivi mobili e Internet ad alta velocità. Se i MMG adotteranno sempre più la telemedicina nei prossimi anni, è certo che necessiteranno di una rete più veloce rispetto a quella in media attualmente posseduta;
- ci sono dei *gap* in termini di interoperabilità: ad esempio, molti MMG comunicano con specialisti ed ospedali attraverso i canali tradizionali;
- l'informatizzazione degli archivi è completata o quasi completata solo per meno del 50% dei medici partecipanti all'indagine, mentre molti si trovano in una situazione "mista" (archivi in parte elettronici e in parte cartacei);
- alcuni dei problemi rilevati, come la citata mancan-



za di connessioni veloci, portano molti medici di base ad essere scettici sull'efficienza dell'impatto dell'eHealth, credendo si possa verificare un aggravio del carico di lavoro.

In ambito italiano, l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano dal 2007 sviluppa analisi e ricerche che fotografano lo stato della Sanità digitale italiana, promuovendo il ruolo delle tecnologie digitali a supporto del miglioramento e dell'innovazione dei processi. Nel paragrafo successivo si illustrano alcuni dei risultati dell'edizione 2017<sup>6</sup>.

## 10.2. Indagine italiana “L’innovazione Digitale in Medicina Generale”

Nel mese di aprile 2017, e per il sesto anno consecutivo, il Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), in collaborazione con l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano e con il supporto di DoxaPharma, ha realizzato un'indagine campionaria, condotta tramite questionari *on line* e rivolta ai MMG iscritti alla FIMMG, sulla diffusione dell'utilizzo delle tecnologie digitali nella professione.

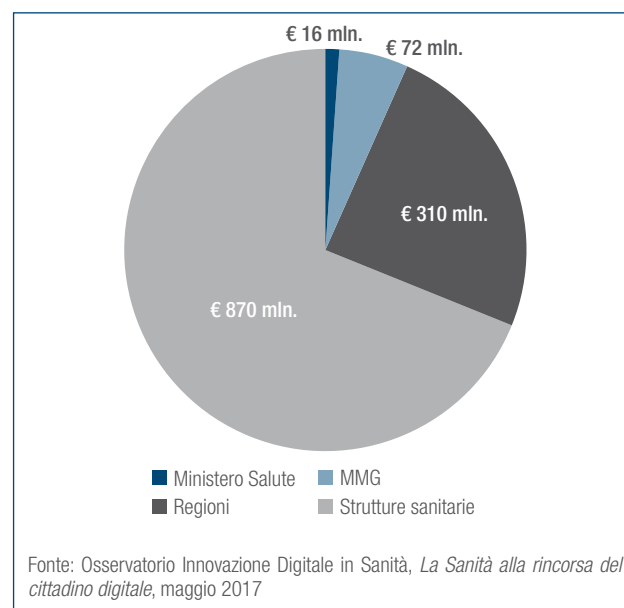
Sono stati intervistati 540 MMG, distribuiti sull'intero territorio nazionale. Il 52% del campione aveva più di 60 anni, il 25% un'età compresa tra 56 e 60 anni, il 23% fino a 55 anni. Solo il 14% aveva uno studio singolo, mentre il 33% faceva parte di un gruppo.

Molteplici gli aspetti analizzati, su cui sono stati interrogati i partecipanti all'indagine: dalla spesa per l'ICT all'utilizzo degli strumenti digitali, dalle percezioni e sensibilità dei medici circa l'utilità e l'adeguatezza delle soluzioni ICT rese attualmente disponibili alle competenze digitali possedute.

### La spesa per l'ICT

La più ampia ricerca svolta dall'Osservatorio ha consentito di stimare la spesa per la Sanità digitale: come mostrato nella Figura 10.4, nel 2016 sono stati spesi € 1,27 mld. (-5,0% rispetto al 2015) per la digitalizzazio-

Figura 10.4. Spesa complessiva per la Sanità digitale, anno 2016



ne della Sanità italiana: € 870 mln. spesi dalle strutture sanitarie (-6,0% rispetto all'anno precedente), € 310 mln. dalle Regioni (-3,0%), € 72 mln. dai MMG (+3,0%) e € 16 mln. dal Ministero della Salute (-8,0%). Emerge, quindi, che i MMG sono gli unici attori che nel 2016 hanno incrementato la spesa in ICT rispetto al 2015.

Con riferimento alla spesa dei MMG, nell'indagine è stato chiesto quanto, nell'ambito delle proprie attività professionali, è stato speso per servizi e sistemi ICT nel 2016 e quanto si prevede di spendere per il 2017.

La Figura 10.5 mostra come per il 2017 oltre il 60% dei medici abbia indicato una stima di investimento compresa tra € 500 e € 2.000.

### Le soluzioni digitali

Passando ad analizzare le soluzioni digitali per la Medicina Generale, è interessante osservare come il 94% dei MMG affermi di aver sentito parlare di FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), il 78% sappia di cosa si tratta. Considerando il livello di utilizzo del FSE nelle regioni in cui il sistema era attivo nel momento della rilevazione, emerge che pochi ancora lo hanno effettivamente utilizzato (il 16% frequentemente, ovvero almeno una volta a settimana, e il 18% almeno una volta al mese) (Figura 10.6).

<sup>6</sup> [https://www.osservatori.net/it\\_it/osservatori/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita](https://www.osservatori.net/it_it/osservatori/osservatori/innovazione-digitale-in-sanita)

Figura 10.5. Spesa per sistemi ICT nell'ambito dell'attività professionale dei MMG

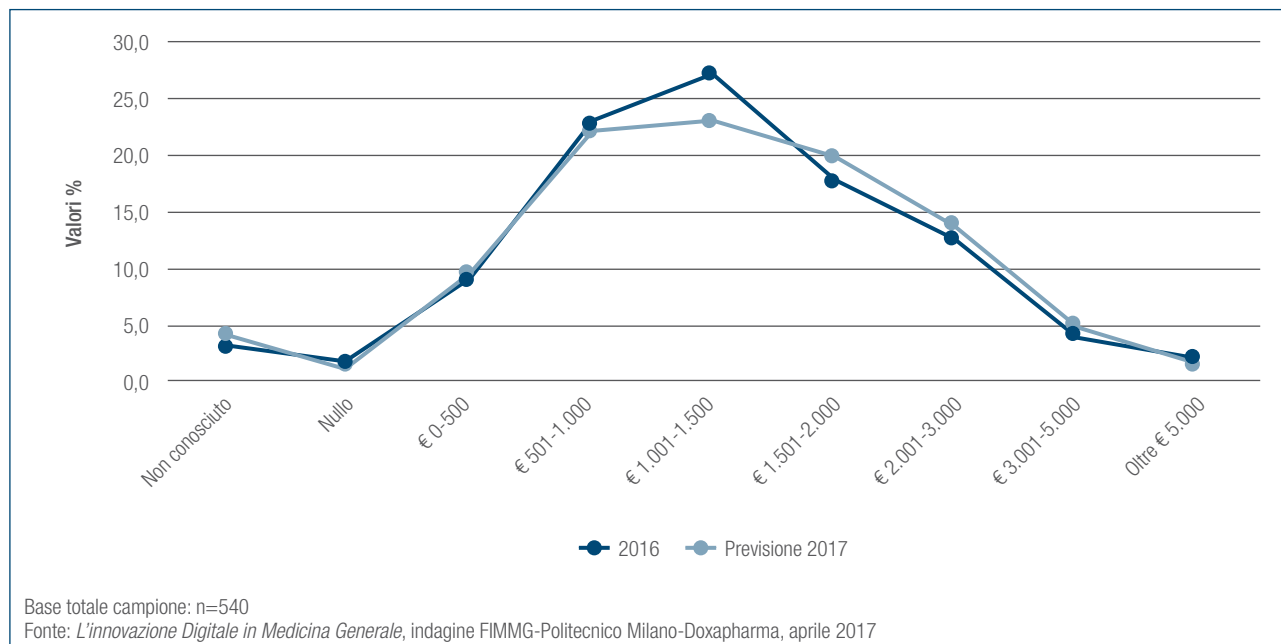
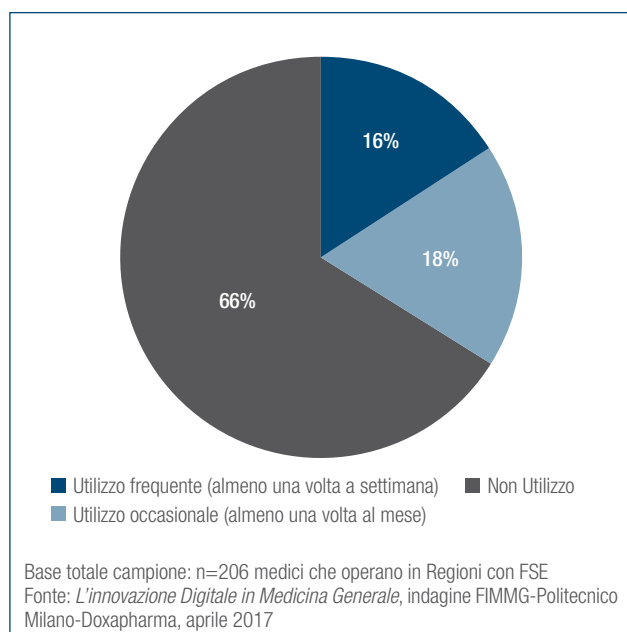


Figura 10.6. Utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte dei MMG



I servizi maggiormente utilizzati dai MMG, occasionalmente o frequentemente, nell'ultimo anno sono stati: la consultazione *on line* di dati di laboratorio, utilizzata dal 47% del campione, quella di referti specialistici (32%), di referti di diagnostica per immagini (30%). Solo un medico su quattro ha consultato *on line* le lettere di dimissione ospedaliere e il 22% verbali di pronto soccorso.

Come nelle rilevazioni condotte negli altri anni, appare piuttosto elevata la percentuale di coloro che, pur non essendo in condizione di poter fruire di tali strumenti digitali, dichiarano di essere interessati a farlo: il 70% sarebbe interessato a consultare *on line* i verbali di pronto soccorso, il 69% le lettere di dimissione, il 63% i referti di diagnostica per immagine, il 61% i referti specialistici e il 48% i referti diagnostici di laboratorio.

Solamente quote residuali del campione (dal 5 all'8%) dichiarano di non aver utilizzato tali servizi e di non essere interessate a farlo (Figura 10.7).

I medici ritengono comunque molto importante l'uso di questi servizi nella professione: sono tutti giudicati rilevanti, riscuotendo un punteggio uguale o superiore a 4,5 in una valutazione espressa su una scala da 1 a 5.

Per cercare di analizzare complessivamente il fenomeno della digitalizzazione della medicina generale, in considerazione della presenza di progetti ancora non completamente realizzati (come quello della dematerializzazione della ricetta), ai medici è stato chiesto di pronunciarsi in merito alla permanenza del promemoria cartaceo della ricetta: l'85% del campione ne auspica una rapida scomparsa.

Inoltre, il 43% dei MMG attribuisce prevalentemente ai farmacisti il maggiore interesse a mantenere in vigore la copia cartacea del promemoria; a seguire vengono

Figura 10.7. Utilizzo e interesse all'utilizzo di alcuni servizi da parte dei MMG nell'ultimo anno

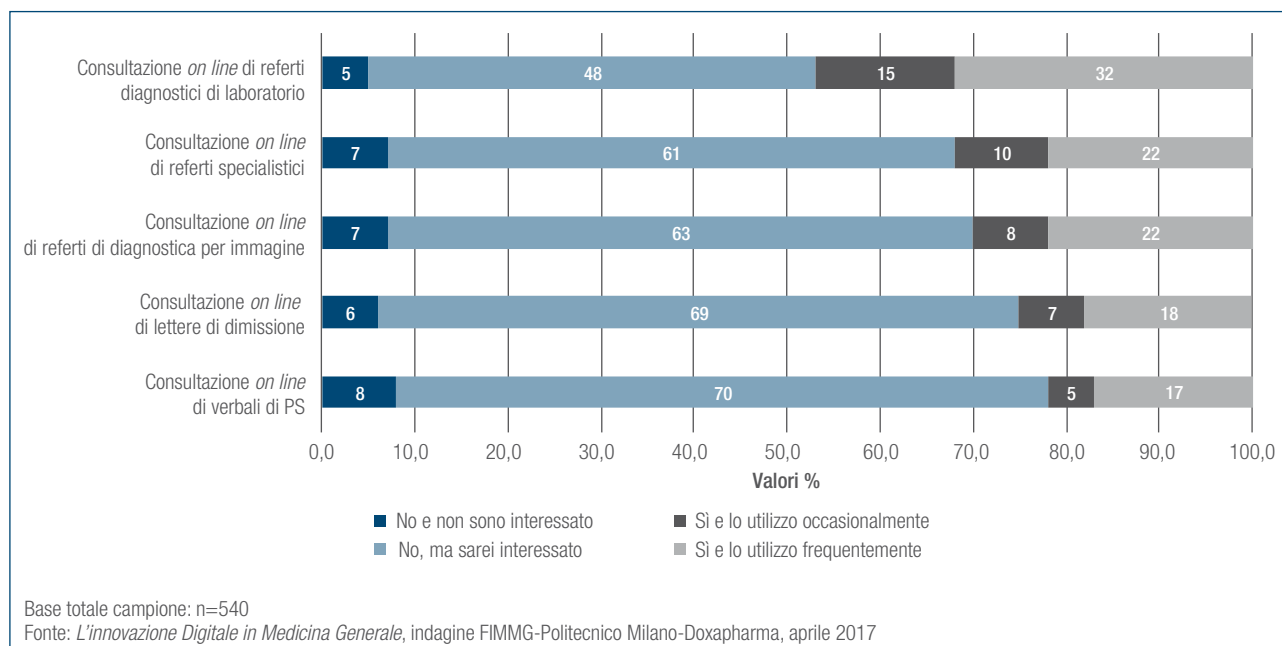
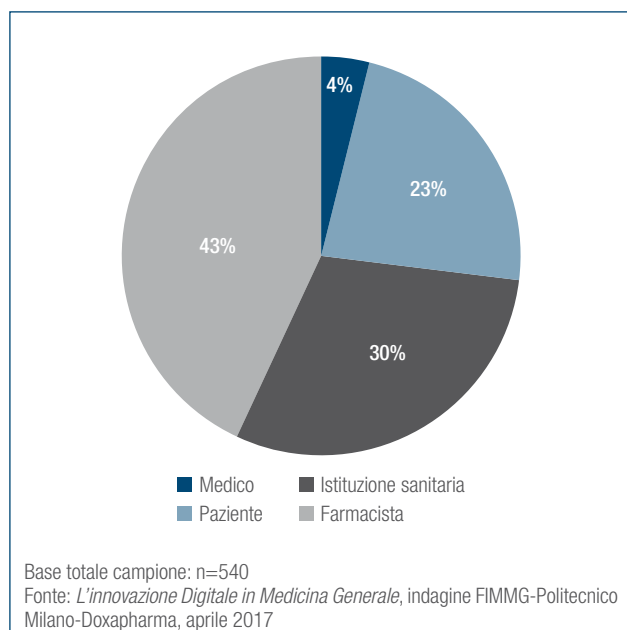


Figura 10.8. Attori che, secondo i MMG, avrebbero maggiore interesse a mantenere una copia cartacea del promemoria della ricetta medica



citati le istituzioni sanitarie (30%), i pazienti (23%) e, solo per il 4%, i medici (Figura 10.8).

Le principali conseguenze che i MMG si attendono dalla scomparsa del promemoria cartaceo della ricetta sono innanzitutto una agevolazione per i pazienti nell'approvvigionamento delle terapie continuative (il 76% dei

medici fornisce un punteggio compreso tra 7 e 10, come mostrato in Figura 10.9), e poi anche un aumento del tempo a disposizione del medico per dedicarsi ad aspetti più qualificanti della professione (punteggio tra 7 e 10 per il 72% del campione), nonché una riduzione dei costi di gestione ambulatoriali (da 7 a 10 il 68% del campione) e una complessiva riduzione dei flussi ambulatoriali dei pazienti (da 7 a 10 il 68% del campione).

Dalla scomparsa del promemoria non dovrebbero verificarsi, d'altronde, conseguenze negative: i medici credono che sarebbero molto contenuti i rischi per i pazienti di non ricevere i medicinali prescritti in caso di malfunzionamento del sistema (è "molto d'accordo" con questa possibilità solo il 17% del campione) o possibili confusioni rispetto alle terapie prescritte (molto d'accordo l'11%); viene inoltre ritenuta poco probabile l'ipotesi di una riduzione della capacità di intercettare precocemente i problemi dei pazienti per una riduzione della loro frequentazione ambulatoriale (solo il 7% dei medici si dichiara molto d'accordo) e quella di un affievolimento del rapporto medico-paziente (solo il 4% è molto d'accordo).

#### Le Mobile App mediche

Secondo la *survey* in esame, i MMG sono sempre più aperti e interessati all'utilizzo delle Applicazioni (App) Mediche per dispositivi mobili.

Figura 10.9. Principali conseguenze, secondo i MMG, della scomparsa del promemoria cartaceo della ricetta

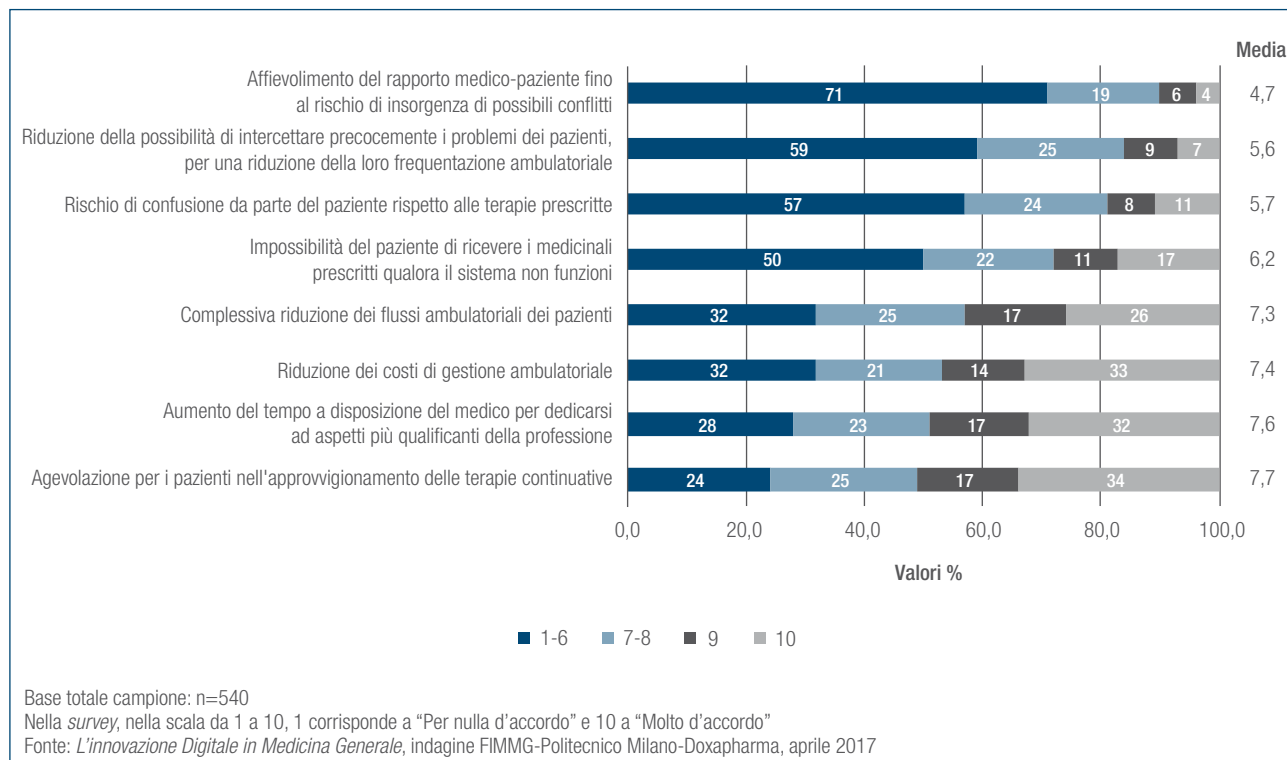


Figura 10.10. Utilizzo e interesse all'utilizzo di alcune Mobile App Mediche (Mobile Medical Application) da parte dei MMG

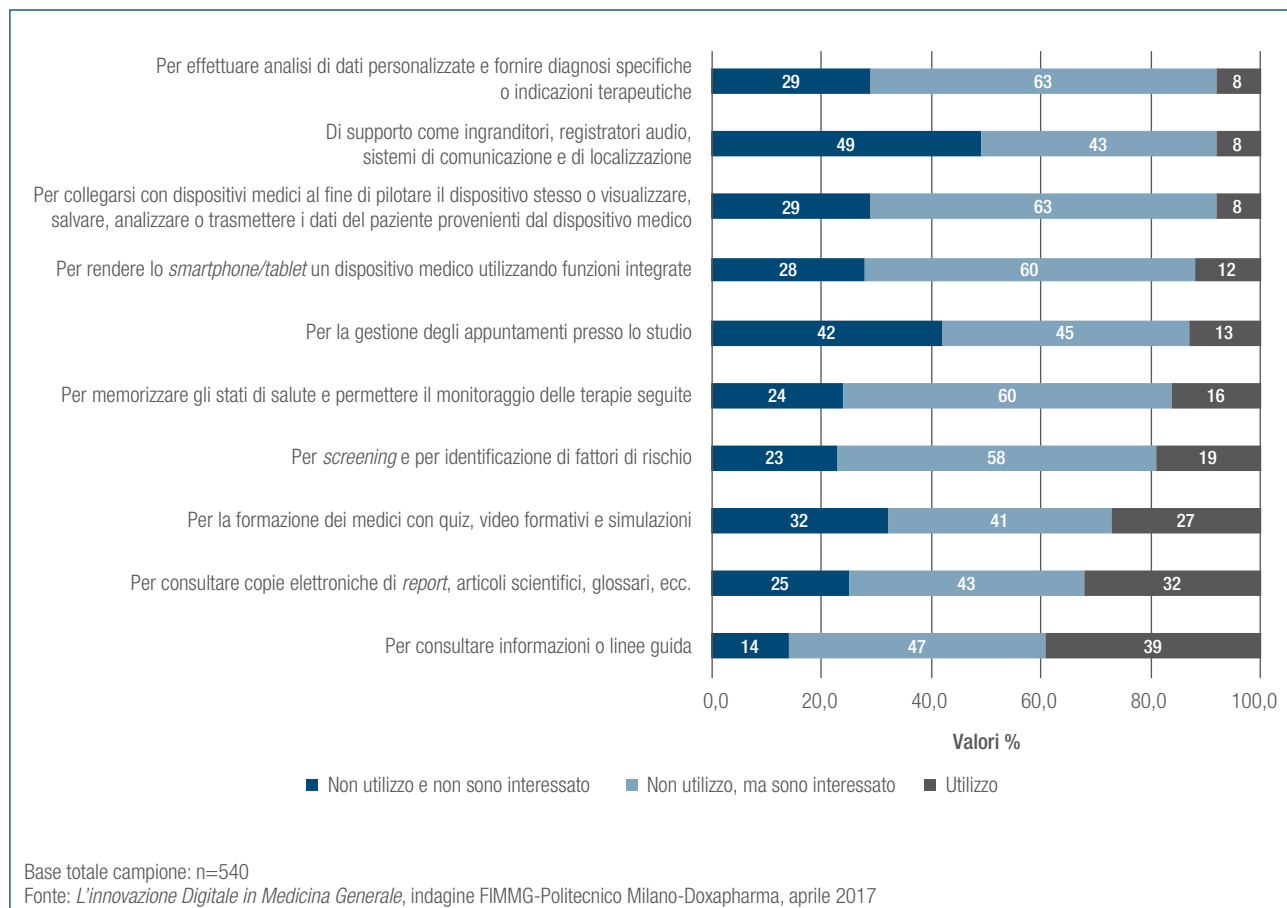
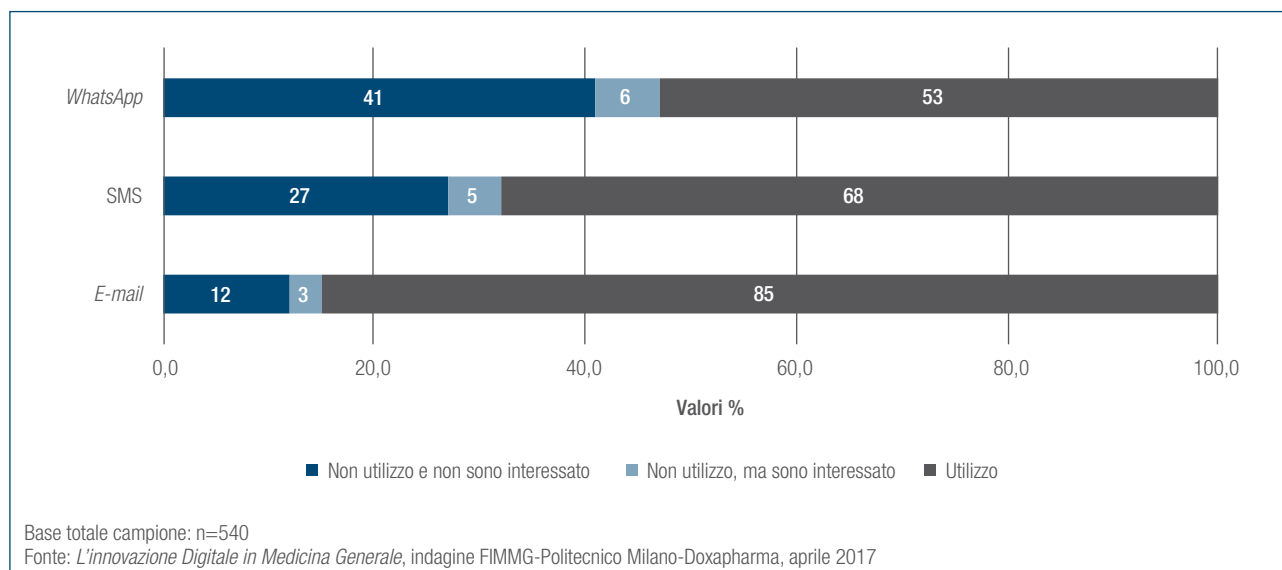


Figura 10.11. Utilizzo e interesse all'utilizzo da parte dei MMG di alcuni strumenti per interagire con i pazienti



A titolo di esempio, il 39% dichiara di utilizzarle per consultare informazioni e linee guida; il 32% per la consultazione di copie elettroniche di *report*, articoli scientifici, glossari, ecc.; il 27% per la formazione con *quiz*, video formativi e simulazioni, il 19% per *screening* e per identificazione di fattori di rischio (Figura 10.10).

Anche in questo caso è elevata la percentuale di coloro che, pur non utilizzandole, dichiarano di essere comunque interessati alle diverse funzioni che le *Mobile Medical Applications* possono fornire.

Si conferma molto elevata, in linea con altre rilevazioni effettuate negli anni scorsi, la percentuale di coloro che, per interagire con i propri pazienti, utilizzano l'email (85%), l'SMS (68%) e *WhatsApp* (53%), quest'ultima impiegata in particolare per condividere informazioni e immagini (Figura 10.11).

Lo scambio di dati effettuato tramite *WhatsApp* è ritenuto talmente efficiente da rendere inutile il contatto diretto con il paziente (per il 59% di chi la utilizza), da migliorare complessivamente la reciproca interazione (per il 40%) e la soddisfazione degli assistiti (per il 39%). Ancora, secondo il 36% dei medici che utilizza *WhatsApp*, questa applicazione consente di svolgere le proprie attività più velocemente, mentre secondo il 12% essa consente di migliorare la fiducia che i pazienti ripongono in loro.

I principali motivi per cui invece *WhatsApp* non viene utilizzata consistono nel ritenere che aumenti il carico di lavoro (per il 58% di coloro che non utilizzano la *App*),

che si possano creare incomprensioni con i pazienti (per il 48%) o che possano esserci implicazioni medico-legali (34%). Solo il 4% di chi non utilizza *WhatsApp* ritiene che, usandola, verrebbe compromessa la propria immagine nei confronti di altri MMG.

Il 46% del campione nell'ultimo anno ha utilizzato (occasionalmente o frequentemente) *WhatsApp* per condividere documenti con i propri pazienti (il 25% frequentemente), mentre il 40% non lo ha fatto e non è interessato a farlo e il 14%, pur non avendolo fatto, sarebbe interessato.

Il 34% del campione ha utilizzato l'applicazione per condividere documenti con altri operatori sanitari (il 31% non lo ha fatto e non è interessato a farlo) e il 32% lo ha fatto per ricevere materiale multimediale per la valutazione clinica del paziente (il 39% non lo ha fatto e non è interessato a farlo) (Figura 10.12).

### Benefici degli strumenti ICT e barriere al loro uso

Tra i maggiori benefici ottenuti dall'uso degli strumenti ICT ci sono (Figura 10.13): la velocizzazione delle attività professionali (per il 42% del campione), la disponibilità di un quadro clinico più completo del paziente (35%), la riduzione dei tempi di attesa ambulatoriali (34%); solo l'8% ritiene che questi strumenti possano diventare funzionali a un maggior coinvolgimento del paziente nei processi di cura e l'11% che possano ridurre il carico di lavoro del personale di supporto.

Figura 10.12. Utilizzo e interesse all'utilizzo di WhatsApp da parte dei MMG nell'ultimo anno per svolgere alcune attività

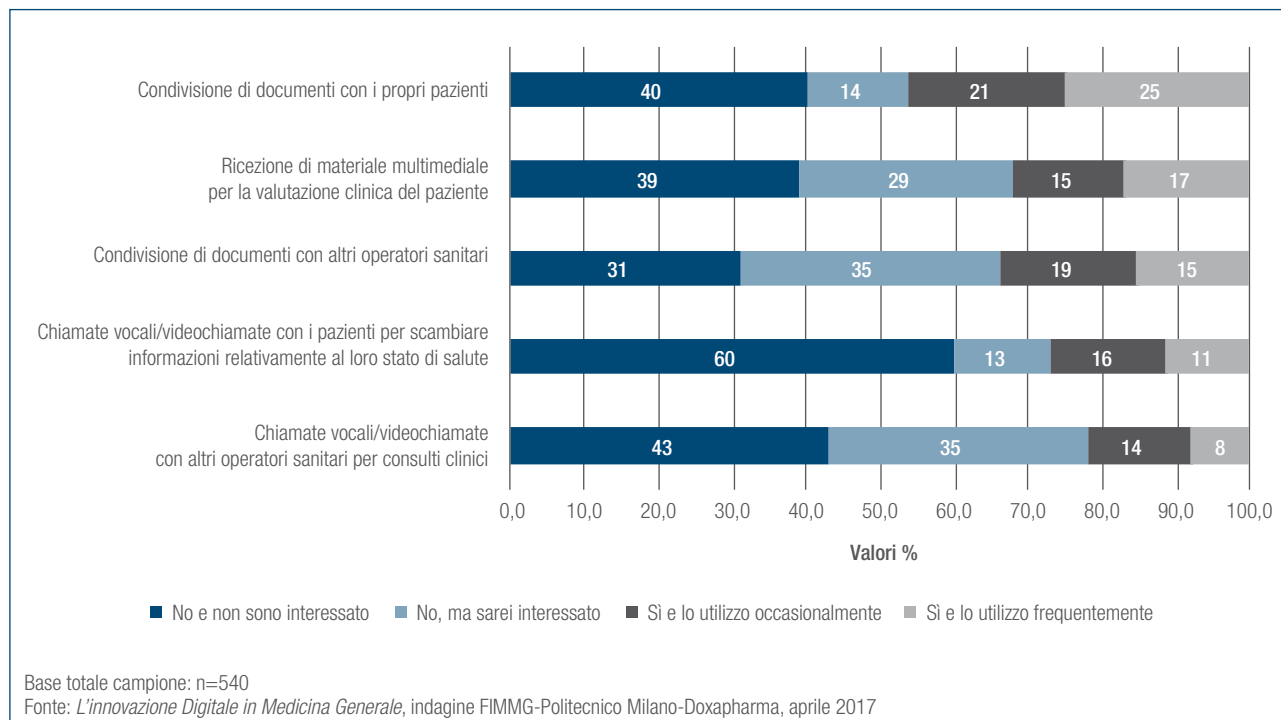


Figura 10.13. Benefici ottenuti/ottenibili grazie all'adozione di strumenti ICT tra i MMG

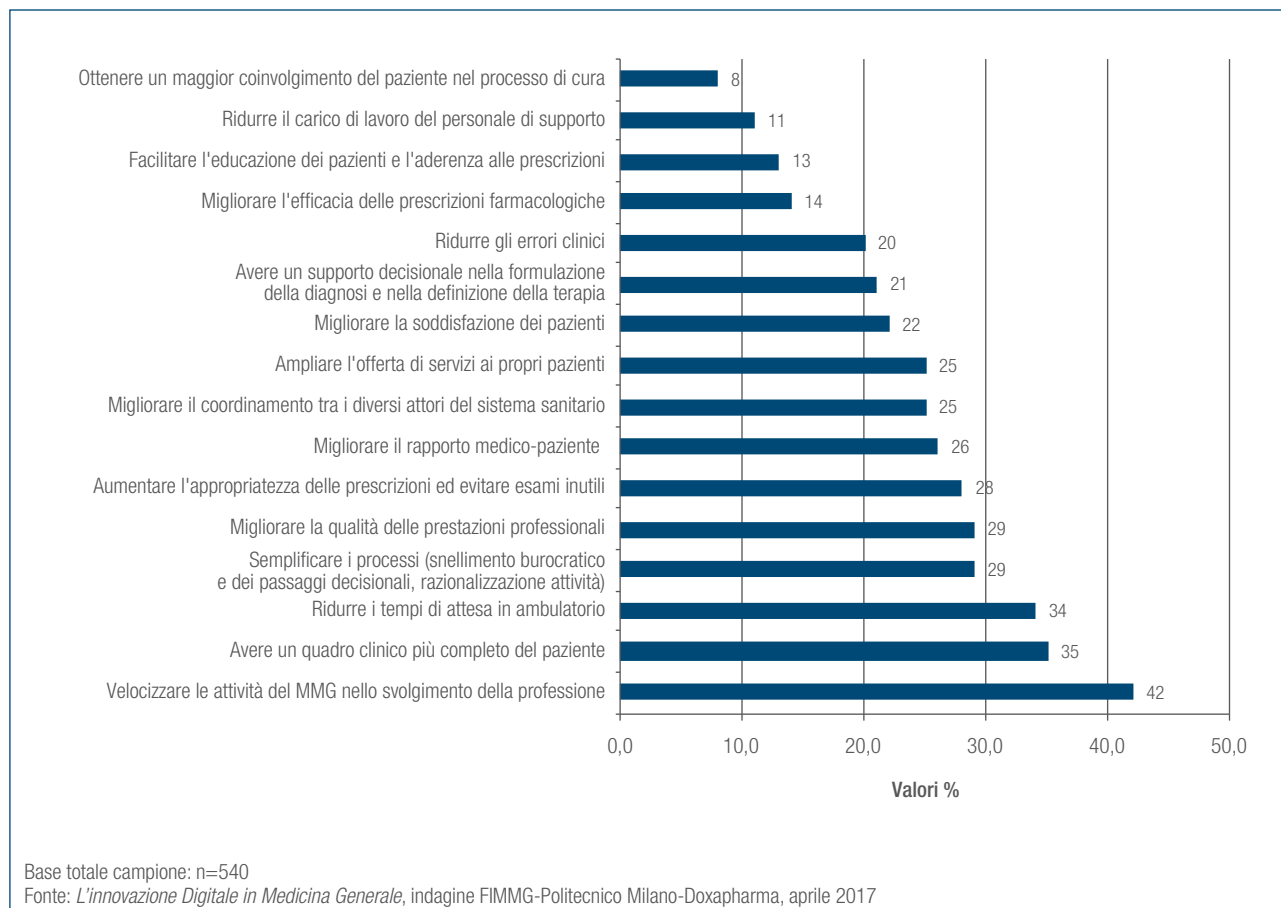
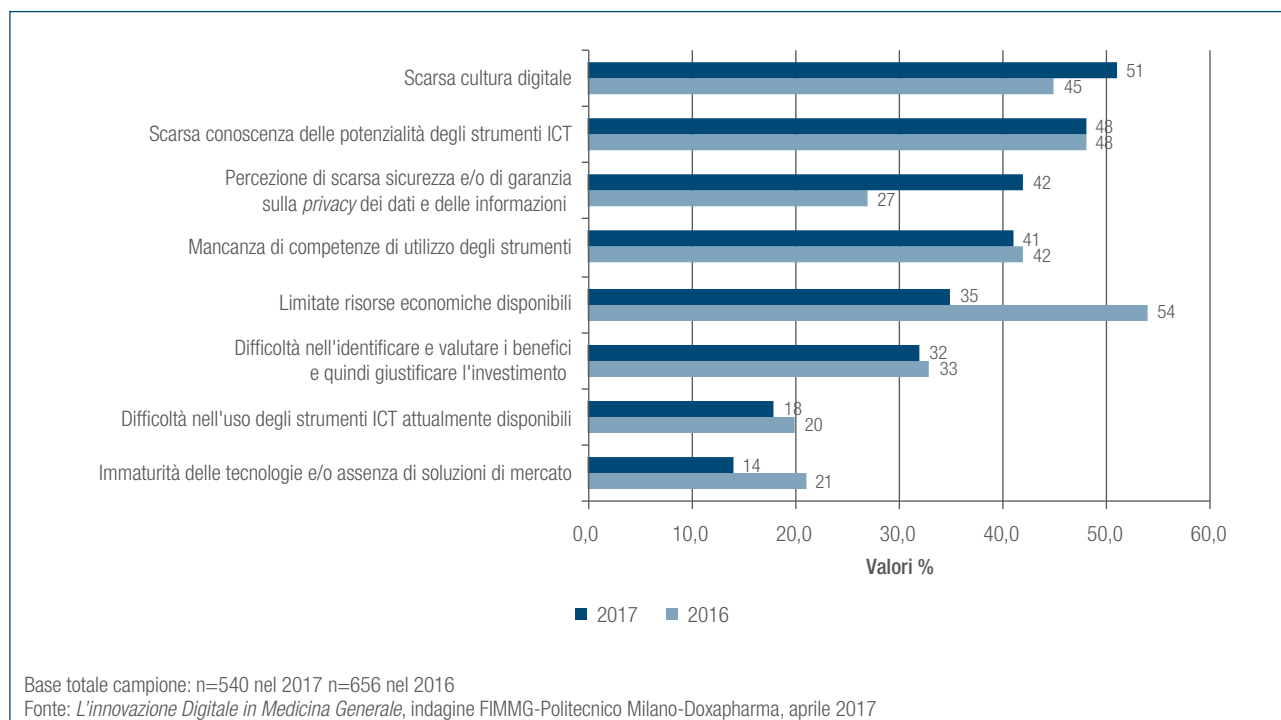


Figura 10.14. Principali barriere all'adozione di strumenti ICT tra i MMG



Dall'altro lato (Figura 10.14), i MMG individuano nella scarsa cultura digitale (51%) e nella scarsa conoscenza delle potenzialità di questi strumenti (48%) le barriere che maggiormente si frappongono tra la professione e l'innovazione digitale, seguite da una percezione di scarsa sicurezza e/o garanzia sulla *privacy* (42%), dalla mancanza di competenze di utilizzo degli strumenti (41%) e dalle limitate risorse economiche (35%). Più contenute sono le percentuali di coloro che credono che la responsabilità debba essere attribuita alla difficoltà nell'uso di queste risorse (18%) e a una immaturità delle tecnologie e/o assenza di efficaci soluzioni di mercato (14%).

### Le competenze digitali

Rispetto al tema delle competenze digitali, i medici si sentono maggiormente preparati nella gestione di dati e documenti in rete (su una scala da 1 "per nulla" a 5 "estremamente", il 47% dei medici risponde con un punteggio di 4 o 5), e nella ricerca di informazioni in rete (il 43% risponde con punteggio di 4 o 5), come mostrato nella Figura 10.15.

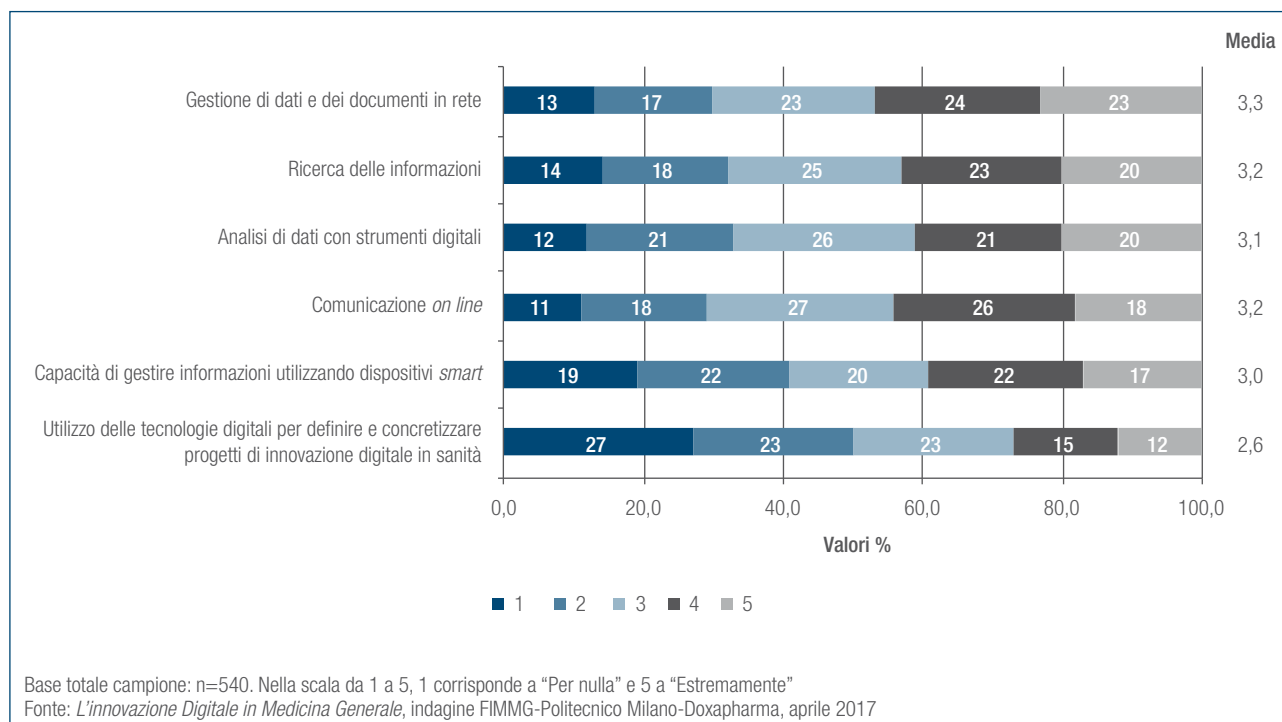
Ampia condivisione (83%) vi è nell'affermare che le competenze digitali sono importanti ma in funzione delle esigenze professionali; competenze che, per il 38%

del campione, dovrebbero essere acquisite nell'ambito della formazione continua e nella formazione pre-universitaria (36%).

## 10.3. Conclusioni

La Commissione EU monitora periodicamente i progressi compiuti nella digitalizzazione da parte dei Paesi membri, ponendo una particolare attenzione all'assistenza primaria. In particolare, sono due gli indicatori del monitoraggio che riguardano i MMG: i medici che inviano elettronicamente le prescrizioni ai farmacisti e i MMG che condividono i dati medici dei pazienti con altri operatori e professionisti sanitari. I risultati per l'anno 2013 (ultimo disponibile alla data in cui si scrive) mostrano come l'Italia si collochi al 15° posto nel caso del primo indicatore e al 12° per quanto riguarda il secondo indicatore, evidenziando l'esistenza di ampi margini di miglioramento rispetto agli altri Paesi membri. Sono dati che vanno letti con cautela, trattandosi di evidenze obsolete che mal si adattano alla interpretazione della realtà in evoluzione, ma sono utili per mostrare il crescente interesse comunitario sul tema.

Figura 10.15. Competenze digitali che i MMG ritengono di possedere



Tra gli strumenti a disposizione dei medici generici si trova anche il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), che secondo i dati dell'AgID è attivo attualmente in 16 Regioni italiane, per un totale di oltre 11 milioni di FSE e oltre 25 milioni e mezzo di referti digitalizzati. È evidente una forte diffomità di applicazione nell'assistenza primaria sul territorio italiano: capolista sono la P.A. di Trento e la Valle d'Aosta, con il 100% di MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE tra quelli abilitati a farlo.

Secondo una *survey* europea della Commissione EU (*Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners*) del 2013, effettuata su oltre 9.000 medici di base in tutta Europa, la medicina generale è ormai prossima al 100% dell'accesso alle ICT di base (97% dei medici possiede ed utilizza un pc connesso ad Internet durante le visite), ma ad esempio si rilevano dei *gap* in termini di interoperabilità (molti MMG comunicano con specialisti e ospedali ancora tramite canali tradizionali) e margini di miglioramento per quanto riguarda l'accesso e l'utilizzo di dispositivi mobili (ancora non troppo diffuso) e la velocità della connessione alla Rete (che sarà sempre più necessaria in vista della diffusione della telemedicina nei prossimi anni). Meno della metà dei MMG ha completato o quasi completato l'informatizzazione

degli archivi cartacei. Ne deriva in alcuni casi scetticismo sull'impatto dell'*eHealth* e timore che si trasformi in un aggravio del carico di lavoro.

In ambito nazionale, il tema dell'innovazione digitale nella medicina generale viene analizzato attraverso indagini sviluppate dal Centro Studi FIMMG e dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, con il supporto di DoxaPharma, dal 2012.

L'ultima indagine, effettuata nel mese di aprile 2017, mostra che la digitalizzazione della Sanità si è definitivamente introdotta nel lavoro del medico di medicina generale: interessa le relazioni della professione con le istituzioni, è alla base di una parte sempre più consistente dell'attività clinico-assistenziale, interviene nel rapporto e nella comunicazione tra il medico e il paziente. Il dato secondo cui il MMG è l'unico attore del sistema sanitario il cui *trend* di spesa per la digitalizzazione è in aumento (nel 2016 +3% rispetto al 2015), indica sia l'interesse della medicina di base per questo settore sia la necessità di mantenere elevate le *performance* di strumenti oramai vincolanti per l'operatività professionale; è però anche il segnale che alla medicina generale, più che ad altri operatori del SSN, sono stati richiesti adeguamenti a queste nuove competenze per la realizzazione dei nuovi



processi. I MMG, anche se condizionati da un'età media avanzata, stanno rispondendo sostanzialmente in modo positivo alla sollecitazione, e auspicano di poter essere messi nelle condizioni di utilizzare nuovi servizi. Se, da un lato, gli strumenti digitali, tra cui le App, sono entrati nella quotidianità professionale dei medici, dall'altro gli strumenti messi a disposizione dalle Regioni, come il FSE, sono ancora percepiti come inadeguati rispetto alle esigenze della professione e quindi poco utilizzati. Si auspica, quindi, che tali sistemi diventino effettivamente coerenti con le esigenze di facilitare l'attività, migliorare l'efficacia e l'efficienza, agevolare le relazioni.

## Riferimenti bibliografici

- AgID (2017), *Fascicolo Sanitario Elettronico*. <https://www.fascicolosanitario.gov.it/>
- Centro Studi FIMMG, Politecnico Milano e Doxapharma (2017), *L'innovazione Digitale in Medicina Generale*, indagine condotta ad aprile 2017
- Collicelli C., Greco G., Pennisi G., Rizzotto V. (2016), *Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto*, CENSIS-Impresa-Lavoro, luglio 2016
- Commissione Europea (2017), *Digital Scoreboard*
- Commissione Europea (2014), *Action Plan europeo sull'eHealth*
- Commissione Europea (2013), *Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners*
- Comunicazione alla Commissione (2010), EUROPA 2020 – *Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, COM (2010) 2020 - 3.3.2010
- Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni (2010), *Un'agenda digitale europea*, COM (2010)245 - 19.5.2010
- Ministero della Salute (2017), [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Ministero della Salute (2011), *eHealth Information Strategy*, 23 novembre 2011
- Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità (2017), *La Sanità alla rincorsa del cittadino digitale*, maggio 2017
- Presidenza del Consiglio dei Ministri (2016), *Strategia per la crescita digitale 2014-2020*. Versione del 21 giugno 2016, modificata e integrata a seguito delle richieste formulate dalla Commissione europea nel corso della valutazione
- Tavolo permanente Sanità Elettronica (Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie, dal Ministero della Salute e dalle Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome) (2005), *Una politica per la Sanità Elettronica - Per un migliore e più efficiente Sistema Sanitario Nazionale attraverso l'innovazione digitale* (marzo 2005)

## ENGLISH SUMMARY

### *Primary care: the diffusion of digital technology among general practitioners*

The EU Commission periodically monitors the digitalisation progress made by Member States, by paying particular attention to primary care. In particular, there are two indicators relating to general practitioners (GPs): GPs using electronic networks to transfer prescriptions to pharmacists and GPs using electronic networks to exchange medical patient data with other healthcare providers and professionals.

The results relating to 2013 (for which data are currently available) show that Italy ranked 15<sup>th</sup> as to the first indicator and 12<sup>th</sup> as to the second indicator: said data must be interpreted cautiously as the situation is rapidly evolving, but show that there is wide room for improvement.

According to another European Commission survey (*Benchmarking Deployment of e-Health among General Practitioners, 2013*), conducted on over 9,000 general practitioners, access to basic ICTs for these doctors is now close to 100% (97% of them own and use a PC connected to the Internet during medical examinations), but interoperability gaps are recorded (many general practitioners still communicate with specialists and hospitals through traditional channels), and there is room for improvement in terms of access and use of mobile devices (still scarcely widespread) and speed of connection to the Web (which will increasingly be needed in view of spreading telemedicine over the next few years).

According to this survey, less than 50% of general practitioners has completed or almost completed the computerization of paper files: hence, in some cases, there is skepticism about the impact of e-Health and fear that it may turn into increased workload.

In Italy the topic of digital innovation among general practitioners has been analyzed by the Research Centre of the Italian Federation of General Practitioners (FIMMG), jointly with the Health Digital Innovation Ob-

servatory (School of Management of Politecnico Milano), with the support of DoxaPharma (a company carrying out research in the health sector).

The latest survey, carried out in April 2017, shows that the healthcare digitalization has finally been introduced in the work of general practitioners. It affects the professionals' relations with the institutions; it is the basis of an ever increasing share of the clinical-care activity and has an impact on the relationship and communication between doctors and patients. The data showing that general practitioners are the only healthcare providers whose digitalization expenditure trend is increasing (+ 3% in 2016 as against 2015) indicates both their interest for this technology and the need to ensure high performance of tools which are now necessary, and sometimes even mandatory, for practicing the profession. Nevertheless, it is also a sign that general practitioners - more than the other healthcare professionals - have been required to adapt to these new skills for implementing the new processes.

Although, on average, not all of them are young, general practitioners are responding positively to this requirement and hope they will be put in a position to use new services.

Last year the most used services were the on line consultation of laboratory data (used by 47% of the doctors included in the sample), as well as the on line consultation of specialist reports and records (32%) and imaging reports and records (30%). 85% of general practitioners called for a quick elimination of the paper prescription reminder.

It should be noted that there was also a high number of GPs who, while not being in a position to benefit from such digital tools, expressed their interest in doing so.

With specific reference to mobile applications, 39% declared to use the medical applications to consult in-

formation and guidelines; 32% for the consultation of e-copies of reports, scientific articles, glossaries, etc.; 27% for training with quizzes, videos and simulations. Also in that case there was a high number of GPs who, although not using them, were anyway interested in doing so.

Finally while - on the one hand - the digital tools, including apps, have become part of doctors' professional daily lives, on the other, the tools made available by the Regions, such as the e-Health File (FSE), are still considered inadequate for the professionals' needs and hence scarcely used.

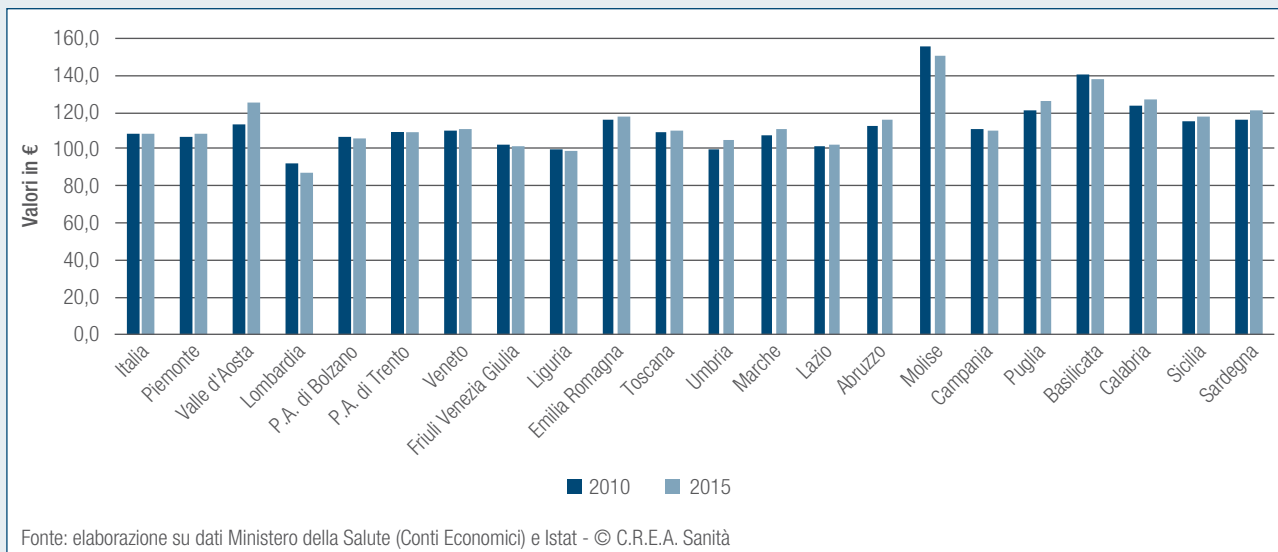
Moreover, according to GPs, the scarce digital culture and knowledge of the potentialities of the tools

available are still a barrier to digital innovation, followed by a perception of scarce security and / or privacy guarantee, as well as the lack of skills for using tools and the limited economic resources.

On the other hand, the most important benefits doctors believe they can obtain by using ICT tools are the speeding up of professional activities and the possibility of having a more accurate and complete clinical picture of patients, as well as the reduction of outpatient waiting time.

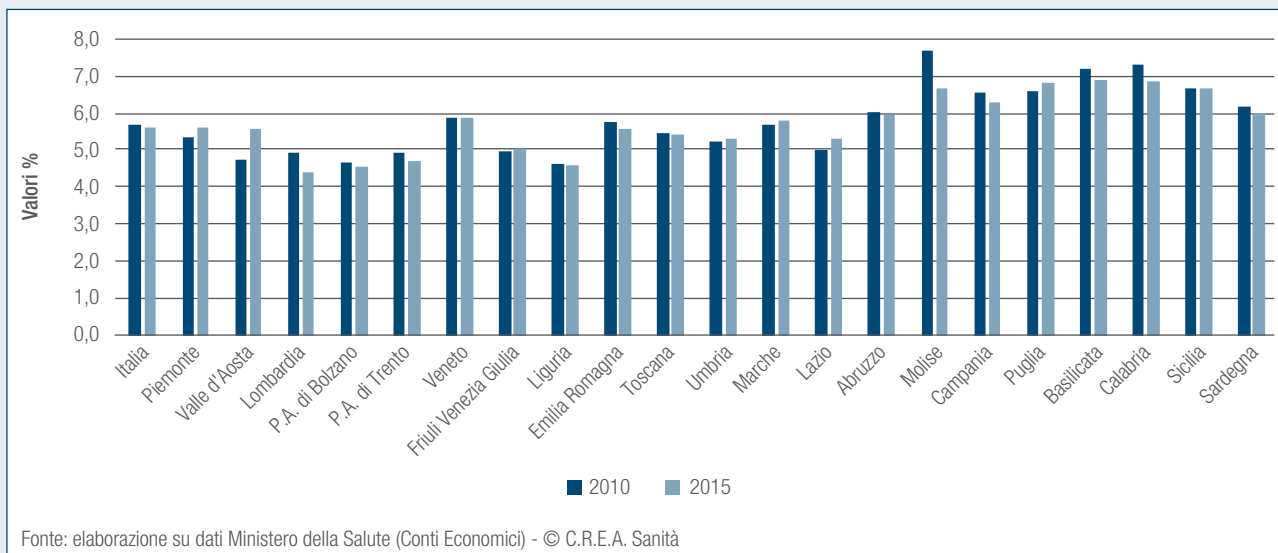
In conclusion, we hope that such systems will actually be consistent with the needs for facilitating doctors' professional activity, improving efficiency and facilitating relations.

KI 10.1. Spesa pro-capite per medicina di base



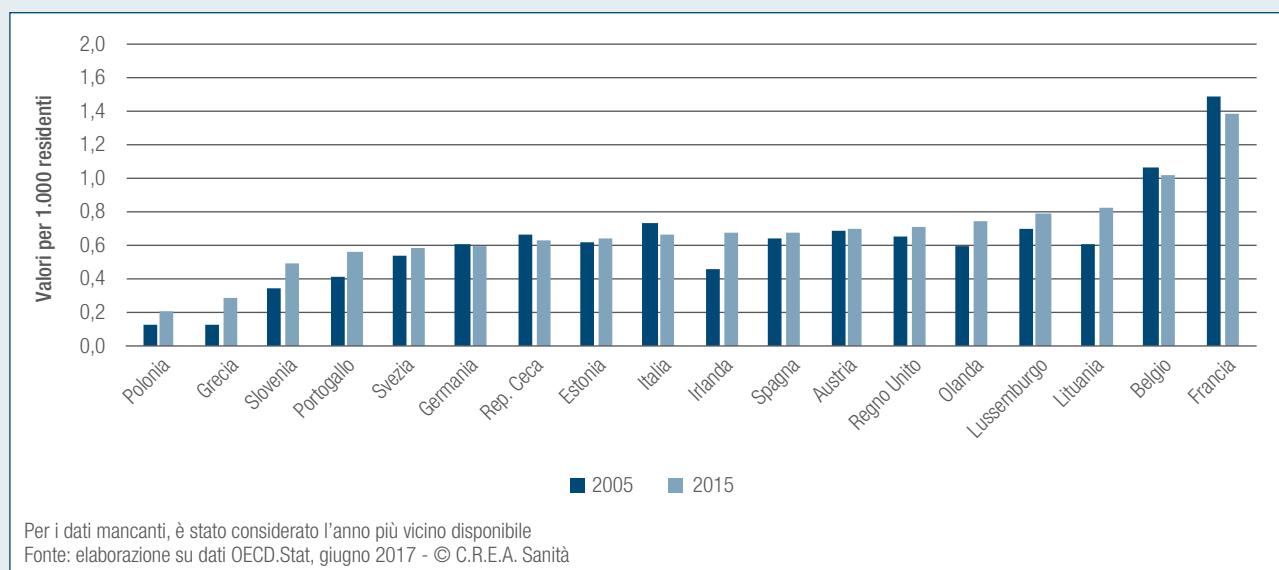
Questo indicatore analizza la spesa per medicina di base (da convenzione) utilizzando i dati forniti dal Ministero della Salute e desunti dal Conto Economico (CE) di Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO) e, dal 2003, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici. Secondo il modello di rilevazione, sono compresi medici di base, pediatri di libera scelta, guardia medica e consultori familiari. Nel 2015 si spendono in Italia € 108,9 per residente per medicina di base, valore in leggero aumento rispetto al 2010, quando ammontava a € 108,4 (+0,4%), e sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (+0,1%). A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: gli estremi della forbice sono gli stessi sia nel 2010 che nel 2015: in Lombardia la spesa pro-capite per medicina di base più bassa (€ 92,3 nel 2010 e € 87,5 nel 2015), in Molise la più alta (€ 156,1 nel 2010 e € 150,7 nel 2015). Nel 2015, registrano una percentuale inferiore alla media nazionale 7 Regioni, tutte del Centro-Nord, le stesse (a meno delle Marche) che si trovavano al di sotto della media Italia nel 2010. Tra il 2010 e il 2015, registrano una variazione negativa 7 Regioni: Lombardia, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Campania e Basilicata.

KI 10.2. Quota di spesa per medicina di base



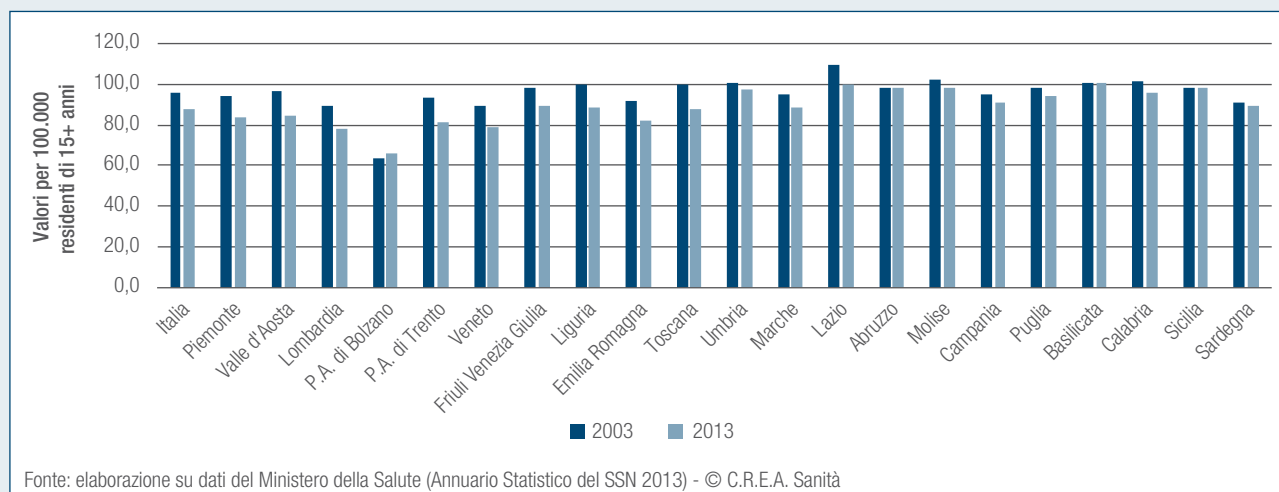
Questo indicatore analizza la quota di spesa per medicina di base (da convenzione) sulla spesa totale (costo della produzione) in base ai dati forniti dal Ministero della Salute e desunti dal Conto Economico (CE) di Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO) e, dal 2003, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici. In base al modello di rilevazione, sono compresi medici di base, pediatri di libera scelta, guardia medica e consultori familiari. Nel 2015 per la medicina di base si spende in Italia il 5,6% della spesa totale, valore in leggero calo (-0,1 punti percentuali) rispetto al 2010, quando la quota era pari al 5,7%. A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: il grafico mostra chiaramente come la quota sia più alta nelle Regioni meridionali rispetto a quelle del Centro-Nord. Nel 2015 la forbice va dal 4,4% della Lombardia al 6,9% della Basilicata. Il valore Italia si attesta al 5,6%: registrano una quota superiore 10 Regioni (tutte del Centro-Sud, con l'unica eccezione del Veneto).

## KI 10.3. Medici generici per residente in EU



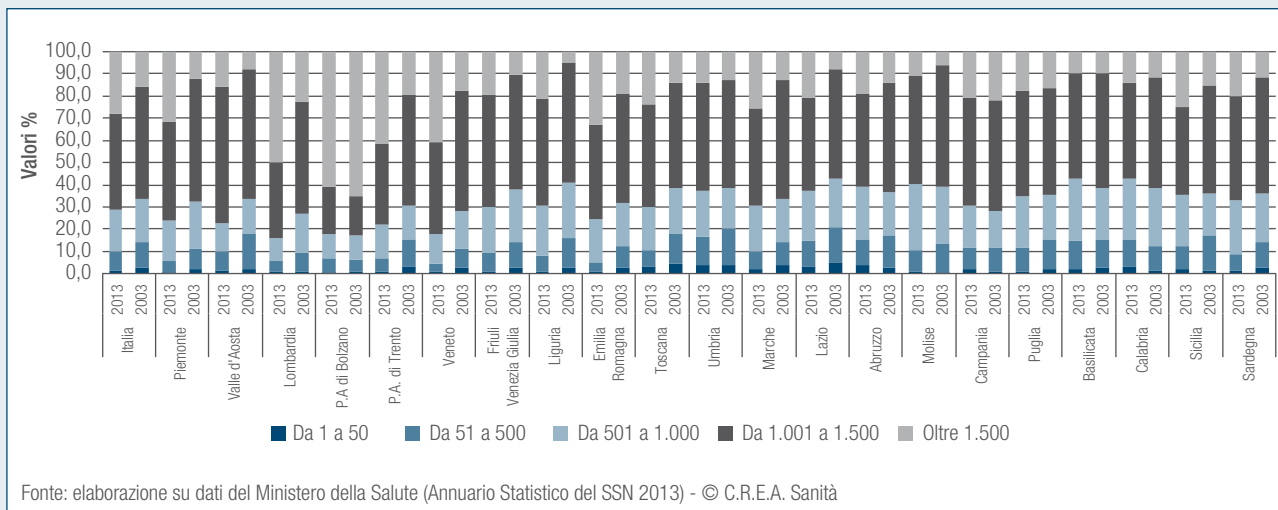
Questo indicatore prende in considerazione i “*general practitioners*” (quelli che in Italia chiamiamo “medici generici”, ma la definizione può non essere adattabile per tutti i Paesi) forniti da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) per i Paesi dell’Unione Europea a 28 di cui si dispone del dato. OECD dichiara che il valore Italia ha fonte Ministero della Salute. Con queste premesse sulla confrontabilità del dato, si osserva che nel 2015 in Italia ci sarebbero 0,7 medici generici per 1.000 residenti, con un *trend* in calo (il dato 2005 era pari a 0,8). Tra tutti i Paesi di cui si dispone del dato, il nostro si posiziona nella parte medio-bassa della classifica 2015: sono 9 i Paesi con una densità di medici maggiore (in testa la Francia con 1,5 medici per 1.000 abitanti, seguita da Belgio con 1,1 e Lituania con 0,9). In fondo alla classifica la Polonia con 0,2 medici per 1.000 abitanti, seguita da Grecia, Slovenia, Portogallo, Svezia, Germania, Repubblica Ceca ed Estonia, con un valore inferiore a quello registrato dal nostro Paese. Così come l’Italia, registrano una diminuzione del valore rispetto al 2005 la Germania, la Repubblica Ceca, il Belgio e la Francia. È bene evidenziare come le variazioni vadano lette con la consapevolezza che, per alcuni Paesi, c’è discontinuità nei dati nel periodo considerato, e possono esserci differenze nella metodologia tra Paesi.

## KI 10.4. Medici generici (MMG) per residente



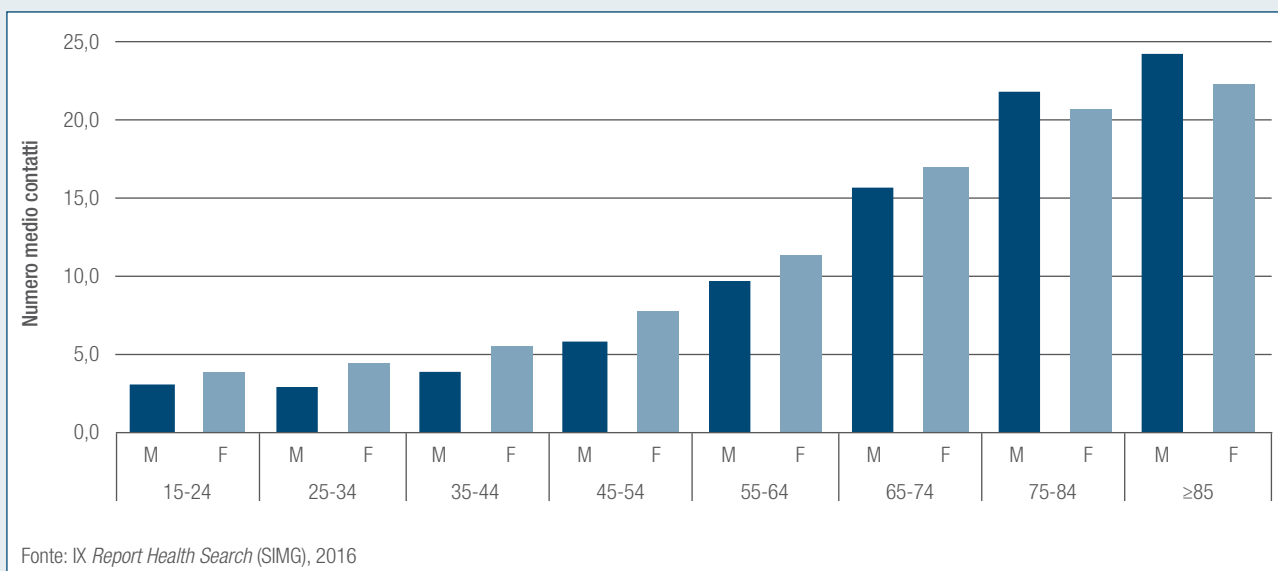
Secondo gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute nell’Annuario statistico del SSN, nel 2013 in Italia sono 45.203 coloro che esercitano la professione di medico di medicina generale (MMG) in Italia, pari a 86,7 per 100.000 abitanti con età uguale o superiore a 15 anni (il dato non si sovrappone a quello fonte OECD del KI 10.3 in quanto l’anno osservato è differente e inoltre non si considera tutta la popolazione ma solo quella 15+). Calcolando le variazioni percentuali rispetto all’anno 2003, si registra circa il 9,5% di medici in meno (erano 47.111, pari a 95,8 per 100.000 abitanti di 15 anni e più). A livello territoriale non si riscontrano eccessive disparità; nel 2013 si segnalano i due estremi: la Basilicata con 98,7 MMG per 100.000 abitanti di 15+ anni e la P.A. di Bolzano con 64,6 per 100.000. Al di sotto della media nazionale si collocano 8 Regioni, tutte del Nord tranne la Toscana. È sempre nelle Regioni settentrionali che si registra il calo più consistente tra il 2003 e il 2013: si segnala il -14,5% della P.A. di Trento. Tutte le Regioni vedono comunque diminuire in percentuale il numero di MMG per 100.000 abitanti. (Nota: i valori di questo indicatore differiscono leggermente da quelli illustrati nel XII Rapporto Sanità in quanto per gli anni 2012 e 2013 si sono rese necessarie delle stime sulla popolazione ISTAT, sottostimata per quegli anni a causa del nuovo censimento 2011).

KI 10.5. MMG per classi di scelta



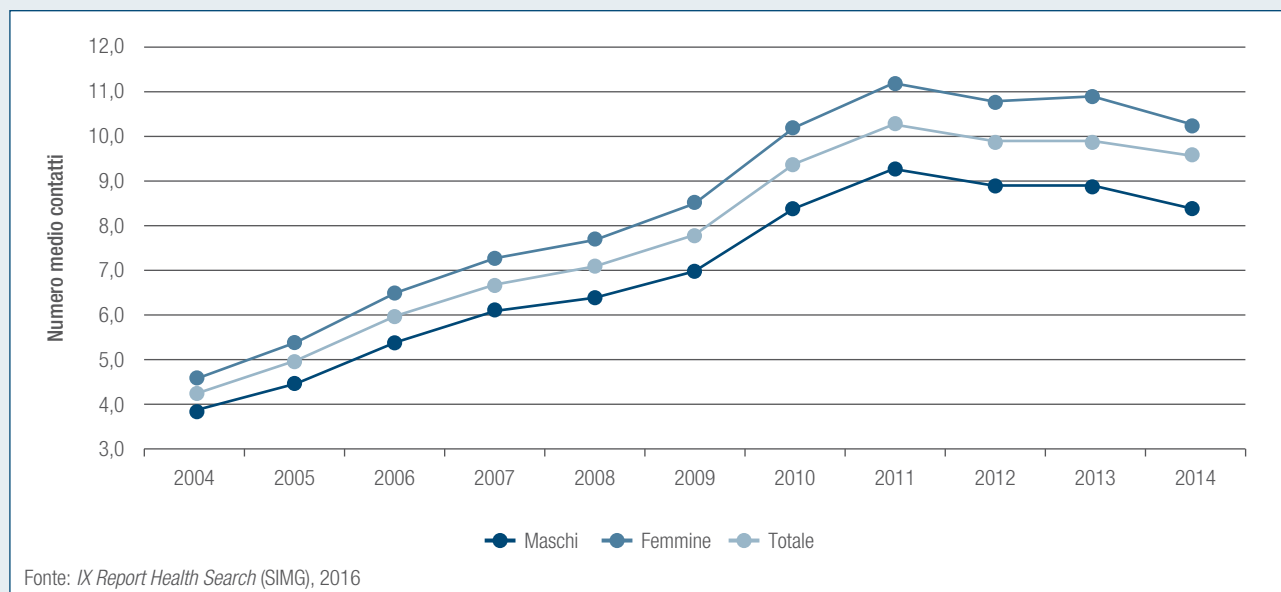
L'indicatore mostra come in Italia nel 2013 (ultimo anno disponibile nell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute alla data in cui si scrive) la maggior parte dei MMG (42,8%) abbia un carico medio compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti, percentuale pressoché invariata rispetto all'anno precedente ma con un *trend* in discesa nell'ultimo decennio (50,4% nel 2003). Cresce invece la quota dei medici "massimalisti" (con oltre 1.500 assistiti): essa è pari nel 2013 al 28,3%, mentre si fermava al 15,8% nel 2003. Tale variazione è probabilmente legata all'anzianità dei medici, che con il tempo hanno consolidato il loro carico assistenziale. Si segnala che nel periodo 2003-2013 hanno registrato una diminuzione della quota di massimalisti solo la P.A. di Bolzano e la Campania. A livello regionale, nel 2013 la situazione non è omogenea: la quota di massimalisti arriva al 60,7% nella P.A. di Bolzano, mentre si arresta al 10,0% in Basilicata, seguita dal Molise con 11,1%. In tutte le Regioni centrali e meridionali (e in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Liguria per il Nord) la percentuale è inferiore a quella nazionale. Sono in totale 6 quelle, tutte del Nord, che registrano una percentuale di MMG massimalisti superiore al valore Italia.

KI 10.6. Contatti annuali con il MMG per paziente. Distribuzione per genere e classe di età, anno 2014



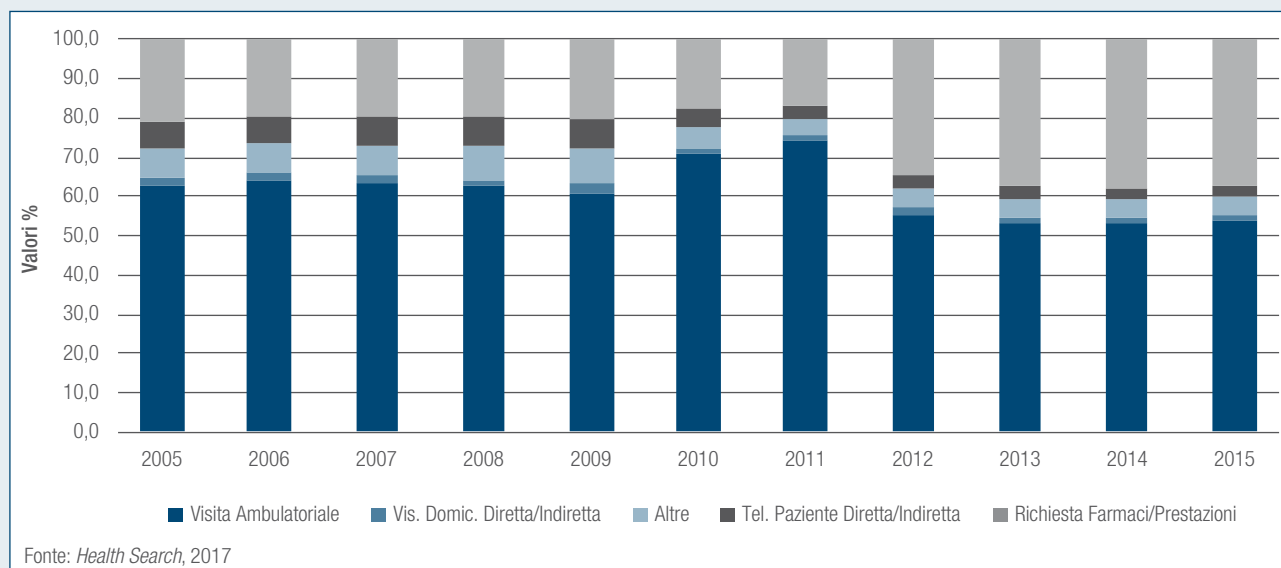
Per "contatti" si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). In merito al carico di lavoro dei MMG, questo indicatore analizza numero medio di contatti annuali registrati nel 2014, stratificato per fasce di età e sesso. Stando ai dati riportati nel IX Rapporto *Health Search* - SIMG, si nota come il numero medio di contatti cresca, come facilmente ipotizzabile, all'aumentare dell'età dei pazienti, fino a raggiungere 24,3 per gli uomini ultra 85enni. Inoltre, le donne registrano un numero maggiore di contatti nelle fasce d'età più giovani (fino a 74 anni), mentre, nelle classi di età *over 74* c'è un'inversione di tendenza (ossia un maggior numero di contatti per il genere maschile).

**KI 10.7. Contatti annuali con il MMG per paziente, distribuzione per genere**



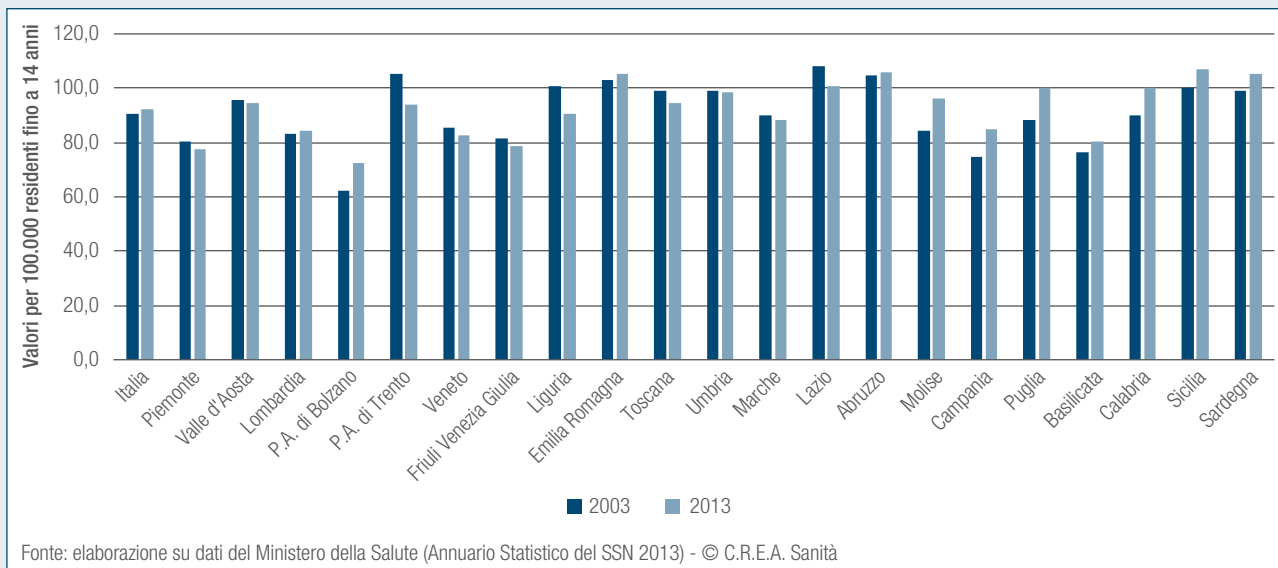
Per “contatti” si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un’indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il MMG registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, registrazioni di pressione arteriosa, BMI, etc.). La registrazione di una o più diagnosi e/o di una o più terapie nel corso della stessa giornata di ambulatorio per un dato paziente viene considerata come un singolo contatto (IX Report Health Search - SIMG). In merito al carico di lavoro dei MMG, questo indicatore analizza il trend del numero di contatti medi annuali per paziente stratificati per genere, dal 2004 al 2014 (per tutte le tipologie di contatto). Stando ai dati riportati nel IX Rapporto Health Search - SIMG, nel decennio 2004-2014 si registra un graduale e costante incremento, passando da 4,3 (nel 2004) a 9,6 (nel 2014) contatti medi annui per ciascun paziente, con qualche differenza di genere: il numero di contatti è infatti, in tutti gli anni considerati, più elevato tra le femmine (da 4,6 a 10,3) che tra i maschi (che passano comunque da 3,9 a 8,4 contatti annui).

**KI 10.8. Tipologia di visita MMG-paziente**



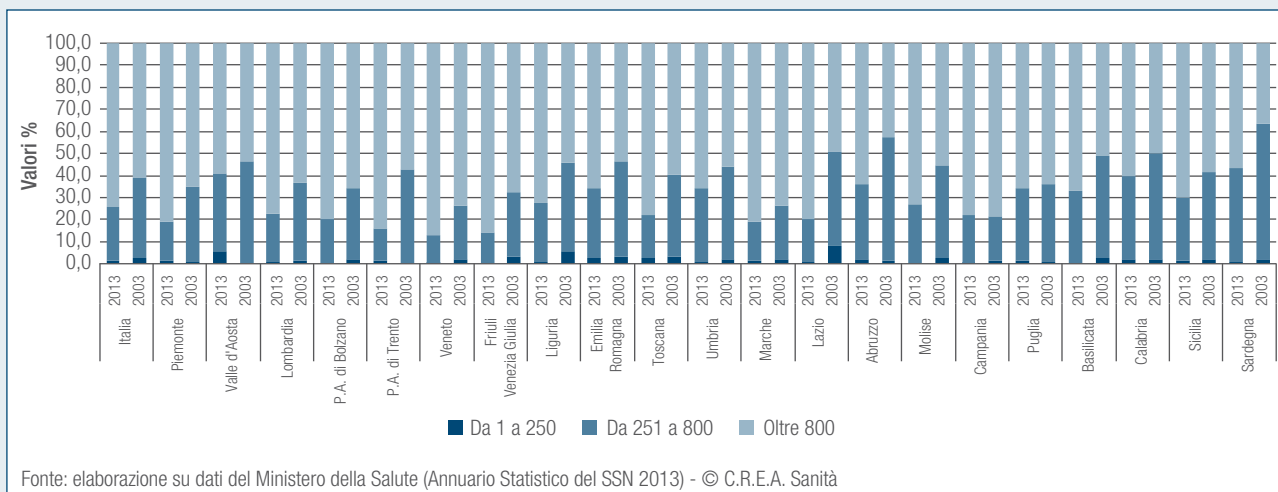
Analizzando la distribuzione percentuale per tipo di visita MMG-paziente avvenuta negli anni 2005-2015, si nota come in tutti gli anni la maggior parte dei contatti medico-paziente sia rappresentata dalle visite di tipo “ambulatoriale”. Questa tipologia di visita ha mostrato un incremento negli anni 2010 e 2011 (arrivando, rispettivamente, a 70,5% e 74,1%), per poi diminuire progressivamente negli anni successivi (fermandosi al 53,6% nel 2015). A questo andamento si contrappone la quota di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, che è aumentata notevolmente negli ultimi anni (dal 21,1% del 2005 al 37,2% del 2015). Infine, le visite domiciliari, così come le telefonate al paziente o altri tipi di prestazioni (es. consultazione cartelle cliniche) rappresentano una percentuale più bassa del carico di lavoro complessivo del MMG in tutti gli anni considerati.

KI 10.9. Pediatri di libera scelta (PLS) per residente



Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute nell'Annuario statistico del SSN, nel 2013 (ultimo anno disponibile alla data in cui si scrive) in Italia sono 7.705 coloro che esercitano la professione di pediatra di libera scelta (PLS), pari a 90,9 per 100.000 residenti con età uguale o inferiore a 14 anni. Rispetto al 2003, si registra una variazione positiva del tasso per 100.000 residenti pari al +0,6%. A livello territoriale si nota qualche disparità; per il 2013 si segnalano i due estremi: la Sicilia (con 105,5 PLS per 100.000 abitanti con età uguale o inferiore a 14 anni) è la Regione con densità maggiore, seguita da Abruzzo (104,1), Sardegna (103,9) ed Emilia Romagna (103,5), mentre il numero inferiore di PLS si registra nella P.A. di Bolzano (71,2 per 100.000). Al di sotto della media nazionale si collocano 9 Regioni, prevalentemente del Centro-Nord tranne Campania e Basilicata. Sono 10 le Regioni che registrano una variazione positiva tra il 2003 e il 2013: si segnala in particolare la P.A. di Bolzano (+13,9). (Nota: i valori di questo indicatore differiscono leggermente da quelli illustrati nel XII Rapporto Sanità in quanto per gli anni 2012 e 2013 si sono rese necessarie delle stime sulla popolazione ISTAT, sottostimata per quegli anni a causa del nuovo censimento 2011).

KI 10.10. PLS per classi di scelta



L'indicatore mostra come in Italia nel 2013 (ultimo anno disponibile nell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute alla data in cui si scrive) la maggior parte dei pediatri di libera scelta - PLS (74,4%) abbia un carico medio superiore agli 800 assistiti (pediatri "massimalisti"), con un trend in crescita nell'ultimo decennio (erano il 60,9% nel 2003). Così come per i MMG, tale variazione è probabilmente legata all'anzianità dei medici ed al conseguente consolidamento del carico assistenziale. La Campania è l'unica Regione a non registrare un aumento tra il 2003 e il 2013 (-0,4 punti percentuali). A livello regionale, si riscontrano delle disparità: la quota di pediatri massimalisti nel 2013 arriva a 87,1% in Veneto, mentre si arresta al 56,4% in Sardegna, con valori invariati rispetto all'anno precedente. In quasi tutte le Regioni meridionali la percentuale è inferiore a quella nazionale (fa eccezione la Campania). Sono in totale 10 quelle che registrano una percentuale di pediatri massimalisti superiore al valore Italia.





*Capitolo 11*

## **Assistenza domiciliare**

### *Home care*

**11a. Assistenza domiciliare: lo stato dell'arte degli indicatori**

*English Summary*

**11b. Non autosufficienza e assistenza primaria:  
la ricerca di nuove soluzioni ad un problema datato**

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 11

### Assistenza domiciliare

Come anche premesso per l'attività residenziale, sull'assistenza primaria e su quella domiciliare in particolare, la carenza di dati perdura e peggiora, non arrivando aggiornamenti tempestivi delle poche informazioni routinariamente disponibili.

Per l'analisi dei dati nazionali, le cui principali fonti ufficiali sono rappresentate dal Ministero della Salute (principalmente, l'Annuario statistico del SSN) e dall'Istat, si rimanda quindi al 12° Rapporto Sanità (2016), che contiene l'analisi dell'anno 2013, non essendo, nel momento in cui si scrive, stati resi disponibili dati più recenti, a meno di alcuni aggiornamenti di cui si rende conto a seguire.

Il capitolo sulla assistenza domiciliare ospita a seguire un contributo di L. Crescentini, che affronta complessivamente il tema della non autosufficienza (che di fatto è da intendersi come cronicità con perdita di autosufficienza), legandolo al contributo potenzialmente offerto dall'assistenza domiciliare, ma anche dall'assistenza residenziale, e altre forme di supporto ivi comprese le indennità in denaro e i *voucher*.

Si tratta di tematiche fra loro inscindibilmente legate, che per esigenze di impaginazione abbiamo posizionato nel presente capitolo dedicato alla assistenza domiciliare.

Si coglie l'occasione per sottolineare come l'assistenza domiciliare rimanga un caposaldo dell'assistenza primaria, senza la quale perde di significato tutto l'approccio basato sul principio di deospedalizzazione e prossimità delle cure e dell'assistenza.

Quindi gioca un ruolo essenziale pur dovendo essere integrata in un contesto articolato di regimi di supporto alla non autosufficienza, caratterizzati da diversa intensità assistenziale.

Quanto sopra giustifica l'espressione di note di riprovazione per la "disattenzione" delle istituzioni verso l'importanza della produzione di evidenze quantitative aggiornate sul settore.

Anche per questo riproponiamo alcuni *key indicators* valori già pubblicati nella precedente edizione, essendo rimasti i dati più recenti disponibili.

## ENGLISH SUMMARY

### *Home care*

*As also noted for residential care, the lack of data on primary care and particularly home care, persists and even worsen, considering that no timely updates are provided for the scarce information routinely available.*

*Therefore with specific reference to the analysis of national data - whose main official sources are the Ministry of Health (the Statistical Yearbook of the National Health System, in particular) and ISTAT (Italian National Institute of Statistics) - reference must be made to our 12<sup>th</sup> Health Report (2016), which contains the analysis for 2013 since more recent data and statistics have not been made available so far, except for few slight ones we will examine below.*

*The chapter on home care includes a contribution by L. Crescentini dealing with the topic of non self sufficiency (which basically means chronic illnesses with loss of self-sufficiency) - linking it to the potential contribution provided by home care, but also by residential care - as well as with other forms of support including cash allowances and vouchers.*

*These topics are closely interwoven and we have included them in this chapter on home care for mere layout requirements.*

*We wish to seize this opportunity to emphasize that home care is still a mainstay of primary care, without which the whole approach based on the principle of de-hospitalization and proximity of care is lost.*

*Hence it plays an essential role, although it must be integrated into a complex and systematic context of non self sufficiency support schemes, characterized by different care intensity.*

*Considering the above, we wish to express legitimate and justified disapproval for the “scarce attention” paid by the institutions to the importance of producing and providing updated quantitative evidence on the sector.*

*Also for this, with reference to some key indicators, we include data and statistics already published in the previous Report because they are the most recent ones.*

## CAPITOLO 11a

### Assistenza domiciliare: lo stato dell'arte degli indicatori

Giordani C.<sup>1</sup>

#### 11a.1. Introduzione

L'assistenza domiciliare è definita come la forma di assistenza sanitaria e sociale fornita al cittadino direttamente al proprio domicilio.

Il DPCM 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei LEA", prevede – come già fatto nel precedente DPCM 29 novembre 2001 – le cure domiciliari tra quelle garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il Decreto sui nuovi LEA, all'articolo 22 "Cure domiciliari", evidenzia che «il SSN garantisce alle persone non-autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non-autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) socio-sanitario integrato».

In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, nel Decreto in esame le cure domiciliari vengono articolate nei seguenti livelli:

- cure domiciliari di livello base;
- cure domiciliari integrate (ADI) di 1° livello;

- cure domiciliari integrate (ADI) di 2° livello;
- cure domiciliari integrate (ADI) di 3° livello.

Esiste poi una quinta area che riguarda specificamente le cure palliative domiciliari, disciplinata dall'art. 23 del DPCM 12 gennaio 2017, in cui viene specificato che «il SSN garantisce le cure domiciliari palliative [...] nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci [...] e dei dispositivi medici [...] nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale».

#### 11a.2. Gli aggiornamenti internazionali

Con riferimento al tema dell'assistenza domiciliare nei Paesi membri dell'Unione Europea (EU), l'OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) nel giugno del 2017 ha fornito dati aggiornati al 2015<sup>2</sup>: in particolare, si riportano di seguito gli utenti in assistenza domiciliare per 1.000 residenti e gli utenti anziani (65 anni e più) in assistenza domiciliare per 1.000 residenti anziani.

Nel 2015 (Figura 11a.1) la quota di utenti (su 1.000 residenti) che ha ricevuto assistenza domiciliare in Italia è pari 14,6 (oltre il doppio rispetto al 6,8 registrato nel

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> In generale, è utile evidenziare l'esistenza di *break* nelle serie e di differenti metodologie per alcuni Paesi in alcuni anni, per cui i dati rilasciati vanno considerati con cautela. Per i dettagli, <http://stats.oecd.org>

Figura 11a.1. Quota di utenti in assistenza domiciliare in EU

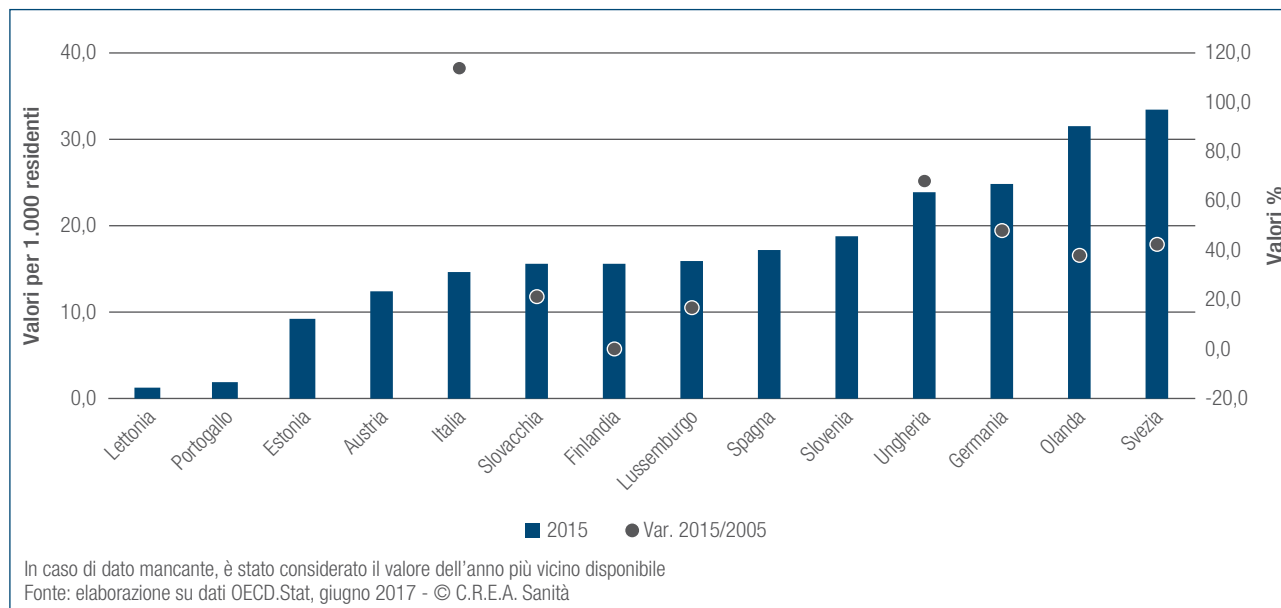
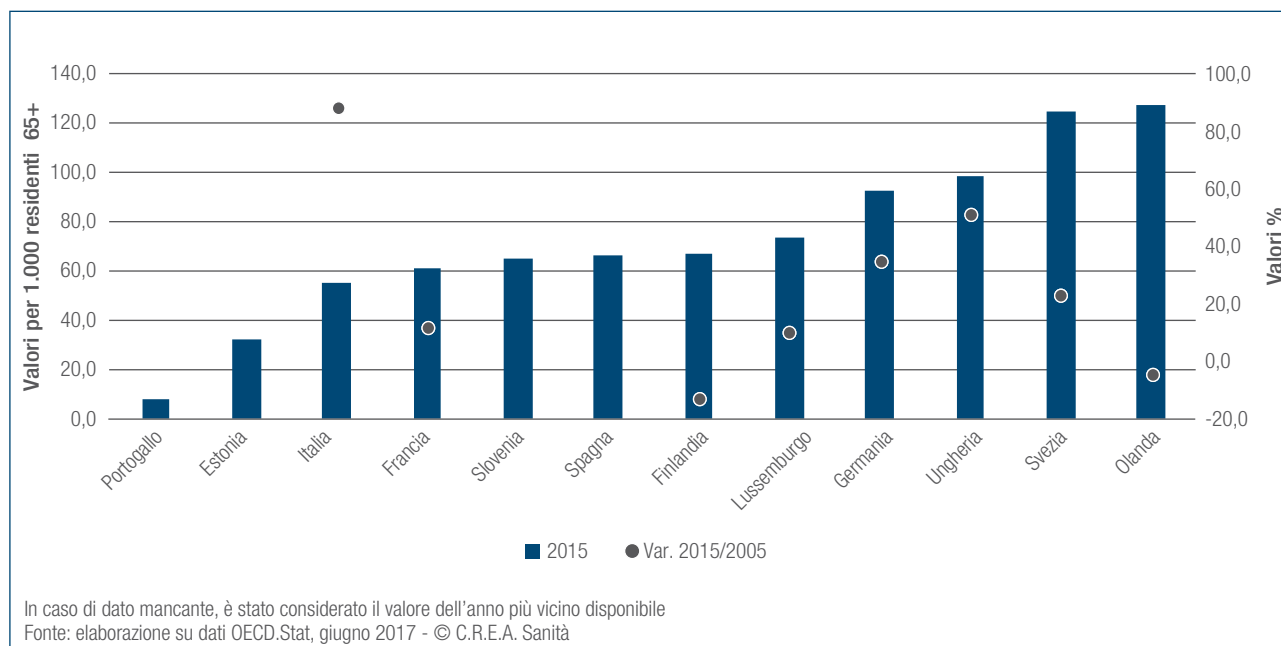


Figura 11a.2. Quota di utenti di 65 anni e più in assistenza domiciliare in EU



2005). Per confronto, il tasso massimo nei Paesi di cui OECD fornisce il dato si osserva in Svezia (33,6 per 1.000 residenti rispetto al 23,7 del 2005); quello minimo lo si registra in Lettonia (1,1 per 1.000).

Nel periodo 2005-2015 tutti i Paesi di cui si dispone del dato registrano un aumento tranne la Finlandia, in cui il valore è pressoché stabile. È il nostro Paese a registrare l'aumento più cospicuo, sebbene rimanga ancora indietro rispetto ai Paesi più avanzati.

La figura 11a.2 prende, invece, in considerazione la quota di utenti anziani (65 anni e più) che ricevono assistenza domiciliare, sempre per 1.000 residenti anziani; in Italia tale quota è pari a 55,4 (in netto aumento rispetto al 29,6 registrato nel 2005). Il tasso massimo si osserva in Olanda (127,4 utenti anziani ogni 1.000 residenti anziani), mentre quello minimo in Portogallo (7,7 per 1.000 anziani).

Nel periodo 2005-2015 tutti i Paesi di cui si dispo-

ne del dato registrano un aumento, tranne la Finlandia e l'Olanda. È il nostro Paese a registrare l'aumento più cospicuo, sebbene lo scarto verso i Paesi più avanzati sia ancora maggiore di quello sopra segnalato, per ovvia conseguenza della maggiore età media della popolazione italiana.

### 11a.3. Gli aggiornamenti nazionali

Senza pretesa di esaustività, si riportano in questo paragrafo alcuni aggiornamenti di indicatori in tema di assistenza domiciliare a livello nazionale da parte delle principali fonti ufficiali.

Considerando l'Istituto nazionale di statistica (Istat), l'ultimo aggiornamento sul tema – alla data in cui si scrive – è stato fornito il 19 ottobre 2017, nell'ambito dell'indagine EHIS 2015 (Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea). In particolare, tra i dati si trova la quota di persone di 15 anni e più e 65 anni e più che nel 2015 hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare nei 12 mesi precedenti l'intervista (con quozienti standardizzati per 100 persone, considerando la popolazione europea).

È bene ricordare che in base alla definizione Istat,

l'assistenza domiciliare «include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici. Può essere di tipo sanitario se fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, eccetera, o di tipo non sanitario se fornita da professionisti quali badanti, assistenti domiciliari e operatori sociali; queste ultime due figure professionali rientrano tra i servizi erogati dai Comuni».

La Figura 11a.3 mostra per il 2015 un certo gradiente Nord-Sud nella quota di persone 15+ che ha usufruito di assistenza domiciliare – come sopra intesa – nei 12 mesi precedenti l'intervista (quozienti standardizzati per 100 persone considerando la popolazione europea): le 10 Regioni che mostrano un valore superiore alla media nazionale (pari a 3,0%) sono meridionali, ad eccezione di Marche, Piemonte e Umbria. Si va dall'1,8% del Veneto al 6,5% del Molise. Considerando l'assistenza prettamente sanitaria, sono 11 le Regioni che registrano un valore superiore alla media nazionale (2,0%); le Regioni in testa e in coda alla classifica restano le medesime: si va dall'1,1% del Veneto (e della Lombardia) al 3,3% del Molise.

Figura 11a.3. Quota di persone di 15 anni e più che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare, anno 2015

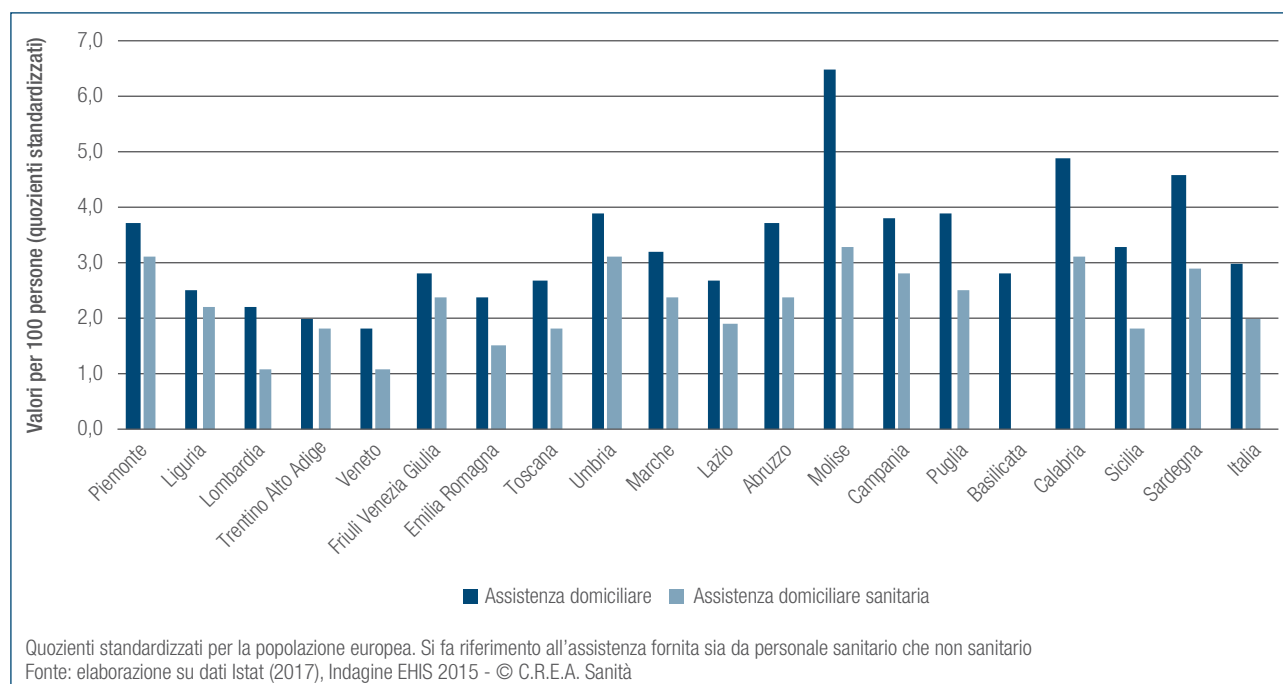
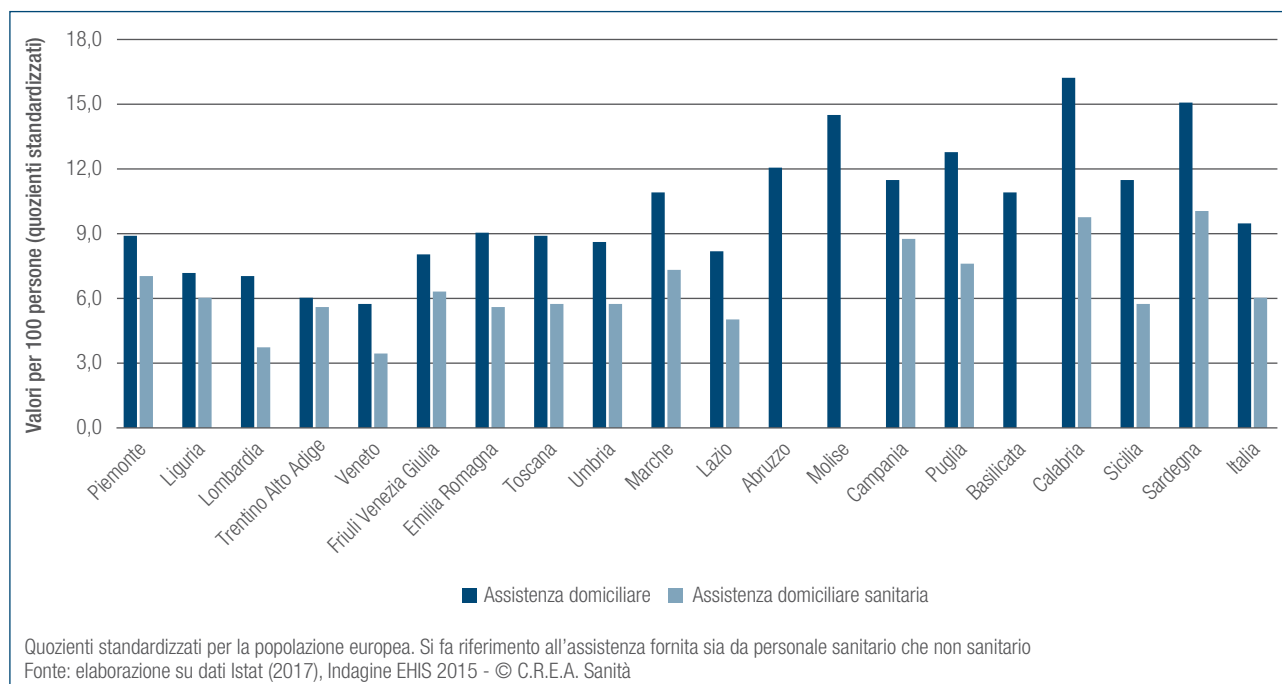


Figura 11a.4. Quota di persone di 65 anni e più che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare, anno 2015



La Figura 11a.4 mostra nelle Regioni meridionali (con qualche eccezione) le maggiori quote di persone di 65 anni e più che hanno usufruito di assistenza domiciliare nei 12 mesi precedenti l'intervista: le 9 Regioni che mostrano un valore superiore alla media nazionale (pari a 9,5%) sono nel Sud Italia, ad eccezione delle Marche. Si va dal 5,7% del Veneto al 16,3% della Calabria. Considerando l'assistenza prettamente sanitaria, sono 8 le Regioni che registrano un valore superiore alla media nazionale (6,0%); si va dal 3,5% del Veneto al 10,1% della Sardegna.

Con riferimento ai dati ufficiali rilasciati dal Ministero della Salute, non sono disponibili, alla data in cui si scrive, aggiornamenti dell'Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale, fermo al 2013.

Il Ministero ha, tuttavia, rilasciato i dati sul monitoraggio dell'erogazione dei LEA da parte delle Regioni, relativi all'anno 2015, in base alla cosiddetta "Griglia LEA"<sup>3</sup>. Nella Griglia 2015, tra i 35 indicatori utilizzati c'è quello che rileva la quota di anziani di 65 anni e più trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) nelle Regioni italiane per gli anni dal 2012 al 2015.

Inoltre, in base ai dati del flusso NSIS-SIAD<sup>4</sup>, l'Ufficio 3 della D.G. della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute ha reso disponibili i dati 2016 (contenuti nel documento di Italia Longeva<sup>5</sup> dal titolo *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, luglio 2017).

La Figura 11a.5 prende in considerazione la percentuale di anziani (65 anni e più) trattati in assistenza

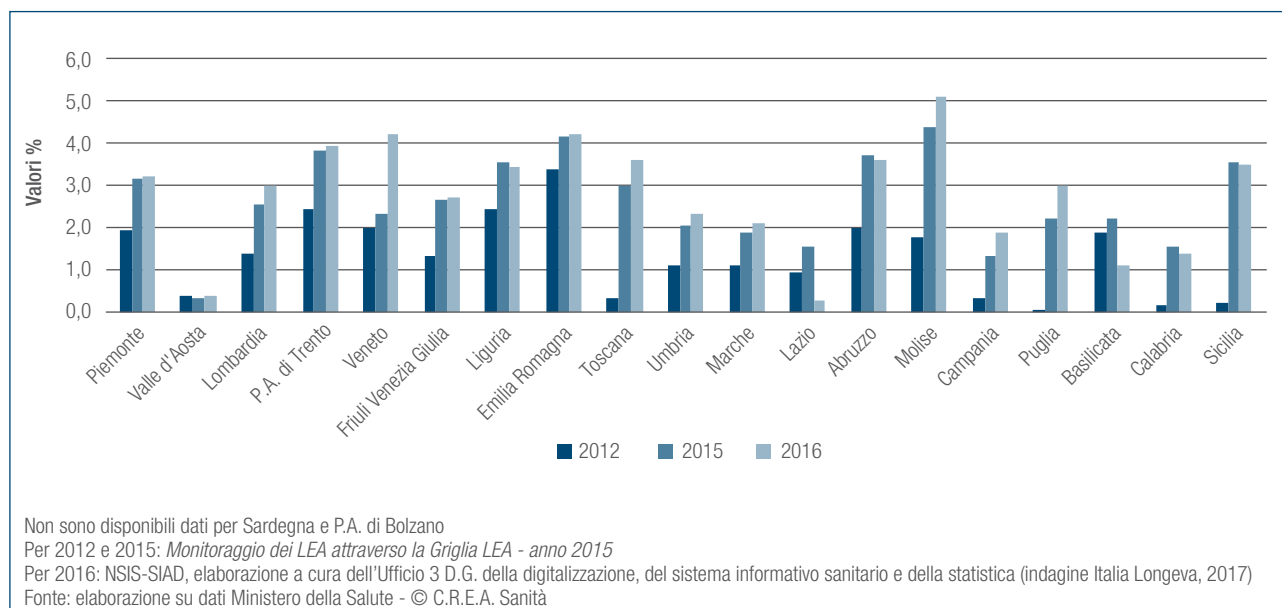
<sup>3</sup> Ministero della Salute (2017), *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*

<sup>4</sup> Si tratta del flusso del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), il cui sviluppo è stato siglato dall'Accordo Quadro tra Stato, Regioni e Province Autonome il 22 Febbraio 2011, dopo che con il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 è stato sancito l'obbligo delle Regioni e delle PP.AA. di Trento e Bolzano di trasmettere i dati sanitari a livello centrale. All'interno del SIAD i dati trasmessi riguardano tutte le attività inerenti l'assistenza domiciliare sanitaria e socio-sanitaria a partire dal 1 Gennaio 2009. Ad oggi però il SIAD, nonostante sia diventato fonte di valutazione per la Griglia LEA a partire dal 2013, presenta alcune criticità di implementazione nelle Regioni (ad esempio tra gli indicatori permangono dei dati non disponibili per la Sardegna e la P.A. di Bolzano) che non consentono di valutare in modo completo la qualità dell'ADI erogata

<sup>5</sup> Italia Longeva - Rete Nazionale di Ricerca sull'Invecchiamento e la Longevità Attiva - è l'associazione senza fini di lucro istituita nel 2011 dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l'IRCCS INRCA



Figura 11a.5. Quota di persone di 65 anni e più trattate in assistenza domiciliare integrata (ADI)



domiciliare integrata negli anni 2012, 2015 e 2016, in base alle fonti precedentemente indicate.

Dal grafico emerge una evidente disparità territoriale: per il 2016 si va dallo 0,3% del Lazio al 5,1% del Molise; per il 2015 si va dallo 0,4% della Valle d'Aosta al 4,3% del Molise.

Il valore minimo stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 1,88%. Nel 2015 si trovano al di sotto di tale soglia 4 Regioni: Valle d'Aosta (0,4%), Campania (1,4%), Lazio (1,6%), Calabria (1,6), mentre la Regione Marche raggiunge 1,86, valore molto prossimo al valore soglia.

Qualora nella Griglia LEA 2016 si mantenesse lo stesso valore minimo (1,88%), le Regioni a tenersi al di sotto di esso sarebbero 4: Lazio (0,3%), Valle d'Aosta (0,4%), Basilicata (1,1%) e Calabria (1,4%).

Nel periodo 2012-2016 tutte le Regioni registrano un aumento della quota, tranne la Valle d'Aosta che osserva un valore sostanzialmente stabile e Lazio e Basilicata che registrano una diminuzione di, rispettivamente, 0,6 e 0,8 punti percentuali. Considerando l'ultimo anno, sono 6 le Regioni che registrano una diminuzione (peraltro spesso esigua), mentre nelle restanti 13 considerate si osserva un lieve aumento.

Infine, con riferimento all'area dell'assistenza domiciliare che riguarda le cure palliative, si rimanda ai *key indicators* in fondo al capitolo per l'analisi del numero di pazienti assistiti al proprio domicilio per cure palliative su 1.000 pazienti di 75 anni e più, relativamente all'anno 2014. L'indicatore è fornito dal Ministero della Salute attraverso il flusso SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare) 2014.

## Riferimenti bibliografici

- DPCM 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei LEA*  
 Istat (2017), *Indagine EHIS 2015 Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea*  
 Ministero della Salute (anni vari), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*  
 Ministero della Salute (2017), D.G. Programmazione sanitaria, *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015*  
 OECD (2017), *OECD.Stat*  
 Vetrano D. e Vaccaro K. (a cura di) (2017), *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, Italia Longeva

## ENGLISH SUMMARY

### *Home care: the state of the art of indicators*

*Home care can be defined as a form of healthcare and social assistance provided to citizens directly at their homes.*

*In the Decree on the new Essential Healthcare Levels (LEAs), namely the Decree of the Presidency of the Council of Ministers (DPCM) dated January 12, 2017 (Article 22, "Home Care"), the services are listed and differentiated in relation to the patients' health needs and in relation to the level of intensity, complexity and duration of the healthcare intervention, by identifying 5 different levels, with the fifth specifically dealing with home palliative care.*

*According to the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), in 2015 the share of users who received home care in Italy was 14.6 out of 1,000 inhabitants (over twice as much as 6.8 in 2005), as against 33.6 in Sweden. The lowest rate was recorded in Latvia (1.1).*

*Between 2005 and 2015 there was an increase of this rate in almost all countries, but Italy recorded the highest increase although it is still far from the most advanced countries.*

*With reference to the share of elderly users (aged 65 and over) receiving home care, the rate in Italy is 55.4 out of 1,000 elderly inhabitants (on the increase compared to 29.6 in 2005). The highest rate was recorded in the Netherlands (127.4), while the lowest one was recorded in Portugal (7.7).*

*In the 2005-2015 period, all the countries for which data and statistics are available, recorded an increase, except for Finland and the Netherlands. Italy recorded the most substantial increase, although the gap with the*

*most advanced countries is even greater than the one reported above, obviously due to the higher average age of the Italian population.*

*At national level, the National Institute of Statistics (Istat) has recently published - in the framework of the 2015 EHIS Survey (Health Conditions and Recourse to Health Services in Italy and the European Union) - figures on the number of people who, in 2015, resorted to home care in the 12 months before the interview (with standardized quotients per 100 people, considering the European population).*

*For the population aged 15 and over, the survey results show a prevalence ranging from 1.8% in Veneto to 6.5% in Molise. Considering healthcare alone, the prevalence ranges from 1.1% in Veneto to 3.3% in Molise.*

*As to the people aged 65 and over, the prevalence ranges from 5.7% in Veneto to 16.3% in Calabria. Considering strictly healthcare, it goes from 3.5% in Veneto to 10.1% in Sardegna.*

*With regard to the elderly people aged 65 and over, treated in Integrated (Health and Social) Home Care (ADI) in the Italian regions, for the 2012-2016 period the Ministry of Health noted great territorial disparities: in 2016 they ranged from 0.3% in Lazio to 5.1% in Molise.*

*In the 2012-2016 period, all Regions recorded an increase, except for Valle d'Aosta, which recorded a substantially stable rate, and for Lazio and Basilicata with a decrease of 0.6 and 0.8%, respectively. Conversely, last year 6 Regions recorded a decrease (indeed, often limited), while the remaining 13 Regions considered recorded a slight increase.*

## CAPITOLO 11b

## Non autosufficienza e assistenza primaria: la ricerca di nuove soluzioni ad un problema datato

Crescentini L.<sup>1</sup>

### 11b.1. Il contesto di riferimento

#### 11b.1.1. La demografia e la qualità di vita

È oramai noto che l'Italia, con un'aspettativa di vita alla nascita di 85,0 anni per le donne e 80,6 per gli uomini è uno dei Paesi più longevi al mondo; anche la speranza di vita residua a 65 anni (19,1 anni per gli uomini e 22,3 per le donne) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media dell'Unione Europea (EU).

La quota degli ultra sessantacinquenni sul totale della popolazione, attualmente pari al 22,4%, nei prossimi 20 anni supererà il 29,0% e quella degli over 85 sarà oltre il 5,0%. L'indice demografico di dipendenza strutturale<sup>2</sup> supera il 55,5%, quello di dipendenza degli anziani<sup>3</sup> il 34,0%. Si incrementa anche l'età media della popolazione, che sfiora i 45 anni.

Se si vive di più, non si vive però meglio. I dati relativi agli anni che restano da vivere, in buona salute e/o senza limitazioni, non sono altrettanto gratificanti. La speranza di vita in buona salute alla nascita si attesta a 58,2

anni e quella a 65 anni è pari a 13,7 anni per gli uomini e 14,1 per le donne, contro una media EU rispettivamente di 14,4 e 15,8 anni. Sempre a 65 anni la speranza di vita senza limitazioni funzionali è di 7,8 anni per gli uomini e 7,5 per le donne a fronte di una media europea di 9,4 anni per entrambi i sessi.

Rispetto alla media EU decisamente peggiore è anche la condizione degli over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultra ottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0% (Tabella 11b.1).

Oltre l'11,0% degli anziani (1,4 milioni di persone), in massima parte ultra settantacinquenni, riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)<sup>4</sup>; quasi il 7,0% presenta invece gravi difficoltà in tre o più attività, quota che sale al 12,0% tra gli ultra settantacinquenni. Le persone in difficoltà aumentano ulteriormente se si considerano le attività quotidiane di tipo domestico (IADL)<sup>5</sup>: quasi un terzo degli over 65

**Tabella 11b.1. Principali indicatori di salute delle persone di 65 anni e più. Valore sul totale della popolazione della medesima classe di età, anno 2015**

Classe di età	Almeno una malattia cronica grave			Multi cronicità (tre malattie o più)			Gravi limitazioni motorie			Gravi limitazioni sensoriali		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
65-69	33,2%	28,7%	30,8%	31,6%	42,9%	37,6%	5,8%	9,3%	7,7%	5,5%	4,7%	5,1%
70-74	43,7%	36,4%	39,9%	37,3%	48,6%	43,2%	9,1%	14,8%	12,1%	8,2%	9,7%	9,0%
75-79	50,4%	45,1%	47,4%	45,7%	55,6%	51,4%	15,3%	24,9%	20,8%	12,1%	15,3%	14,0%
80 e +	60,8%	57,9%	59,0%	56,7%	68,5%	64,0%	33,4%	54,3%	46,5%	25,3%	32,0%	29,5%

Fonte: Istat Anziani: le condizioni di salute in Italia e EU

<sup>1</sup> Assoprevidenza, Coordinatore tecnico

<sup>2</sup> Indice di dipendenza strutturale: rapporto fra popolazione non attiva (<14 e > 65 anni) e popolazione attiva (età 15-64 anni)

<sup>3</sup> Indice di dipendenza anziani: rapporto fra popolazione età > 65 e popolazione età 15-64

<sup>4</sup> ADL (*Activities of Daily Living*): si riferiscono alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici

<sup>5</sup> IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*): comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche

**Tabella 11b.2. Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL) e nelle attività domestiche (IADL). Valore sul totale della popolazione della medesima classe di età, anno 2015**

	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74	75 e +	Totale	65-74	75 e +	Totale	65-74	75 e +	Totale
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6%	12,8%	7,3%	3,8%	23,0%	14,1%	3,2%	18,9%	11,2%
Gravi difficoltà in 3 o più ADL	1,6%	8,2%	4,7%	1,9%	14,4%	8,7%	1,8%	12,0%	6,9%
Gravi difficoltà in almeno un'attività domestica (IADL)	9,2%	33,3%	20,4%	16,6%	56,1%	37,9%	13,1%	47,1%	30,3%
Gravi difficoltà in 4 o più IADL	2,9%	13,3%	7,7%	3,5%	24,5%	14,8%	3,2%	20,1%	11,7%

Fonte: Istat *Anziani: le condizioni di salute in Italia e EU*

e quasi la metà degli *over 75* hanno invece gravi difficoltà a svolgere almeno un'attività quotidiana di tipo domestico (Tabella 11b.2).

Fattori determinanti si confermano infine il reddito e la collocazione territoriale. A parità di età, la multi-cronicità e la riduzione della perdita di autonomia si manifestano in maniera sensibilmente più marcata fra gli anziani che appartengono alle famiglie con livelli di reddito più bassi e/o residenti nel Mezzogiorno.

Il bisogno di assistenza emerge nel 58,0% degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona, ed è risolto per oltre il 50,0% con l'aiuto di una persona del nucleo familiare.

### 11b.1.2. Le politiche pubbliche

Sinora la risposta data del nostro Paese è stata nettamente inadeguata, sia sotto il profilo quantitativo ma anche qualitativo, poiché fondata su una concezione obsoleta del sistema di *Welfare* con una frammentazione disorganizzata di interventi con conseguente rischio di inappropriatazza delle prestazioni e dispersione delle già scarse risorse.

In assenza di una compiuta strategia da parte del pubblico, quello che può essere definito il "modello italiano di sostegno alla non autosufficienza" è stato disegnato in maniera autonoma dalle famiglie sulle quali è ricaduto totalmente l'onere organizzativo dell'assistenza, ma anche in gran parte l'onere economico.

La scelta prevalente è stata senza dubbio quella della domiciliarità, fondata essenzialmente sull'aiuto informale, prestato dai familiari (secondo l'Istat in Italia ci sono circa 3,3 milioni di *caregiver* familiari, l'8,6% della popolazione italiana adulta, che si prende cura di adulti anziani, malati e disabili) e sulla figura del/la badante, accompagnata da un ricorso contenuto alla residenzialità.

Il supporto pubblico a questo modello è, come si è detto, scarso e frammentato.

Il primo presidio è certamente rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario (pari, all'1.1.2017, a € 515,4 mensili), erogata senza condizioni di reddito, il cui utilizzo da parte dei beneficiari è completamente libero, circostanza che favorisce un uso improprio della misura stessa. Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre € 13 mld. Di queste circa il 71% è corrisposto ad *over 65*, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010.

Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza afferiscono, invece, alla sfera territoriale, a livello regionale o comunale.

Sempre nell'ambito delle prestazioni a carattere monetario rientrano i *voucher*, gli assegni di cura e i buoni socio-sanitari. Stabilite a livello comunale, sono finalizzate a garantire l'assistenza e la cura a domicilio di persone non autosufficienti che hanno bisogno di un'assistenza continua, tramite l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata fornita da operatori professionali accreditati (*voucher*) o come mero sostegno all'assistenza fornita da *caregivers* "informali" (familiari, vicini, volontari). In questo caso le prestazioni variano, oltre che in relazione alle scelte del territorio, anche con riferimento al reddito, al bisogno assistenziale, alla presenza o meno di *caregivers* formali (badanti).

Alle prestazioni in servizi appartengono invece, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD).

L'ADI, servizio compreso nei LEA, fornita dalle ASL anche in collaborazione con i Comuni ha carattere socio-sanitario e consiste in un *set* di trattamenti a domi-

cilio a carattere multidisciplinare, organizzato in base ad un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale - PAI) finalizzato a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita dell'assistito.

I SAD, forniti dai Comuni, hanno invece carattere essenzialmente socio-assistenziale e perseguono l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (aiuto domestico, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.). Sono generalmente erogati sotto condizioni di reddito, in relazione all'ISEE.

Infine non va dimenticato che risultano a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA<sup>6</sup>, mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera, sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

Dal lato del finanziamento, due sono i canali principali:

- Il Fondo nazionale per le politiche sociali: previsto dalla L. n. 449/1997, è destinato alle Regioni per lo sviluppo della rete integrata di interventi e servizi sociali; una quota del Fondo è, inoltre, attribuita al Ministero del lavoro e delle politiche sociali per gli interventi a carattere nazionale.
- Il Fondo per la non autosufficienza: istituito con la L. n. 296/2006, che conferisce alle Regioni e alle autonomie locali risorse aggiuntive finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria destinata alle persone non autosufficienti, con il fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio, nonché per garantire, su tutto il territorio nazionale, l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali.

L'intervento pubblico, oltre che per la sua evidente frammentarietà è purtroppo caratterizzato anche da una significativa inadeguatezza sotto il profilo delle risorse, problema aggravatosi pesantemente negli ultimi anni in ragione della crisi economica.

Nel 2013 l'Istat stima che le risorse destinate dai Comuni alle politiche di *Welfare* territoriale dedicate agli anziani ammontino a circa € 1,3 mld., con un calo dell'8,0% rispetto al 2009.

Del tutto aneddotica è la copertura fornita dai servizi di assistenza domiciliare, sia essa ADI sia SAD. In particolare per l'ADI il numero di ore per caso trattato è inferiore a 20, con un tasso per ogni 100 anziani assistiti inferiore al 3,0% ed una percentuale di comuni che offrono il servizio inferiore al 50,0%.

Altrettanto poco confortante è la situazione con riferimento al tema della residenzialità. Ancorché non si disponga di dati aggiornati, l'indagine Istat sulle spese per servizi sociali dei comuni evidenziava, per il quinquennio 2008-2012 un calo della spesa per servizi residenziali di circa il 5,0% e conferma l'elevata disomogeneità del servizio sul territorio nazionale.

Tra il 2009 e il 2013 si è assistito alla riduzione di oltre il 7,0% del numero dei presidi residenziali, essenzialmente per effetto del dimezzamento dei presidi di tipo meramente socio-assistenziale, mentre sono aumentati quelli che svolgono funzioni di tipo socio-sanitario. I posti letto, (6,3 ogni 1.000 abitanti) evidenziano un alto tasso di occupazione: oltre 367.000 persone assistite delle quali quasi il 76% ha più di 65 anni e 210.000 sono non autosufficienti. Aumenta peraltro la quota di ultra ottantenni, mentre diminuisce la permanenza media (3 anni), segno che la soluzione residenziale è adottata prevalentemente in relazione a condizioni di grave bisogno assistenziale del paziente.

Contemporaneamente i due fondi destinati al finanziamento delle prestazioni sono stati drasticamente ridimensionati, fino al loro azzeramento nel 2012. Dal 2013 la dotazione finanziaria è stata ripristinata e si è consolidata attorno ai € 400 mln. per il Fondo per la non autosufficienza e attorno a € 300 mln. per il Fondo per le politiche sociali (ancorché nel 2017 si sia assistito ad un nuovo taglio che ne ha ridotto la portata a € 100 mln.). Nonostante ciò, nel 2016 l'importo complessivo dei due fondi è circa la metà della consistenza del solo fondo per le politiche sociali del

<sup>6</sup> Il termine RSA ricomprende sia le "Residenze Sanitarie" sia le "Residenze Protette", entrambe destinate ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio, ma caratterizzate da diversa intensità e complessità assistenziale

2009, il che dà la misura della riduzione delle risorse messe a disposizione per le politiche pubbliche per la non autosufficienza.

Nel complesso, peraltro, la spesa complessiva (al netto della parte prettamente sanitaria) dedicata alla *Long term care*, può essere stimata in circa € 15,6 mld., pari a circa 1% del PIL, cifra in linea con la media europea e destinata almeno a raddoppiarsi entro il 2060, secondo le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato.

### 11b.1.3. L'intervento privato

La crisi economica e la lentezza della successiva ripresa hanno contribuito a far emergere in maniera prepotente l'inadeguatezza strutturale del modello italiano, per un duplice motivo. Alla contrazione delle risorse pubbliche destinate al sostegno della non autosufficienza si è, infatti, accompagnata una riduzione della capacità di spesa delle famiglie, con una conseguente tendenza alla reinternalizzazione del processo di assistenza.

Appare quindi verosimile lo scenario CENSIS che vede nelle spese per l'assistenza a non autosufficienti una delle cause di impoverimento per oltre mezzo milione di famiglie e comunque una spesa rilevante per quasi un milione. Ne consegue una generale consapevolezza dell'inevitabilità dell'intervento privato che si accompagna alla disponibilità dei non longevi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza. Analoga tendenza si registra del resto anche in Francia, dove l'ultima indagine OCIRP ha posto in evidenza che (per la prima volta) la maggioranza della popolazione ritiene che non sarà in grado nel futuro di prendersi cura direttamente dei propri cari non autosufficienti e oltre l'80% è disposta a destinare € 1 al giorno a partire dai 40 anni al finanziamento di una copertura privata di non autosufficienza.

Purtroppo però non sembra che allo stato il comparto privato sia totalmente pronto a fornire risposte adeguate ai nuovi bisogni assistenziali delle famiglie. Le soluzioni per la copertura della non autosufficienza possono ricondursi essenzialmente a tre tipi di prestazioni.

Prestazioni di tipo prettamente assicurativo, che prevedono l'erogazione di una rendita al momento del verificarsi dello stato di non autosufficienza, categoria che

peraltro offre un ampio ventaglio di opzioni (e di costi). A fianco della classica polizza individuale, configurabile anche come opzione di erogazione della pensione complementare, troviamo, infatti, coperture a carattere collettivo organizzate essenzialmente da fondi sanitari e, con riferimento al comparto dei bancari e degli assicurativi, da fondi dedicati alla copertura del rischio specifico. Per ottenere una rendita di € 1.000-1.500 mensili, il costo per coperture di tipo collettivo, con età massima di iscrizione di 70 anni, è inferiore a € 100 l'anno, valore che deve essere moltiplicato almeno per 6 nel caso di coperture individuali.

Un'altra modalità di copertura è rappresentata dal rimborso delle spese sostenute in relazione all'evento di non autosufficienza. Valgono in questo caso le medesime considerazioni svolte con riferimento all'erogazione della rendita, con l'avvertenza che la platea dei *providers* comprende, oltre alle compagnie di assicurazione, anche le Società di Mutuo Soccorso.

Infine notevole impulso negli ultimi anni hanno avuto le coperture a livello aziendale legate ai cosiddetti *employee benefits*, con particolare riferimento all'utilizzo del premio di risultato, modalità per la quale nell'ultimo biennio è stato definito un apposito regime fiscale agevolato, la cui organizzazione può realizzarsi nelle forme più diverse (*voucher*, contributi a fondi sanitari, rimborso, ecc.).

Caratteristica comune della maggioranza delle coperture di carattere privato è di essere riservate ai lavoratori dipendenti durante il periodo di attività, il che rappresenta evidentemente un fattore di criticità, poiché la copertura viene meno nel momento in cui il rischio è più rilevante.

Altro elemento comune all'intero comparto è la mancanza di dati organizzati sulla consistenza economica. Informazioni parziali possono essere reperite per il settore assicurativo, che accerta per il 2016 € 79,5 mln. di premi versati per polizze individuali dedicate alla LTC sotto forma di rendita (Ramo IV-Malattia), mentre i dati relativi alle coperture collettive sono "confusi" nell'insieme dei premi versati per coperture sanitarie (Ramo Danni), pari, nel complesso a € 2,4 mld.. Non sono disponibili, invece, dati relativi alle coperture organizzate in via autonoma da fondi sanitari e tramite l'utilizzo dei premi di risultato.

## 11b.2. Le nuove “piste” di riflessione<sup>7</sup>

### 11b.2.1. Il disegno organizzativo

Il maggiore stato di bisogno delle famiglie ha avuto un effetto positivo: la diffusione generalizzata della consapevolezza che l'assistenza per l'evento di non autosufficienza è oramai un problema di scottante attualità, che impone di definire, con urgenza, nuovi modelli di assistenza, che consentano di intercettare adeguatamente i nuovi bisogni complessi dei pazienti.

Per la verità va detto che questa nuova impostazione è stata, almeno sul piano teorico, essenzialmente colta dal (primo) Piano nazionale cronicità, predisposto dal Ministero della Salute agli inizi del 2016, nel quale sono indicate le linee di indirizzo, pur nel rispetto dei singoli modelli regionali, per definire un modello unitario di intervento, monitorato da una Cabina di regia nazionale. Fra gli elementi fondanti del Piano vanno sicuramente ricordati:

- un nuovo approccio culturale che pone al centro del sistema non la malattia ma la persona, e il suo progetto di cura e di vita considerata non solo sotto il profilo clinico ma tenendo in considerazione anche il contesto familiare, economico, ambientale. Il fine non è più in questo caso la guarigione, spesso impossibile, ma il mantenimento e la coesistenza come migliore condizione di salute possibile, considerando i bisogni globali del paziente e il contesto di riferimento;
- il concetto di approccio multidimensionale integrato, fondato su un sistema articolato, che presuppone sinergie fra servizi sanitari e sociali, fra professionalità diverse, fra i diversi attori pubblici e privati, *profit* e *non profit*, coinvolti nella pianificazione ed erogazione dell'assistenza;
- la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) personalizzati, fondati sull'analisi integrata dei bisogni del paziente in una logica di accompagnamento e non solo cura che coinvolga attivamente non solo il paziente, ma anche i *caregivers* di riferimento.

Purtroppo, al momento, la concreta realizzazione del Piano sembra destinata ad avere tempi lunghi, poiché, mancando la previsione di un *budget* dedicato, è evidente che è lasciata alla buona volontà e alla disponibilità delle Regioni.

Del resto, l'impossibilità del settore pubblico di fronteggiare da solo l'organizzazione (e il finanziamento) della risposta alla non autosufficienza è stata già ammessa dal legislatore nel 2008, allorché ha inserito la non autosufficienza fra le prestazioni qualificate che condizionano l'accesso al trattamento fiscale agevolato da parte dei Fondi sanitari, e confermata nel 2016, con le già ricordate agevolazioni tributarie per l'utilizzo del premio di risultato.

Se, quindi, il privato è chiamato sia sotto un profilo formale sia sostanziale a svolgere un ruolo sempre più importante nella realizzazione della copertura, non si può realisticamente immaginare che possa farsi carico della totalità del bisogno residuo non soddisfatto dal sistema pubblico, in ragione degli oggettivi limiti di capacità contributiva/reddituali. Occorre quindi che si realizzi secondo una rigorosa logica di integrazione delle prestazioni pubbliche, al fine di evitare duplicazioni e/o un uso poco efficace o disorganizzato delle risorse certamente non abbondanti con l'obiettivo di ottimizzare l'efficacia dell'intervento complessivo.

Il punto di partenza non può quindi che essere il modello di percorso assistenziale illustrato nel Piano cronicità, che permette di evidenziare le diverse fasi dell'assistenza e, all'interno di queste, quelli che il piano stesso definisce i principali “prodotti assistenziali” che i diversi attori del sistema salute dovranno garantire attraverso le loro attività. Lo schema, in sintesi è illustrato nella Figura 11b.1.

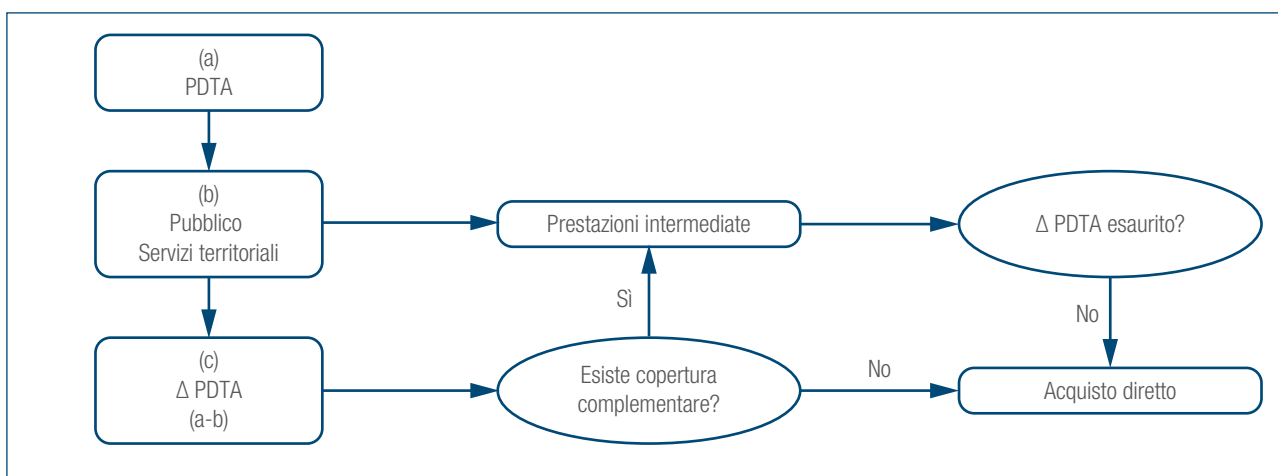
Le fasi 1 e 2 rientrano tipicamente nella responsabilità del SSN, da esercitarsi presumibilmente a livello di Distretto, nell'ambito del quale deve essere operativo, così come indicato dal Piano cronicità, un *team* di valutazione composto dalle diverse figure professionali coinvolte nel percorso assistenziale (medico di medicina generale, psicologo, infermiere specialista, assistente

<sup>7</sup> Questo capitolo riprende le considerazioni svolte dall'autrice in relazione ai lavori del Tavolo di lavoro sulla non autosufficienza organizzato da Itinerari previdenziali con il supporto scientifico di Assoprevidenza le cui conclusioni saranno oggetto di un Quaderno dedicato di prossima pubblicazione

Figura 11b.1. Percorso assistenziale differenziato



Figura 11b.2. Realizzazione del PDTA



sociale, ecc.) con intensità variabile in funzione del grado di complessità della persona coinvolta.

La *partnership* pubblico/privato può efficacemente dispiegare i suoi effetti nella fase 3, nella quale devono essere individuate in maniera concreta le modalità attuative del PDTA, sotto il coordinamento del *case manager*. A tal fine è essenziale tener conto delle tre possibili opzioni utilizzabili per l'erogazione dei servizi: servizi socio-sanitari territoriali, opzioni offerte dall'eventuale copertura complementare collettiva, opzioni "acquistabili" direttamente (*Out of Pocket*), secondo lo schema in Figura 11b.2.

Indipendentemente dall'ampiezza complessiva, la copertura complementare/privata dovrebbe, comunque, presentare le seguenti caratteristiche:

- **Personalizzazione.** Il *focus* deve essere posto sul differenziale fra intervento delineato dal PDTA e intervento pubblico, anche tenendo conto della diversa declinazione territoriale. Ovviamente si pone il problema, per

le coperture complementari organizzate su base nazionale, di assicurare un'uniformità di copertura a tutti i propri assistiti: si tratta peraltro di studiare dei meccanismi che determinata la "consistenza" della prestazione consentano di ottimizzarne l'utilizzazione in funzione della realtà socio-ambientale dell'assistito stesso

- **Flessibilità e modularità.** Se l'obiettivo massimo è rappresentato dall'intero differenziale fra PDTA e intervento pubblico, è possibile immaginare un'articolazione dei possibili interventi coerenti con le diverse capacità di spesa. Al riguardo va evidenziato come uno zoccolo minimo potrebbe comunque essere rappresentato da:
  - attività di assistenza per l'accesso alle prestazioni pubbliche;
  - mappatura e informazione agli iscritti, anche tramite costruzione di portali dedicati, circa le possibilità di assistenza privata di qualità disponibili sul territorio;
  - stipula di convenzioni con soggetti erogatori per



consentire l'accesso a tariffe agevolate a servizi qualitativamente monitorati.

Non va peraltro sottovalutato che un'impostazione di questo genere comporta modifiche significative sotto il profilo organizzativo:

- il passaggio dalla logica del tariffario a quella di un *plafond* di risorse, coerente con il livello di finanziamento, da assegnare a ciascun assistito ad esito della valutazione dello stato di fragilità/dipendenza e della definizione del PDTA;
- privilegiare quanto più possibile l'intervento in servizi piuttosto che le erogazioni in denaro, quale modalità che agevola il controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, anche sotto il profilo della sinergia con l'intervento pubblico;
- l'opportunità di promuovere per quanto possibile anche forme di sinergie fra i diversi operatori privati. Iniziative come la stipula di convenzioni, la mappatura e il monitoraggio qualitativo delle possibilità di assistenza ben si prestano ad essere "socializzate" con indubbi vantaggi in termini economici ma anche organizzativi, dovendo coprire un territorio quanto mai diversificato.

### 11b.2.2. I temi specifici

#### 11b.2.2.1. La mancanza di una definizione univoca di non autosufficienza a livello nazionale

La mancanza di un criterio univoco per la definizione della non autosufficienza rappresenta senza dubbio un ostacolo alla definizione di un disegno organico della copertura.

La possibilità di realizzare efficaci sinergie fra intervento pubblico e privato è evidentemente strettamente connessa all'adozione di un linguaggio comune da parte di tutti i diversi possibili attori: non è razionale che la ca-

pacità di autosufficienza/fragilità di uno stesso soggetto possa essere valutata in maniera diversa sul territorio nazionale, né avuto riguardo al profilo geografico né con riferimento al soggetto erogatore della prestazione.

A livello nazionale troviamo da un lato la definizione utilizzata dall'INPS per la corresponsione della pensione di invalidità civile e della indennità di accompagnamento, che fa essenzialmente riferimento alla presenza di diverse patologie<sup>8</sup>, mentre le coperture private si fondano essenzialmente sul metodo delle *Activities of Daily Living* (ADL), considerando non autosufficiente un individuo che non è in grado di svolgere, in modo presumibilmente permanente e senza alcun ausilio, alcune attività elementari della vita quotidiana<sup>9</sup>.

Nonostante l'eterogeneità del panorama definitorio, è possibile rinvenire una tendenza comune a fare riferimento, correttamente, non più alle patologie ma alla capacità di svolgere determinate attività considerate essenziali. Il limite di questo approccio è che non sembra coerente con le esigenze di multidimensionalità prescritte dal piano cronicità e generalmente ormai condivise sul piano clinico.

Emerge quindi la necessità di un aggiornamento/perfezionamento dell'approccio metodologico basato sulle ADL: a tal fine merita di essere approfondita la possibilità di trovare una convergenza sull'adozione della metodologia del *Resident Assessment Instrument* (RAI – VAOR in Italia), che consente, tramite un nutrito ed approfondito *set* di domande e di un opportuno sistema di pesi, di superare l'approccio meramente descrittivo e di valutare lo stato di fragilità/dipendenza del soggetto, nonché di "tradurlo" in termini di bisogni e, conseguentemente, nella definizione del PDTA. Si tratta del resto di una metodologia consolidata a livello internazionale, attualmente già adottato o in via di sperimentazione in

<sup>8</sup> Ai fini della corresponsione della pensione di invalidità civile si considerano invalidi i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo (compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico o per insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali), che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Il grado d'invalidità è determinato in base ad un'apposita tabella approvata con decreto del Ministro della sanità. Per l'erogazione dell'indennità di accompagnamento è richiesta la totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche e l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e la conseguente necessità di un'assistenza continua

<sup>9</sup> Il criterio della ADL è del resto quello adottato anche dalle istituzioni internazionali quali l'OCSE e la Commissione Europea per definire i servizi riconducibili al comparto della LTC

diverse Regioni italiane, che ha già mostrato la propria efficacia rispetto ai più convenzionali strumenti di valutazione e che presenta l'ulteriore vantaggio di consentire la creazione di un *database* standardizzato e riconosciuto, utilizzabile per studi anche a carattere internazionale.

Realizzare una convergenza almeno degli operatori privati su un modello unico di definizione/valutazione della non autosufficienza, rappresenterebbe senza dubbio un *atout* per perseguirne l'adozione anche da parte del comparto pubblico, in particolare qualora il modello scelto sia già noto e condiviso almeno in parte dal comparto stesso.

#### 11b.2.2.2. L'assistenza domiciliare

La recente indagine presentata da Italia Longeva lo scorso mese di luglio, ha confermato come, pur in presenza di numerosi provvedimenti legislativi che ne delineano i profili e di un generale riconoscimento circa il suo valore strategico nel fornire risposte adeguate ai bisogni delle persone con problemi di autosufficienza, l'organizzazione dell'assistenza domiciliare «*mostra ancora i segni della presenza di un'evidente asimmetria tra domanda e offerta di assistenza, tra composizione dei servizi sanitari e socio-sanitari e domanda sul territorio, tra esigenze di pazienti, che al momento possono contare soprattutto su una forte risposta autogestita da parte delle famiglie, e capacità di supporto reale che un servizio, sulla carta fondamentale, come l'ADI è in grado davvero di garantire.*» Il tutto complicato da un'estrema diversificazione non solo fra le diverse Regioni, ma anche nell'ambito di una stessa Regione o di una medesima ASL.

Fra gli elementi di criticità, l'indagine sottolinea, in particolare, la mancanza di un'effettiva integrazione socio-sanitaria, sotto più di un profilo: coordinamento degli interventi, valutazione (decisamente focalizzata sulla dimensione sanitaria), coinvolgimento di tutte le professionalità utili.

Appare quindi evidente l'urgenza di definire i contorni di un nuovo modello di assistenza domiciliare. Fermo restando le considerazioni circa l'esigenza dell'unicità della definizione di non autosufficienza e di un approccio integrato multidimensionale già esposte, con specifico riferimento al problema dell'assistenza domiciliare appaiono particolarmente meritevoli di approfondimento linee

di intervento che perseguano l'obiettivo dell'innovazione sociale e tecnologica.

#### Favorire l'incontro trasparente fra domanda e offerta nel lavoro di cura

Un primo fondamentale elemento è la mappatura e la diffusione dell'informazione, anche tramite un portale dedicato, circa le opzioni esistenti (pubbliche e private), in relazione al territorio, dell'attuazione del PDTA e delle relative modalità di accesso (collegamento alla rete dei servizi). La questione supera la proposta del Registro degli assistenti familiari – che comunque ne costituisce un elemento importante – per considerare tutti i possibili soggetti da coinvolgere nel Piano di assistenza. Si tratta evidentemente di un obiettivo impegnativo che difficilmente potrebbe essere realizzato da un unico soggetto: fondamentale appare quindi il coinvolgimento di tutti i possibili attori che insistono su un singolo territorio perché segnalino le diverse iniziative in argomento, quali convenzioni, possibili coperture individuali, coperture collettive attivate, ecc.

Se la mappatura risponde ad un'esigenza di tipo quantitativo, sotto il profilo qualitativo occorre che i servizi proposti rispondano ad un adeguato *standard*. Si pone quindi il problema della definizione condivisa di *standard* minimi e della relativa "certificazione". È inoltre opportuno che i soggetti interessati e i familiari possano ricevere esaurienti informazioni circa le competenze professionali necessarie in relazione alla propria situazione: occorre quindi rendere disponibili profili professionali definiti e riconosciuti.

Strettamente connesso con il punto precedente è la questione della formazione, con particolare riferimento alla figura dell'assistente familiare (badanti) ma non solo. La specificità dei soggetti destinatari delle cure richiede, infatti, una corrispondente specificità delle conoscenze professionali in ambito geriatrico.

#### Promuovere e diffondere la cultura della tecno-assistenza quale strumento di innovazione nella copertura

Il tema della tecno-assistenza, intesa come l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali resi possibili dall'impiego delle nuove tecnologie, è senza dubbio uno dei temi centrali ai fini dell'innovazione nella realizzazione dei percorsi integrati di gestione della cronicità. Nelle sue

diverse componenti della telemedicina, teleassistenza e *ambient assisted living* (domotica) si presenta come un elemento strategico per migliorare l'adeguatezza delle risposte alle necessità dell'assistito, in particolare in termini di:

- maggiori possibilità di permanenza a domicilio;
- maggiore equità nell'accesso alle cure, con riferimenti sia alle tipologie sia ai tempi;
- miglioramento dei tempi di risposta;
- sicurezza;
- contenimento della spesa.

Favorendo la preservazione, quando non l'incremento, dei livelli di autonomia dell'assistito, anche sotto il profilo della possibilità di condurre una vita relazionale adeguata, l'impiego della tecnoassistenza si traduce in una maggiore soddisfazione dell'assistito stesso e dei *caregivers* favorendone l'*empowerment* e il *self management*.

Occorre quindi che la tecnoassistenza esca dal recinto della sperimentazione e sia riconosciuta, a livello istituzionale con l'inserimento nei LEA, ma, ugualmente importante, nel comparto dell'assistenza privata, come un nuovo *setting* assistenziale ed entri quindi a pieno titolo nella definizione dei PDTA.

Ciò anche considerando che l'ambito di applicazione della tecnoassistenza va oltre la platea dei pazienti gravemente insufficienti (per i quali appare peraltro non eludibile), ma interessa anche quella dei "giovani anziani", proprio in un'ottica di prevenzione della perdita di autonomia, garantendo una maggiore sicurezza nello svolgimento delle attività quotidiane.

Al riguardo un primo importante obiettivo è, anche in questo caso, la diffusione di un'informazione esaustiva e qualificata. A tal fine potrebbe dunque essere ipotizzata la pubblicazione di "Guide" indipendenti e certificate che consentano ai soggetti interessati, a cominciare dalle figure professionali sulle quali grava l'incombenza della definizione e realizzazione del PDTA, una scelta consapevole ed un utilizzo appropriato delle nuove tecnologie. È, infatti, fondamentale evitare il rischio di un proliferare incontrollato di opzioni di offerta, con conseguente rischio di inappropriata e abusi.

Un secondo fondamentale elemento è rappresentato dal finanziamento. Fermo restando che l'eventuale inclusione nei LEA ne agevolerebbe, eventualmente in

maniera graduata in relazione alla gravità dello stato di bisogno e al reddito, il finanziamento da parte pubblica – sia in ambito SSN sia nel quadro di una riorganizzazione delle risorse attualmente destinate al finanziamento dell'indennità di accompagnamento – è importante che l'utilizzo di strumenti di tecnoassistenza sia previsto nei "nomenclatori" delle coperture private, sempre ovviamente sulla base di protocolli rigorosamente verificati sotto il profilo clinico.

#### Agevolare la riqualificazione degli alloggi

Una delle peculiarità della società italiana è l'elevata quota di proprietari di casa, pari al 73% (contro il 66% della media EU), quota che supera l'80% per gli *over 65* (circa 10 milioni); più in generale, nel 41% delle case di proprietà si registra la presenza di un anziano.

L'elevata quota di proprietari di casa fra gli anziani se da un lato favorisce la scelta dell'assistenza domiciliare, non sempre però si traduce in un elemento di garanzia di qualità e sicurezza, poiché le abitazioni sono spesso inadeguate alle esigenze delle persone anziane, in particolare considerando che in oltre un terzo delle abitazioni di proprietà di un anziano, l'anziano vive solo e in quasi il 75% in coppia con il coniuge.

Le abitazioni occupate da anziani in quasi il 60% dei casi hanno più di 50 anni (più di 75 nel 20% dei casi), con carenze che vanno dalla mancanza di ascensore, a modalità inadeguate di riscaldamento, alla necessità di ristrutturazione interna (bagno, ampliamento porte, cucina, ecc.).

Occorre quindi incentivare l'adeguamento del patrimonio immobiliare esistente, mediante un "affinamento" delle già esistenti misure di sostegno pubblico agli interventi di ristrutturazione meglio indirizzandole sulla base di *standard* di qualità commisurati ai problemi di una crescente popolazione anziana.

#### 11b.2.2.3. L'evoluzione del concetto di residenzialità per anziani

Anche nell'ambito della residenzialità per gli anziani si profilano risposte "innovatrici", inquadrabili nel contesto della cd. «*cultura dell'arco di vita*», concezione che supera la tradizionale idea di pura esigenza abitativa per concentrarsi sul concetto di *habitat*, che ricomprende anche le nozioni di ambiente di vita e relazioni sociali.

In questa impostazione la vecchiaia non è considerata una categoria a sé stante, indifferenziata sotto il profilo dei bisogni, ma una realtà variegata che richiede risposte articolate. Si tratta non di uno stato, ma di un percorso, che merita di essere adeguatamente accompagnato con risposte differenziate, flessibili e coerenti con le diverse fasi evolutive e il più possibile rispettose della libertà di scelta dei singoli individui.

Elemento essenziale è quello del coinvolgimento globale della Società nella definizione delle soluzioni, valorizzando le possibili sinergie fra generazioni e il territorio circostante, con l'obiettivo di favorire la permanenza della persona anziana nella propria casa o nella propria comunità durante il naturale processo d'invecchiamento e per il maggior tempo possibile.

Ancorché la classificazione dei nuovi modelli di residenzialità non sia sempre agevole poiché i contorni delle singole iniziative sono necessariamente sfumati, è possibile individuare alcune categorie di massima (per maggiori dettagli v. Fondazione Cariplo 2014).

- Soluzioni o strutture per la vita indipendente (*Independent Living Facilities*): si tratta di normali abitazioni private dotate di adeguati accorgimenti architettonici, arricchite con servizi sociali e comunitari di quartiere anche solo a richiesta (governo della casa, spesa, trasporti, socializzazione, bagno assistito) e inserite in un contesto contraddistinto da una ricca rete di supporti sociali e di vicinato. Le persone possono condividere spazi e servizi comuni, ma sono autonome nella gestione delle proprie esigenze quotidiane. L'età di accesso è più spesso vicina ai 70 anni, in presenza di limitazioni funzionali minime.
- Strutture o servizi di vita assistita (*Assisted Living Facilities*): spesso organizzate in forma comunitaria, con appartamenti e/o camere singole con bagno privato. I servizi accessori sono rivolti specificamente a sostenere riduzioni delle autonomie più consistenti e l'assistenza – svolta da operatori professionali – è normalmente estesa alle 24 ore. Gli anziani accolti hanno un'età più avanzata (oltre gli 80-85 anni), con limitazioni funzionali più importanti.
- Una sintesi di entrambi i modelli è rappresentata dalle *Continuing Care Retirement Community* statunitensi (nel seguito, CCRC), che vedono il coesistere di normali abitazioni con unità più specifiche per la vita

indipendente o per la vita assistita. Le unità abitative (appartamenti o *cottage*) sono integrate in un complesso o *campus*, nel quale la direzione organizza e coordina, tramite strutture ad hoc, un'ampia ed articolata gamma di servizi sia per la vita indipendente sia per quella assistita, e che spaziano dai meri servizi di supporto a quelli assistenziali e sanitari professionali.

- Di particolare efficacia risulta infine le soluzioni che si fondano sul principio del *cohousing*. Si tratta di esperienze abitative condivise che coinvolgono più nuclei familiari, dove singoli, coppie di giovani o anziani vivono in complessi residenziali composti da appartamenti privati e ampi spazi destinati all'uso comune (sale riunioni, cucine, lavanderie, laboratori, spazi gioco, asili nido, palestre, biblioteche e altri servizi). Gli abitanti sono coinvolti attivamente nella fase di programmazione e realizzazione del progetto, nonché nella sua manutenzione, svolgendo a turno servizi per tutta la comunità di vicinato (custodia dei bambini, spesa settimanale, cura del verde, ecc.).

### 11b.3. Conclusioni

Anche se il dibattito sulla riorganizzazione dei sistemi di *Welfare* in funzione dell'emergere (e consolidarsi) dei diversi bisogni assistenziali legati al tema dell'invecchiamento della popolazione è stato da tempo posto all'attenzione dei decisori politici a livello nazionale e europeo, è innegabile che la risposta data dal nostro Paese continua ad essere nettamente inadeguata. E ciò non solo sotto il profilo quantitativo, ma anche qualitativo, poiché fondata su una concezione obsoleta del sistema di *Welfare* con una frammentazione disorganizzata di interventi con conseguente rischio di inappropriatazza delle prestazioni e dispersione delle già scarse risorse.

La situazione attuale è peraltro caratterizzata da due nuovi elementi che inducono a pensare che il momento sia favorevole ad una seria ed innovativa riflessione sulla materia.

Il primo è rappresentato dalla crisi economica, che se da un lato ha ridotto gli stanziamenti pubblici destinati alla copertura di non autosufficienza ed impedisce di immaginare, almeno nel breve-medio periodo, un loro

incremento significativo, dall'altro ha ridotto le risorse a disposizione delle famiglie per colmare il *gap* assistenziale.

Il secondo elemento è rappresentato dal cambiamento di prospettiva nella discussione. La vecchiaia non è più considerata solo come un critico fattore di costo, ma come un'opportunità per il nostro sistema economico.

In questo contesto appare destinato ad assumere maggiore rilevanza il ruolo delle coperture offerte dal privato, come conferma del resto la maggiore disponibilità degli attivi a considerare un risparmio di lungo periodo specificamente dedicato alla tutela della non autosufficienza. Non poche peraltro sono le sfide che attendono tutti gli attori del comparto, in un'ottica di sperimentazioni innovative ed efficaci di sinergia pubblico/privato, in particolar modo con i soggetti istituzionali che da tempo hanno compreso la necessità di promuovere una copertura di secondo pilastro che sia effettivamente funzionale a fornire una risposta efficace alla domanda crescente. (Fondi sanitari, Fondi pensione e Casse di previdenza private, Società di Mutuo Soccorso, Terzo settore).

Al riguardo due temi meritano di essere sottolineati: il problema dei costi e il valore economico dell'invecchiamento.

Per poter costruire coperture efficaci a costi sostenibili la modalità della contrattazione collettiva appare lo strumento più idoneo. Disporre di una platea di assicurati consistente, sufficientemente conosciuta/conoscibile nelle sue caratteristiche essenziali (età, sesso, reddito) e "certa" è il presupposto imprescindibile, poiché consente di utilizzare lo strumento della "solidarietà" fra profili di rischio diversi con una riduzione del "rischio complessivo" (e quindi del relativo onere). In questo contesto particolare attenzione deve essere posta all'inclusione delle collettività tradizionalmente escluse, come i pensionati e i lavoratori autonomi. Conseguenza logica è la necessità di riflettere sull'opportunità di valorizzare l'adesione collettiva, se non necessariamente con l'obbligatorietà di adesione, almeno con forme di incentivazione.

La diffusione di forme innovative di copertura, con particolare riferimento al tema della tecnoassistenza,

della riqualificazione degli alloggi, di modelli innovativi di assistenza domiciliare e di residenzialità, possono rappresentare preziose occasioni di investimento in quello che comunemente viene definita "silver economy", tema al quale non a caso anche l'EU si è già interessata in quanto "rilevante opportunità di crescita e di occupazione". Meritevole di approfondimento appare quindi la promozione della costituzione di filiere dedicate, sull'esempio di quanto già realizzato in altri paesi dell'EU (Francia, Olanda), in grado di favorire l'investimento nel comparto anche tramite la costituzione di fondi specificatamente dedicati.

## Riferimenti bibliografici

- Ania (2017), *Premi del lavoro diretto italiano nel 2016*
- Assoprevidenza-Itinerari Previdenziali (2016), *La residenzialità per gli Anziani, possibile coniugare sociale e business?*
- Auser (2015), *2° Rapporto sulle condizioni abitative degli anziani in Italia che vivono in case di proprietà*
- Auser (2017), *Domiciliarità e residenzialità per l'invecchiamento attivo*
- CENSIS (2015), *L'eccellenza sostenibile nel nuovo Welfare*
- CREA (2016), *Previdenze in denaro: riflessioni sul finanziamento della Long Term Care sociale*. XII Rapporto Sanità
- EU Commission (2015), *Growing the european silver economy - Background paper*
- Fondazione Cariplo (2017), *Abitare leggero - Verso una nuova generazione di servizi per gli anziani*. Quaderno n. 17
- Istat (2013), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati*
- Istat (2015), *Anziani: le condizioni di salute in Italia e EU*
- Italia Longeva (2017), *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa* (a cura di L. Vetrano e D. Vaccaro)
- Ministero della Salute - DG della Programmazione Sanitaria (2016), *Piano nazionale della Cronicità*
- OCIRP (2017), *Baromètre autonomie*
- Ragioneria Generale dello Stato (Anni vari), *Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario*

## ENGLISH SUMMARY

### *Non self sufficiency and primary care: finding new solutions to a long-standing problem*

*Although the debate on the reorganization of Welfare systems to face the various care needs linked to the aging of population has long been the focus of political decision-makers at national and European level, it is undeniable that the response given by Italy continues to be clearly inadequate. This holds true not only from the quantitative, but also from the qualitative viewpoint, the national approach is based on an outdated concept of Welfare system, with a disorganized fragmentation of measures and interventions, as well as the consequent risk of inadequate services and dispersion of the already scarce resources.*

*The current situation, however, is characterized by two new factors that lead us to think that time has come for a serious and innovative analysis of the issue.*

*The first is the economic crisis which while, on the one hand, has reduced the public resources, and - at least in the short to medium term - also prevents us from envisaging a possibility of significant increase, as well as has reduced the resources available for families to bridge the needs gap.*

*The second factor is the change of perspective in the discussion. Old age is no longer considered only a problematic cost factor, but also an opportunity for economic system.*

*In this context, the role of the services supplied by the private sector seems to be increasingly relevant, as evidenced by the workers' greater willingness to consider long-term savings specifically dedicated to the protection from (not) self-sufficiency risks. Furthermore many challenges must be faced by those who operate in the sector, in view of identify innovative and effective public/private partnerships and synergies, particularly with the institutional actors that have since a long time understood the need to promote the second*

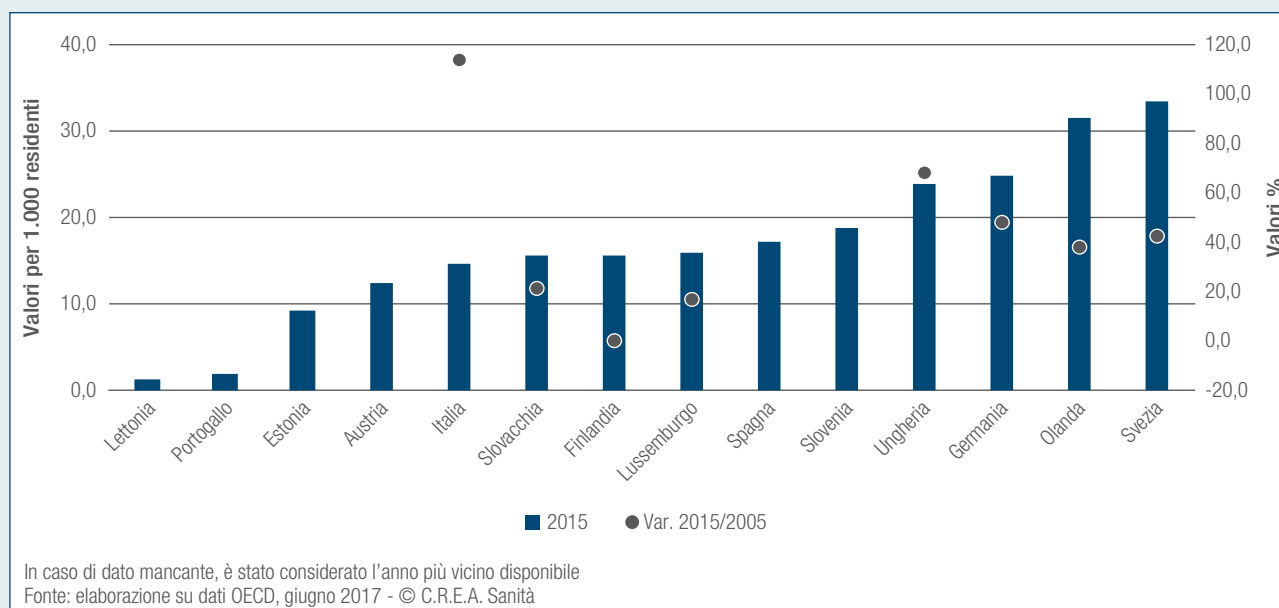
*pillar (the complementary Welfare protection schemes): like Health funds; Pension Funds and Private First Pillar schemes; Mutuels; and the so-called "third sector" including volunteers' associations, non-profit organizations, non-governmental organizations, etc.*

*In this respect two issues must be underlined: the cost of coverages problem and the economic value of aging.*

*With a view to providing effective coverage at affordable costs, funds promoted by collective bargaining, seems to be the most suitable tool. Having a large number of insured people, sufficiently known in their basic characteristics (age, gender, income) and "certain" is a prerequisite since it allows to use the tool of "solidarity" between different risk profiles, with a reduction of the "total risk" (and hence of the related costs). In this regard, specific attention must be paid to the inclusion of traditionally excluded communities, such as retired and self-employed workers. The logical consequence is the need to reflect on the advisability to enhance collective adhesion, if not necessarily with the obligation of membership, at least with some incentives.*

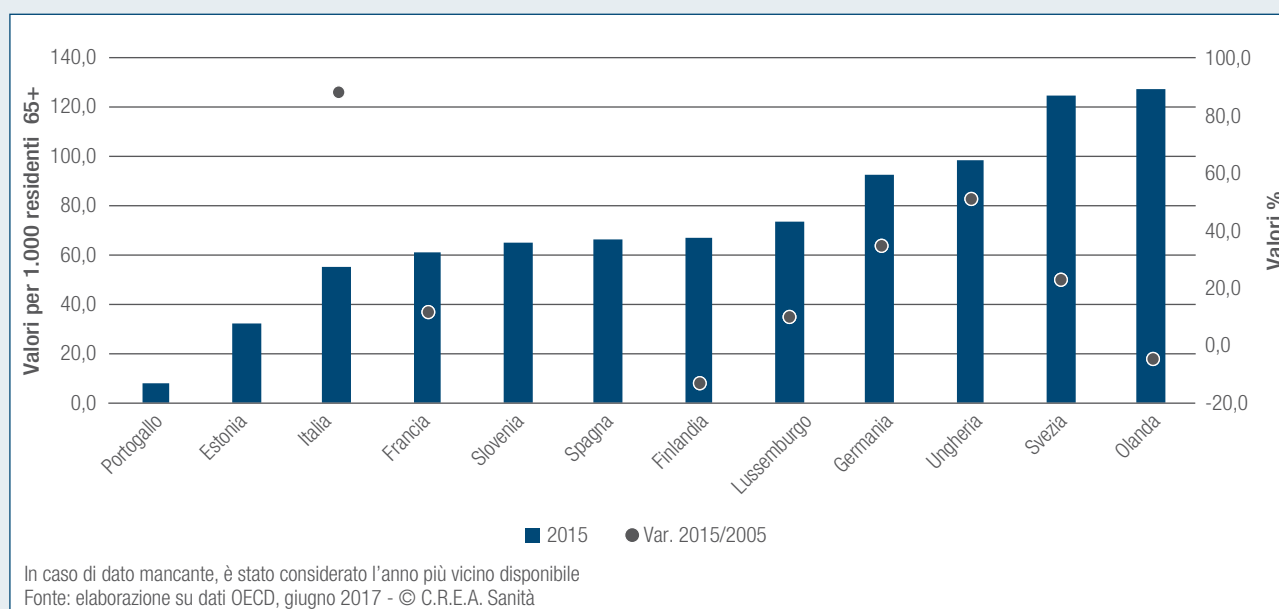
*The spreading of innovative forms of coverage, with specific reference to technical assistance, housing rehabilitation, innovative home care and residential models, can be valuable investment opportunities in what is commonly called the "silver economy". It is by no mere coincidence that also the EU has already expressed its interest in this issue as a "significant opportunity for growth and employment". Hence, at national level, we need to delve into the possibility of promoting the creation of ad hoc industry sector - following the example of other EU Member States, such as France and the Netherlands - capable of favouring investment in the sector also through the creation of dedicated funds.*

## KI 11.1. Quota di utenti in assistenza domiciliare in EU



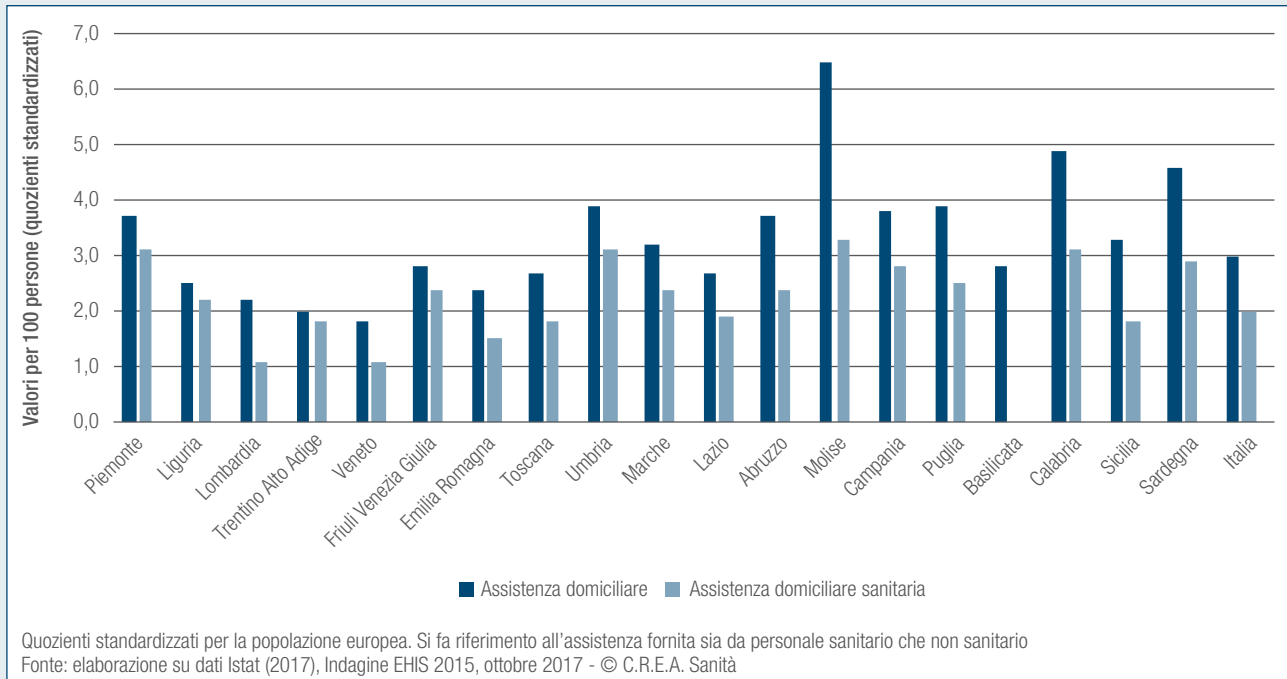
Questo indicatore prende in considerazione il numero di utenti che ha ricevuto assistenza domiciliare (si rimanda a <http://stats.oecd.org/> per le definizioni puntuali) ogni 1.000 residenti nei Paesi EU di cui OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) fornisce il dato (edizione giugno 2017). Nel 2015, tale valore in Italia è pari 14,6 (oltre il doppio rispetto al 6,8 registrato nel 2005). Per confronto, il tasso massimo si osserva in Svezia (33,6 per 1.000 residenti rispetto al 23,7 del 2005), mentre quello minimo lo si registra in Lettonia (1,1 per 1.000). Nel periodo 2005-2015 tutti i Paesi di cui si dispone del dato registrano un aumento tranne la Finlandia, in cui il valore è pressoché stabile. È il nostro Paese a registrare l'aumento più cospicuo, sebbene rimanga ancora indietro rispetto ai Paesi più avanzati. In generale, è utile evidenziare l'esistenza di *break* nelle serie e di differenti metodologie per alcuni Paesi in alcuni anni, per cui i dati rilasciati vanno considerati con cautela.

## KI 11.2. Quota di utenti di 65 anni e più in assistenza domiciliare in EU



Questo indicatore prende in considerazione il numero di utenti anziani (65 anni e più) che riceve assistenza domiciliare (si rimanda a <http://stats.oecd.org/> per le definizioni puntuali) ogni 1.000 residenti anziani nei Paesi EU di cui OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) fornisce il dato (edizione giugno 2017). Nel 2015, tale valore in Italia è pari 55,4 (in netto aumento rispetto al 29,6 registrato nel 2005). Il tasso massimo si osserva in Olanda (127,4 utenti anziani ogni 1.000 residenti anziani), mentre quello minimo lo si registra in Portogallo (7,7 per 1.000 anziani). Nel periodo 2005-2015 tutti i Paesi di cui si dispone del dato registrano un aumento tranne la Finlandia e l'Olanda. È il nostro Paese a registrare l'aumento più cospicuo, sebbene lo scarto verso i Paesi più avanzati sia ancora maggiore di quello sopra segnalato, per ovvia conseguenza della maggiore età media della popolazione italiana. In generale, è utile evidenziare l'esistenza di *break* nelle serie e di differenti metodologie per alcuni Paesi in alcuni anni, per cui i dati rilasciati vanno considerati con cautela.

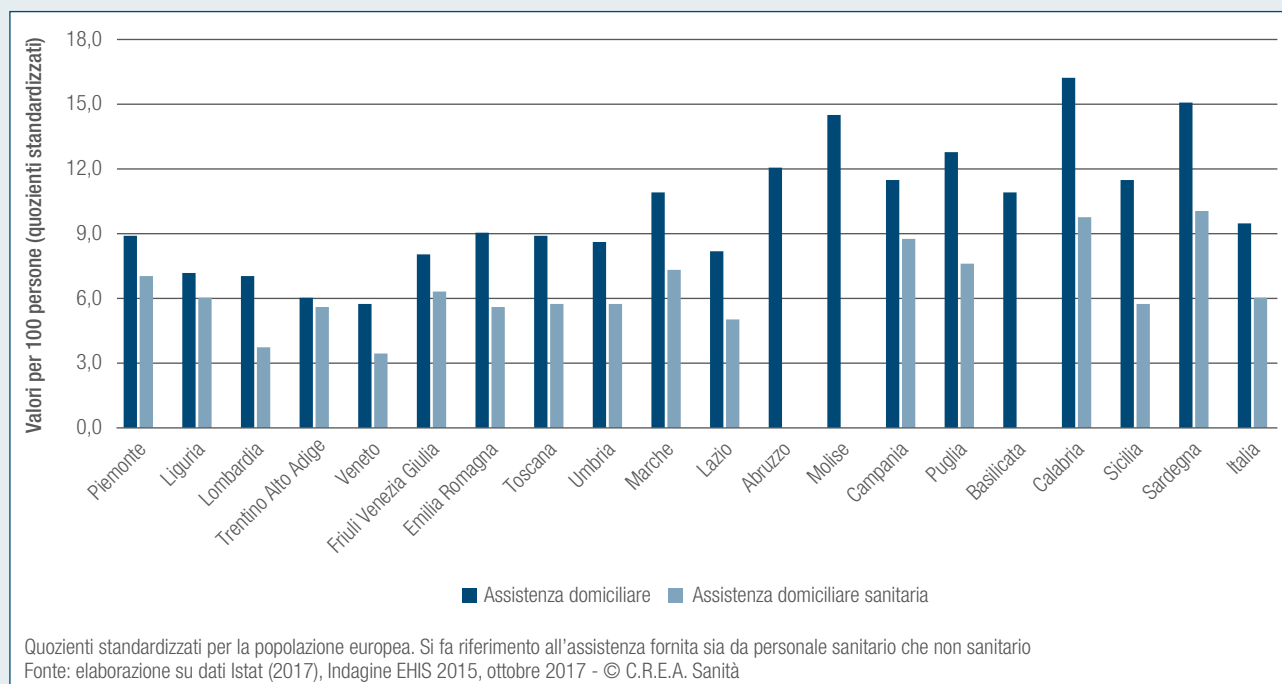
## KI 11.3. Quota di persone di 15 anni e più che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare, anno 2015



In base alla definizione Istat, l'assistenza domiciliare «include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici. Può essere di tipo sanitario se fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, eccetera, o di tipo non sanitario se fornita da professionisti quali badanti, assistenti domiciliari e operatori sociali; queste ultime due figure professionali rientrano tra i servizi erogati dai Comuni». Nel 2015 si nota un gradiente Nord-Sud, con qualche eccezione, nella quota di persone di 15 anni e più che ha usufruito di assistenza domiciliare – come sopra intesa – nei 12 mesi precedenti l'intervista (quozienti standardizzati per 100 persone): le 10 Regioni che mostrano un valore superiore alla media nazionale (pari a 3,0%) sono meridionali, ad eccezione di Marche, Piemonte e Umbria. Si va dall'1,8% del Veneto al 6,5% del Molise. Considerando l'assistenza prettamente sanitaria, sono 11 le Regioni che registrano un valore superiore alla media nazionale (2,0%); le Regioni in testa e in coda alla classifica restano le medesime: si va dall'1,1% del Veneto (e della Lombardia) al 3,3% del Molise.

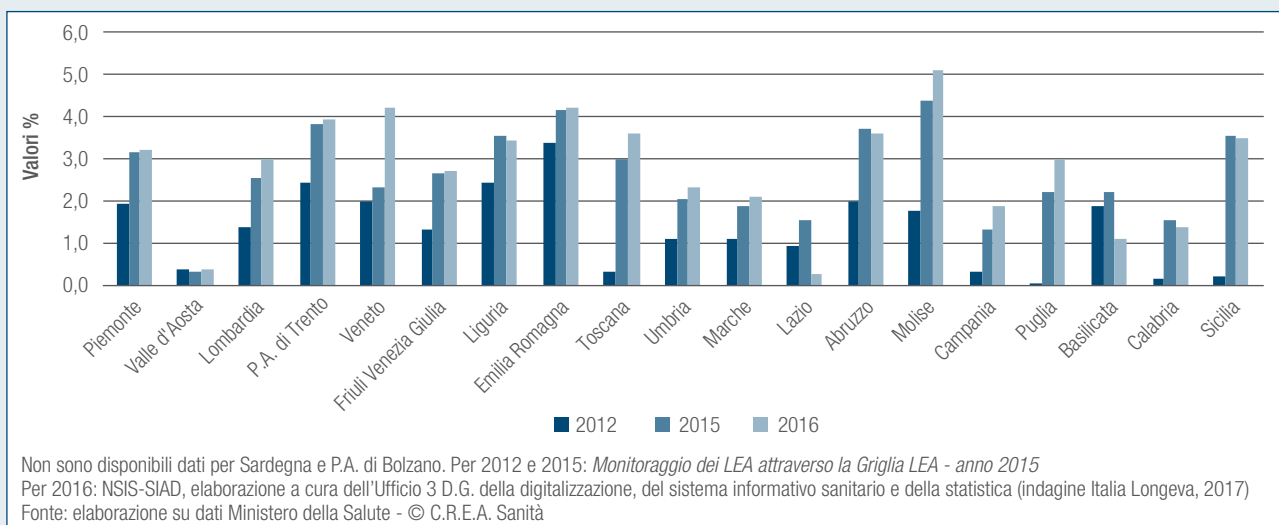


## KI 11.4. Quota di persone di 65 anni e più che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare, anno 2015



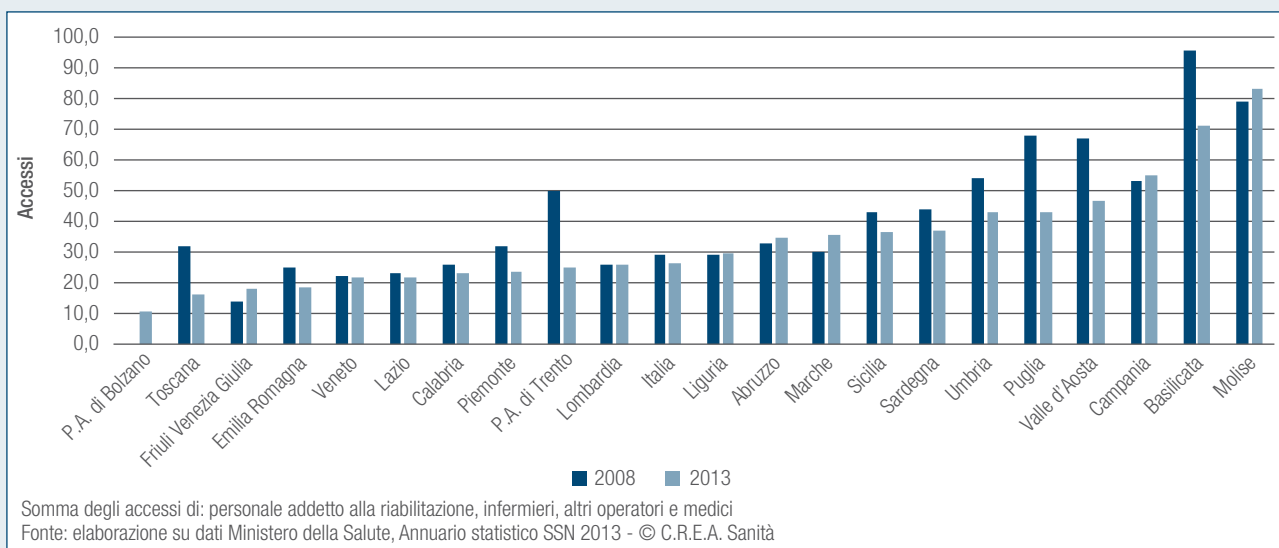
In base alla definizione Istat, l'assistenza domiciliare «include un'ampia gamma di servizi sociali e sanitari forniti alle persone con problemi di salute presso la loro abitazione da operatori professionisti socio-sanitari (sia pubblici che privati). Sono esclusi dalla lista delle persone che possono offrire assistenza domiciliare i familiari (conviventi e non), i parenti e gli amici. Può essere di tipo sanitario se fornita da personale sanitario, quali medici, infermieri, fisioterapisti, per medicazioni, terapie, eccetera, o di tipo non sanitario se fornita da professionisti quali badanti, assistenti domiciliari e operatori sociali; queste ultime due figure professionali rientrano tra i servizi erogati dai Comuni». Nel 2015 il gradiente Nord-Sud nella quota di persone di 65 anni e più che ha usufruito di assistenza domiciliare – come sopra intesa – nei 12 mesi precedenti l'intervista (quozienti standardizzati per 100 persone) è piuttosto evidente: le 9 Regioni che mostrano un valore superiore alla media nazionale (pari a 9,5%) sono meridionali, ad eccezione delle Marche. Si va dal 5,7% del Veneto al 16,3% della Calabria. Considerando l'assistenza prettamente sanitaria, sono 8 le Regioni che registrano un valore superiore alla media nazionale (6,0%); si va dal 3,5% del Veneto al 10,1% della Sardegna.

## KI 11.5. Quota di persone di 65 anni e più trattate in assistenza domiciliare integrata (ADI)



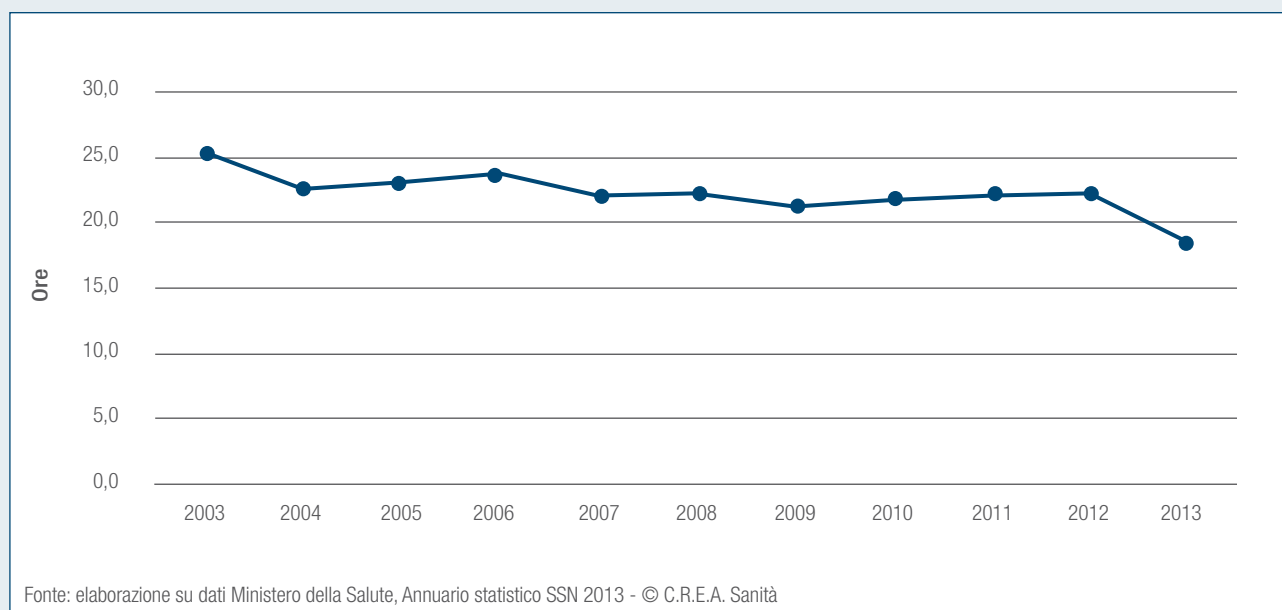
Questo indicatore prende in considerazione la percentuale di anziani (65 anni e più) trattati in assistenza domiciliare integrata negli anni 2012, 2015 e 2016. La fonte è il Ministero della Salute: per i primi due anni si fa riferimento al *Monitoraggio dei LEA attraverso la Griglia LEA - anno 2015* mentre per il 2016 si fa riferimento al flusso NSIS-SIAD, elaborazione a cura dell'Ufficio III D.G. della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica (dati contenuti nel documento di Italia Longeva dal titolo *La Babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, luglio 2017). Dal grafico emerge una evidente disparità territoriale: per il 2016 si va dallo 0,3% del Lazio al 5,1% del Molise; per il 2015 si va dallo 0,4% della Valle d'Aosta al 4,3% del Molise. Il valore minimo stabilito dal Ministero della Salute nella Griglia LEA 2015 è pari a 1,88%. Nel 2015 si trovano al di sotto di tale soglia 4 Regioni: Valle d'Aosta (0,4%), Campania (1,4%), Lazio (1,6%), Calabria (1,6%), mentre la Regione Marche raggiunge 1,86, valore molto prossimo al valore soglia. Qualora nella Griglia LEA 2016 si mantenesse lo stesso valore minimo (1,88%), le Regioni a tenersi al di sotto di esse sarebbero 4: Lazio (0,3%), Valle d'Aosta (0,4%), Basilicata (1,1%) e Calabria (1,4%). Nel periodo 2012-2015 tutte le Regioni registrano un aumento, tranne la Valle d'Aosta. Tra il 2015 e il 2016 sono invece 6 le Regioni che registrano una diminuzione (peraltro in alcuni casi esigua), mentre nelle restanti 13 considerate si osserva un lieve aumento.

## KI 11.6. Accessi in ADI per caso anziano (65 anni e più)



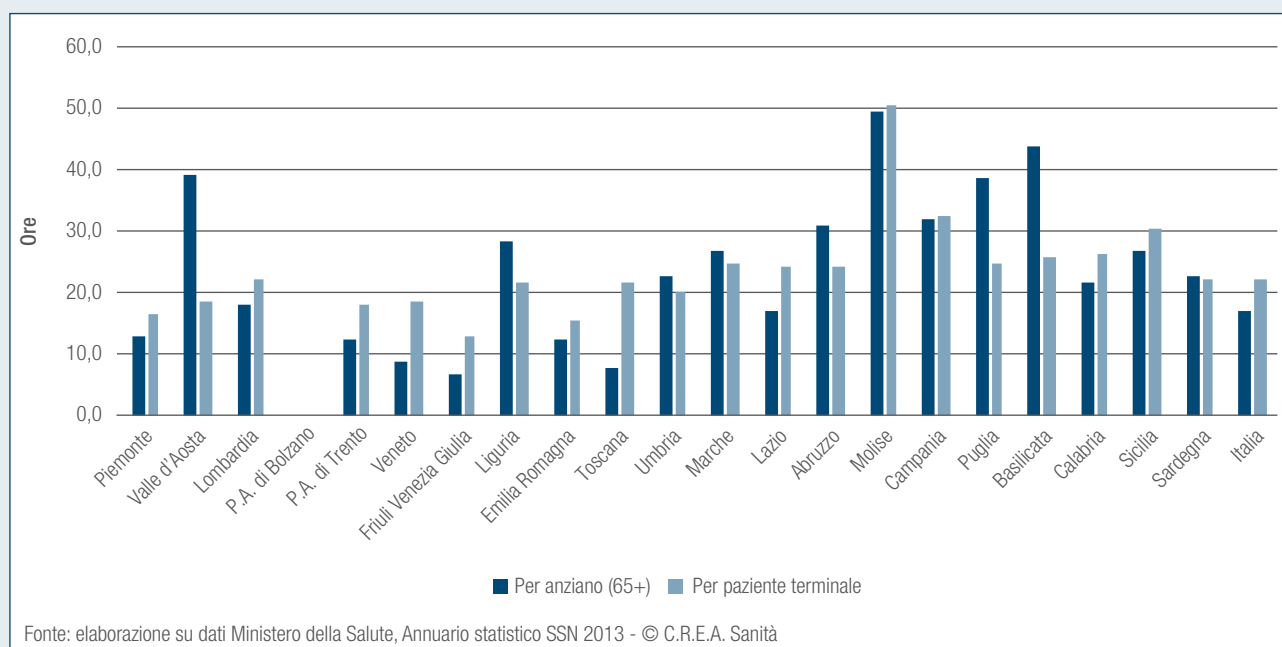
Questo indicatore, tratto dall'Annuario statistico del SSN 2013 (ultimo disponibile alla data in cui si scrive), mostra come il numero di accessi per utente di età non inferiore a 65 anni, in assistenza domiciliare integrata (ADI), sia eterogeneo tra le Regioni ed abbia subito in alcuni casi delle importanti variazioni nel corso del quinquennio 2008-2013. Da specificare che il dato rappresenta la somma degli accessi di tutto il personale interessato (personale addetto alla riabilitazione, infermieri, altri operatori e medici). Nel 2013 il numero maggiore si è osservato in Molise (83 accessi per caso trattato 65+), seguito da Basilicata (71) e Campania (55), mentre il numero minimo di accessi al domicilio dell'utente anziano è stato rilevato nella P.A. di Bolzano (10), seguita da Toscana (16) e Friuli Venezia Giulia (con 18 accessi per caso trattato 65+). Osservando le variazioni intervenute nell'ultimo quinquennio, si nota come l'andamento sia difforme e contrastante tra le Regioni italiane, la maggioranza delle quali registra comunque un calo. Il Friuli Venezia Giulia registra l'aumento maggiore (+29,7%), seguito dalla Regione Marche (+19,1%); di contro, si notano riduzioni importanti nella P.A. di Trento, che ha dimezzato il suo numero di accessi per caso anziano trattato (passando da 50 a 25), seguita dalla Toscana, che ha ridotto del 48,8% gli accessi, e dalla Puglia (-36,5%).

## KI 11.7. Ore medie di ADI per caso trattato



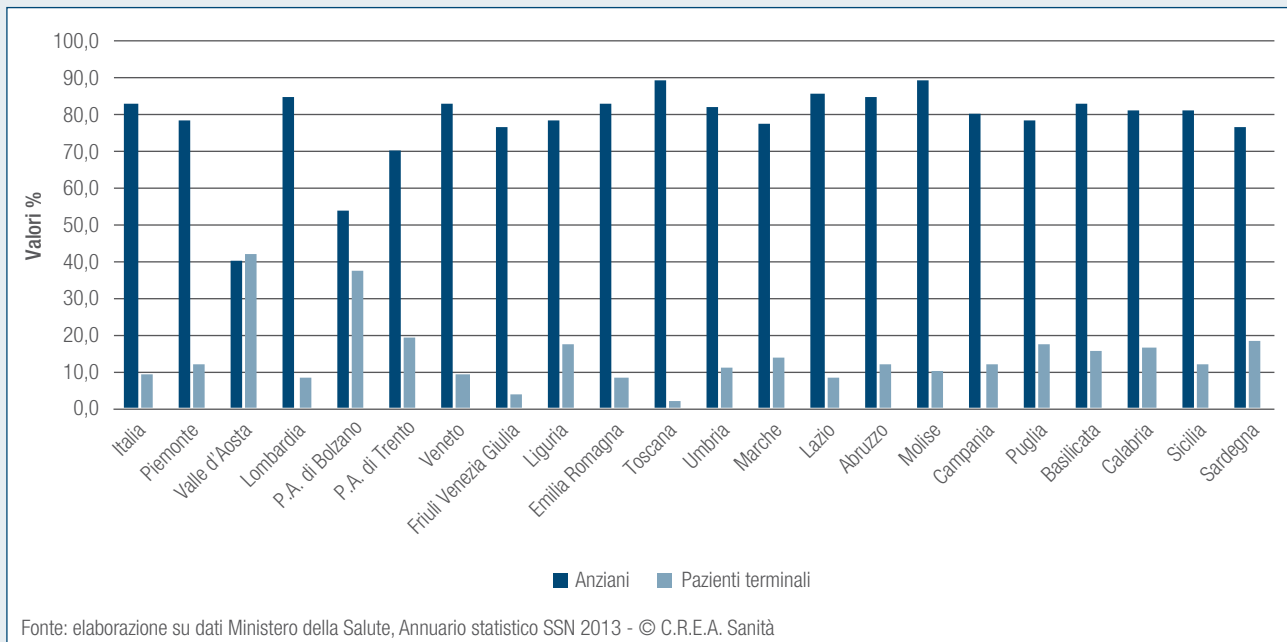
Stando ai dati dell'Annuario statistico del SSN del Ministero della Salute, in Italia, nel 2013, sono state erogate complessivamente 10.485.293 ore in assistenza domiciliare integrata (ADI), corrispondenti a circa 18 ore per caso trattato. Rispetto agli anni precedenti si nota come l'intensità dell'assistenza prestata sia andata via via affievolendosi, anche se nel periodo 2007-2012 è rimasta stabile. Infatti, rispetto al 2012, si osserva una flessione del -17%, pari alla variazione relativa al quinquennio scorso (2008-2013). Nel corso del decennio si è ridotta del 30% circa.

## KI 11.8. Ore medie di ADI per caso trattato, anno 2013



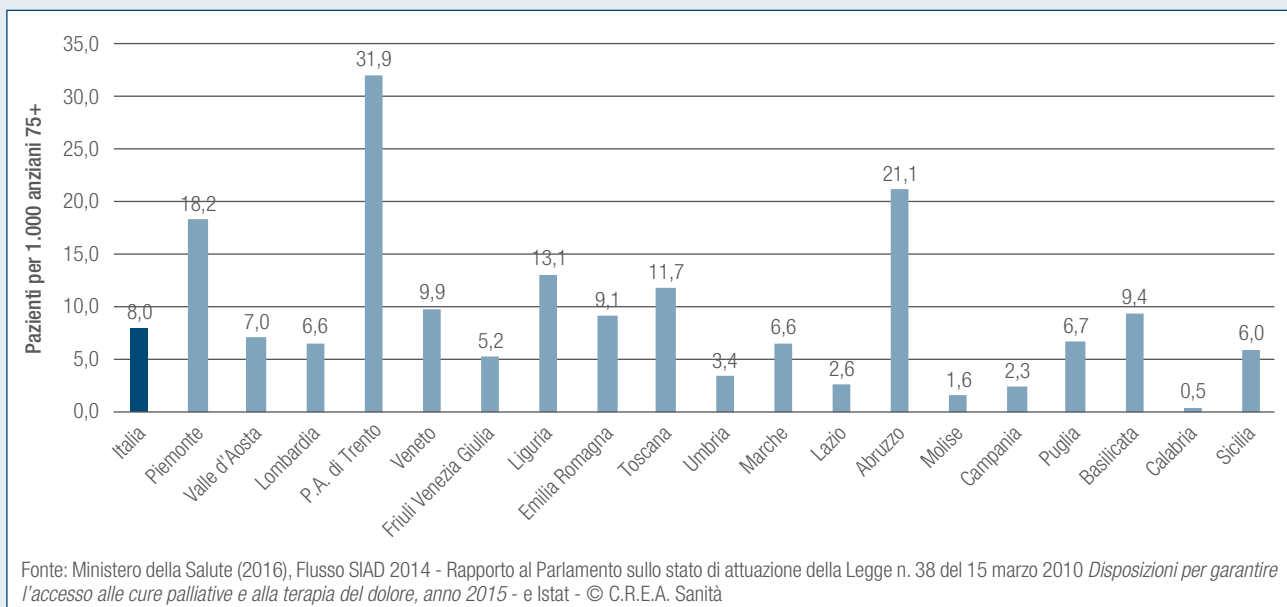
L'indicatore, tratto dall'Annuario statistico SSN 2013 del Ministero della Salute (ultimo aggiornamento alla data in cui si scrive), mostra le ore erogate da terapisti della riabilitazione, infermieri ed altri operatori per caso trattato (sia per anziano di 65 anni e più sia per paziente terminale). E' evidente una certa disparità regionale: considerando ad esempio le ore per caso anziano trattato, si va dalle 6,6 ore del Friuli Venezia Giulia alle 49,6 ore del Molise. Dai dati risulta evidente la non correlazione tra tasso di anziani trattati e ore erogate: all'aumentare del primo, le seconde variano in modo indipendente.

## KI 11.9. Composizione dei casi trattati in ADI per tipologia di paziente, anno 2013



L'indicatore, tratto dall'Annuario statistico del SSN per l'anno 2013 del Ministero della Salute (ultimo aggiornamento alla data in cui si scrive), mostra la composizione dei casi trattati in ADI per tipologia di paziente. In particolare, viene illustrata la percentuale di casi attribuibile ad anziani (65 anni e più) e quella attribuibile a pazienti terminali. A livello nazionale, nel 2013 sono stati assistiti al proprio domicilio 732.780 pazienti: di questi, l'83,5% è rappresentato da assistibili di 65 anni e più e il 9,4% è rappresentato da pazienti terminali. In tutte le Regioni si osserva come la grande maggioranza dei casi trattati sia rappresentata da pazienti anziani: prime su tutte la Regione Molise e la Regione Toscana, in cui tale percentuale raggiunge il 90,1% dei casi trattati. Al contrario, la percentuale si ferma al 40,2% in Valle d'Aosta (dove il 42,5% dei casi è attribuibile invece a pazienti terminali) e al 53,8% nella P.A. di Bolzano (dove il 38,2% dei casi è attribuibile a pazienti terminali).

## KI 11.10. Pazienti assistiti al proprio domicilio per cure palliative, anno 2014



L'indicatore, tratto dal Flusso SIAD 2014 del Ministero della Salute e dai dati di popolazione dell'Istat, mostra il numero di pazienti assistiti al proprio domicilio per cure palliative ogni 1.000 anziani di 75 anni e più. Il valore Italia si attesta a 8,0 assistiti per 1.000 anziani; registrano un valore inferiore 11 Regioni: si segnalano in particolare Calabria (0,5 per 1.000), Molise (1,6) e Campania (2,3). Tra i valori più elevati si segnalano il 31,9 della P.A. di Trento, il 21,1 della Regione Abruzzo e il 18,2 della Regione Piemonte.

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to economic and social indicators.

# *Capitolo 12*

**Provvidenze in denaro:  
l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri**

*English Summary*  
*Key Indicators*



## CAPITOLO 12

### Provvidenze in denaro: l'evoluzione dei beneficiari e degli oneri

Ploner E.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

#### 12.1. Premessa

Il SSN (e le relative articolazioni regionali - SSR) si configura come una assicurazione sociale erogante quasi esclusivamente prestazioni in natura, sotto forma di servizi sanitari. Nell'ambito del SSN le prestazioni in denaro non sono assenti, ma giocano un ruolo essenzialmente marginale.

Queste prestazioni in denaro erogate dai SSR assumono essenzialmente la natura di *voucher*, quindi provvidenze da spendersi per specifici servizi sanitari e, per lo più, erogati da professionisti o strutture all'uopo accreditate dalla ASL.

L'ambito in cui l'utilizzo del *voucher* è più diffuso è certamente quello dell'assistenza domiciliare, dove assume a seconda delle Regioni denominazioni differenti: a parte quella di *voucher*, la più diffusa è quella di assegno di cura o di assistenza.

Al contrario del comparto sanitario, in quello sociale, di cui il Rapporto si occupa della parte che è contigua alla Sanità, convenzionalmente individuata come quella deputata alla *Long Term Care* (LTC), gli interventi in denaro sono largamente prevalenti e si configurano non tanto come *voucher*, quanto come benefici/indennità.

L'approccio risulta quasi opposto, rispetto a quello uso in Sanità, non prevedendo vincoli all'utilizzo (e neppure in verità per l'accesso al diritto, che a volte è indipendente dal reddito) e, quindi, neppure forme di accreditamento dei fornitori di servizi.

Molte delle provvidenze che possono essere considerate all'interno del disegno brevemente delineato, sono gestite dall'INPS: d'altra parte il *Welfare* italiano prevede che, a fronte di disabilità che portano a deficit di capacità lavorativa o, comunque, di inserimento sociale, che co-

munemente hanno una eziologia di tipo sanitario, venga garantita una integrazione del reddito, scattando il diritto a indennità o pensioni, gestite Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS).

Nei prossimi paragrafi si fornisce una sintesi dei principali elementi quantitativi legati alle prestazioni in denaro per condizioni di non autosufficienza o, comunque, di bisogno di lunga durata: in particolare, ci si concentrerà sulle indennità di accompagnamento, sulle pensioni di invalidità e invalidità civile, e sugli oneri derivanti dalla L. n. 104/1992.

#### 12.2. Indennità di accompagnamento

L'INPS riconosce un'indennità di accompagnamento ai soggetti mutilati o invalidi totali che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure di soggetti che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, necessitano di un'assistenza continuativa.

L'indennità di accompagnamento viene erogata al solo titolo della minorazione; pertanto è indipendente dal reddito posseduto dall'invalido e dalla sua età. Sono, invece, esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento gli invalidi che sono ricoverati gratuitamente in un istituto (ovvero con retta a carico dello Stato o altro Ente) per un periodo superiore a 30 giorni e coloro che percepiscono indennità per invalidità contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Al 1° Gennaio 2017 risultano 2,1 milioni di beneficiari di indennità di accompagnamento (Figura 12.1): il dato è in continua crescita, sebbene il tasso si sia ridotto considerevolmente dopo il 2010: nel 2012 e 2013 si è registrata anche una lieve riduzione.

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Figura 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento

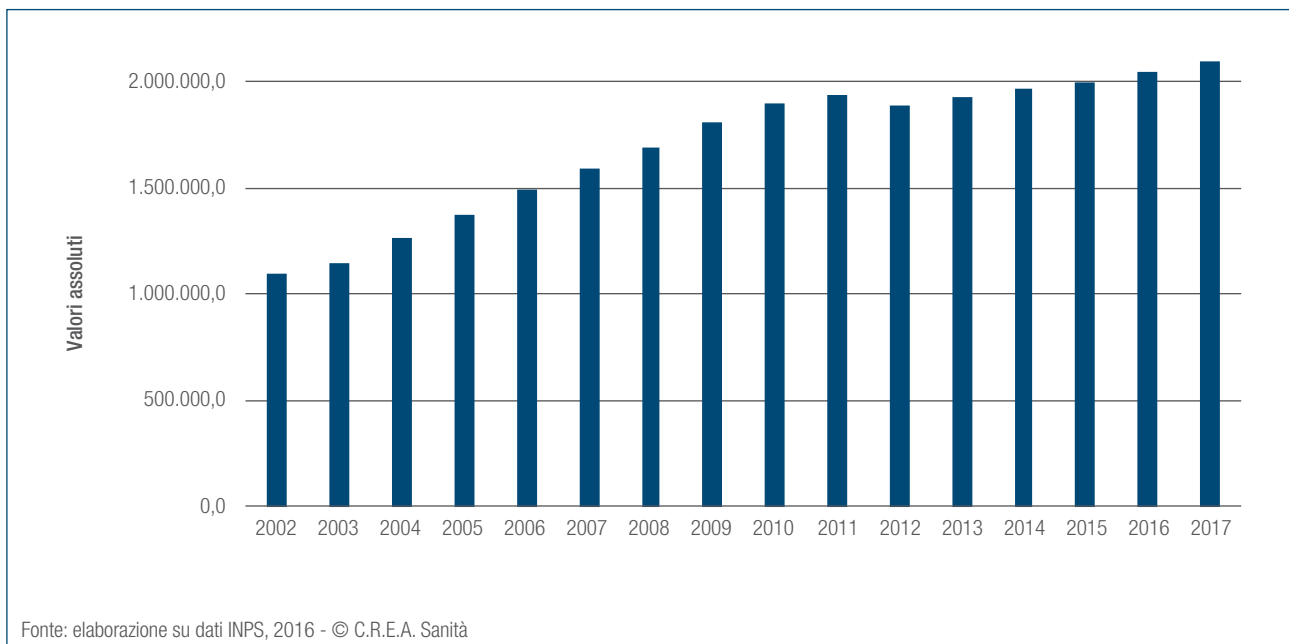
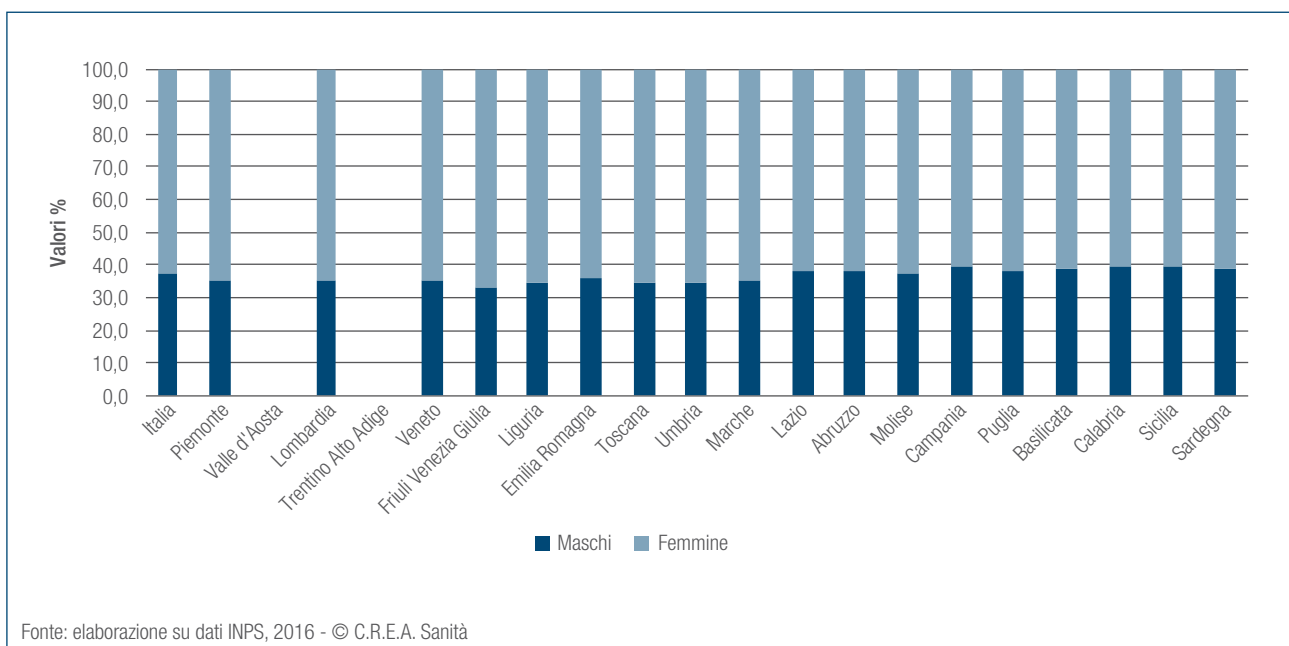


Figura 12.2. Beneficiari indennità di accompagnamento per genere



Nel 2017, la quota di indennità erogate a donne supera il 60% (Figura 12.2). Si nota un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a uomini è maggiore della quota registrata nelle Regioni del Centro-Nord.

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione anziana (over 65) è pari al 16,4% a livello nazionale, in crescita di

2,1 punti percentuali rispetto al 2007. A livello regionale si passa dal 25,4% della Calabria (+4,0 punti percentuali nel decennio), seguita dalla Campania con 22,7% (+1,7 punti percentuali) e dalla Sardegna con 22,6% (+1,9 punti percentuali), al 12,0% del Piemonte (+0,9 punti percentuali), Emilia Romagna 12,6% e Liguria 12,9% (Figura 12.3).



Figura 12.3. Beneficiari indennità di accompagnamento: tassi su popolazione over 65

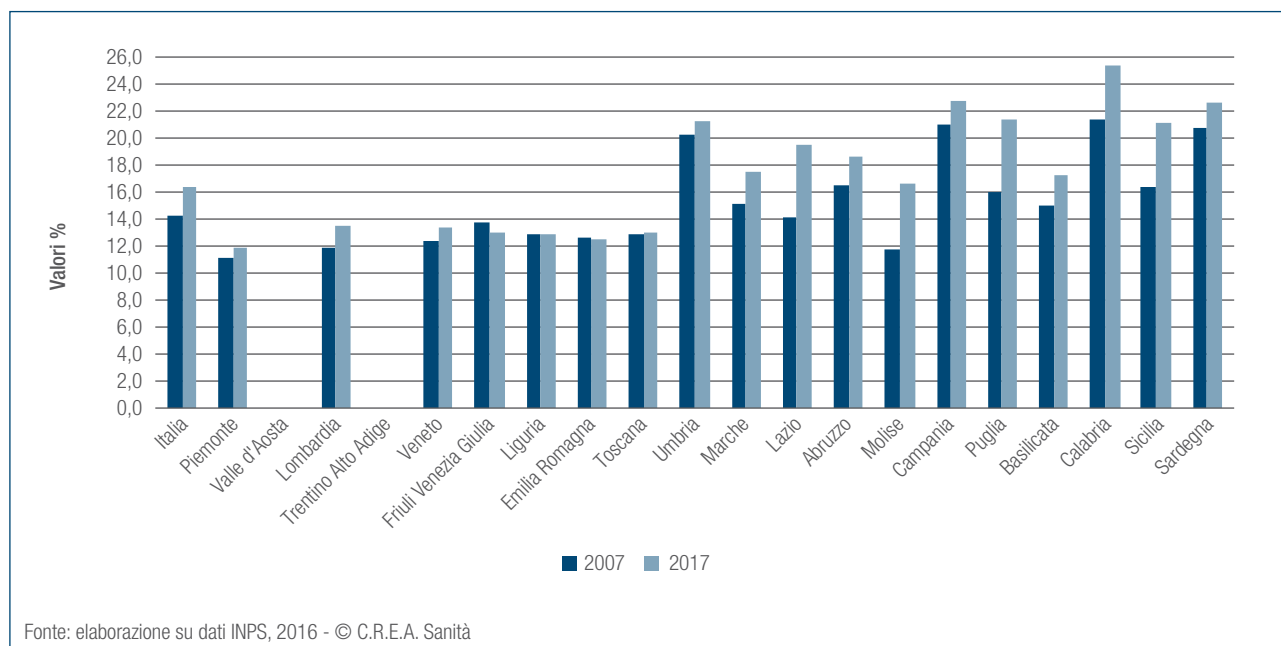
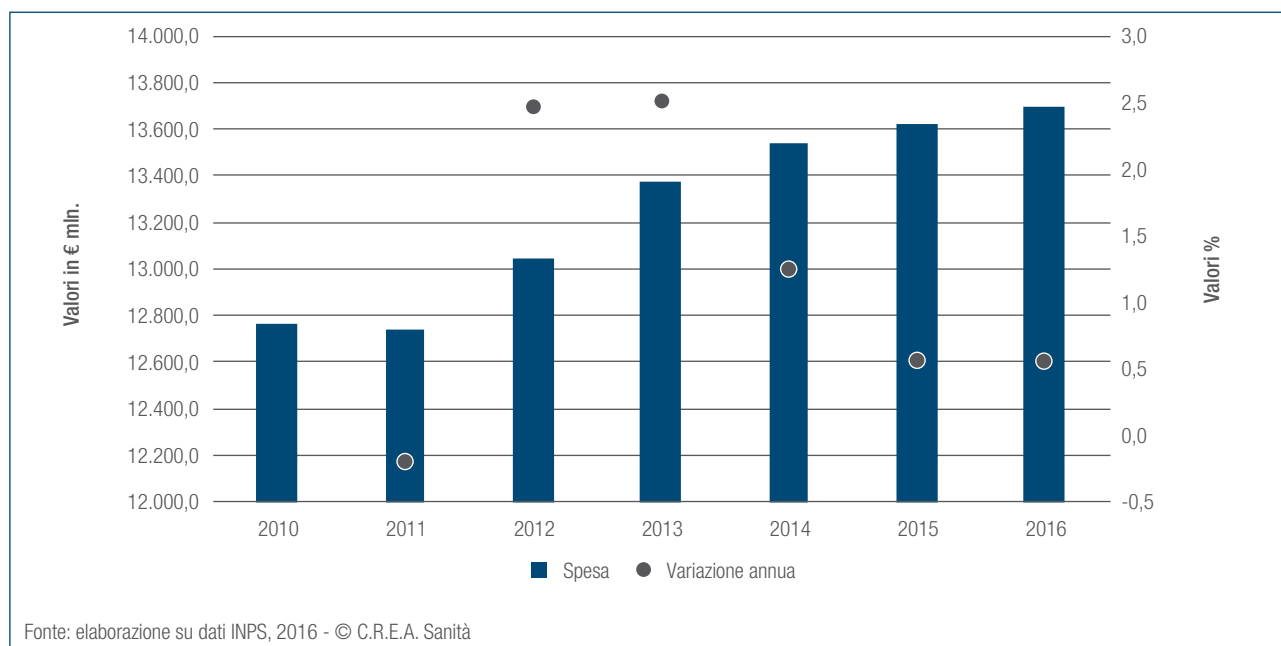


Figura 12.4. Indennità di accompagnamento: spesa annua



Nel Nord il tasso massimo è del 13,5% in Lombardia e Veneto, mentre nel meridione si passa dal 16,6% del Molise, al dato citato della Calabria.

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2016 dell'onere annuo per le indennità è pari a € 13,7 mld., con una crescita di € 1,0 mld. dal 2010; nell'ultimo anno la crescita è stata dello 0,5% (Figura 12.4).

## 12.3. Pensioni di invalidità civile

Le pensioni di invalidità civile sono provvidenze economiche erogate dall'INPS ai mutilati ed invalidi civili con un'età compresa tra i 18 anni e i 65 anni nei cui confronti sia accertata una totale inabilità lavorativa, ossia una invalidità pari al 100%.

Figura 12.5. Beneficiari di pensioni di invalidità civile

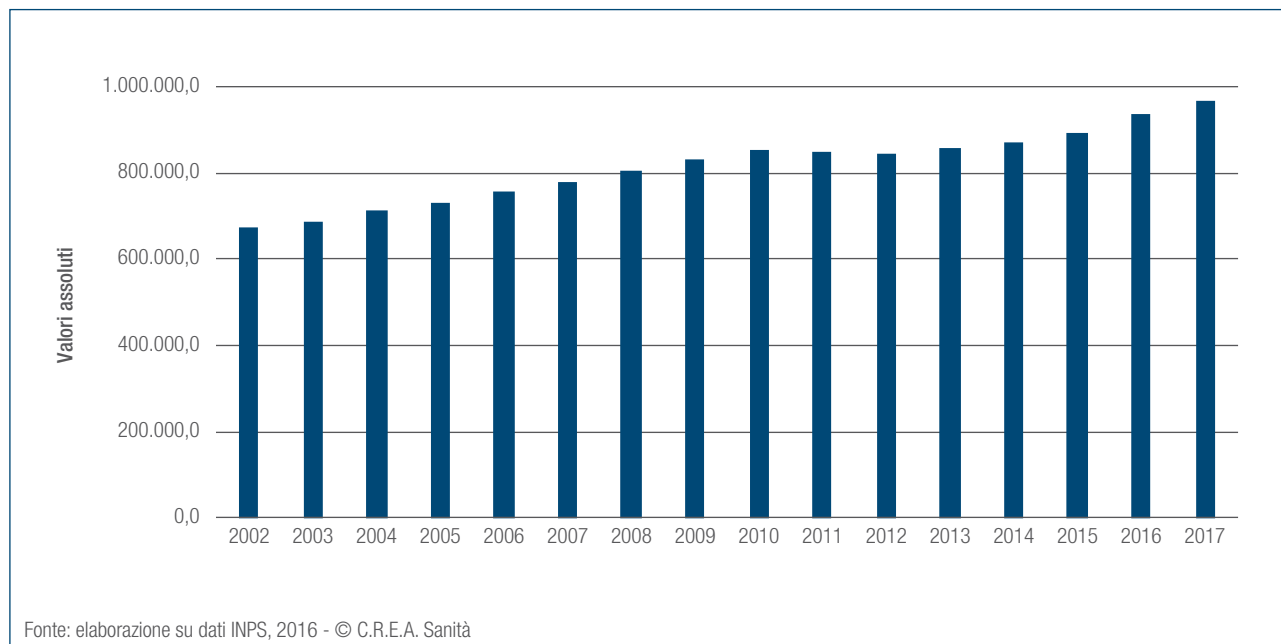
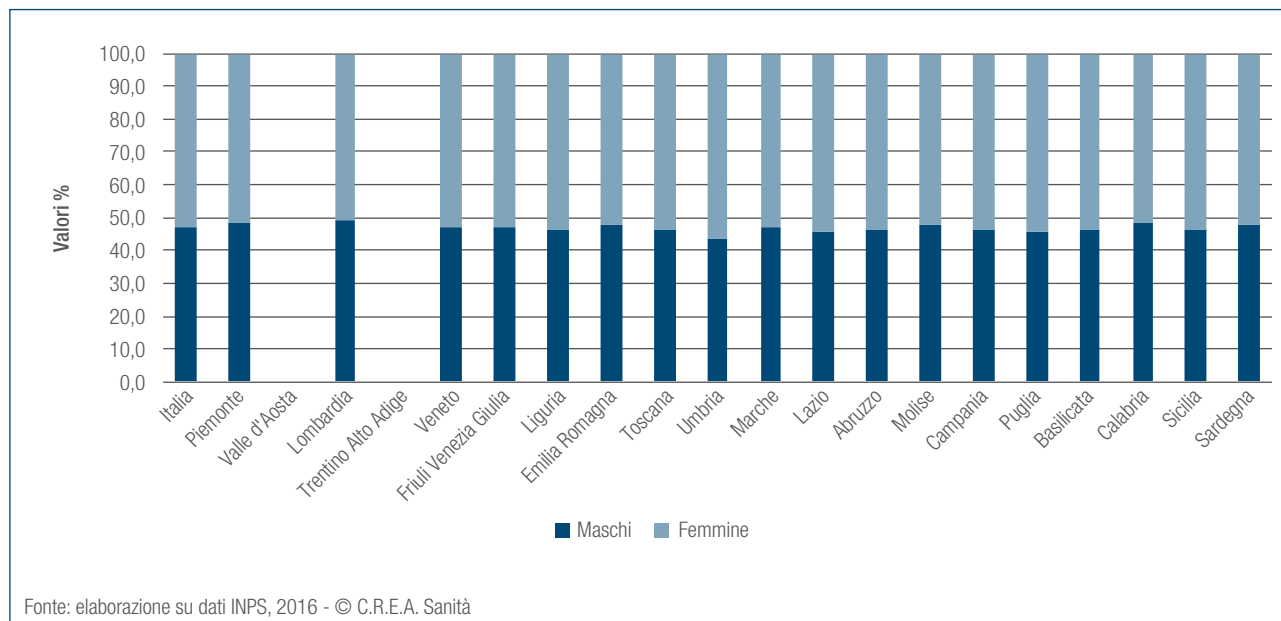


Figura 12.6. Beneficiari di pensioni di invalidità civile per genere



Per avere diritto alla pensione di invalidità civile gli interessati devono rispettare determinati limiti reddituali. In particolare, il limite di reddito per il diritto alla pensione di invalidità deve essere determinato con riferimento al reddito ai fini Irpef con esclusione del reddito percepito da altri componenti del nucleo familiare di cui il soggetto interessato fa parte.

La prestazione è, parimenti, compatibile con l'indennità di accompagnamento ed è altresì erogabile se l'in-

valido è ricoverato in un istituto pubblico che provvede al suo sostentamento.

Da notare che le pensioni di invalidità civile all'età di pensionamento si trasformano in assegni sociali.

Al 1° Gennaio 2017 risultano quasi 1,0 milioni di pensioni di invalidità civile: il dato è in continua crescita, sebbene il tasso si sia ridotto considerevolmente dopo il 2010: nel 2011 e 2012 si è registrata anche una lieve riduzione (Figura 12.5).

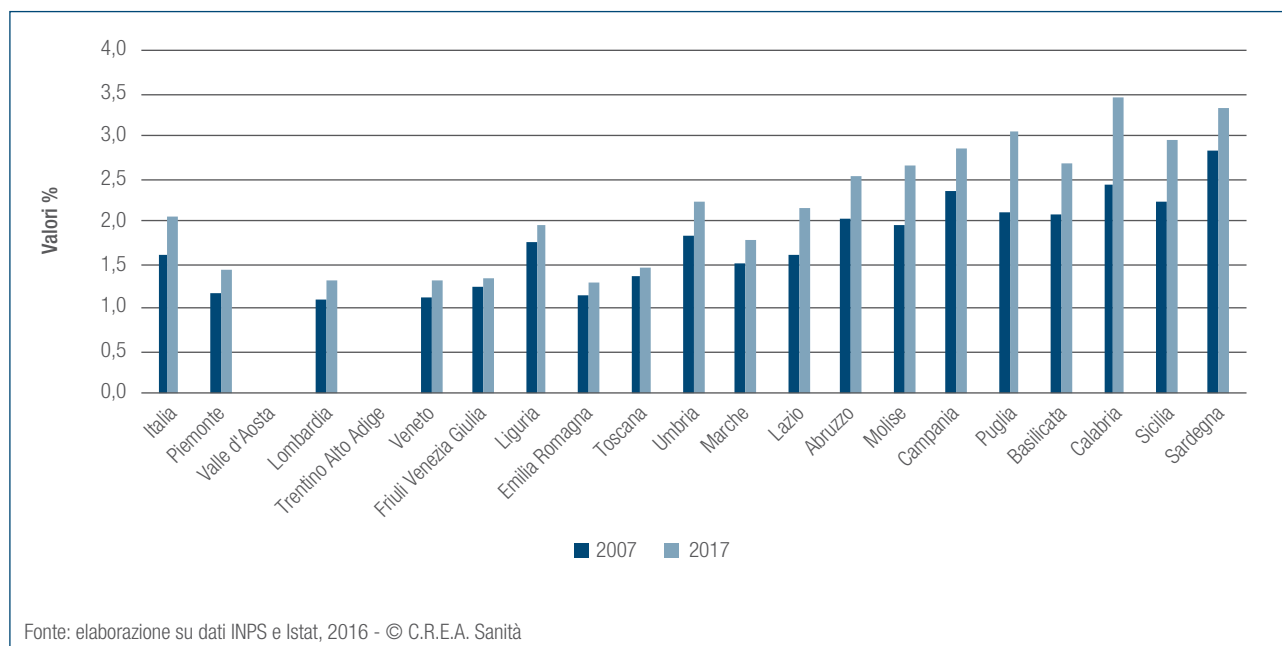
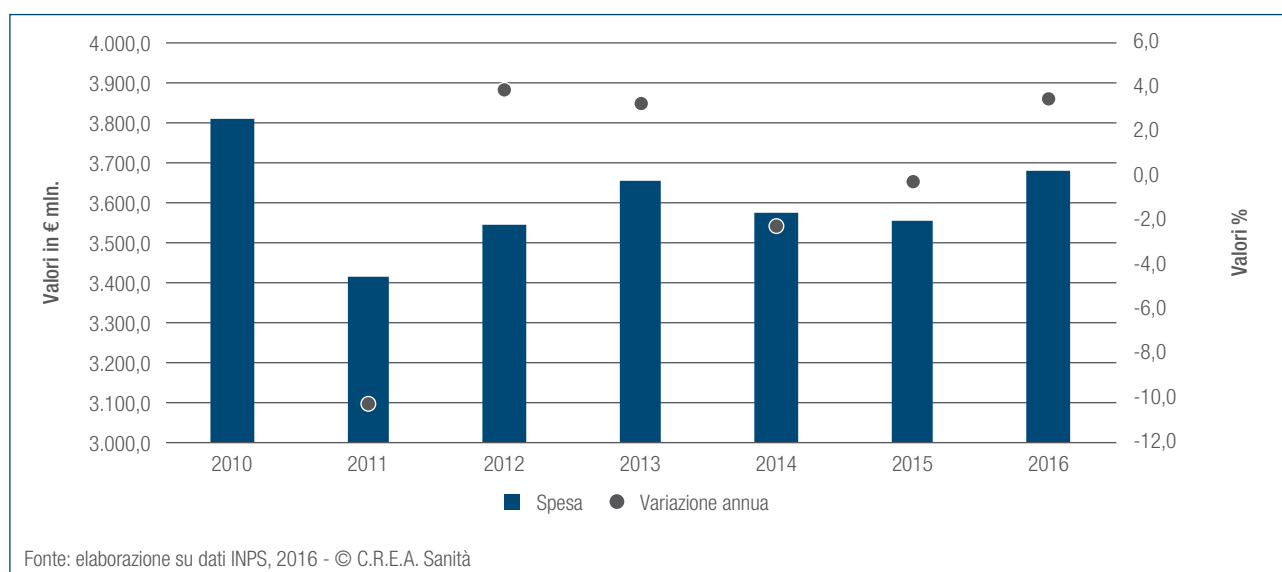
Figura 12.7. Beneficiari di pensioni di invalidità civile: tassi su popolazione *under 65*

Figura 12.8. Pensioni di invalidità civile



La quota di pensioni erogate a donne è leggermente superiore, pari al 53,0%, ed è massima in Umbria (56,5%) e minima in Piemonte (51,6%) (Figura 12.6).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione (*under 65*) è pari al 2,1% a livello nazionale, in crescita di 0,5 punti percentuali rispetto al 2007.

A livello regionale si passa dal 3,5% della Calabria (+1,1 punti percentuali nel decennio), seguita dalla Sardegna con 3,4% (+0,5 punti percentuali), al 1,3% di Emilia Romagna (+0,2 punti percentuali), Friuli Venezia

Giulia (stabile), Lombardia (+0,2 punti percentuali) e Veneto (+0,2 punti percentuali) (Figura 12.7).

Nel Nord il tasso massimo è del 2,0% in Liguria; nel Centro si va dall'1,5% della Toscana al 2,2% di Lazio e Umbria; mentre nel meridione si passa dal 2,5% dell'Abruzzo, al dato citato della Calabria.

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2016 dell'onere annuo per le pensioni è pari a € 3,7 mld., con una diminuzione di circa 0,1 mld. dal 2010; nell'ultimo anno la spesa ha ricominciato a crescere del 3,4% (Figura 12.8).

## 12.4. Pensioni di invalidità

Vanno considerate anche le pensioni di invalidità della gestione IVS (Invalidità, Vecchiaia, Superstiti) sebbene in queste provvidenze si mischino elementi di stampo prettamente previdenziale.

In ogni caso si sono considerati solo i beneficiari di età inferiore a 65 anni, ipotizzando che per gli altri non si tratti di un onere aggiuntivo rispetto alla prestazione previdenziale.

Al 1° Gennaio 2017 risultano poco più di 361.500 pensioni di invalidità (considerando sia gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984): rispetto al 2013 la platea si riduce di 5.500 pensioni (Figura 12.9).

L'incidenza di beneficiari sulla popolazione (*under 65*) è pari al 0,8% a livello nazionale, valore stabile rispetto al 2013.

A livello regionale si passa dall'1,6% della Calabria (+0,1 punti percentuali) e Umbria (+0,2 punti percentuali) (Figura 12.10).

Nel Nord il tasso massimo è dell'1,2% in Valle d'Aosta e il minimo dello 0,5% in Veneto; nel Centro si va dal valore citato dell'Umbria allo 0,6% di Lazio e Toscana; mentre nel meridione si passa dal valore della Calabria allo 0,7% della Sicilia.

In termini di spesa, la proiezione all'anno 2017 dell'onere annuo per le pensioni è pari a € 3,6 mld., con un incremento di circa € 0,15 mld. dal 2013 (ovvero +4,2%) (Figura 12.11).

Nel periodo 2013-2017 la spesa è aumentata in maniera più consistente nelle Regioni meridionali (+5,0%) rispetto a quelle della ripartizione Centro-settentrionale (+4,1% nelle prime e +3,4% nelle seconde).

Particolarmente consistente l'incremento riportato da Umbria (+16,9%), Puglia (+10,7%) e Calabria (+12,2%).

## 12.5. Oneri permessi L. n. 104/1992

La finalità originaria della L. n. 104/1992 è quella di garantire il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella Società. Grazie a questa legge, le persone disabili e le loro famiglie possono avvalersi, tra l'altro, della facoltà di usufruire di periodi di assenza retribuiti dal lavoro, che si aggiungono a quelli ordinari già previsti per esempio per la maternità. L'applicazione del principio è declinata all'art. 3 della richiamata legge, dove viene specificato che gli aventi diritto sono «...

Figura 12.9. Beneficiari di pensioni di invalidità

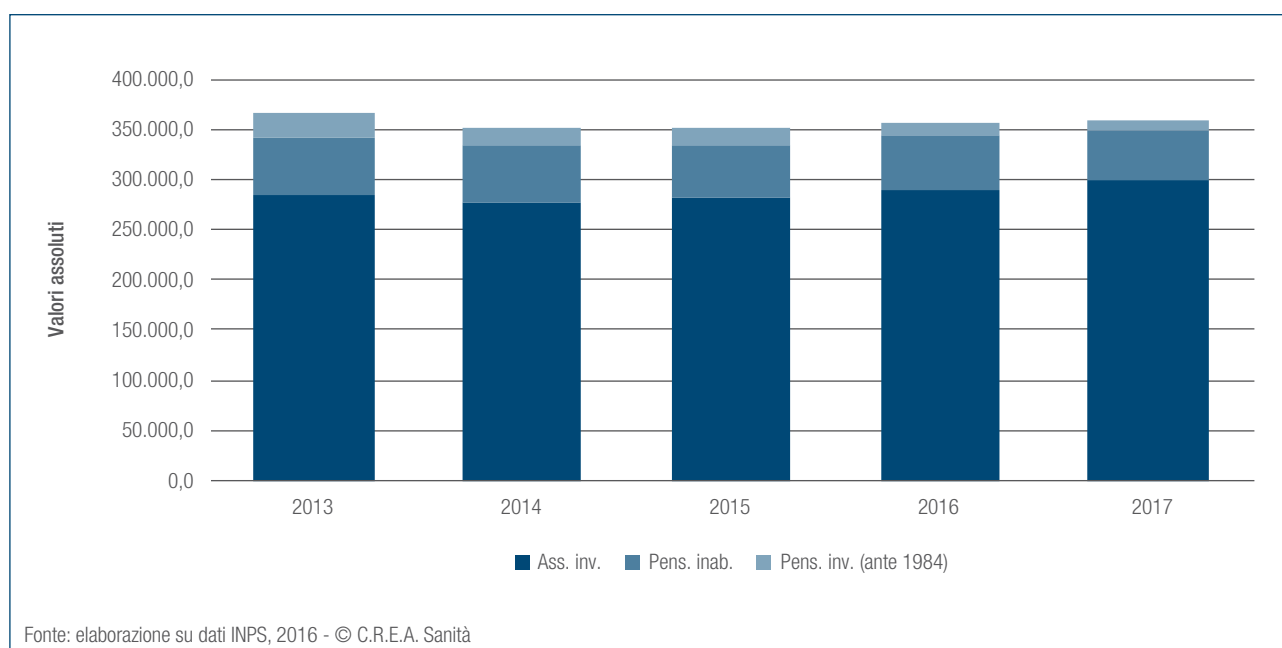


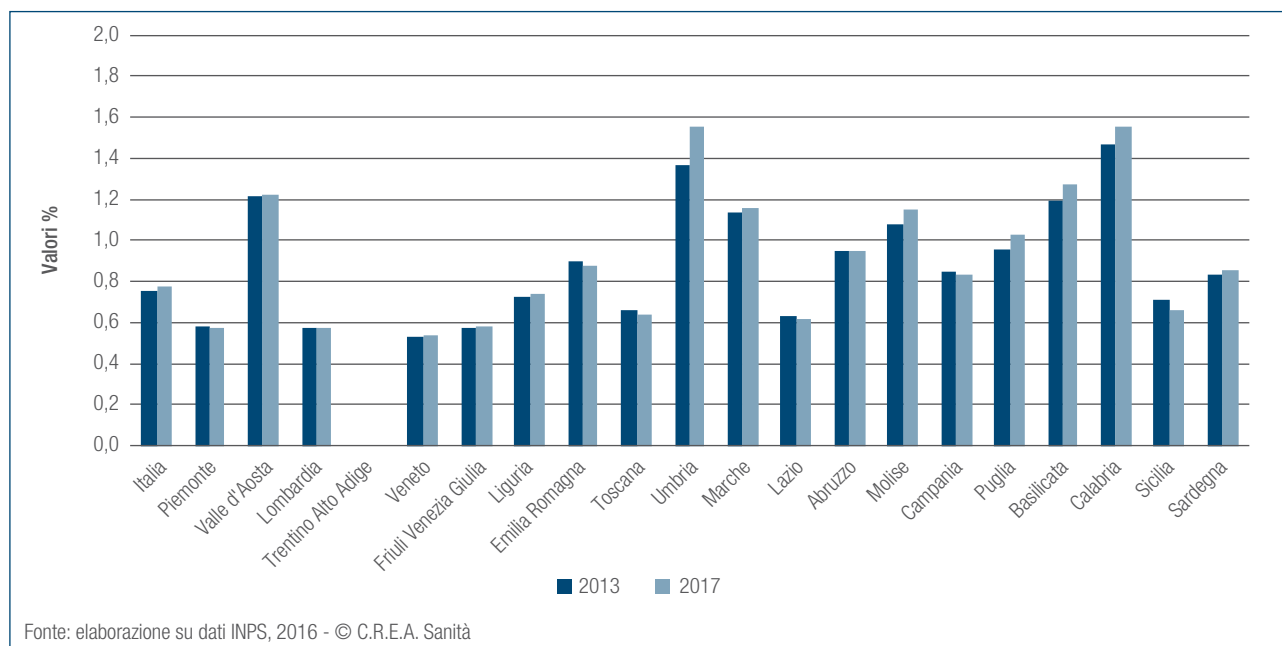
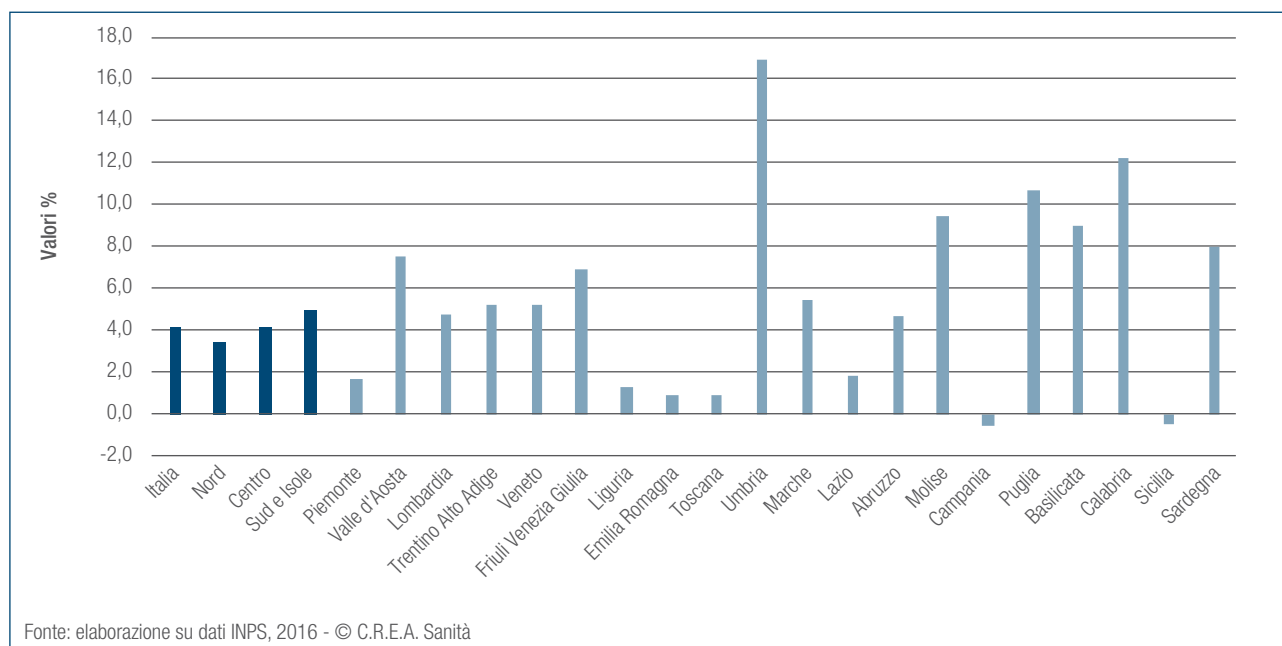
Figura 12.10. Beneficiari pensioni di invalidità: tassi su popolazione *under 65*

Figura 12.11. Pensioni di invalidità: spesa annua, variazione 2013-2017

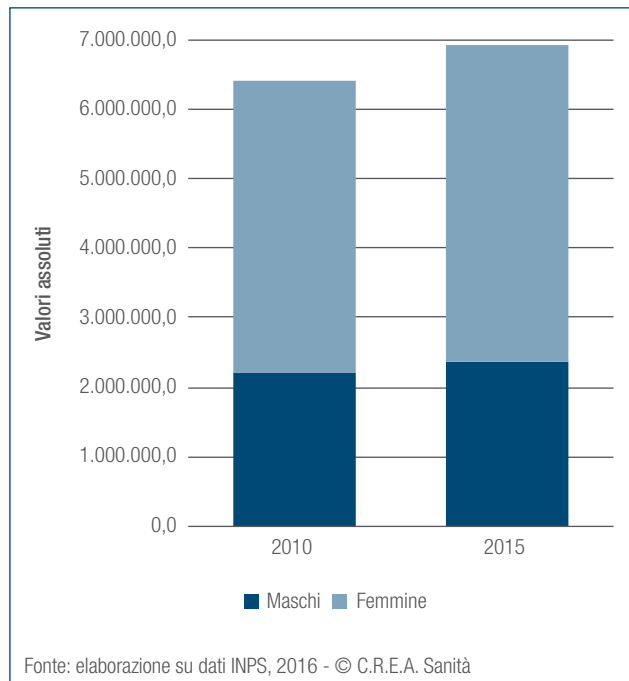


coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione».

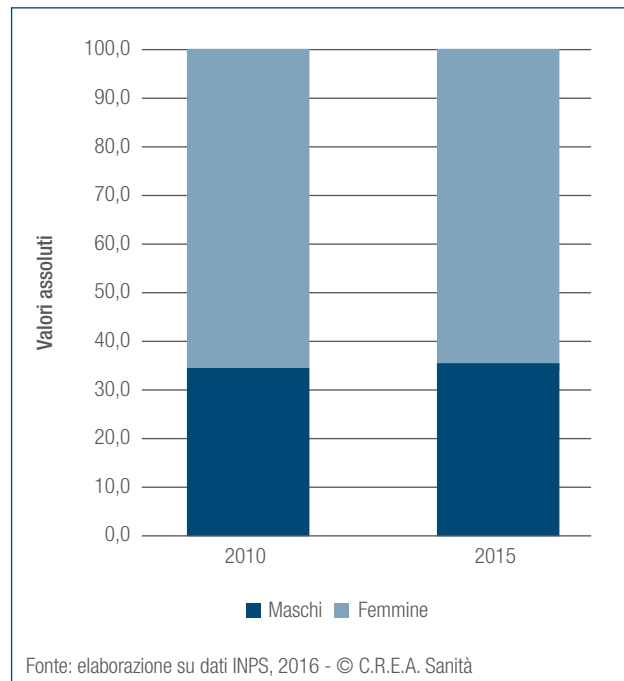
Nello specifico, i permessi retribuiti spettano, secondo quanto stabilisce la normativa, ai parenti entro

il terzo grado ed ai disabili stessi. Ai lavoratori disabili spettano riposi orari giornalieri di 1 ora o 2 ore a seconda dell'orario di lavoro oppure tre giorni di permesso mensile; ai genitori di figli disabili spettano tre giorni di permesso mensili, anche frazionabili in ore oppure il prolungamento del congedo parentale o, ancora, 2 ore al giorno in caso di orario lavorativo

**Figura 12.12. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico**



**Figura 12.13. Composizione permessi ex L. n. 104/1992 per anno e genere: settore pubblico**



pari o superiore a 6 ore e un'ora in caso di orario lavorativo inferiore a 6 ore.

Nel 2015 risultano quasi 7,0 milioni di permessi usufruiti da dipendenti del settore pubblico (non siamo in grado di discernere la natura della minorazione e neppure, per il settore pubblico, la tipologia di permesso, ovvero personale, piuttosto che familiare).

Rispetto al 2010 le giornate di permesso sono cresciute di quasi 0,5 milioni.

I permessi sono stati usufruiti in maggioranza da donne (Figura 2.12).

In termini percentuali, nel settore pubblico, le donne usufruiscono di circa il 65,0% dei permessi; il dato è in diminuzione fra il 2010 e il 2015 (Figura 2.13).

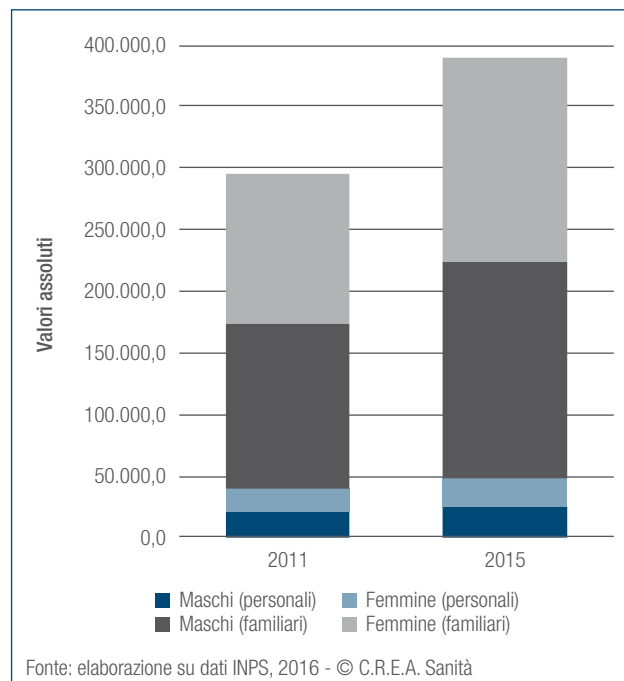
Complessivamente, nel settore pubblico si stima un onere annuo per i permessi ex L. n. 104/1992 di € 714 mln..

Nel settore privato, sempre nel 2015, risultano quasi 400.000 beneficiari di permessi; rispetto al 2011 aumentano di circa 100.000, ovvero il 25,0%.

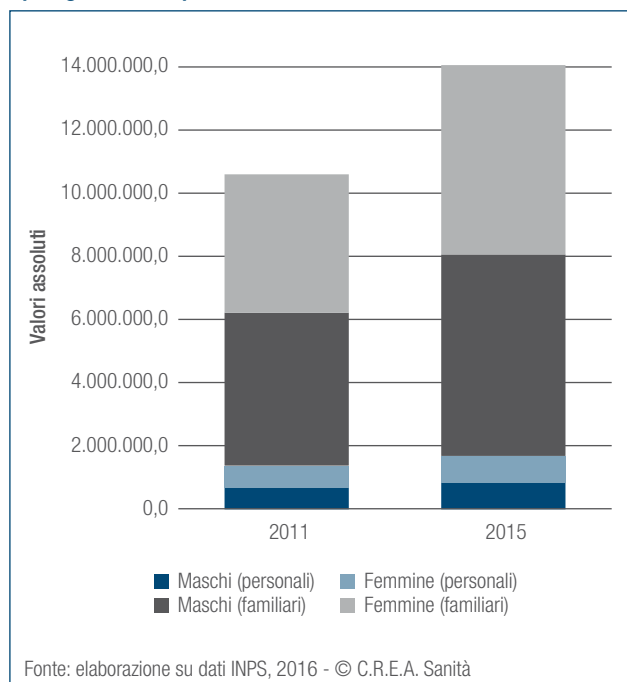
Di questi 50.000 circa sono beneficiari di permessi personali; la gran parte dei beneficiari ne usufruiscono invece per un familiare (circa 350.000, ovvero l'87,0%).

I beneficiari sono in maggioranza maschi; si noti che

**Figura 12.14. Beneficiari di permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato**



i beneficiari a titolo personale sono lievemente di più donne; al contrario i beneficiari a titolo di familiare sono più maschi (Figura 12.14).

**Figura 12.15. Permessi ex L. n. 104/1992 per anno, genere e tipologia: settore privato**

Ipotizzando che siano usufruiti 3 permessi mensili, nel 2015 si stimano circa 14 milioni di giornate di permesso; rispetto al 2011 aumentano di circa 3,4 milioni.

Di questi 1,8 milioni circa sono permessi a titolo personale; la gran parte dei permessi sono usufruiti da un familiare (circa 12,3 milioni).

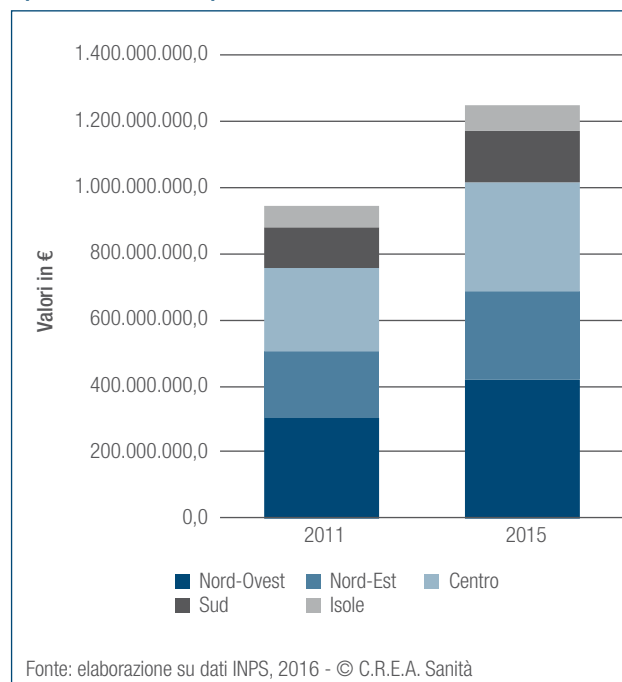
I permessi sono usufruiti in maggioranza da maschi; si noti che i permessi a titolo personale sono usufruiti lievemente di più da donne; al contrario quelli a titolo di familiare lo sono di più da maschi (Figura 12.15).

Complessivamente, nel settore privato si stima un onere annuo per i permessi ex L. n. 104/1992 di € 1,2 mld., di cui € 156 mln. per permessi a titolo personale e € 1,1 mld. usufruiti da familiari.

L'onere si distribuisce per € 418 mln. nel Nord-Ovest, € 268 mln. nel Nord-Est, € 329 mln. nel Centro, € 234 mln. nel Sud e € 156 mln. nelle Isole (Figura 12.16).

## 12.6. Conclusioni

Complessivamente per le varie provvidenze in natura analizzate, si spendono (dati all'anno più recente disponibile) circa € 22,9 mld.

**Figura 12.16. Spesa per permessi ex L. n. 104/1992 per anno e ripartizione: settore privato**

La parte principale, circa il 60,0% è relativa alle indennità di accompagnamento, che senza dubbio attono alla copertura di bisogni di non autosufficienza.

Seguono, intorno al 32,0%, le pensioni di invalidità civile e non, di cui abbiamo considerato i soli beneficiari sotto i 65 anni, con oneri approssimativamente uguali.

Infine il restante 8%, è relativo agli oneri connessi ai permessi ex L. n. 104/1992, che in buona parte coprono ancora necessità legate alla malattia e disabilità.

Il dato essenziale è che tali provvidenze non sono gestite all'interno di un disegno coerente e integrato di *Welfare*, e principalmente risultano del tutto slegate, sia come gestione che come regolamentazione, dal sistema di tutela legato alla Sanità, con evidenti rischi di duplicazioni e quindi iniquità.

Si noti, infine, che sebbene dopo il 2010 si assista ad un chiaro ridimensionamento dei *trend* di crescita, sia delle indennità che delle pensioni di invalidità, la dinamica non sembra ancora sotto controllo: gli oneri per le indennità sono comunque cresciuti di 1,0 mld. dal 2010; anche le pensioni nell'ultimo anno hanno ricominciato a crescere del 3,4%, così come gli oneri per la L. n. 104/1992 sono cresciuti di € 310,0 mln. negli ultimi 4 anni.

Non si può quindi che ribadire che l'organizzazione

di tutto il settore andrebbe ripensata e integrata in un disegno complessivo di *Welfare*.

## Riferimenti bibliografici

INPS (anni vari), *Osservatorio sulle prestazioni erogate a sostegno della famiglia Legge n. 104/1992*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/famiglia/main.html>

INPS (anni vari), *Osservatorio sulle pensioni, complesso delle pensioni vigenti*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>

INPS (anni vari), *Osservatorio sulle pensioni, Prestazioni agli Invalidi Civili*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/pensioni/pensioni.html>

INPS (anni vari), *Rendiconti generali*, <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?sPathID=0%3b46306%3b46322%3b&lastMenu=46322&iMenu=12&p3=4>

Legge n. 18/1980



## ENGLISH SUMMARY

### *Cash benefits: the evolution of beneficiaries and expenditure*

The 2016 total expenditure for the benefits analysed (attendance allowances, civil invalidity pensions, disability pensions and paid leaves pursuant to Law 104/1992) amounted to € 22.9 billion, almost 60% of which (€ 13.7 billion) for attendance allowances; 16.1% (€ 3.7 billion) for civil invalidity pensions; 15.6% (€ 3.6 billion) for disability pensions and the remaining 8.6% (€ 2 billion) for paid leaves.

It should also be noted that the amount related to the disability pensions was broken down as follows: 78.2% (€ 2.8 billion) for disability allowances; 19.5% (€ 0.7 billion) for inability pensions and the remaining 2.8% (€ 0.1 billion) for ante-1984 disability pensions. The spending for paid leaves pursuant to Law 104/1992 was broken down as follows: 36.4% for the public sector employees and 63.6% for the private sector employees.

Although since 2010 we have witnessed a clear downward trend in growth rates, both in disability allowances and pensions, their dynamics are not yet under control: since 2010 the allowances have increased by

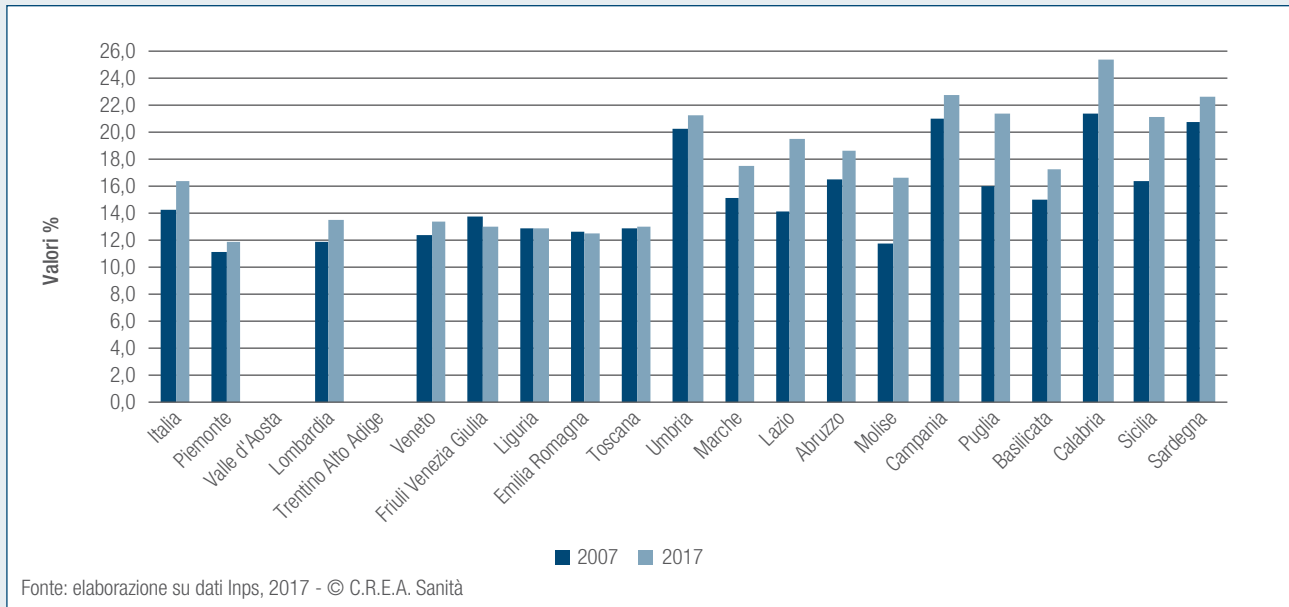
€ 1 billion and last year also pensions started to grow again (+ 3.4%). Also the paid leaves pursuant to Law 104/1992 have grown by € 310 million over the last 4 years.

As was expected due to the different prevalence of disability at gender level, the allocation of benefits is focused on women. In particular, for the attendance allowance, the gender gap is more marked in the Central-Northern regions than in the Southern ones. As to civil invalidity pensions, gender differences - albeit evident - are less marked than in the previous case and there are no significant differences linked to geographical residence.

Nevertheless, the above stated benefits do not seem to be managed in an integrated manner with the National Health System; quite the reverse.

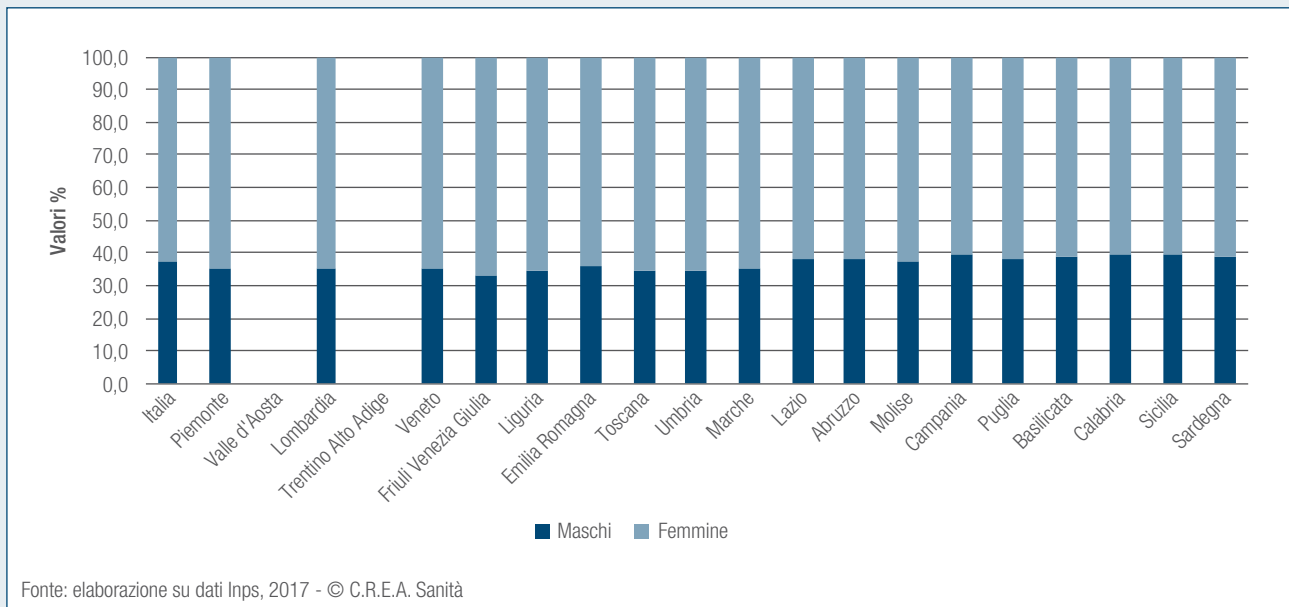
They appear to be completely disconnected with it, with obvious repercussions both at equity and economic levels in terms of risks of duplication of efforts and inefficiency of allocations.

KI 12.1. Quota di beneficiari di indennità di accompagnamento sulla popolazione *over 65*



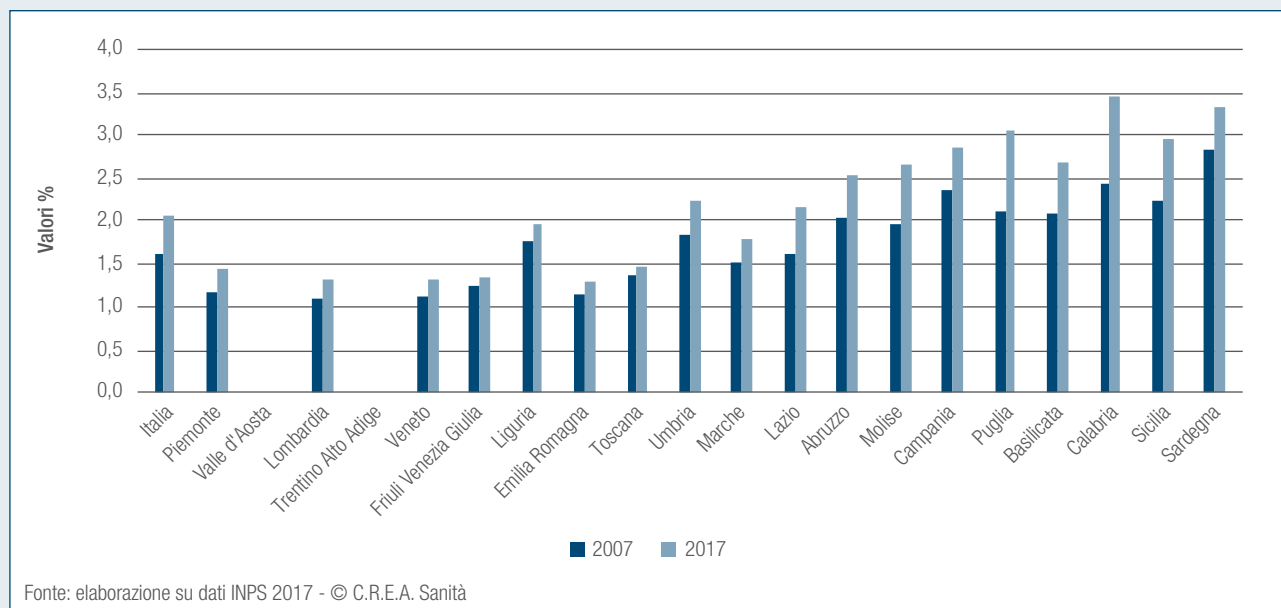
L'incidenza di beneficiari sulla popolazione anziana (*over 65*) è pari al 16,4% a livello nazionale, in crescita di 2,1 punti percentuali rispetto al 2007. A livello regionale si passa dal 25,4% della Calabria (+4,0 punti percentuali nel decennio), seguita dalla Campania con 22,7% (+1,7 punti percentuali) e dalla Sardegna con 22,6% (+1,9 punti percentuali), al 12,0% del Piemonte (+0,9 punti percentuali), Emilia Romagna 12,6% e Liguria 12,9%. Nel Nord il tasso massimo è del 13,5% in Lombardia e Veneto, mentre nel meridione si passa dal 16,6% del Molise, al dato citato della Calabria.

KI 12.2. Indennità di accompagnamento per genere, anno 2017



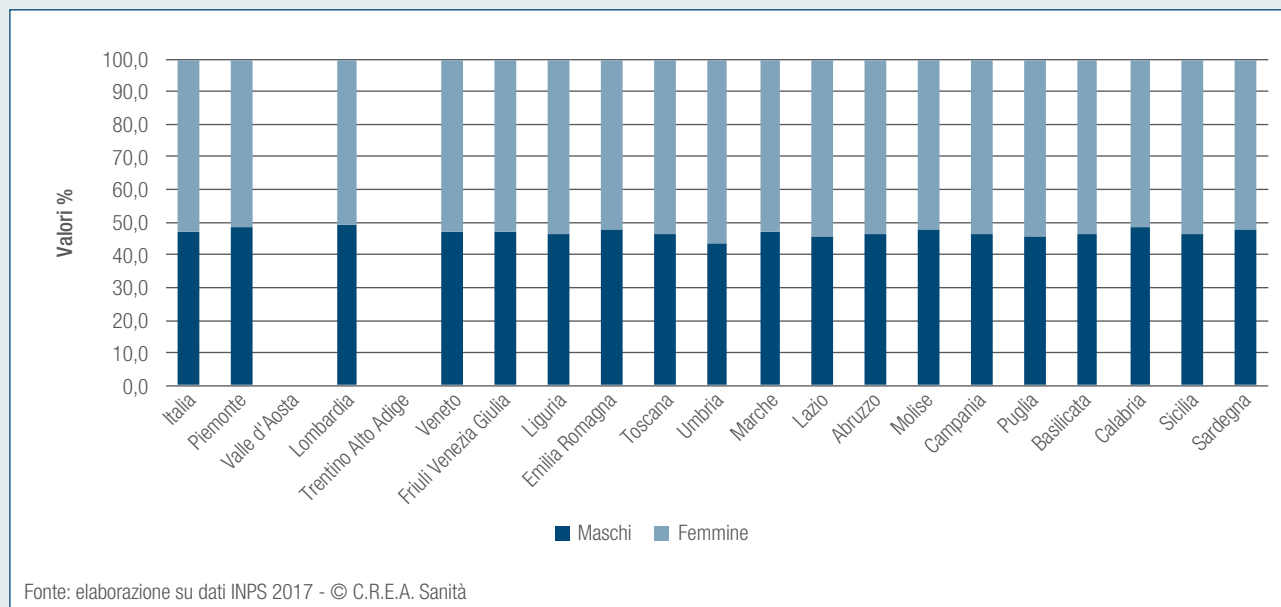
Nel 2017, la quota di indennità erogate a donne supera il 60%. Si nota un gradiente Nord-Sud: in tutte le Regioni meridionali la quota di indennità erogate a uomini è maggiore della quota registrata nelle Regioni del Centro-Nord.

**KI 12.3. Quota di beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione *under 65***



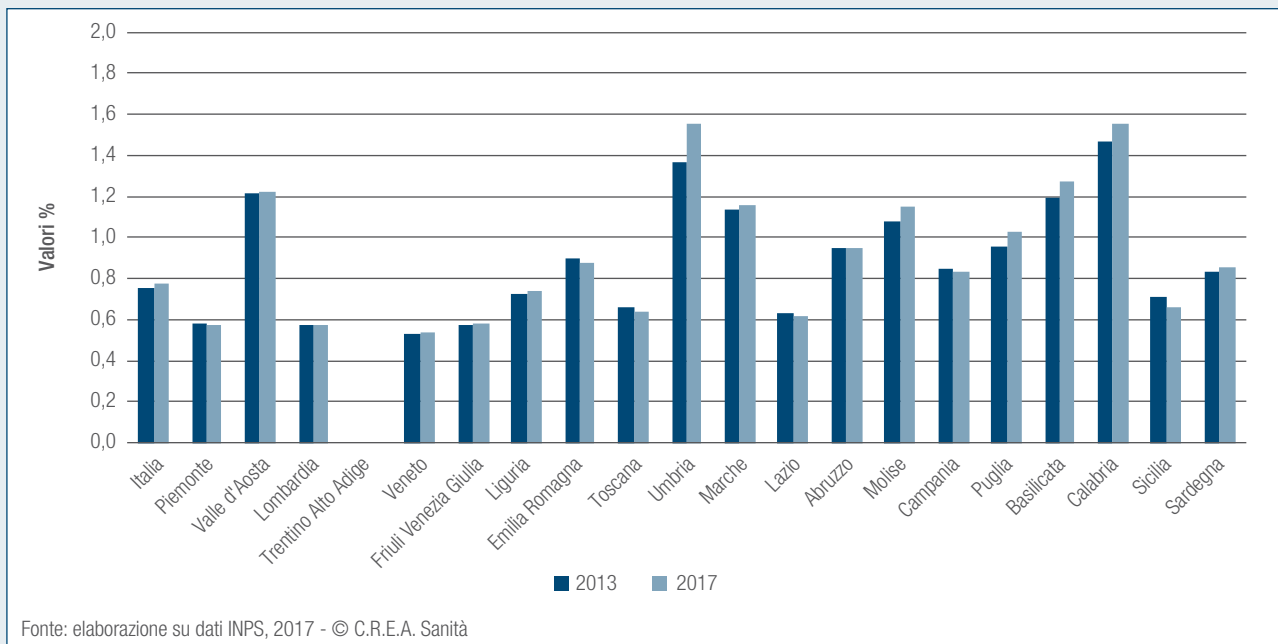
L'incidenza di beneficiari di pensione di invalidità civile sulla popolazione *under 65* è pari al 2,1% a livello nazionale, in crescita di 0,4 punti percentuali rispetto al 2007. A livello regionale si passa dal 3,5% della Calabria (+1,1 punti percentuali nel decennio), seguita dalla Sardegna con 3,4% (+0,5 punti percentuali), al 1,3% di Emilia Romagna (+0,2 punti percentuali), Friuli Venezia Giulia (stabile), Lombardia (+0,2 punti percentuali) e Veneto (+0,2 punti percentuali). Nel Nord il tasso massimo è del 2,0% in Liguria; nel Centro si va dall'1,5% della Toscana al 2,2% di Lazio e Umbria; mentre nel meridione si passa dal 2,5% dell'Abruzzo, al dato citato della Calabria.

**KI 12.4. Pensioni di invalidità civile per genere, anno 2017**



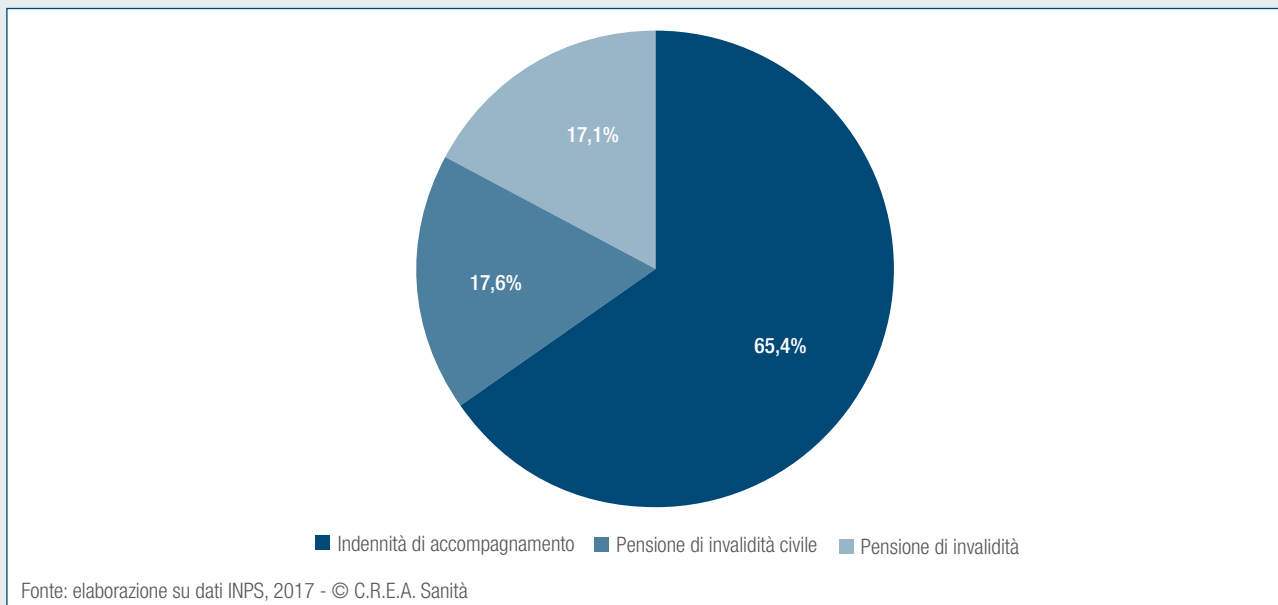
La quota di pensioni erogate a donne è leggermente superiore, pari al 53,0%, ed è massima in Umbria (56,5%) e minima in Piemonte (51,6%).

KI 12.5. Quota di beneficiari *under 65* di pensione di invalidità sulla popolazione *under 65*



L'incidenza di beneficiari sulla popolazione (*under 65*) è pari allo 0,8% a livello nazionale, valore stabile rispetto al 2013. A livello regionale si passa dall'1,6% della Calabria (+0,1 punti percentuali) e Umbria (+0,2 punti percentuali). Nel Nord il tasso massimo è dell'1,2% in Valle d'Aosta e il minimo dello 0,5% in Veneto; nel Centro si va dal valore citato dell'Umbria allo 0,6% di Lazio e Toscana; mentre nel meridione si passa dal valore della Calabria allo 0,7% della Sicilia.

KI 12.6. Spesa per indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità civile e pensioni di invalidità



Nel 2016 la spesa totale per le indennità di accompagnamento, per le pensioni di invalidità civile e per le pensioni di invalidità (di cui fanno parte gli assegni di invalidità, le pensioni di inabilità e le pensioni di invalidità ante 1984) ha sfiorato € 21,0 mld. Il 65,4% della spesa totale è attribuibile alle indennità di accompagnamento, mentre il restante 34,6% è equamente distribuito tra pensioni di invalidità civile (il 17,6%) e pensioni di invalidità (il 17,1%).

A stylized graphic featuring a sun with rays and a bar chart with three bars of increasing height, all in shades of blue. The background is a dark blue gradient with faint, light blue text related to economics and industry.

# *Capitolo 13*

**Aspetti industriali della Sanità:  
evoluzione e prospettive**

*English Summary*

*Key Indicators*



## CAPITOLO 13

### Aspetti industriali della Sanità: evoluzione e prospettive

Carrieri C.<sup>1</sup>, d'Angela D.<sup>2</sup>

#### 13.1. Produzione e dimensione dell'industria

L'industria dei farmaci e quella dei dispositivi medici (DM) hanno dimensioni significativamente differenti: nel 2016 si passa, infatti, da un mercato mondiale di circa € 763 mld. per quanto riguarda il settore farmaceutico (EFPIA, 2017) ad uno di circa \$ 392 mld. (*Thema Med*, 2017) del settore DM. Secondo quanto asserito dall'*International Trade Administration* il mercato mondiale dei prodotti farmaceutici passerà da \$ 1.000 mld. a \$ 1.300 mld. entro il 2020, con un tasso di crescita annuo del 4,9%. In particolare, è stato possibile osservare un rapido sviluppo del mercato farmaceutico nelle economie emergenti (Brasile, Cina e India), che hanno contribuito ad una migrazione delle attività economiche e di ricerca dall'Europa verso questi mercati in rapida crescita. Nel 2016 il mercato brasiliano e quello cinese hanno riportato un tasso di crescita rispettivamente del 10,0% e del 6,9% a fronte di una crescita media del mercato dell'Unione Europea del 4,5% e del 6,3% del mercato statunitense (IMS Health, 2017).

Secondo i dati pubblicati da Farmindustria, nel periodo 2014-2018, i Paesi emergenti rappresentano il nuovo motore per la crescita della domanda mondiale, facendo registrare variazioni percentuali medie annue costantemente in aumento (+2% rispetto al periodo 2009-2013).

Nonostante i cambiamenti in atto, nel 2016, in Nord America continua a concentrarsi all'incirca la metà del mercato mondiale (49%); in Europa il 21,5% e in Giap-

pone l'8% (*International Trade Administration e MedTech Europe*). Secondo i dati IMS Health, il 64,7% delle vendite di nuovi farmaci lanciati durante il periodo 2011-2016 è stato effettuato sul mercato statunitense, contro il 17,5% del mercato europeo.

Secondo quanto pubblicato da Assobiomedica, il commercio mondiale dei DM nel 2015 è cresciuto del +2,8%, in rallentamento rispetto al biennio precedente quando era aumentato del +3,4% medio annuo. Secondo i dati *Thema-Med*, invece, tra il 2015 ed il 2016 vi è stato un incremento delle vendite del +5,7% pari a circa \$ 392 mld.: dato più alto registrato dal 2009 ad oggi.

Nonostante la "frenata" degli ultimi anni, secondo i dati *International Trade Administration e MedTech Europe*, nel 2015, il mercato statunitense ha rappresentato circa il 42% di quello mondiale, quello europeo il 29% (€ 110 mld.) e, infine, quello giapponese circa l'8%.

I dati di previsione dell'andamento del mercato dei dispositivi medici tra il 2015 e il 2022, ipotizzano che si assisterà ad un incremento delle vendite pari al +42,9%.

Nel periodo 2016-2020, l'*International Trade Administration* prevede una crescita del mercato dei DM di quasi il 30% (+28,4%), soprattutto grazie agli accordi internazionali NAFTA<sup>3</sup> e TPP<sup>4</sup>.

Le previsioni "parlano" di un mercato mondiale che nel 2020 supererà i \$ 435,8 mld.: la crescita riguarderà soprattutto Francia, Inghilterra, Belgio, Olanda e Irlanda; in tali Paesi, infatti, è prevista una crescita nel prossimo quinquennio superiore al 30,0% (+33,6%).

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità

<sup>2</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>3</sup> Nafta è un accordo nord-americano di libero scambio fra USA, Canada e Messico

<sup>4</sup> TPP è un progetto di trattato di regolamentazione e di investimenti regionali alle cui negoziazioni hanno preso parte dodici paesi dell'area pacifica e asiatica: Australia, Brunei, Canada, Cile, Giappone, Malesia, Nuova Zelanda, Perù, Singapore, Stati Uniti, Vietnam

## Produzione

Per quanto attiene il settore farmaceutico, Svizzera, Germania, Italia e Francia sommano il 51,1% della produzione europea (€ 238 mld.); in particolare, la produzione italiana rappresenta il 12,3% di quella realizzata a livello europeo.

Nel 2016, in Italia è continuato il *trend* espansivo della produzione farmaceutica: +2,3%, raggiungendo in tal modo la soglia di € 30 mld. (€ 29,3 mld. nel 2015). Tale dinamica espansiva può essere attribuita in particolare modo allo sviluppo dell'*export* (che ha riportato una crescita del +6,8%), a quello degli investimenti (+3,3% nel 2016, +20% in 3 anni) e a quello (che proseguendo la ripresa del 2015) dell'occupazione (+0,8%) soprattutto per le funzioni legate alla ricerca e alla produzione. Si tratta di un *trend* che si è rafforzato nel primo trimestre 2017 (+2,0%).

Dopo la Svizzera e la Germania (rispettivamente con € 42.479 mln. e € 29.536 mln.), a livello europeo l'Italia si conferma terzo mercato in termini di valore di produzione farmaceutica ed è seguita dalla Francia con € 20.554 mln..

Si noti, in aggiunta, che mentre l'Italia e la Svizzera hanno continuato ad aumentare il valore della produzione a loro riferibile (rispettivamente del +2,2%, +18,6%), la Germania e la Francia hanno registrato una riduzione del valore pari rispettivamente a -2,8% e -2,0%.

Per quanto riguarda i DM, Germania, Inghilterra e Francia continuano, invece, a rappresentare più del 50% del mercato europeo (28%, 15% e 13% rispettivamente) con un valore di produzione pari rispettivamente a € 11,1 mld., € 7,8 mld. e € 6,4 mld.; l'Italia rappresenta il 10% di tale mercato, collocandosi così al quarto posto in Europa.

## Produttività

Nel settore farmaceutico, la maggiore produttività per occupato è stata conseguita da Svizzera, Irlanda e Svezia con € 0,97 mln., € 0,73 mln. e € 0,71 mln. rispettivamente.

In Italia, nel 2016, la produttività per occupato ha raggiunto il valore di € 0,47 mln. in lieve aumento rispetto al 2014 quando si fermava a € 0,46 mln. Germania e Francia, nel biennio 2014-2016, hanno variato di poco il valore della produzione per occupato, raggiungendo

rispettivamente € 0,26 mln. e € 0,21 mln., valori pari a circa la metà di quella italiana.

Nel settore dei DM si riscontra una produttività per occupato più bassa rispetto a quella del settore farmaceutico. L'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere il Paese con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati del settore; segue la Finlandia con € 0,30 mln. (più del doppio di quello riscontrato nel farmaceutico); l'Italia è al terzo posto con un valore pari a € 0,23 mln., Francia e Germania, con € 0,16 mln. e € 0,15 mln. per occupato, si collocano rispettivamente al quinto e al sesto posto.

## Dinamiche di import ed export

Il rapporto EFPIA 2017 sulle dinamiche dell'*import/export* dell'industria del farmaco rimarca che nell'anno 2015 è stata la Svizzera il Paese europeo con il saldo di bilancia commerciale più elevato (+€ 37.439 mln.), seguita dalla Germania con +€ 26.424 mln. e dall'Irlanda con +€ 24.479 mln.. La Germania continua ad essere il Paese con il valore più elevato di esportazione ed importazione nel settore farmaceutico (€ 68.706 mln. e € 42.282 mln. rispettivamente); segue la Svizzera per le esportazioni (€ 58.127 mln.) e il Belgio per le importazioni (€ 34.694 mln.) (Figura13.1).

Nel 2016, secondo i dati Farindustria, l'Italia ha registrato un saldo totale negativo, pari a -€ 1.581 mln.; qualora il saldo si limitasse a conteggiare le importazioni e le esportazioni relative a medicinali e vaccini otterremmo un risultato positivo e pari a +€ 1.401 mln. nel primo caso e a +€ 302 mln. nel secondo; il saldo della bilancia commerciale diventa negativo qualora vengano considerate le materie prime e altri prodotti (-€ 3.284 mln.).

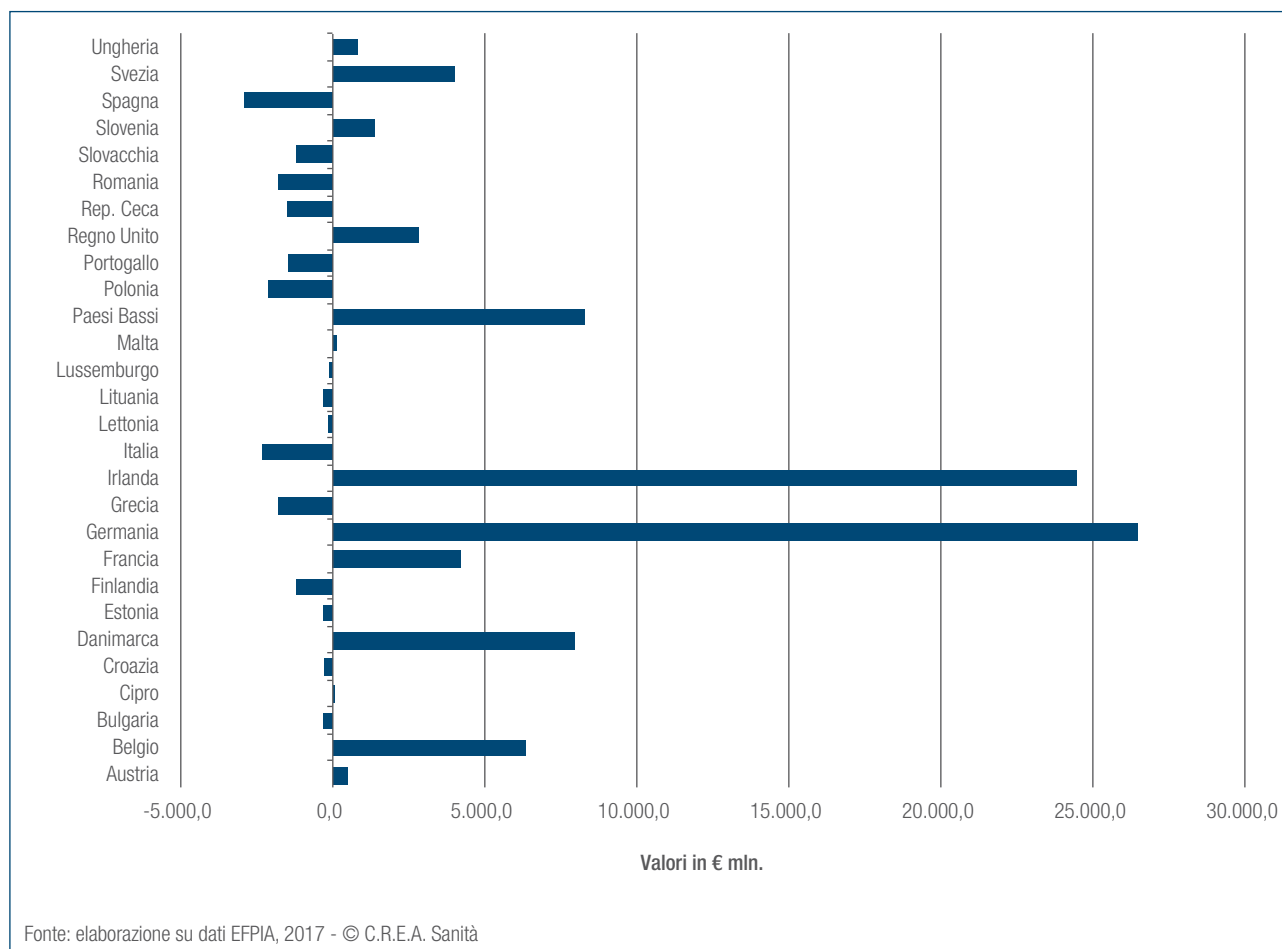
Il valore delle esportazioni ha continuato a crescere tra il 2015 e il 2016 (+6,8%) raggiungendo un valore della produzione di € 21,3 mld.; anche le importazioni totali sono cresciute del +3,2% raggiungendo € 22,8 mld. (di cui € 13,9 mld. per medicinali).

Le esportazioni mondiali di DM sono state nel 2014 pari a circa \$ 185 mld., con un aumento annuo del +5,3% rispetto all'anno precedente.

Gli Stati Uniti confermano il ruolo di *leader*, con una quota sulle esportazioni mondiali del 16,5%, seguiti dalla Germania e dai Paesi Bassi, con una quota rispettivamente del 13,4% e dell'8,3%. Facendo un confronto



Figura. 13.1. Bilancia Commerciale medicinali, anno 2015



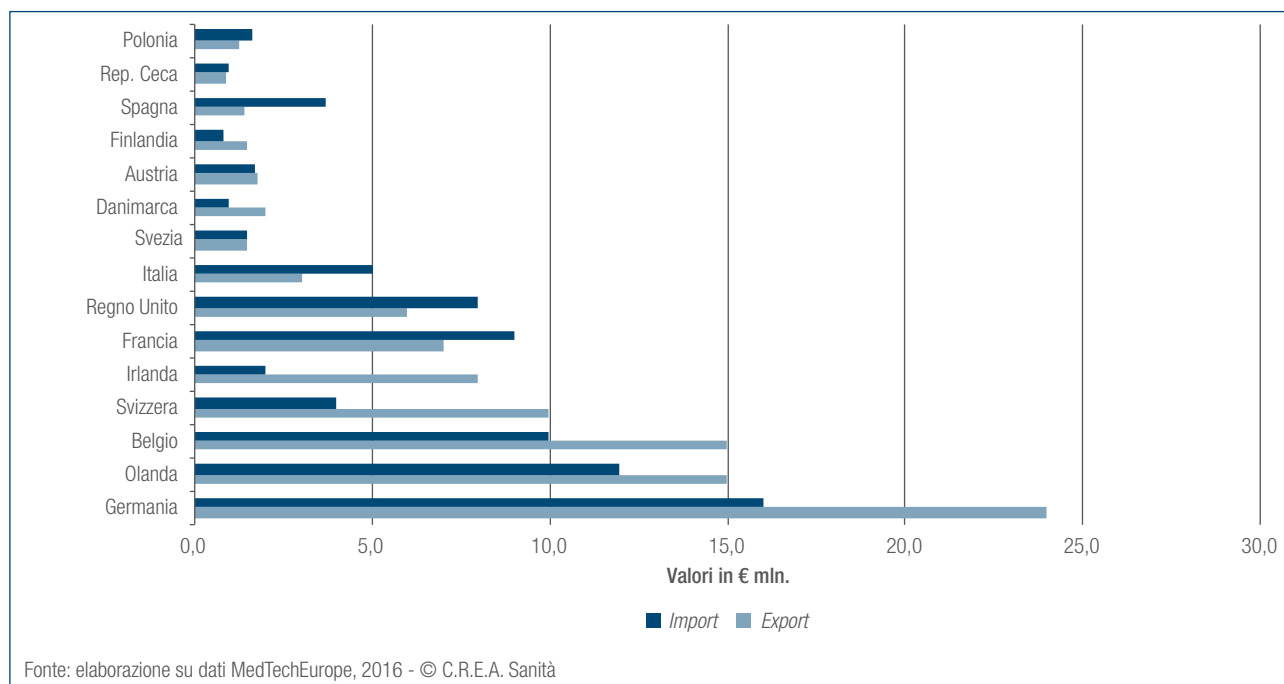
con il 2013, gli Stati Uniti hanno ridotto la loro quota (rispetto al totale) di circa 0,7 punti percentuali, mentre Francia e Germania sono arretrate rispettivamente di 0,5 e 0,4 punti percentuali.

Germania e Olanda si sono confermate i Paesi europei con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore dei DM (Figura 13.2): nel 2015, secondo i dati riportati da *MedTech Europe*, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 24,0 mld., e l'Olanda per uno di circa € 15,0 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono state pari rispettivamente a € 16,0 mld. e € 12,0 mld.. L'Italia, nello stesso anno, ha esportato DM per un valore pari a € 3,3 mld., ed importato per un valore pari a circa € 5,2 mld. (*MedTech Europe*), presentando pertanto un saldo della bilancia commerciale negativo (-€ 1,9 mld.).

Secondo i dati pubblicati da Assobiomedica, invece, nel 2015 le esportazioni di DM dell'Italia sono state pari a € 7 mld., in aumento dell'8,1% rispetto all'anno pre-

cedente. Con l'eccezione della diagnostica in vitro, le cui esportazioni si sono ridotte del 12,1%, sono aumentate soprattutto le esportazioni del comparto elettromedicale diagnostico (+20,7%) e il biomedicale (+10,8%). In particolare, per quanto concerne il comparto biomedicale, le esportazioni sono state nel 2015 pari a € 4,4 mld., ossia il 62,8% di quelle dell'intero settore; all'estremo opposto, si sono collocate le esportazioni di attrezzature tecniche che hanno raggiunto un valore di appena € 181 mln. (ovvero il 2,6% del totale).

Tra il 2014 ed il 2015, le importazioni italiane sono aumentate complessivamente del 6,0%, e quindi ad un tasso più sostenuto rispetto a quello riscontrato tra il 2013 ed il 2014 (+5,2%). L'aumento delle importazioni ha interessato soprattutto il biomedicale strumentale (+10,2%) e il biomedicale (+5,9%), mentre nel campo dell'elettromedicale diagnostico le importazioni si sono ridotte, sia pur di poco (-0,2%). Tale risultato messo a confronto con la forte crescita registrata dalle esporta-

Figure 13.2. *Import/Export* dispositivi medici per Paese, anno 2015

zioni nel 2015, lascerebbe intendere che nel comparto l'Italia ha acquisito una maggiore competitività.

Sempre nello stesso anno, i mercati in cui le esportazioni sono aumentate di più sono stati gli Stati Uniti e il Regno Unito: tali Paesi hanno assorbito rispettivamente il 17,1% e il 6,0% delle esportazioni italiane. Di contro, si è ridotto il peso delle esportazioni verso la Francia, nonostante nel 2015 il mercato francese sia stato tra quelli in cui l'Italia ha guadagnato di più. Tra gli altri Paesi si segnala l'Iran, dove le esportazioni sono cresciute di oltre € 12 mln. grazie alla recente abrogazione delle sanzioni commerciali a cui era sottoposto. Al contrario, il mercato in cui l'Italia ha perso più spazi, è stato la Russia, dove le esportazioni si sono ridotte di oltre € 36 mln. (-28,2%). Seguono il Brasile e la Libia, in cui hanno presumibilmente pesato anche le difficoltà interne, soprattutto per la Libia dove le esportazioni sono diminuite dell'80% (Figura 13.2).

#### Aziende e occupati

Nel settore farmaceutico è l'Irlanda il Paese con il più alto numero di aziende in rapporto agli abitanti: 14,4 ogni 1.000.000 abitanti; segue il Portogallo con 5,8 aziende e l'Italia con circa 5,0 aziende.

Il numero di occupati nelle aziende farmaceutiche in

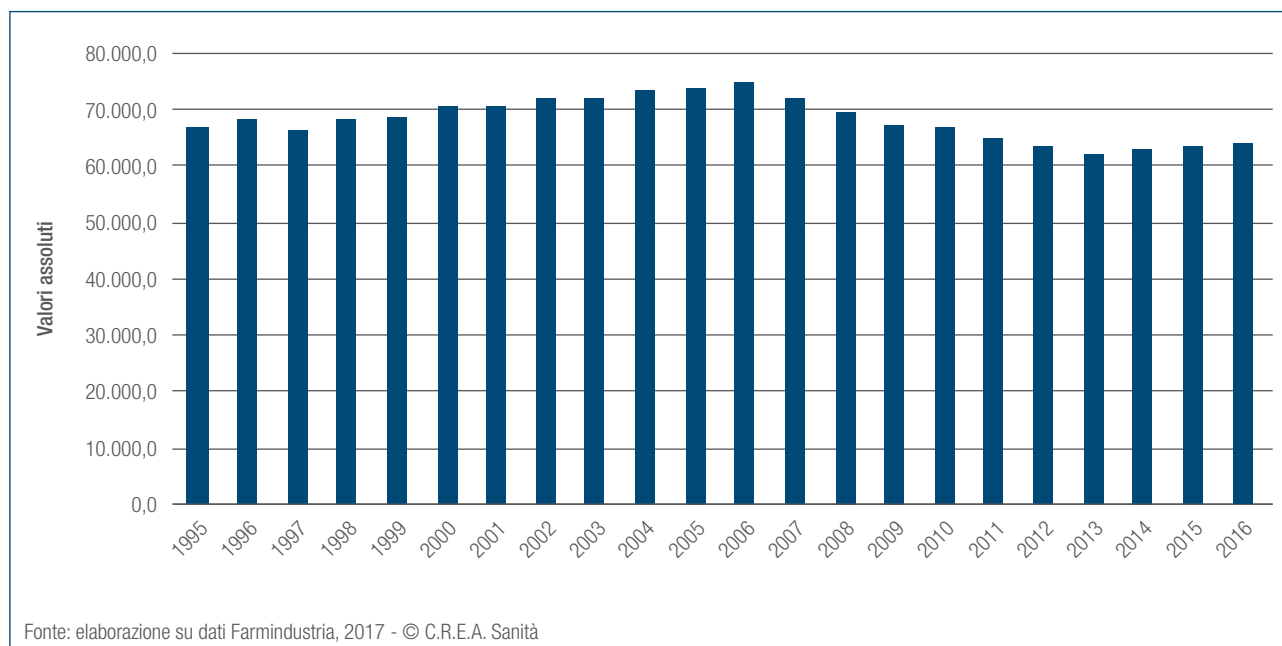
Europa è ripreso ad aumentare raggiungendo, secondo il dato EFPIA 2017, 739.499 unità nel 2015 (723.448 nel 2013), e 745.000 nel 2016 (dato stimato). Anche in Italia, il numero di occupati ha continuato a crescere (+0,8% rispetto al 2015) raggiungendo nel 2016 le 64.000 unità (Figura 13.3).

Nel settore dei DM, nel 2015, in Europa, si contano più di 26.000 aziende e 650.000 occupati, registrando un +4,3% rispetto al 2014. Il 77% di queste sono localizzate solamente in sei Paesi: Germania (30%), Francia (14%), Regno Unito (11%), Italia (10%), Svizzera (8%) e Spagna (4%). Si tratta per il 95% di piccole e medie imprese (meno di 50 addetti). Per quanto riguarda il numero di occupati nelle industrie dei DM in rapporto alla popolazione, la Svizzera primeggia in Europa, con 66 occupati ogni 10.000 abitanti, seguita da Irlanda e Danimarca (rispettivamente 58 e 36); l'Italia è nona, con 11 occupati ogni 10.000 abitanti.

La Svizzera risulta essere il Paese con la maggior presenza di aziende per abitante (174 per 1.000.000 ab.), seguita da Germania (135 per 1.000.000 ab.), Inghilterra (44 per 1.000.000 ab.), Spagna (24 per 1.000.000 ab.) e Francia (18 per 1.000.000 ab.).

In Italia, nel 2014, secondo quanto riportato nel Rapporto 2016 *Produzione, ricerca e innovazione nel settore*

Figura. 13.3. Numero occupati italiani industria farmaceutica, anni 1995-2016



dei dispositivi medici in Italia (Assobiomedica), risultano 4.480 imprese, di cui il 43% riconducibile all'ambito del commercio, il 53% a quello della manifattura e il 4% a quello dei servizi, nelle quali operano circa 68.000 addetti.

## 13.2. Spesa

Per l'analisi della spesa farmaceutica si rimanda alla lettura del capitolo 9a.

La spesa pro-capite per DM è stata più alta negli Stati Uniti, dove ha raggiunto € 380 pro-capite; segue il Giappone con una spesa pro-capite di € 180 e l'Europa (in media) con una di € 195. Fra i Paesi europei è possibile osservare differenze notevoli: la Francia ha una spesa pro-capite di € 303,3; seguono Germania con € 278,4 e Danimarca con € 238,2, quindi la Svizzera con € 222,0 e la Norvegia con € 220,4. In Italia, secondo i dati di spesa riportati da *Eucomed*, pur ormai datati, la spesa pro-capite è di € 112,8, inferiore di circa il 43% a quella media europea (2012).

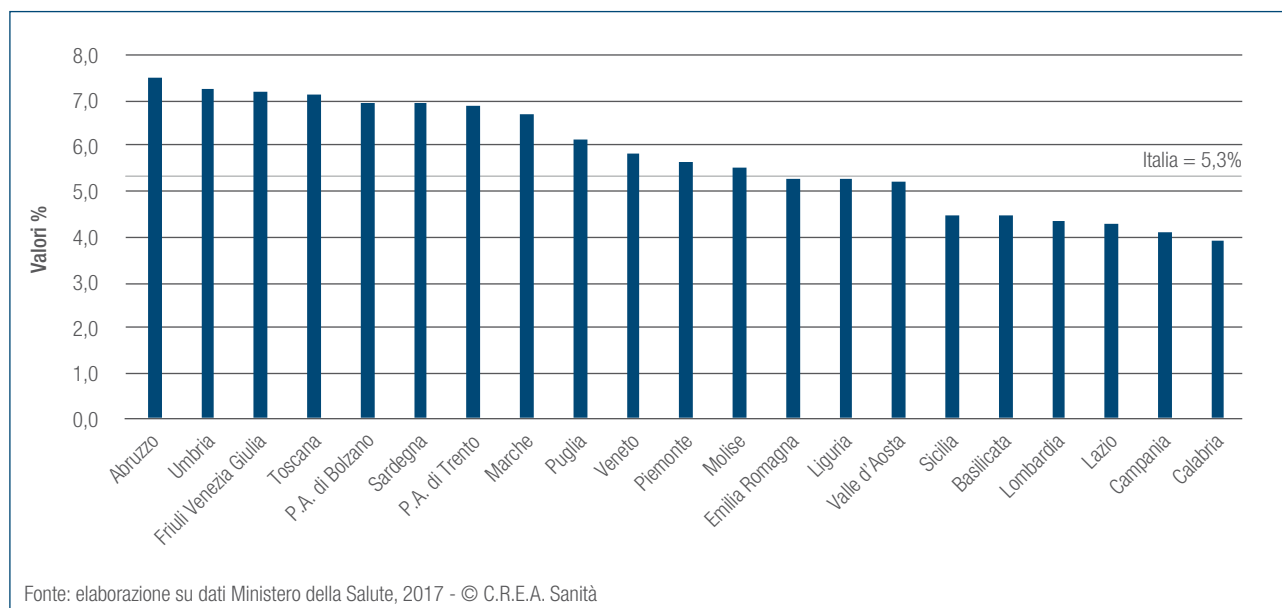
Al fine di stimare un dato, almeno indicativo, della spesa a livello regionale, seppure limitata a quella sostenuta dalle strutture sanitarie pubbliche, sono stati analizzati i Conti Economici (CE) ministeriali.

La spesa per i DM si posiziona subito dopo l'onere per il personale e la spesa farmaceutica, e forse anche dopo la spesa specialistica, della quale non si conosce l'esatto valore.

Il D. L. n. 111 del 2011 ha fissato un tetto per la spesa per DM pari al 5,2% del fondo sanitario nazionale previsto per il 2013; una successiva disposizione normativa del 2012 (il D. L. n. 135) ha rimodulato il tetto nella misura del 4,9% per il 2013 e del 4,8% per il 2014. Infine, con il patto di stabilità 2013, il tetto è stato definitivamente fissato al 4,8% per il 2013 e al 4,4% per il 2014.

Per permettere il monitoraggio del rispetto del tetto, sono stati recentemente adottati provvedimenti finalizzati a consentire di rilevare la spesa ed il costo per DM sostenuti dalle Aziende Sanitarie. Per la rilevazione dei costi è stato aggiornato il modello CE che, a partire dall'anno 2012, presenta la voce "Dispositivi medici": a tale voce concorrono tre diverse sottovoci: "Dispositivi medici" (contenente il costo dei DM dotati del numero di iscrizione nel sistema banca dati/Repertorio ai sensi del DM 20 Febbraio 2009), "Dispositivi medici impiantabili attivi" (costo dei dispositivi medici attivi) e "Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)" (costo dei DM diagnostici in vitro nell'ambito di applicazione del D.L. 332/2000).

Figura 13.4. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale, anno 2016



Per la rilevazione della spesa, il Ministero della Salute con il DM dell'11.06.2010 "Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale", ha istituito e avviato il nuovo flusso informativo riguardante il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici, presenti nella banca dati/Repertorio, direttamente acquistati dal Servizio Sanitario Nazionale: sebbene dall'avvio di tale flusso informativo sia stato possibile evidenziare un crescendo di adesioni da parte delle aziende sanitarie, il dato di spesa rilevato risulta tutt'ora parziale.

In particolare, da quest'ultimo è risultato un dato di spesa nazionale, nel 2015, poco superiore a € 3,8 mld.: valore in crescita grazie ad un maggior impiego dello strumento da parte delle Regioni, ma, in ogni caso, ancora assolutamente sottostimato, e, quindi, non utilizzabile per quantificare la spesa sostenuta dai diversi SSR per i dispositivi medici.

Ad ogni buon conto, ad oggi i CE rappresentano l'unico strumento disponibile per la quantificazione della spesa dei DM (sebbene delle sole strutture pubbliche); rimarchiamo che si tratta di una spesa che sta avendo un *trend* crescente e che ha raggiunto nel 2016 € 5,84 mld. (+2,6% rispetto al 2014). Si tratta, come cennato, di un valore certamente sottostimato per la presenza sia di tecnologie ad uso ripetuto (es.

apparecchiature medicali) valorizzate su voci differenti dei CE e comunque non univocamente distinguibili, sia perché per le apparecchiature sanitarie le quote di ammortamento sono indistinte nella relativa voce "Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali", sia per tecnologie non acquistate, in quanto acquisite con diverse modalità quali service, noleggio, *leasing*, etc..

Anche la quota di spesa sul Fondo Sanitario Nazionale è aumentata nell'ultimo biennio passando dal 5,2% al 5,3%.

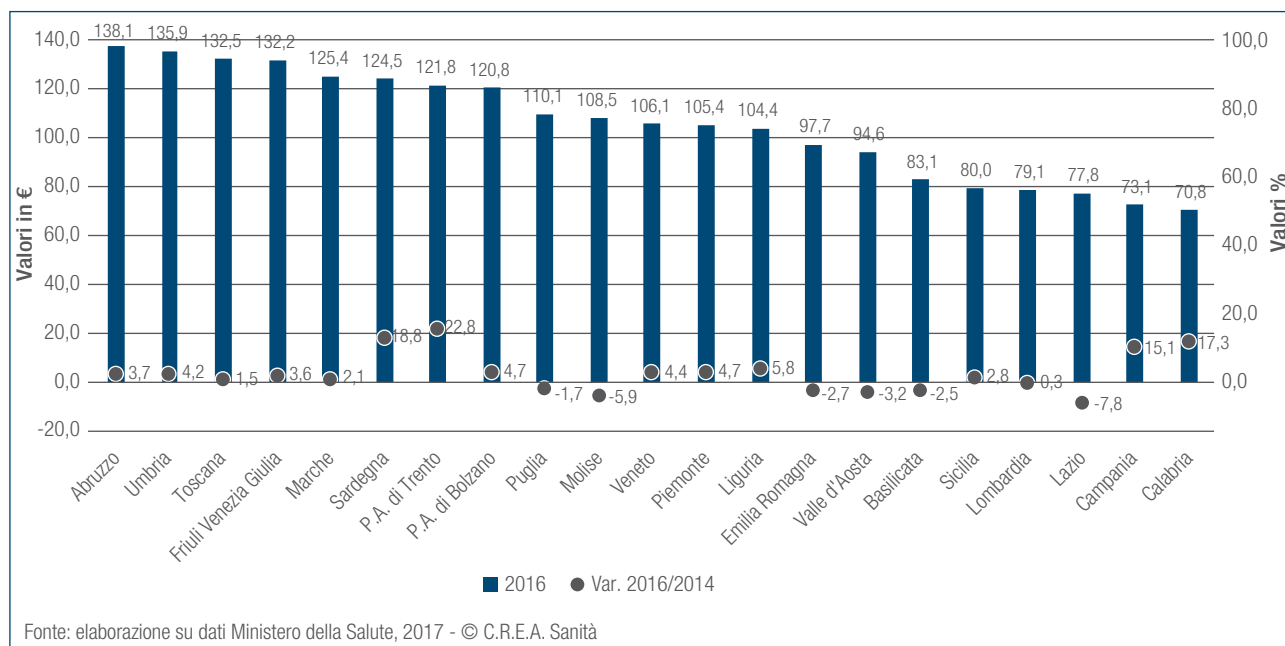
A livello regionale sarebbero solo quattro le Regioni che nel 2016 hanno rispettato il tetto di spesa del 4,4% del FSR: Calabria (3,9%), Campania (4,1%), Lazio (4,3%) e Lombardia (4,4%); Abruzzo, Umbria, Friuli Venezia Giulia e Toscana risultano essere invece le Regioni con la quota più alta (7,5%, 7,3%, 7,2% e 7,1% rispettivamente) (Figura 13.4).

Nel 2016 la spesa pro-capite media nazionale per DM delle strutture pubbliche ha continuato a crescere raggiungendo € 96,1 (+2,6% rispetto al 2014).

Le Regioni con la maggior spesa pro-capite risultano essere Abruzzo (€ 138,1), Umbria (€ 135,9), Toscana (€ 132,5) e Friuli Venezia Giulia (€ 132,6); quelle con la minore sono Lombardia (€ 79,1), Lazio (€ 77,8), Campania (€ 73,1) e Calabria (€ 70,8) (Figura 13.5).

Nell'ultimo biennio in quattro Regioni si è registra-

Figura 13.5. Spesa pro-capite per DM e variazione 2016/2014



ta una crescita complessiva della spesa pro-capite: +22,8% nella P.A. di Trento, +18,8% in Sardegna, +17,3% in Calabria e +15,1% in Campania; nel Lazio, Molise, Basilicata, Valle d'Aosta, Sicilia e Puglia si è invece ridotta rispettivamente del -7,8%, -5,9%, -3,2%, -2,7%, -2,5% e -1,7%.

La spesa pro-capite italiana per DM (ricordiamo delle sole strutture pubbliche) al netto di ammortamenti, *leasing* etc., sarebbe quindi il 49,3% di quella media europea riportata da *Eucomed* (€ 195).

Qualora i due dati fossero in qualche modo coerenti, la spesa delle strutture private per dispositivi medici rappresenterebbe il 50,7% di quella riportata da *Eucomed*.

L'indicatore attuale adottato per il controllo della spesa sottostima l'effettivo onere nelle Regioni con un'importante presenza del privato accreditato, quali Campania, Lombardia, Calabria e Lazio, che risultano in effetti essere le Regioni che apparentemente rispettano il tetto di spesa previsto; ma si tratta anche di Regioni con la maggiore quota di case di cura private accreditate (rispettivamente 57,0%, 54,0% e 52,0%).

Come già affermato nella precedente edizione del Rapporto, appare evidente che l'indicatore introdotto per il controllo della spesa, rapportando la spesa per DM delle strutture pubbliche al finanziamento totale del SSR (contenente anche la quota relativa alle attività delle

strutture private accreditate), rischia di portare a scelte di politica sanitaria di acquisto dal privato di procedure che richiedono l'utilizzo di dispositivi medici ad alto costo, favorendo così le Regioni con elevata presenza di privato accreditato, o di acquisto di *device* a basso costo, magari rischiando di avere una ridotta qualità degli stessi, o non avendo servizi offerti da parte delle aziende, quali formazione *on site* etc..

Per limitare il verificarsi di quest'ultimo aspetto, ovvero di disporre di *device* di adeguata qualità, è fondamentale l'espletamento di attività di *Health Technology Assessment* (HTA) sui dispositivi medici, in accordo con quanto previsto dal Programma nazionale di HTA dei dispositivi medici di recente approvazione (Settembre 2017), nonché la definizione di indicatori specifici per le tipologie di *device*, magari con il supporto delle società scientifiche, necessari per una corretta valutazione degli stessi nell'espletamento delle procedure di aggiudicazione delle gare d'appalto.

### 13.3. Conclusioni

Le azioni previste dai recenti provvedimenti legislativi di contenimento della spesa sanitaria pubblica, non possono prescindere da una analisi a level-

lo macro economico degli impatti sulle dinamiche industriali del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci rappresenta il 24,6% di quella europea e quella dei DM il 10%.

L'Italia è uno dei maggiori produttori a livello europeo (e mondiale), posizionandosi al quarto posto in Europa in entrambi i settori (farmaci e dispositivi medici).

L'Italia è anche al quarto posto per produttività in rapporto agli occupati con € 0,46 mln. per occupato nel settore farmaceutico, avendo comunque un valore pari alla metà degli altri Paesi con maggior valore di produzione; nel settore dei DM tale valore in Italia è la metà (€ 0,23 mln./occupato) di quello del settore farmaceutico.

Nel 2016 in Italia il settore farmaceutico ha continuato a crescere e finalmente è in ripresa anche l'occupazione nel settore che, dopo un biennio "negativo", è ritornata sui valori del 2012 contando, nel 2016, 64.000 unità.

Significativo è stato l'aumento del valore di produzione nel 2016 che ha raggiunto il valore di € 30 mld.. Tale crescita è dovuta soprattutto all'*export* che ha raggiunto il suo valore massimo, pari a € 21,3 mld. (73% del valore di produzione).

Il valore delle esportazioni ha continuato a crescere, come anche le importazioni, ma con un rapporto 2 a 1: +6,8% esportazioni e +3,2% importazioni.

Nel 2016, l'Italia ha registrato un saldo di bilancia commerciale negativo, pari a - € 1.581 mln.; limitandolo a medicinali e vaccini questo risulta essere positivo e

pari rispettivamente a + € 1.401 mln. e a + € 302 mln.; diventa negativo con il valore riferito alle materie prime e agli altri prodotti (- € 3.284 mln.).

Complessivamente è aumentato il saldo negativo italiano nel settore dei DM, che ha raggiunto un valore pari a -€ 2,2 mld., con un aumento delle esportazioni del +8,1% e delle importazioni del +5,2%.

La spesa pubblica per DM risulta pari a € 5,9 mld., al netto delle quote di ammortamento delle apparecchiature medicali, delle acquisizioni in noleggio, del *leasing*, etc..

## Riferimenti bibliografici

- Assobiomedica (2017), *Rapporto sui DM*
- Commission Staff Working Document (2013), *Social Investment Package – Investing in Health* ([http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf))
- Eucomed (2014), <http://www.eucomed.be/>
- Farindustria (2017), *Indicatori farmaceutici regionali*
- International trade administration* [http://trade.gov/topmarkets/pdf/Medical\\_Devices\\_Executive\\_Summary.pdf](http://trade.gov/topmarkets/pdf/Medical_Devices_Executive_Summary.pdf)
- Istat (anni vari), banche dati on line, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- MedTechEurope report [http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource\\_items/files/MEDTECH\\_FactFigures\\_ONLINE3.pdf](http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/MEDTECH_FactFigures_ONLINE3.pdf)
- Ministero della Salute (2016), *Conti Economici*
- OECD (2016), *Health data statistics*
- Patto della Salute 2014-2016
- Rapporto EFPIA (anni vari), European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
- Relazione della Corte dei Conti (2017)

## ENGLISH SUMMARY

### *Industrial aspect of health: evolution and prospects*

*Actions involving healthcare policies cannot be irrespective of an impact analysis regarding life sciences industry dynamics.*

*Healthcare industries represent an important share of national economy, with qualitative-quantitative characteristics that are entirely peculiar.*

*In particular, the share of Italian production in the pharmaceuticals and medical devices (MD) sectors is approximately 10% of the European one.*

*Italy is one of the most important producers at the European (and International) level, ranking fourth in both sectors.*

*Italy continues to increase the volume of its pharmaceutical production, having reached €30 billion in 2016, recording productivity per employed equal to € 0.48 million.*

*Volume of MD production is € 40,0 billion in 2017, recording productivity per employed equal to € 0,23 million.*

*Italy in 2016 has recorded a negative balance sheet in the pharmaceutical sector (€ 1,581 millions): positive for the drug (+ € 1,401 million) and vaccine market (+€ 302 million), negative for raw material and other products (€ 3,284 million); the value of exports has reached its maximum value by representing 73.7% of production. Concerning MD, the trade balance continued to be negative and equal, in 2015, to € 2.2 billion.*

*In Italy pharmaceuticals and medical devices, with 64,000 and 54,000 units respectively, account for 106.3 and 90.6 workers every 100,000 inhabitants.*

*The pharmaceutical industry represents one of the industrial sectors that best reacts to the economic recession: following the “negative” 2013 2014 biennium, employment has begun to rise once again, returning as such to the number of units recorded in the year 2016 (64,000).*

*In Italy, per-capita public expenditure for MD (see*

*Chapter 9 for the analysis of the pharmaceutical market) (without taking depreciation, leasing, etc. into consideration) should be approximately € 96.1. Comparing this figure to what has been reported by Eucomed, an average European per-capita expenditure equal to € 195, this means that approximately 50.7% should be attributed to the private component.*

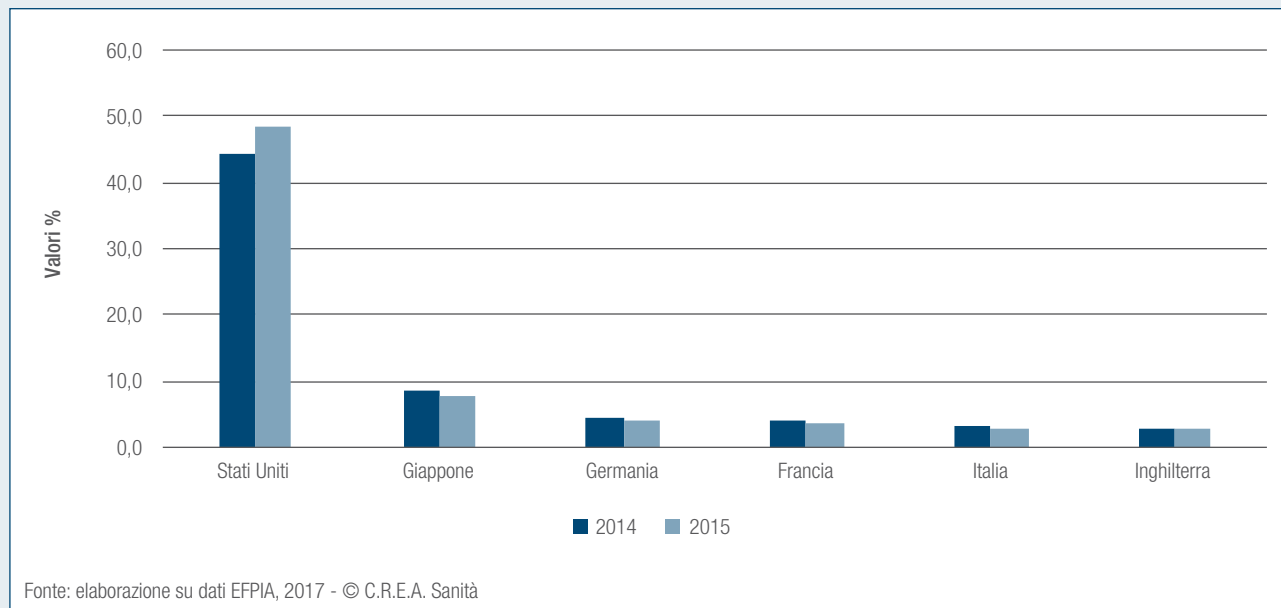
*Overall, Italian expenditure remains below that of the EU average by 59.3% with a public expenditure estimated at € 5.8 billion in 2015. These evidently do not envisage depreciation rates for medical equipment, rentals, leasing, etc. The said expenditure represents 5.3% of the Regional Healthcare Funding, therefore a value that overshoots the foreseen threshold fixed by the government by 4.4%; only four Regions lie below this threshold: Calabria (3.9%), Campania (4.1%), Lazio (4.3%) e Lombardia (4.4%).*

*But it should be noted that the imposed monitoring criteria reports a significant bias, as it compares an expenditure of public facilities with a funding that also includes coverage for MD consumed in the accredited private ones (whose consistency is indeed particularly significant, especially in the 4 “compliant” Regions).*

*In any case, the threshold would seem coherent with a level of expenditure lower than that of the EU by 60%, which is presumably entirely insufficient.*

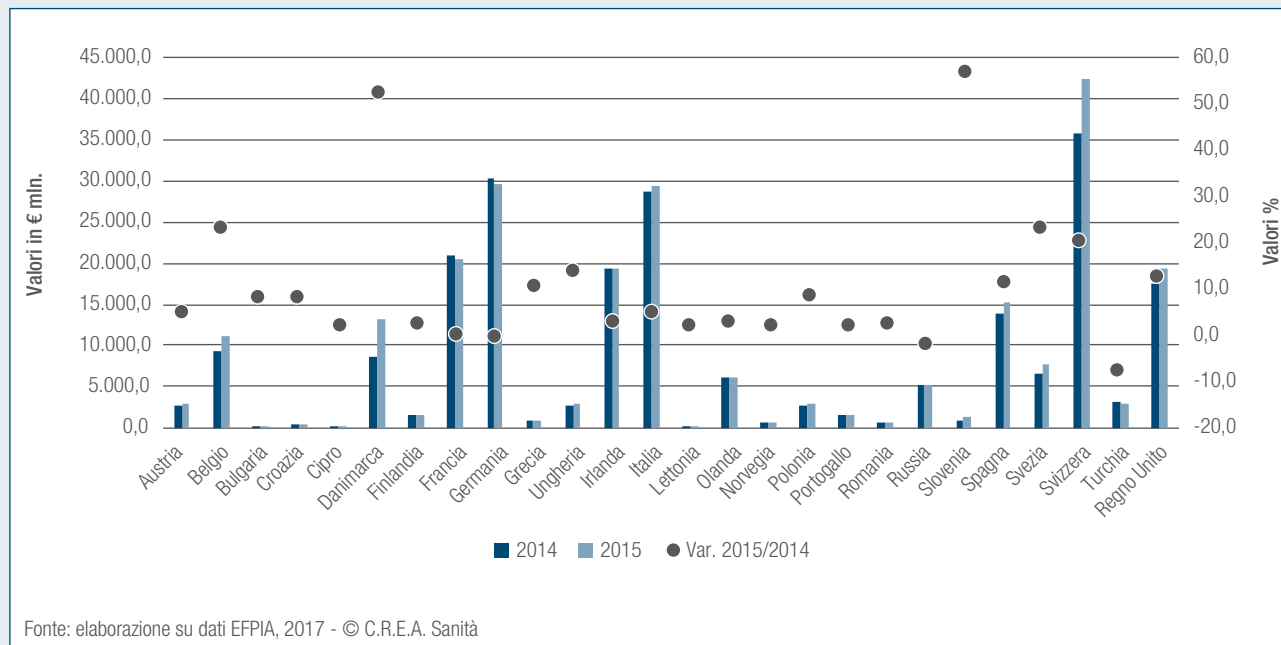
*Ultimately, legislative measures introduced regarding ceilings to expenditure in the pharmaceutical and MD sector, while being necessary on one hand for the attainment of a balanced budget, on the other hand bring to light significant flaws (also see judgements passed on pharmaceutical paybacks) that are likely to create an environment not conducive to the development of the industry; while it seems necessary to emphasize the importance for policies that are more attentive towards the value of industry, capable of promoting national economic development.*

KI 13.1. Composizione mercato mondiale farmaci



Nel 2015 il mercato mondiale del settore farmaceutico (EFPIA, 2016) è di circa € 715 mld. Il mercato statunitense rappresenta il 48,7% di quello mondiale, quello europeo il 22,2% e quello giapponese l'8,1%. Nel biennio 2014-2015 si è registrato un aumento del contributo sul mercato mondiale farmaceutico degli Stati Uniti e dell'Inghilterra, rispettivamente di +4,2 e +0,2 punti percentuali; mentre una riduzione per il Giappone, Germania, la Francia e l'Italia (-0,8, -0,3 e -0,1 punti percentuali rispettivamente).

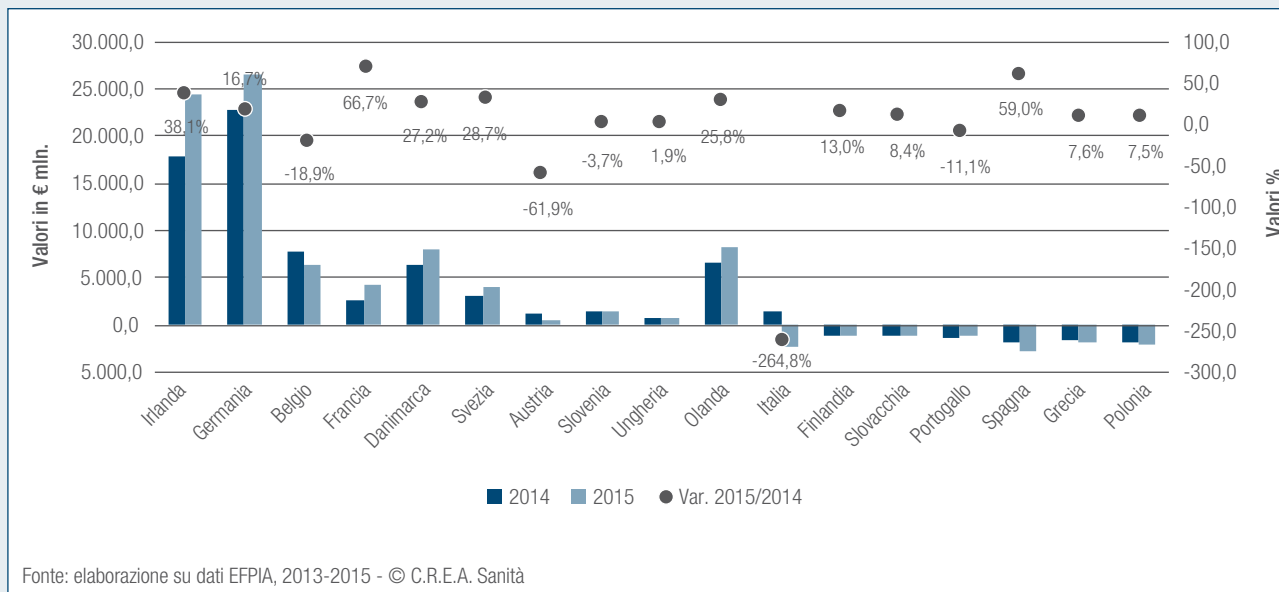
KI 13.2. Valore della produzione dell'industria farmaceutica



Il valore della produzione europea dell'industria farmaceutica nel 2015 è pari a € 238.437 mln.. Nel biennio 2014-2015, il Paese che ha registrato l'incremento più alto del valore della produzione è la Slovenia, passando da € 872 mln. nel 2014 a € 1.354 mln. nel 2015 (+55,3%) e quello che ha registrato la maggiore riduzione del suo valore di produzione è la Turchia, da € 3.227 mln. nel 2014 a € 2.931 mln. nel 2015 (-9,2%). Analizzando i principali Paesi europei, la Svizzera aumenta notevolmente il suo valore di produzione nel biennio considerato, passando da € 25.819 mln. nel 2014 a € 42.479 mln. nel 2015 (+28,6%), seguita dal Regno Unito che aumenta il suo valore da € 17.483 mln. nel 2014 a € 19.313 mln. nel 2015 (+10,5%) e Italia, da € 28.696 mln. a € 29.326 mln. (+2,2%). Invece Germania e Francia riducono il loro valore di produzione nel settore, registrando rispettivamente una riduzione nel biennio 2014-2015 del -2,8% (da € 30.401 mln. nel 2014 a € 29.536 mln. nel 2015) e del -2,0% (da € 20.981 mln. a € 20.554 mln.).

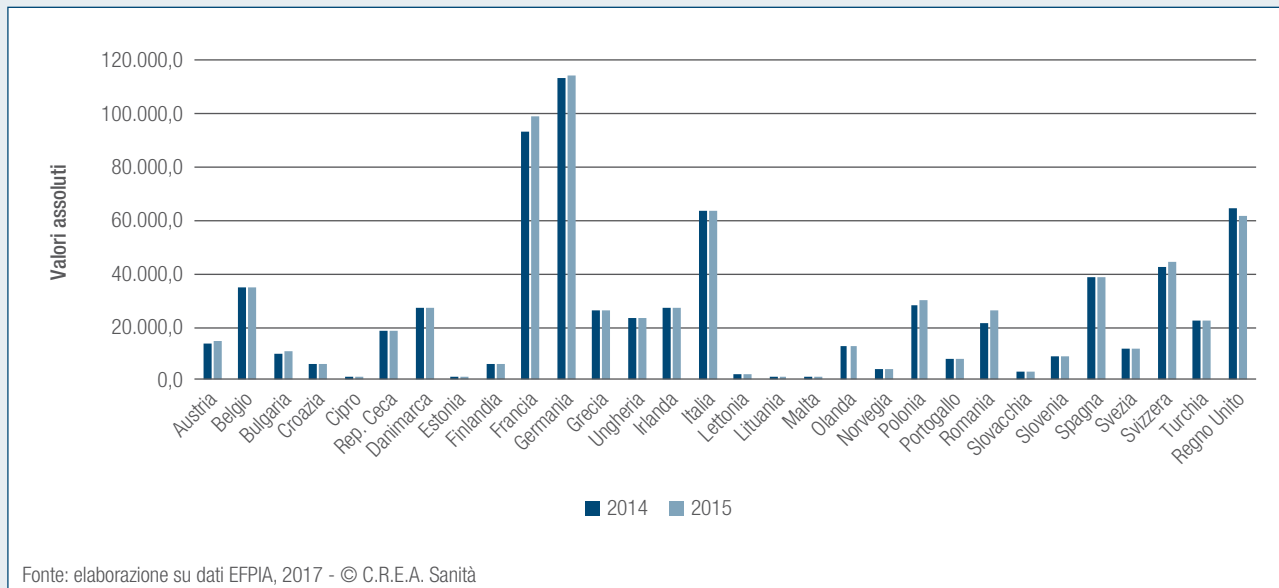


**KI 13.3. Bilancia commerciale dell'industria farmaceutica**



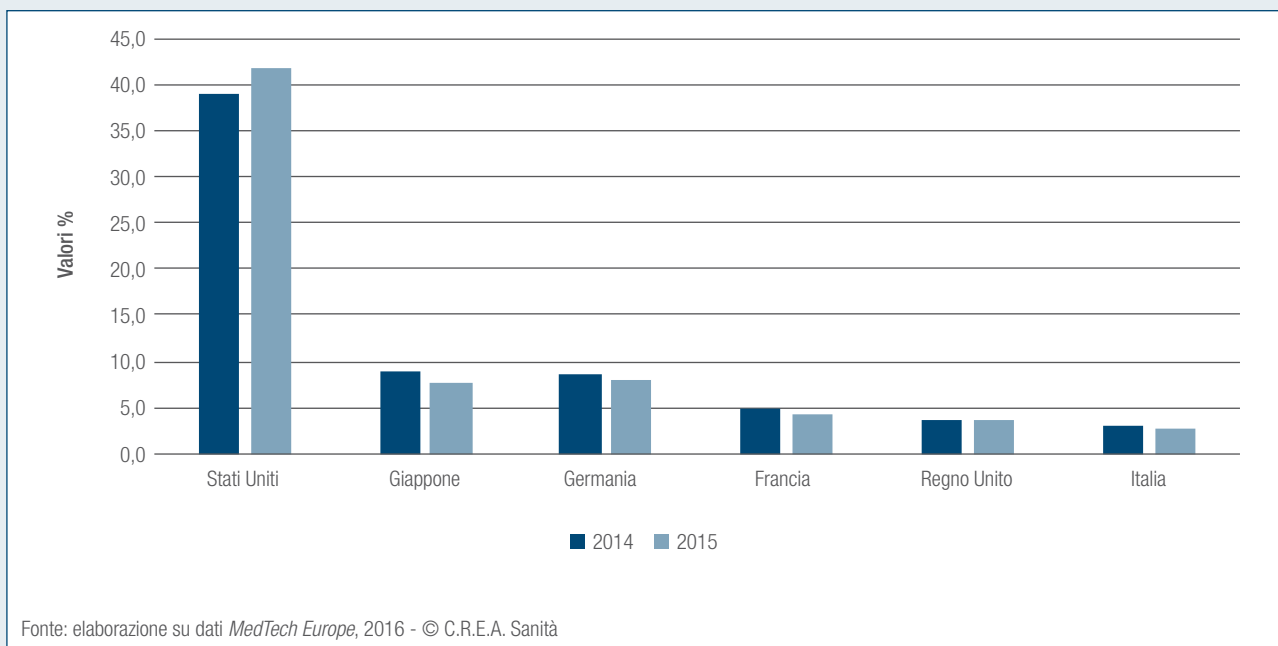
Nel 2015, il Paese con il saldo commerciale più alto nel settore farmaceutico risulta essere la Germania con + € 26.424 mln., seguita dall'Irlanda con + € 24.479 mln. e dall'Olanda con + € 8.266 mln. La Germania continua ad essere il Paese con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore (€ 68.706 mln. e € 42.282 mln. rispettivamente), seguita dalla Svizzera per le esportazioni (€ 58.127 mln.) e dal Belgio per le importazioni (€ 34.694 mln.). L'Italia registra nel 2015 un saldo totale negativo pari a - € 2.320 mln.; limitandolo a medicinali e vaccini questo risulta essere positivo e pari a +€ 1.401 mln. per i medicinali e a + € 302 mln. per i vaccini; il saldo diventa negativo introducendo materie prime e altri prodotti (- € 3.284 mln.). Nel periodo 2014-2015, il valore delle esportazioni nel settore farmaceutico è cresciuto in quasi tutti i Paesi ma in particolare in Irlanda, Regno Unito e Ungheria (+36,0%, 27,4% e 21,3% rispettivamente). Si è invece ridotto del -5,3% in Italia, del -2,4% in Grecia e dello 0,6% in Austria. Così come per le esportazioni, anche le importazioni sono cresciute in particolare in Irlanda e Ungheria del +27,9% e +26,5% rispettivamente. Francia e Danimarca sono gli unici Paesi dove, nel periodo considerato, si sono ridotte le importazioni (rispettivamente -3,8% e -1,5%).

**KI 13.4. Occupati dall'industria farmaceutica**



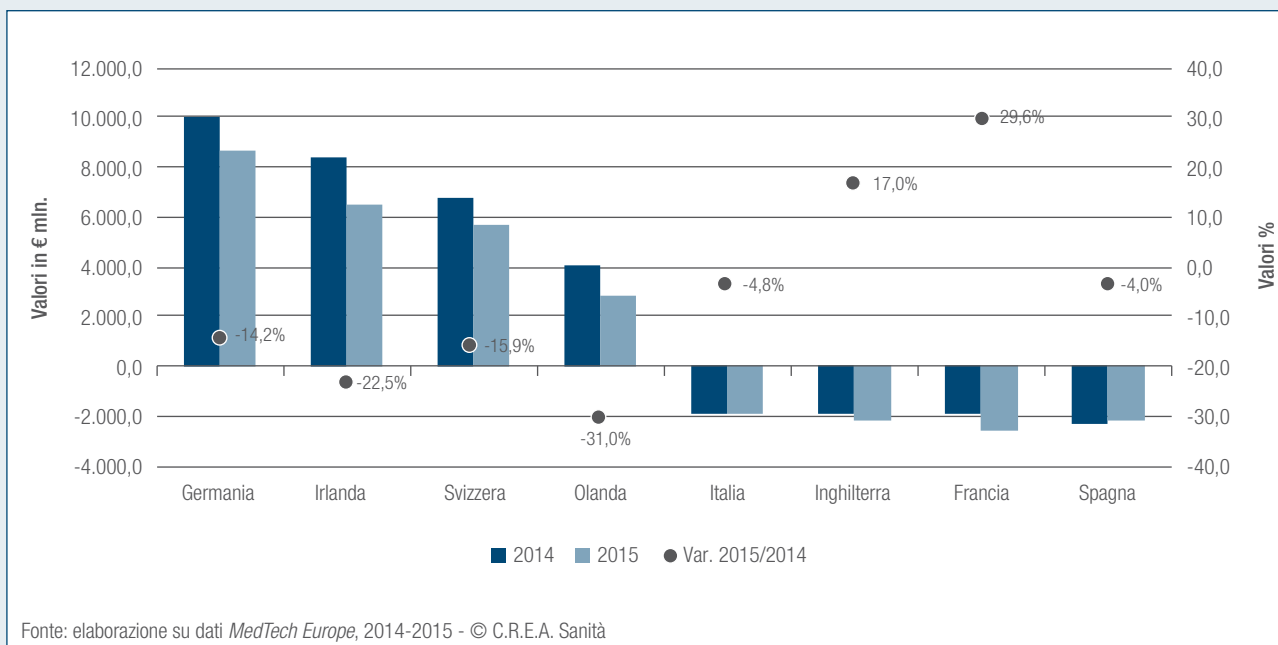
Il numero di occupati nell'industria farmaceutica in Europa nel 2015 è di 740.000 circa. Nel periodo 2014-2015, il numero di occupati aumenta nella maggior parte dei Paesi Europei. In particolare il Paese che registra l'aumento percentuale più alto del numero di occupati è la Romania, passando da 21.000 occupati nel 2014 a 25.600 nel 2015 (+21,9%) e quello che riduce più degli altri il numero di occupati è invece il Portogallo: da 8.000 nel 2014 a 7.500 nel 2015 (-6,3%). Analizzando i principali Paesi europei, la Francia registra un aumento del numero di occupati nell'industria farmaceutica passando da 92.650 nel 2014 a 98.690 nel 2015, con una variazione percentuale pari a +6,5%, seguita da Germania che passa da 112.475 occupati a 114.069 (+1,4%) e Italia da 63.000 nel 2014 a 63.500 occupati nel 2015 (+0,8%). Invece il Regno Unito registra una variazione percentuale in diminuzione, riducendo il numero di occupati da 64.000 nel 2014 a 61.500 nel 2015 (-3,9%).

KI 13.5. Composizione mercato mondiale dispositivi medici



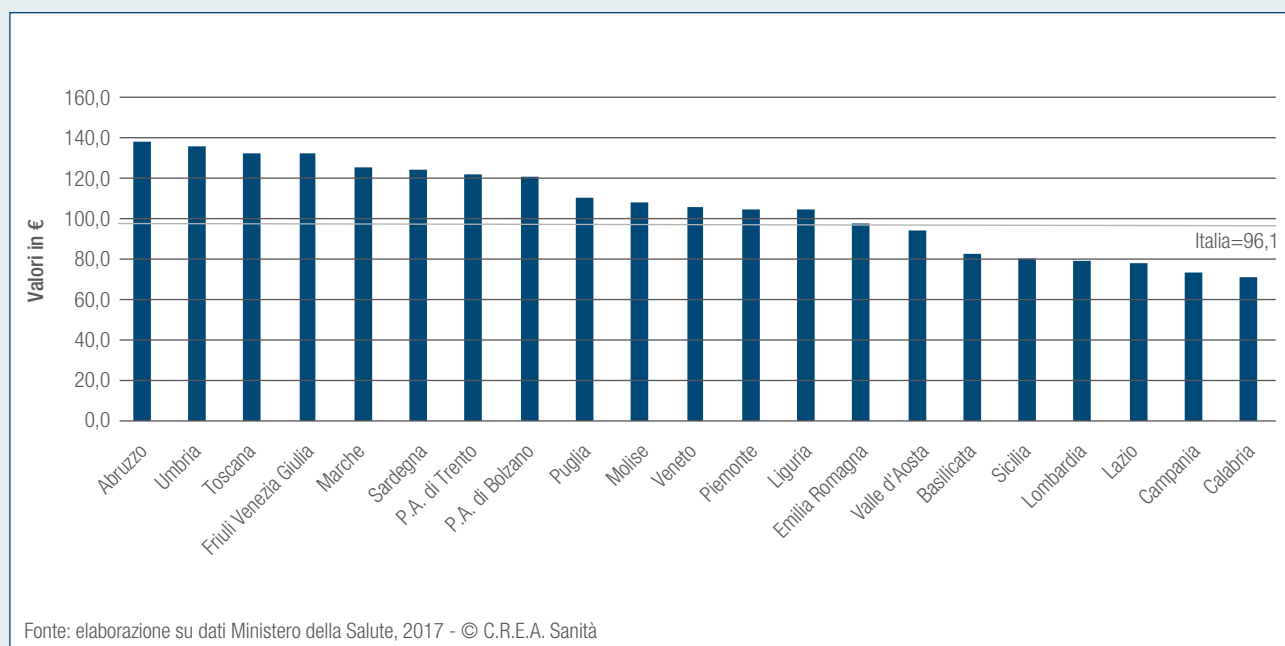
Nel 2015 il mercato mondiale dei dispositivi medici ammonta a circa € 379 mld. (MedTech Europe, 2016). Il mercato statunitense rappresenta il 42,0% di quello mondiale, quello europeo il 29,0% e quello giapponese il 8,0%. Nel biennio 2014-2015, il valore del mercato è aumentato di 3 punti percentuali per gli Stati Uniti e di 0,1 per il Regno Unito; si è ridotto per i restanti principali Paesi europei, in particolare Germania e Francia -0,6, Italia -0,2 e anche per il Giappone (-1,0 punti percentuali).

KI 13.6. Bilancia commerciale dell'industria dispositivi medici



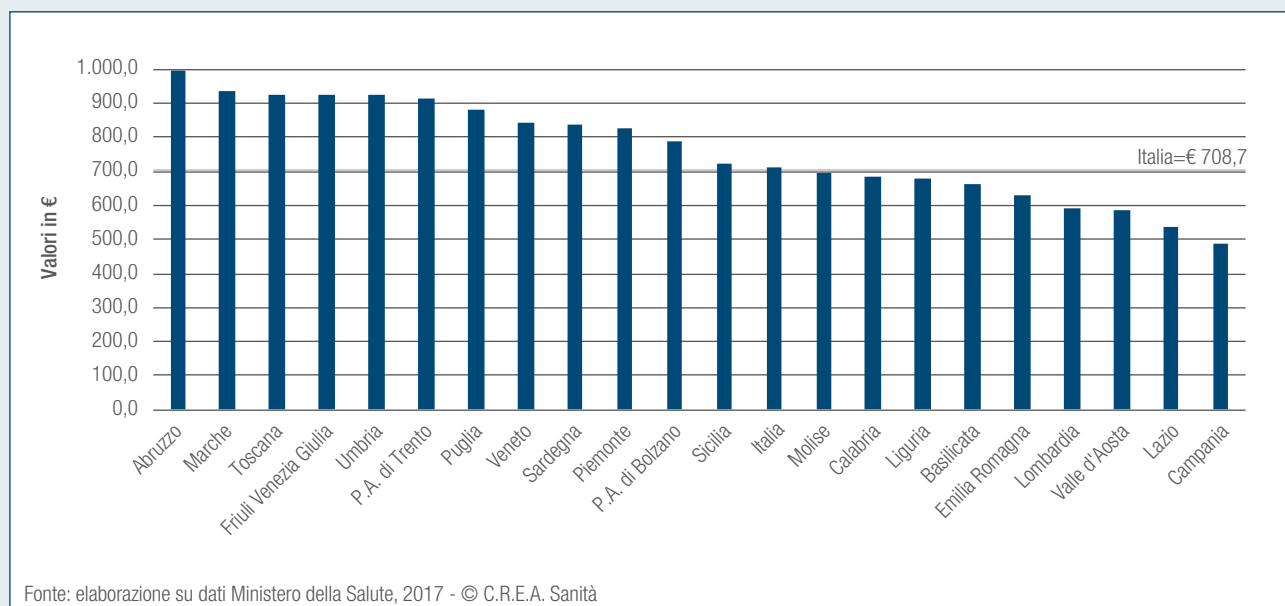
Nel 2015, il Paese con il saldo commerciale più alto nel settore dei dispositivi medici risulta essere la Germania con +€ 8.576 mln, seguita dall'Irlanda con +€ 6.509 mln. e dalla Svizzera con € 5.637. La Spagna presenta un saldo negativo pari a -€ 2.209, così come la Francia (- € 2.000), l'Inghilterra (-€ 2.591). Nel 2015, l'Italia ha esportato DM per un valore pari a € 3,4 mld. ed importato per un valore pari a circa € 5,3 mld., con un saldo della bilancia commerciale negativo e pari a -€ 1,9 mld.. Rispetto al 2014 il valore dell'export nel settore dei dispositivi medici si è ridotto in tutti i Paesi considerati soprattutto in Francia, Irlanda e Olanda rispettivamente del -23,9%, -18,5% e -15,9%; un decremento di minore entità si è invece registrato in Inghilterra (-8,0%). L'unico Paese che registra un incremento dell'export è il Belgio (+37,6%). In Italia, nello stesso periodo, il valore dell'export si è ridotto del -18,2%. Anche il valore dell'import registra decrementi soprattutto in Francia (-14,2%) e Italia (-13,9%). L'unico Paese che registra un incremento delle importazioni è l'Irlanda (+2,8%).

## KI 13.7. Spesa pro-capite per dispositivi medici, anno 2016



Nel 2016 la spesa pro-capite media nazionale per DM delle strutture pubbliche ha continuato a crescere raggiungendo € 96,1 (+2,6% rispetto al 2014). Le Regioni con la maggior spesa pro-capite risultano essere Abruzzo (€ 138,1), Umbria (€ 135,9), Toscana (€ 132,5) e Friuli Venezia Giulia (€ 132,6); quelle con la minore sono Lombardia (€ 79,1), Lazio (€ 77,8), Campania (€ 73,1) e Calabria (€ 70,8).

## KI 13.8. Spesa per dispositivi medici. Valore per ricovero in acuzie, anno 2016



La spesa per DM per ricovero in acuzie nelle strutture pubbliche, che riduce le distorsioni legate ad una differente distribuzione tra strutture pubbliche e private accreditate, nel 2016, ha un valore pari a € 708,7. Abruzzo, Marche, Toscana e Friuli Venezia Giulia sono le Regioni con la spesa per DM per ricovero più alta; Campania, Valle d'Aosta, Lombardia e Lazio con quella più bassa.





*Capitolo 14*

## **Analisi per patologia, tecnologia**

### *Analysis by pathology, technology*

14a. Impatto e *governance* delle malattie rare e dei farmaci orfani

*English Summary*

14b. L'utilizzo dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici

*English Summary*

14c. Osservatorio per un'equità di accesso alle prestazioni

*English Summary*



## CAPITOLO 14

### Analisi per patologia, tecnologia

In continuità con le ultime due edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno dedichiamo l'ultimo capitolo alle analisi che hanno una prospettiva trasversale rispetto a quelle per area di assistenza con cui è organizzato il Rapporto: tipicamente analisi per patologia o processi.

Scegliendo fra le ricerche fatte nell'anno dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità, le aree di analisi inserite, lo sono state in base a valutazioni relative alla rilevanza sociale delle patologie, ovvero dal contenuto di innovazione nelle terapie.

Nei contributi ci si astiene da qualsiasi valutazione comparativa fra singole tecnologie alternative, privilegiando la descrizione e la valutazione degli impatti epidemiologici, economici, organizzativi e sociali.

Quest'anno il capitolo contiene tre approfondimenti.

- Il primo dedicato alle malattie rare, delle quali si riportano i principali dati del rapporto OSSFOR (una *partnership* C.R.E.A. Sanità e OMAR) in tema di domanda, offerta, regolazione e *governance* delle malattie rare e dei farmaci orfani (Capitolo 14a).
- Il secondo all'utilizzo in Italia dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici (Capitolo 14b), riportando i risultati di una *survey*, promossa dalla Società Italiana di Chirurgia (SIC), dalla Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) e dalla Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE), rivolta a chirurghi oncologi operanti in unità operative ospedaliere italiane, finalizzata a rilevare i modelli organizzativi in essere, il livello di conoscenza dei clinici sul tema, il ricorso alla nutrizione immunomodulante e le eventuali criticità relative al suo utilizzo.
- Il terzo alla diffusione del ricorso all'approccio chirurgico laparoscopico nelle strutture ospedaliere italiane (Capitolo 14c), analizzato dall'Osservatorio PariSanità, promosso da C.R.E.A. Sanità e Asso-biomedica, per monitorare l'equità nell'accesso regionale alle tecnologie, e i relativi impatti organizzativi.

## Analysis by pathology, technology

As was the case with the last two Health Reports, also this year we devote the last chapter to analyses having a cross-sectional perspective (compared to those by care areas with which the Report is organized), typically analyses by pathology or processes.

Among the studies carried out by the researchers of C.R.E.A. Sanità during 2017, the areas of analysis have been chosen on the basis of assessments relating to the social relevance of pathologies or the innovation content of therapies.

The contributions avoid any comparative evaluation between individual alternative technologies, thus favouring the description and assessment of the epidemiological, economic, organizational and social impacts.

This year the Chapter includes three in-depth analyses.

- The first one is devoted to rare diseases and contains the most important data of the OSSFOR (a partnership between OMAR and C.R.E.A. Sanità) report on demand, supply, regulation and governance of rare diseases and orphan drugs (Chapter 14a).
- The second one is dedicated to Italy's use of immunonutrition in cancer patients (Chapter 14b). It reports the results of a survey promoted by the Italian Society of Surgery (SIC), the Italian Society of Oncological Surgery (SICO) and the Italian Society for Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE), addressed to oncologist surgeons working in Italian hospitals. The survey was aimed at analysing the existing organizational models; the clinical knowledge of the subject; the recourse to immunomodulatory nutrition and possible problems relating to its use.
- The third one is dedicated to the spreading of the laparoscopic surgical approach in Italian hospitals (Chapter 14c), analysed by the Observatory Pari-Sanità, promoted by Assobiomedica and C.R.E.A. Sanità, to monitor equity in regional access to technology and its related organizational impacts.



## CAPITOLO 14a

### Impatto e *governance* delle malattie rare e dei farmaci orfani

OSSFOR<sup>1</sup>

#### 14a.1. Premessa

L'Osservatorio Farmaci Orfani (OSSFOR) è il primo centro studi e *think-tank* interamente dedicato allo sviluppo delle *policies* per la *governance* e la sostenibilità nel settore delle malattie rare. Nasce nel 2016 da una iniziativa congiunta del Centro di ricerca C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) e della testata Osservatorio Malattie Rare OMAR con l'obiettivo di sistematizzare le informazioni esistenti, colmare la lacuna di conoscenze e informazioni sul settore, favorire un confronto aperto e diretto tra istituzioni e principali *stakeholder*. L'obiettivo di OSSFOR è contribuire a garantire un rapido accesso alle terapie e alla assistenza per i malati rari, favorendo una sinergia tra il mondo istituzionale, politico, accademico ed imprenditoriale, attraverso un libero confronto utile ad identificare le migliori strategie da mettere in atto.

Fra i suoi obiettivi OSSFOR ha quello di pubblicare annualmente un Rapporto per diffondere l'evoluzione delle conoscenze in tema di impatto economico e sociale, nonché monitorare l'evoluzione delle politiche sanitarie, della regolazione e gestione delle malattie rare e delle tecnologie per esse sviluppate, in primis i farmaci orfani.

Il Rapporto si articola in 4 parti: la prima analizza gli aspetti regolatori del settore malattie rare e farmaci orfani, la seconda parte è dedicata all'analisi della "domanda", segue poi l'analisi dell'offerta in termini di tecnologie ed infine un *focus* sulla *governance* del settore.

Il primo Rapporto si è concentrato essenzialmente su tre aspetti: il primo, propedeutico alla razionale formulazione di qualsiasi ipotesi di intervento, concerne la conoscenza del fenomeno malattie rare, sia essa intesa in termini epidemiologici, sia di impatto economico sul

servizio sanitario; il secondo aspetto affrontato è quello regolatorio, che nel settore vede esprimersi peculiarità che necessitano di un approfondimento dedicato; il terzo aspetto è quello delle tecnologie per le malattie rare, ed in particolare dei farmaci orfani, che è al centro delle politiche tanto assistenziali, quanto industriali: l'approfondimento è reso evidentemente opportuno in ossequio alla complessità del settore, e all'impatto dell'innovazione sulle opportunità e sulla qualità di vita dei pazienti.

Ovviamente, avendo il progetto un afflato pluriennale, i vari aspetti citati saranno oggetto di integrazioni, approfondimenti e aggiornamenti nelle edizioni successive, dovendosi considerare questa prima annualità come un primo tentativo di sistematizzazione della materia.

Osserviamo, altresì, che gli aspetti citati sono caratterizzati da una strettissima interrelazione, così che vengono trattati, sotto diverse angolature, in più capitoli del Rapporto.

#### 14a.2. Sintesi del I Rapporto 2017

Il Rapporto è composto da quattro parti: il primo capitolo, dedicato al Regolatorio, descrive la normativa Italiana, Europea e gli *Early Access Programmes*; il secondo capitolo, dedicato alla Domanda, contiene un'analisi epidemiologica dei pazienti con malattia rara; il terzo capitolo, dedicato all'Offerta, esamina i processi del percorso autorizzativo dei farmaci orfani; il quarto capitolo, dedicato alla *Governance*, contiene un'analisi dei costi sanitari diretti e i processi decisionali per le tecnologie dedicate alle malattie rare.

Di seguito si sintetizzano le principali evidenze con-

<sup>1</sup> Alla stesura del Rapporto OSSFOR 2017 hanno contribuito Bernardini A.C., Carrieri C., d'Angela D., Polistena B., Spandonaro F., Venturi R.

tenute nel Rapporto, rimandando alla lettura completa per il loro approfondimento.

Iniziamo con l'osservare che, sulla base di una indagine originale, condotta sui *databases* amministrativi della Regione Lombardia e della Regione Puglia, la prevalenza di pazienti portatori di MR, a cui viene riconosciuta l'esenzione dal SSN, ad oggi possiamo stimarla nel *range* 0,46%-0,53% della popolazione residente, con una significativa differenza di genere: 0,53%-0,55% per le femmine e 0,39%-0,51% per i maschi.

Estrapolando il dato, si può presumere che i MR esenti in Italia siano compresi nel *range* 270.027-322.763.

Per i pazienti esenti il SSN sostiene una spesa media pro-capite annua compresa nel *range* € 4.217-€ 5.003, comprendente farmaceutica convenzionata e in *File F*, diagnostica, analisi di laboratorio, visite, ricoveri ordinari e diurni. Non si considera l'assistenza residenziale e domiciliare per carenza di informazione ma, essendo ancora poco sviluppata, l'attesa è che incida per ora in modo marginale.

Estrapolando, anche in questo caso, il dato, la spesa sostenuta complessivamente dal SSN risulterebbe pari a € 1,35 mld. pari quindi al 1,2% della spesa pubblica totale.

Si consideri che i dati rilevati sottostimano i fenomeni analizzati, principalmente perché prendono in considerazione solo i pazienti a cui il SSN riconosce una esenzione: osserviamo, però, che mentre sul versante epidemiologico la sottostima è certamente rilevante (si consideri che stime EMA parlano del 6-8% della popolazione EU) sul lato economico lo è molto meno, in quanto l'esenzione è legata proprio alla rilevanza dell'assorbimento di risorse. Da un punto di vista economico rimane però esclusa la quota di onere per l'assistenza sostenuta direttamente dai pazienti e dai loro *caregiver*, che sappiamo essere certamente rilevante.

Con i caveat espressi, si può rilevare come la quota capitaria di spesa per i malati rari, in media, non si discosta significativamente da quella dei pazienti cronici con due co-morbilità.

Entrando più nel dettaglio, possiamo segnalare come l'analisi della distribuzione per età dei soggetti affetti da malattia rara, registra un picco di prevalenza nell'età adolescenziale (10-19 anni) ed un altro nella quinta decade (40-49 anni).

Le condizioni ultra-rare, invece, si concentrano maggiormente in età giovanili e fanno osservare un *trend* epidemiologico difforme rispetto all'universo.

Analizzando la sotto-popolazione dei pazienti ultra-rari, emerge come essi rappresentino la vera sfida in termini organizzativi: intanto perché ammontano ad una quota compresa tra il 15,9% e il 16,5% dell'universo dei pazienti portatori di MR, ma sono frazionati in oltre 215 malattie o gruppi che accedono all'esenzione.

Inoltre, la complessità è acuita dal fatto che la variabilità nella concentrazione dei soggetti tra le diverse ASL appare estremamente rilevante, arrivando ad una variazione tra quella con prevalenza massima e quella con prevalenza minima dell'ordine del 100,0%.

Il dato si riverbera sull'aspetto dell'impatto economico: almeno in Lombardia anche la spesa media per i pazienti ultra-rari risulta significativamente superiore alla media, con una variazione tra quella con spesa pro-capite massima e quella minima dell'ordine del 220%.

A ben vedere, definendo, in qualche modo arbitrariamente, pazienti ad "alto costo" quelli con una spesa media annua pro-capite maggiore di € 50.000, essi risultano pari allo 0,5% dei malati rari della Regione Lombardia e 0,005% della Regione Puglia, assorbendo rispettivamente l'11,1% e lo 0,3% del totale delle risorse: la differenza andrà approfondita e può riguardare barriere all'accesso, fenomeni di mobilità, ma anche essere frutto di pura casualità: evidentemente, essendo la popolazione pugliese dell'ordine del 50% di quella lombarda, va da sé che la variabilità delle stime è maggiore.

Questa concentrazione mette in luce come ci sia evidenza di una forte concentrazione dei rischi finanziari, che dovrebbe far riflettere sull'attuale sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie che, in alcuna Regione, ci risulta preveda correttivi ad hoc per i pazienti alto-spendenti, con il rischio di generare barriere all'accesso di prestazioni essenziali.

Le analisi, condotte in due regioni popolate, una settentrionale e una meridionale, evidenziano importanti regolarità: ad esempio le voci predominanti di costo sono, come era lecito aspettarsi, quelle per l'assistenza farmaceutica (oltre il 60% del costo totale) e per i ricoveri (circa il 20% del costo totale).

La spesa media annua pro-capite dei malati rari è più alta al momento della certificazione dell'esenzione,

si riduce in età adulta per poi incrementarsi nuovamente in età anziana, quando alla patologia rara si affiancano, presumibilmente, altre problematiche di salute.

Le risorse assorbite dal genere maschile sono decisamente maggiori rispetto a quelle assorbite da quello femminile (oltre il 60%), malgrado l'epidemiologia abbia "segno" inverso.

Per quanto concerne l'aspetto regolatorio si è fatto riferimento alle normative, Europee e nazionali, a partire dal 2000, anno in cui le Istituzioni Europee hanno emesso il primo Regolamento, il n. 141/2000, recante norme per l'assegnazione della qualifica di farmaco orfano. In particolare, si è voluto approfondire argomenti quali i requisiti per la designazione di farmaco orfano e il relativo procedimento, e la procedura di autorizzazione centralizzata disciplinata dal Regolamento (CE) n. 726/2004, obbligatoria per alcune tipologie di farmaci, tra cui i farmaci orfani. Dall'analisi normativa condotta, si evince l'intento, da parte delle Istituzioni Europee, di incoraggiare lo sviluppo e la produzione dei farmaci orfani, al fine di dare risposta ad una serie di bisogni di salute non ancora soddisfatti. Nel 2017 l'Agenzia Europea per i Medicinali ha autorizzato, complessivamente, 73 nuovi farmaci di cui 10 con designazione orfana.

Questo stesso obiettivo appare perseguito dal legislatore nazionale, il quale con la L. n. 95/2012 prima e con la L. n. 189/2012 (successivamente modificata dalla L. n. 98/2013) poi, ha contribuito ad incoraggiare lo sviluppo e la produzione dei farmaci orfani con la concessione agli *sponsor* della possibilità di presentare domanda di prezzo/rimborso ancor prima del rilascio, da parte della Commissione Europea, dell'autorizzazione all'immissione in commercio, con l'esclusione dei farmaci orfani dal *pay back* e, infine, con la previsione di un *fast track* autorizzativo per i farmaci orfani e di eccezionale rilevanza terapeutica.

Ulteriore regolamentazione oggetto di analisi è quella relativa ai c.d. *Early Access Programmes*, ossia quei programmi, rivolti ai pazienti affetti da patologie rare, gravi o altamente invalidanti, atti a garantire un accesso precoce al farmaco, prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio o durante la fase di sperimentazione dello stesso, qualora non vi sia valida alternativa terapeutica. A tal proposito, si fa riferimento alla L. n. 648/1996, al Decreto Ministeriale 8 maggio 2003 e alla L. n.

326/2003. Con riferimento specifico alle malattie rare, il numero di farmaci destinato alla loro cura inserito nella lista istituita a norma della L. n. 648/96 è pari a 28.

Lo studio della normativa in questione ha evidenziato la particolare attenzione che il nostro Paese rivolge ai pazienti affetti, tra le altre, da patologie rare fornendo agli stessi una molteplicità di strumenti, caratterizzati da peculiari requisiti, al fine di garantire il loro bisogno di salute non sempre soddisfatto.

Si consideri che la legislazione Europea e quella Italiana, sono orientate, negli ultimi anni, sempre nell'ottica di garantire un accesso rapido alle opportunità terapeutiche ai MR, a ridurre le tempistiche delle procedure amministrative per l'immissione in commercio dei farmaci orfani.

Per monitorare la questione, OSSFOR ha effettuato una analisi approfondita dei processi di *market access*, a livello internazionale e nazionale, costruendo una propria banca dati, che verrà aggiornata annualmente.

Le prime evidenze raccolte, suggeriscono che a livello Europeo aumenti il tempo che intercorre tra la designazione di farmaco orfano e la richiesta di autorizzazione, attraverso procedura centralizzata all'EMA: da 34 mesi (valore mediano 31) per i farmaci autorizzati dall'EMA fra il 2003 ed il 2004, a 74 mesi (valore mediano 77), tra il 2015 ed il 2016.

Tale aumento si associa ad una riduzione della durata del processo di autorizzazione EMA, evidenziando quindi come il primo fenomeno sia effetto di una sempre più precoce "designazione".

Anche a livello nazionale (AIFA), si registra negli ultimi anni una tendenza alla riduzione della durata del processo: tra autorizzazione EMA e determina di prezzo e rimborso, si passa, infatti, da 29 mesi (valore mediano 26) nel triennio 2011/2013 a 13 mesi (valore mediano 12) nel triennio 2014/2016.

I tempi si riducono ulteriormente se si escludono i farmaci inseriti nell'elenco della L. n. 648/96 e quelli in Classe Cnn: da 27 mesi (valore mediano 26) nel triennio 2011/2013 a 10 mesi (valore medio e mediano) nel triennio 2014/2016.

La riduzione appare correlata all'evoluzione normativa e in particolare con l'approvazione della L. n. 189/2012 ("Decreto Balduzzi") e della L. n. 98/2013, che da ultimo ha ridotto i tempi consentiti per la conclusione

della procedura negoziale in 100 giorni dalla data di presentazione della domanda.

Il processo “interno”, ovvero il tempo di definizione della valutazione/negoziazione da parte delle Commissioni AIFA, mostra anch'essa una inversione di tendenza nel periodo considerato, passando da 218 giorni (206 valore mediano) nel 2012/2014 a 197 giorni (165 valore mediano) nel triennio 2015/2017.

Rimanendo nel campo dei farmaci orfani, per i quali OSSFOR si è munito, anche in questo caso, di una banca dati per il monitoraggio dell'evoluzione del mercato, osserviamo che fra il 2015 e il 2016 la spesa (per 74 farmaci su 86 monitorati, presenti sul mercato italiano) è aumentata di € 244 mln. ovvero del 22%, come anche le quantità vendute, passate da 22,4 milioni di Unità Minime Frazionabili (UMF), a 25,8, con un aumento del 15,1%.

Gli incrementi di spesa e di quantità vendute sono, peraltro, legati all'accesso al mercato di nuovi farmaci e al loro naturale *uptake*: è interessante notare come i farmaci commercializzati per la prima volta dopo il 2013 registrano un aumento di spesa del 132% e in quantità del 70%, mentre per quelli precedenti, l'incremento di spesa è di circa il 10% e quello in quantità del 5%.

Il costo per UMF, di conseguenza, cresce del 35% per i farmaci recentemente immessi in commercio, mentre si ferma al 7% ca. per quelli più “vecchi”.

La spesa per farmaci orfani sulla spesa farmaceutica pubblica e privata totale, pur rimanendo limitata, è cresciuta in modo significativo nel biennio considerato: in termini percentuali passa, infatti, dal 3,9% al 4,6% (5,0% e 5,9% rispettivamente considerando la sola spesa farmaceutica pubblica).

Tale incremento di incidenza della spesa per farmaci orfani sulla spesa farmaceutica pubblica appare, ovviamente a fronte di un incremento delle opportunità terapeutiche, un elemento positivo; i pazienti trovano maggiori risposte ai loro bisogni e le aziende, nonostante le difficoltà connesse ai “piccoli numeri” sembra investano in questo settore.

La tematica dell'impatto economico porta “naturalmente” all'aspetto dei processi di rimborso e *pricing*.

Analizzando la letteratura esistente si evidenzia come la quota degli oneri per i farmaci orfani tenda ad assestarsi intorno al 5% a livello internazionale (Schey et al.).

Il costo annuo della terapia con farmaci orfani (in 7

Paesi Europei fra cui l'Italia) varia da poco più di € 750 a oltre € 1.000.000, con un costo medio di € 10.000 e un costo mediano di circa € 39.000 (Medic et al).

In tema di efficienza Vegter rileva che il 57% dei farmaci analizzati aveva un costo per QALY guadagnato sotto la soglia delle £ 30.000; più recentemente, Picavet et al rilevano un costo incrementale per QALY guadagnato pari a circa € 40.000, variabile (approssimativamente) nel range € 6.000-1.000.000. Secondo questo studio, sebbene gli autori abbiano potuto raccogliere evidenze farmaco-economiche per soli 19 farmaci, buona parte di essi rispondono ai requisiti di costo-efficacia comunemente adottati: per circa il 50% il costo per QALY risulta inferiore a £ 30.000 e per l'80% a € 80.000.

L'elemento chiave rimane quindi la variabilità dei risultati, che però deve essere contestualizzata. In altri termini, il rapporto fra il costo incrementale per QALY guadagnato più alto e più basso, secondo lo studio citato è pari a 167 volte, valore che può apparire in effetti inspiegabile, ma che invece è strettamente legato alla variabilità della prevalenza delle condizioni rare: fra la prevalenza di una malattia rara al limite superiore della soglia e una ultra-rara il rapporto è, infatti, pari a 25 volte.

Il recente lavoro di Medic dimostra l'esistenza di una correlazione inversa, statisticamente significativa, fra i costi anni di trattamento e la prevalenza delle patologie rare a cui sono dedicati in complesso 120 farmaci orfani commercializzati in 7 Paesi Europei (Francia, Germania, Italia, Norvegia, Regno Unito, Spagna e Svezia).

E le correlazioni, in tutti i Paesi considerati, sono ancora più nette per le malattie ultra-rare.

In altri termini, esiste chiara evidenza della relazione che di fatto esiste fra prevalenza e prezzi/costi: e questa risulta facilmente giustificabile osservando che al diminuire della prevalenza, e quindi dei pazienti eleggibili, in generale deve aumentare il prezzo/costo per mantenere costante la profittabilità.

Concentrandoci sull'Italia, osserviamo che ha un numero di farmaci orfani considerato secondo solo a Regno Unito, ed il costo annuo di trattamento mediano più basso fra i Paesi considerati, come anche il costo medio più basso, escluso quello della Svezia (il cui dato non è però da considerarsi del tutto confrontabile).

Si conferma, in definitiva, che le Agenzie regolatorie sembrano riconoscere e gestire in modo relativamente

omogeneo e razionale le questioni di profittabilità, e quindi gli incentivi all'investimento nel settore delle malattie rare / farmaci orfani; e, per l'Italia, Messori et al hanno tentato di stimare la relazione fra costi di trattamento e prevalenza sul mercato italiano, esplicitando quindi la "regola" di negoziazione implicitamente adottata da AIFA.

Secondo tale studio, per una patologia con una prevalenza di 2 casi su 10.000 il costo annuo di trattamento, ritenuto implicitamente accettabile da AIFA, sarebbe pari a € 10.000, salirebbe a ca. € 26.500 per una prevalenza di 0,2 casi su 10.000 (ultra-rara) e sfiorerebbe € 2.000.000 per una patologia con 10 casi in Italia.

Si osservi che il fatturato potenziale nei tre casi esemplificativi citati, varia fra € 120 mln. (prevalenza di 2 su 10.000), € 32 mln. (prevalenza di 0,2 su 10.000), e € 20 mln. (prevalenza di 10 casi in Italia).

Va da sé che, per quanto la "progressività" dei prezzi/costi possa sembrare enorme, come anche il costo per singolo paziente, è largamente presumibile che la profittabilità per le patologie rimanga inferiore e molto bassa, al limite che da non essere remunerative.

In conclusione, malgrado negli ultimi anni si osservi un crescente interesse per il settore, l'equilibrio del settore rimane "fragile": tale fragilità è, in primo luogo, spiegata dalla fortissima variabilità delle prevalenze, genera concentrazioni di rischi con un potenziale forte impatto organizzativo e economico per le aziende sanitarie.

La variabilità delle prevalenze, spiega anche gli scostamenti rilevanti che si osservano dal principio di efficienza (costo-efficacia) per le tecnologie, e malgrado ciò rimane fragile anche da un punto di vista industriale, sebbene gli incentivi messi in campo negli ultimi anni si siano dimostrati efficaci.

Anche le tempistiche di accesso migliorano, sebbene i processi di *market access* ancora richiedano tempi significativi.

In ultima istanza, la vera peculiarità, in termini di politiche sanitarie, rimane la concentrazione di risorse molto elevate su gruppi molto piccoli di popolazione, che può provocare, e di fatto provoca, reazioni tendenzialmente contrastanti.

A questa, che è una problematica sociale, si può rispondere con le indicazioni contenute nel documento del Comitato Nazionale per la Bioetica del 25 novembre 2011 "Farmaci Orfani per le persone affette dalle Malattie Rare": «... il paziente affetto da una malattia rara è innanzitutto una persona che ha il diritto alla cura della salute: diritto che, in questo caso, si esplica come diritto ad ottenere trattamenti di provata efficacia, ma anche come diritto alla speranza nello sviluppo di nuovi possibili trattamenti, grazie ai progressi della ricerca farmacologica.» ... perché ... «il possesso del migliore stato di salute che si è capaci di raggiungere costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano» e dato che il «... criterio di efficienza quale quello basato sul costo/efficacia degli interventi, pur garantendo un'efficace distribuzione delle risorse in vista dell'acquisto della maggior quantità possibile di salute pubblica, non promette di garantire sufficientemente i diritti individuali e i bisogni dei pazienti 'marginali', sarà necessario individuare strumenti di policy, aggiuntivi o alternativi, in grado di soddisfarli. L'obiettivo (ideale) primario da raggiungere deve essere, infatti, il miglioramento delle condizioni e della qualità di vita di ogni paziente, senza discriminazioni basate sulla natura della malattia o sui costi della terapia».

## ENGLISH SUMMARY

### Impact and governance of rare disease and orphan drugs

#### OSSFOR Report 2017

##### 14a.1. Premise

The Orphan Drugs Osservatory (OSSFOR) is the first research center and think tank dedicated to developing policies for governance and sustainability in the field of rare diseases. Born in 2016 by a joint initiative of the Research Center C.R.E.A. Sanità (Research Consortium for Applied Economics in Healthcare) and the journal Osservatory of Rare Diseases OMAR with the aim of systematizing existing information, filling the gap in knowledge and information on the sector, facilitating an open and direct confrontation between institutions and key stakeholders.

The goal of OSSFOR is to help ensure rapid access to therapies and assistance to rare patients by promoting synergies between the institutional, political, academic and business worlds through a free exchange in order to identify the best strategies to be implemented.

Among its objectives OSSFOR is to publish annually a Report on the dissemination of the evolution of knowledge related to an economic and social impact and to monitor the evolution of health policies, regulation and management of rare diseases and their technologies, primarily orphan drugs.

This Report is divided into 4 parts: the first analyzes the regulatory aspects of the rare diseases sector and orphan drugs; the second part is devoted to the analysis of “demand”; thirdly, then analyzes the supply in terms of technology; fourthly, a focus on governance in the industry.

The first Report focused essentially on three aspects: the first, a preliminary to the rational formulation of any hypothesis of intervention, concerns the knowledge of the rare disease phenomenon, both in terms of epidemiological and economic impact on the health service; the second aspect is the regulatory one, which observes in the sector peculiarities that require a thorough study;

the third aspect is the technology for rare diseases, and in particular of orphan drugs, which is at the heart of both Welfare and industrial policies: in-depth analysis is obviously appropriate in the light of the complexity of the sector and the impact of innovation on patients' opportunities and quality of life.

Obviously, with the project having a multi-year approach, the various aspects mentioned will be the subject of integration, in-depth analysis and updating in subsequent editions, having to consider this first edition as an initial attempt to systematize the materials.

We also note that the aspects mentioned are characterized by a close interrelation, so that they are dealt with accordingly under different aspects in several chapters of the Report.

##### 14a.2. Summary of I Report 2017

The Report consists of four parts: the first chapter, dedicated to the Regulatory, describes the Italian and European regulations and Early Access Programs; the second chapter, dedicated to the Demand, contains an epidemiological analysis of patients with rare disease; the third chapter, dedicated to the Supply, examines the processes of the authorization path of orphan drugs; The fourth chapter, dedicated to Governance, contains an analysis of direct health costs and decision making processes for rare disease technologies. In conclusion, a contribution made by EURORDIS that offers a European perspective on access to therapies.

Below is a summary of the main evidence contained in the Report, referring to the full reading for their in-depth study.

We begin with the observation that on the basis of an original survey conducted on the administrative databases of the Lombardia Region and the Puglia Region,

the prevalence of rare disease patients, who are recognized with exemption by the NHS can now be estimated in the range 0.46% -0.53% of the resident population, with a significant gender difference: 0.53% -0.55% for females and 0.39% -0.51% for males.

By extrapolating the data, it can be assumed that rare diseases in Italy are within range 270.027-322.763. For exempt patients, the NHS supports an average annual per-capita spending in the range of € 4.217 - € 5.003, including contracted pharmaceuticals and in File F, diagnostics, laboratory analysis, visits, ordinary and daytime hospitalizations. Housing and home care are not considered for the scarcity of information, but being still underdeveloped, the expectation is that it has a marginal impact for now.

Even in this case by extrapolating the data, the overall expenditure incurred by the NHS would amount to € 1.35 billion. equal to 1.2% of total public expenditure.

Consider that the underlying data underestimates the phenomena analyzed, mainly because only the patients to whom the SSN recognizes an exemption are considered; however, we observe that while on the epidemiological side the underestimation is certainly relevant (consider that EMA estimates describe 6 -8% of the EU population) on the economic side it is much less, as the exemption is linked to the relevance of absorbing resources. From a financial point of view, however, the burden of the care provided directly by the patients and their care providers is excluded, which we know is certainly significant.

With the caveats expressed, it can be seen how the share of spending on rare patients on average does not differ significantly from that of chronic patients with two co-morbidity.

Entering in more detail, we can point out that age distribution of subjects with rare disease returns a peak of prevalence in adolescent age (10-19 years) and another in the fifth decade (40-49 years).

Ultra rare conditions, however, are more concentrated in younger ages and show a different epidemiological trend than the universal.

Analyzing the sub-population of ultra-rare patients, it emerges that they represent the true challenge in organizational terms: while they amount to between 15.9% and 16.5% of the universe of rare disease patients, they

are divided into over 215 illnesses or groups that access the exemption.

In addition, the complexity is heightened by the fact that variability in the concentration of subjects between the various local health agencies appears extremely significant, reaching a variation between the one with the highest prevalence and the one with the lowest prevalence of 100%.

The data reverberates on the aspect of economic impact: at least in Lombardia, the average expenditure for ultra-rare patients is significantly higher than the average, with a variation between the one with the highest per-capita spending and the lowest of 220%.

Observing, by arbitrary definition, "high cost" patients with average annual expenditure per-capita greater than € 50,000, are equal to 0.5% of the rare patients in the Lombardia Region and 0.005% of the Puglia Region, absorbing 11.1% and 0.3% respectively of the total resources; the difference should be analyzed more profoundly and may concern access barriers, mobility phenomena, but also the result of pure casualty; evidently, since the population Puglia is 50% of Lombardia, it goes without saying that the variability of the estimates is greater.

This concentration shows that there is evidence of a high level of financial risks, which should cause reflection on the current funding system for healthcare providers, which in some regions provide us with ad hoc corrections for high-paying patients, with the risk of generating barriers to accessing essential services.

The analysis, conducted in two populous regions, one northern and one southern, highlights regularity: for example, the predominant cost items are as were expected, those for pharmaceutical assistance (over 60% of the total cost) and for admissions (about 20% of the total cost).

The average annual per-capita expenditure of rare patients is higher at the time of the certification of the exemption, it is reduced in adulthood and then increased again in the elderly when other pathologies or presumably other health problems concur with the disease.

The resources absorbed by the male gender are far greater than those absorbed by the female (over 60%), despite the epidemiology having an "inverse sign".

Regarding regulatory aspects, reference has been

made to European and national regulations, starting from the year 2000, when the European Institutions issued the first Regulation, No. 141/2000, setting rules for the assignment of the status of orphan drugs. In particular, it sought to explore topics such as the requirements for the designation of orphan drugs and the related procedure, and the centralized authorization procedure governed by Regulation (EC) No. 726/2004, mandatory for certain types of drugs, including orphan drugs.

From the analysis of the regulations, the intention of the European Institutions is to encourage the development and production of orphan drugs in order to respond to a series of unmet medical needs. In 2017, the European Medicines Agency authorized, altogether, 73 new drugs, of which 10 with orphan designation.

This same objective appears to be pursued by the nation's legislature, which firstly by Law No. 95/2012 and then with Law No. 189/2012 (subsequently amended by Law No. 98/2013), contributed to the development and production of orphan drugs by granting sponsors the possibility to apply for price / redemption even before the release of the marketing authorization by the European Commission, excluding orphan drugs from pay-back, and finally with the anticipation of a fast-track authorization for orphan drugs and those of exceptional therapeutic relevance.

Further regulation subject to analysis is that related to c.d. Early Access Programs, i.e. those programs aimed at patients with rare, serious or highly disabling illnesses, designed to ensure early access to the medication prior to the marketing authorization or during the testing phase, if there is no valid therapeutic alternative. In this regard, reference is made to Law No. 648/1996, the Ministerial Decree of 8 May 2003 and Law No. 326/2003. With specific reference to rare diseases, the number of medicines for their care included in the list set up under Article 1 648/96 is 28.

The study of the legislation in question has highlighted the special attention that our country addresses to patients suffering, among other things, from rare diseases, providing them with a multitude of tools characterized by peculiar requirements in order to guarantee their health needs not always satisfied.

Consider that European and Italian legislation have been oriented in recent years, always with a view to

ensuring rapid access to therapeutic opportunities for rare diseases, reducing the time of administrative procedures for the marketing of orphan drugs.

To monitor the issue, OSSFOR has conducted an in-depth analysis of market access processes, both internationally and nationally, by building its own database, which will be updated annually.

The first evidence gathered suggests that the time between the designation of orphan drug and the authorization request has increased at a European level through a central EMEA procedure: 34 months (median value 31) for EMEA-authorized medicines between 2003 and 2004, at 74 months (median value 77), between 2015 and 2016.

This increase is associated with a reduction in the duration of the EMA authorization process, thus highlighting how the first phenomenon is the effect of an increasingly early "designation".

Even at the national level (AIFA), there has been a tendency in the last few years to reduce the length of the process: between EMA authorization and price and redemption, in fact, it goes from 29 months (median value 26) to the three-year period 2011/2013 to 13 months (median 12) in the three-year period 2014/2016.

Times are further reduced if the drugs included in the list of L. 648/96 and those in Cnn Class are excluded: for 27 months (median value 26) in the three-year period 2011/2013 at 10 months (average and median value) over the three-year period 2014/2016.

The reduction appears to be related to regulatory developments and, in particular, with the approval of LN 189/2012 ("Balduzzi Decree") and Law 98/2013, which ultimately reduced the time allowed for the conclusion of the negotiating procedure in 100 days from the date of submission of the application.

The "internal" process, i.e. the time for evaluation/negotiation of the AIFA Commission also shows a trend reversal over the period considered, ranging from 218 days (206 median) to 2012/2014 to 197 days (165 median) in the three-year period 2015/2017.

While remaining in the field of orphan drugs, for which OSSFOR has also provided a database for the monitoring of market developments, we note that spending between 2015 and 2016 (for 74 drugs out of 86 monitored on the Italian market) increased by € 244



mil. or 22%, as well as the quantities sold, ranging from 22.4 million minimum fractional units (UMF) to 25.8, an increase of 16%.

Increases in spending and quantities sold are, however, linked to the market access of new drugs and their natural uptake: it is interesting to note that the drugs marketed for the first time since 2013 show a 132% increase in expenditure and in quantity of 70%, while for the previous ones, the increase in spending is about 10% and that in quantity of 5%.

The cost for UMF, therefore, grows by 35% for newly marketed medicines, while it stops at 7% approx. for those “older” ones.

Orphan drug spending on total public and private pharmaceutical spending, while remaining limited, grew significantly in the two-year period considered: in percentage terms, it went from 3.9% to 4.6% (5.0% and 5.9% respectively considering only public pharmaceutical expenditure).

Such an increase in the incidence of orphan drug expenditure on public pharmaceutical expenditure appears, of course, as an increase in therapeutic opportunities, a positive element; patients have found greater responses to their needs and companies seem to be investing in this area despite the difficulties associated with “small numbers”.

The issue of economic impact leads “naturally” to the aspect of redemption and pricing processes.

Examining existing literature shows how the share of charges for orphan drugs tends to settle at 5% internationally (Schey et al.), (2011).

The annual cost of orphan drug therapy (in 7 European countries including Italy) varies from just over € 750 to over € 1,000, with an average cost of € 10,000 and a median cost of around € 39,000 (Medic et al).

In terms of Vegter efficacy finds that 57% of the drugs analyzed had a cost per QALY (quality-adjusted life year) gained below the threshold of £ 30,000; more recently, Picavet et al found an incremental cost for QALY gained about € 40,000, varying (approximately) in the range of € 6,000-1,000,000.

According to this study, although the authors have been able to collect pharmaceutical-economic evidence for only 19 drugs, most of them meet the commonly-accepted cost-effectiveness requirements: for about

50%, the cost per QALY is less than £ 30,000 and per 80% to € 80,000.

The key element therefore remains the variability of the results, but it must be contextualized. In other words, the ratio of incremental cost to QALY gained higher and lower, according to the study quoted is 167 times, which may appear in fact inexplicable but which is, however, closely linked to the variability of the prevalence of rare conditions: Among the prevalence of a rare disease at the upper limit of the threshold and an ultra rare disease the ratio is, in fact, 25 times.

Medic’s (2017) recent work demonstrates the existence of a statistically significant inverse correlation between the cost of years of treatment and the prevalence of rare diseases to which 120 orphan drugs are marketed in 7 European countries (France, Germany, Italy, Norway, United Kingdom, Spain and Sweden).

And correlations, in all countries considered, are even more common for ultra rare diseases.

In other words, there is a clear evidence of the relationship between prevalence and price/cost, and this is easily justified by the fact that the decline in prevalence, and therefore of eligible patients, generally has to increase the price/cost to maintain a constant profitability.

By focusing on Italy, we note that it has a number of orphan drugs considered second only to the UK, with the lowest median annual treatment costs among the countries considered, as well as the lowest average costs, excluding that of Sweden (whose data however can not be considered completely comparable).

Ultimately, it is confirmed that the Regulatory Agencies seem to recognize and manage in a relatively homogeneous and rational manner the issues of profitability, and therefore incentives for investment in the field of rare diseases/orphan drugs; and, for Italy, Messori et al., (2010) attempted to estimate the relationship between treatment costs and prevalence on the Italian market, thus explaining the “negotiation rule” implicitly adopted by AIFA.

According to this study, for a disease with a prevalence of 2 cases per 10,000, the annual cost of treatment, considered implicitly acceptable by AIFA, would be € 10,000, would go up to approximately € 26,500 for a prevalence of 0.2 cases on 10,000 (ultra-rare) and

would be about € 2,000,000 for a pathology with 10 cases in Italy.

It should be noted that the potential turnover in the three mentioned cases varies from € 120m. (prevalence of 2 out of 10,000), € 32 mil. (prevalence of 0.2 to 10.000), and € 20 mil. (prevalence of 10 cases in Italy).

It goes without saying that although the “price/cost” progressiveness may seem enormous, as does the cost per single patient, it is widely assumed that profitability for illnesses remains lower and very low, to the extent that it is not profitable.

In conclusion, despite the increasing interests in the sector in recent years, the equilibrium of the sector remains “fragile”: this fragility is primarily due to the strong variability in prevalence, generating risk concentrations with a potentially strong organizational and economic impact for healthcare agencies.

The variability of prevalence, also explains the significant deviations from the cost-effectiveness principle for technology, and in spite of this, remains fragile even from an industrial point of view, although the incentives put in place in recent years have proved effective.

Access times have also improved, although market access processes still require significant times. Ultimately, the real peculiarities in terms of health policies

remain the concentration of very high resources on very small groups of people, which can, and in fact, provoke conflicting reactions.

To this, which is a social problem, one can respond with the indications in the document of the National Committee for Bioethics of 25 November 2011 “Orphan Drugs for People with Rare Diseases”: «... a patient suffering from a rare disease is first of all a person who has the right to health care: in this case, he is entitled to obtain proven efficacy, but also as a right to hope for the development of new treatments, thanks to advances in pharmacological research. «... because ...» the possession of the best state of health that one is capable of achieving constitutes a fundamental right of every human being “and given that” ... the criterion of efficiency such as that based on the cost-effectiveness of the interventions, effective distribution of resources with a view to purchasing as much public health as possible, does not promise to ensure enough namely the individual rights and the needs of “marginal” patients, it will be necessary to identify additional or alternative policy tools that can satisfy them. In fact, the primary goal (ideal) to be achieved is to improve the condition and quality of life of each patient, without discrimination based on the nature of the disease or the cost of therapy.»

## CAPITOLO 14b

### L'utilizzo dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici

d'Angela D.<sup>1</sup>, De Luca R.<sup>2</sup>, Ficari F.<sup>3</sup>, Gasbarrini A.<sup>4</sup>, Montorsi M.<sup>5</sup>, Spandonaro F.<sup>6</sup>

#### 14b.1. Introduzione

L'immunonutrizione (IMN) prevede la somministrazione di un apporto nutrizionale integrativo in grado di modulare la risposta infiammatoria ed incrementare quella immunitaria. In altri termini utilizza i principi nutritivi per favorire la diminuzione dello stato di iper-infiammazione e/o favorire l'azione del sistema immunitario.

Può essere applicata in diverse condizioni cliniche, acute e croniche, per via orale, enterale o parenterale.

Numerose linee guida supportano l'adozione della nutrizione immunomodulante; in particolare l'*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) ne raccomanda il suo utilizzo nei pazienti chirurgici con tumori testa-collo e gastrointestinali.

La conoscenza sull'effettivo ricorso all'IMN in Italia rimane però praticamente nulla: anche dove viene utilizzata, non si dispone di adeguate informazioni sui modelli organizzativi adottati.

Il presente contributo riporta i risultati di una *survey*, promossa dalla Società Italiana di Chirurgia (SIC), dalla Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) e dalla Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE), rivolta a chirurghi oncologi operanti in unità operative ospedaliere italiane, finalizzata a rilevare i modelli organizzativi in essere, il livello di conoscenza dei clinici sul tema, il ricorso alla nutrizione immunomodulante e le eventuali criticità relative al suo utilizzo.

#### 14b.2. Materiali e metodi

È stato predisposto un questionario, somministrato attraverso il metodo *Computer Assisted Personal Interviewing* (CAPI) a chirurghi oncologi operanti in unità operative di strutture sanitarie italiane.

Il questionario, predisposto da un *board* scientifico multidisciplinare composto da tre chirurghi, un gastroenterologo, un economista e un ingegnere biomedico, è articolato in quattro sezioni: la prima è finalizzata a rilevare la tipologia di unità operativa di appartenenza, ovvero il suo dimensionamento e l'incidenza della casistica oncologica pancreatico e gastrointestinale sulla casistica complessiva; la seconda a rilevare i modelli organizzativi per la prescrizione e somministrazione della nutrizione immunomodulante; la terza, a valutare il livello di conoscenza del chirurgo sul tema; la quarta ed ultima, a stimare l'effettivo utilizzo dell'IMN, rilevando le eventuali criticità organizzative che ne impediscono l'utilizzo.

#### 14b.3. Risultati

La *survey* ha raccolto 81 risposte di referenti di unità operative chirurgiche italiane, di cui il 27,2% localizzate nel Nord-Ovest del Paese, il 19,8% nel Nord-Est, il 23,5% nel Centro ed il 29,6% al Sud e nelle isole.

##### 14b.3.1. Tipologia di Centri e casistica

Il 27,2% delle risposte proviene da unità afferenti a

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>2</sup> I.R.C.C.S. Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", Bari

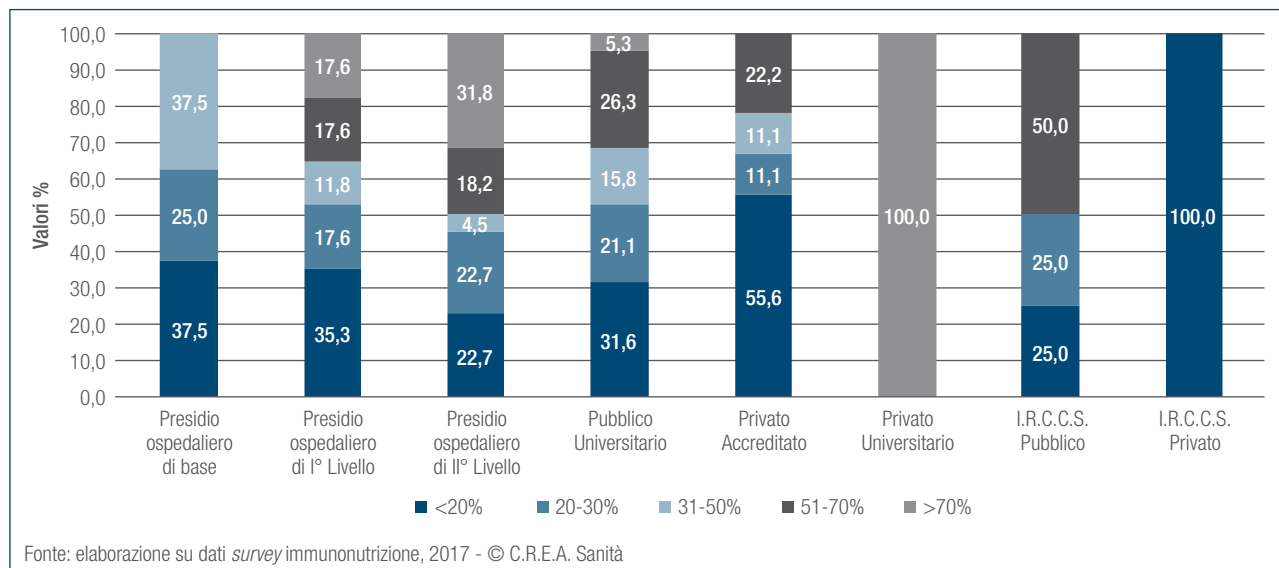
<sup>3</sup> Università degli Studi di Firenze

<sup>4</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

<sup>5</sup> Università Humanitas, Rozzano (MI)

<sup>6</sup> Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Figura 14b.1. Quota Centri per livello di ricorso alla laparoscopia



presidi ospedalieri di II livello, per il 23,5% di strutture universitarie pubbliche, per il 21,0% di presidi di I livello, per l'11,1% di strutture private accreditate, il 9,9% di presidi ospedalieri di base, per il 4,9% di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) pubblici e per l'1,2% di strutture universitarie private.

Nell'81,5% dei Centri rispondenti, la casistica chirurgica per neoplasia maligna gastro-intestinale e pancreatica non supera il 70% di quella complessiva (nel 50% dei Centri questa non supera la metà della casistica complessiva); in oltre la metà dei Centri rispondenti, più di un quarto di tale casistica chirurgica è associata a pazienti *over 75*.

Il 33,3% dei Centri rispondenti ricorre all'approccio laparoscopico per meno del 20% dei casi; il 34,6% dei Centri lo utilizza in più del 50% dei casi; il restante 32,1% il livello di ricorso è nel range 21-49%; Si noti che la quota di ricorso all'approccio chirurgico laparoscopico è abbastanza eterogenea, ma in media assume un valore concorde con quello dell'indicatore contenuto nel Programma Nazionale Esiti relativo alla quota di interventi chirurgici per tumore maligno del colon effettuati con approccio laparoscopico.

Tutte le strutture universitarie private rispondenti, il 50,0% degli I.R.C.C.S. pubblici e dei presidi ospedalieri di II livello, nonché il 35,2% di quelli di I livello (Figura 14b.1) adottano l'approccio laparoscopico per almeno la metà dei pazienti sottoposti a tale intervento. Si supe-

ra la soglia del 50% in oltre la metà (50,1%) delle strutture rispondenti del Nord-Est del Paese e nel 45,4% di quelle del Nord-Ovest; il 16,7% di quelle del Sud hanno un livello di ricorso nel range 50-70%.

#### 14b.3.2. Modelli organizzativi

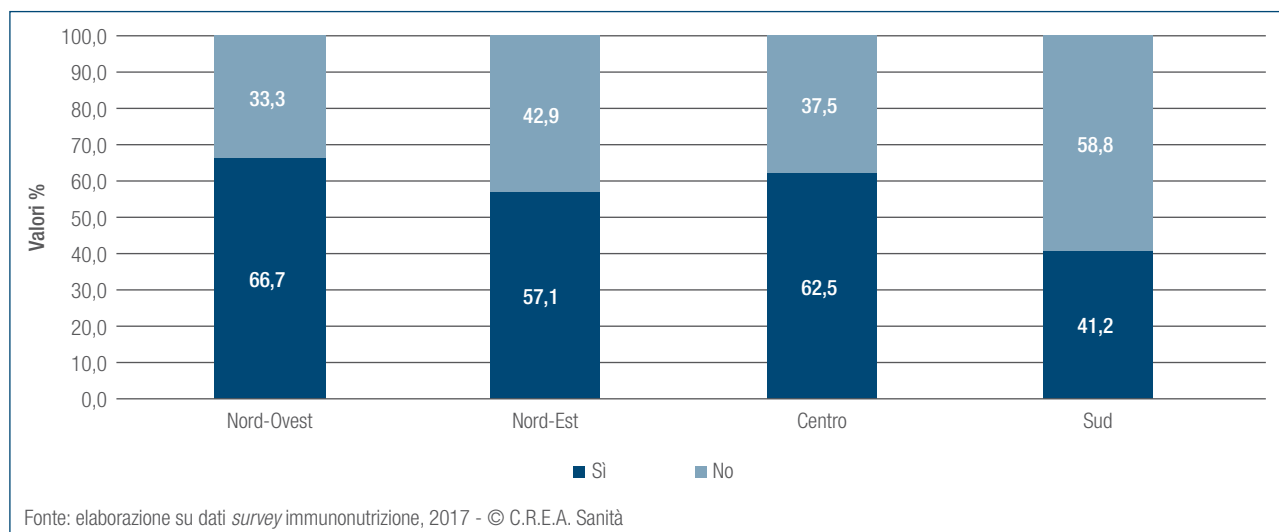
Nel 53,1% dei Centri rispondenti è attivo un *team* multidisciplinare per le patologie neoplastiche gastro-intestinali (MDT): in tutti i Centri universitari privati e I.R.C.C.S. pubblici rispondenti, nel 68,4% di quelli universitari pubblici; nelle altre tipologie di strutture questo è presente in meno della metà dei Centri.

L'MDT è presente soprattutto nelle strutture del Nord-Ovest e del Centro: in quasi il 70% delle prime e nel 57,9% delle seconde; in solo un terzo invece di quelle del Sud.

L'adozione del programma *Enhanced Recovery After Surgery* (E.R.A.S.) risulta essere ad oggi ancora poco diffusa: solo il 35,8% delle strutture rispondenti ha dichiarato di utilizzarlo; un ulteriore 14,8% sta per attivarlo, mentre il 44,4% non lo utilizza. Da un punto di vista geografico, viene utilizzato nel 52,3% delle strutture localizzate nel Nord, nel 31,6% delle strutture rispondenti del Centro e nel Sud nel 12,5%.

In media il 56,9% dei Centri rispondenti (tasso di non risposta pari al 19,8%) ha dichiarato che nella struttura è presente una unità operativa di nutrizione clinica (U.N.C.) o un *team* dedicato alla nutrizione clinica: nel

Figura 14b.2. Quota Centri per presenza di U.N.C.



Nord-Ovest si arriva al 66,7% e nel Centro al 62,5% (Figura 14b.2).

Per quanto concerne la composizione di tali unità operative, sia in termini di dimensionamento, sia di tipologia di figure professionali coinvolte, la situazione è molto eterogenea: in alcune realtà è presente solo una tipologia di professionista (dietista o medico nutrizionista o biologo nutrizionista); in altre, invece, collaborano più figure (anestesisti e nutrizionisti; dietologo e dietista; chirurgo e nutrizionista; medico, infermiere, farmacista e dietista, etc.).

### 14b.3.3. Informazione sulla nutrizione immunomodulante

Il 77,8% dei Centri rispondenti ritiene sia utile un apporto nutrizionale in tutti i pazienti chirurgici con neoplasia gastro-intestinale maligna; il 16,0% ritiene utile la somministrazione solo in casi selezionati, tipicamente nei casi di malnutrizione; il 2,5% dei Centri rispondenti ritiene invece inutile tale apporto. La somministrazione non a tutti i pazienti ricoverati riguarda solo alcune strutture, localizzate soprattutto nel Nord-Ovest del Paese.

In merito alla via di somministrazione, il 58,9% dei Centri rispondenti ritiene più efficace una IMN per via orale, il 31,6% per via enterale; solo il 9,6% per via parenterale (tasso di non risposta: 7,6%). La via orale è ritenuta più efficace soprattutto dalle strutture ad alta specialità, nel Nord-Est (73,3%), nel Nord-Ovest

(62,5%) e nel Centro (61,1%); quella enterale invece è ritenuta più efficace nel 41,7% di quelle del Sud.

Il 69,9% dei Centri rispondenti ritiene più utile somministrare l'IMN per via orale nel pre e post-operatorio (come peraltro indicato nelle linee guida ESPEN); il 27,4% solo nel pre-operatorio; l'1,4% nel post-operatorio.

Il 50,0% dei rispondenti (tasso di non risposta del 13,6%), ritiene che il *timing* pre-operatorio ottimale per una IMN orale sia di 5-7 giorni (in accordo con le linee guida ESPEN), il 32,4% di oltre 7 giorni; l'8,8% inferiore ai 5 giorni; il restante 8,8% dei rispondenti dichiara di non saper rispondere.

Complessivamente, le realtà del Nord rispondenti risultano maggiormente allineate con quanto previsto dalle linee guida, ovvero in una somministrazione orale nel peri-operatorio di 5-7 giorni (Figura 14b.3).

### 14b.3.4. Utilizzo della nutrizione immunomodulante nella *real practice*

Il 27,7% dei Centri rispondenti ha dichiarato di effettuare una valutazione nutrizionale pre-operatoria di *routine* a tutti i pazienti; il 49,2% la esegue solo in casi selezionati; il 23,1% invece non la effettua in alcun caso.

Nelle realtà dove è stata dichiarata l'esistenza di una U.N.C. o di un MDT, la valutazione sull'eleggibilità del paziente all'IMN viene effettuata prevalentemente nelle strutture ad alta specialità settentrionali. I criteri adottati dai Centri per l'esecuzione della valutazione nutrizionale prevedono nel 60,9% dei casi il sospetto di una

Figura 14b.3. Quota Centri e timing pre-operatorio ritenuto ottimale di supporto nutrizionale per via orale

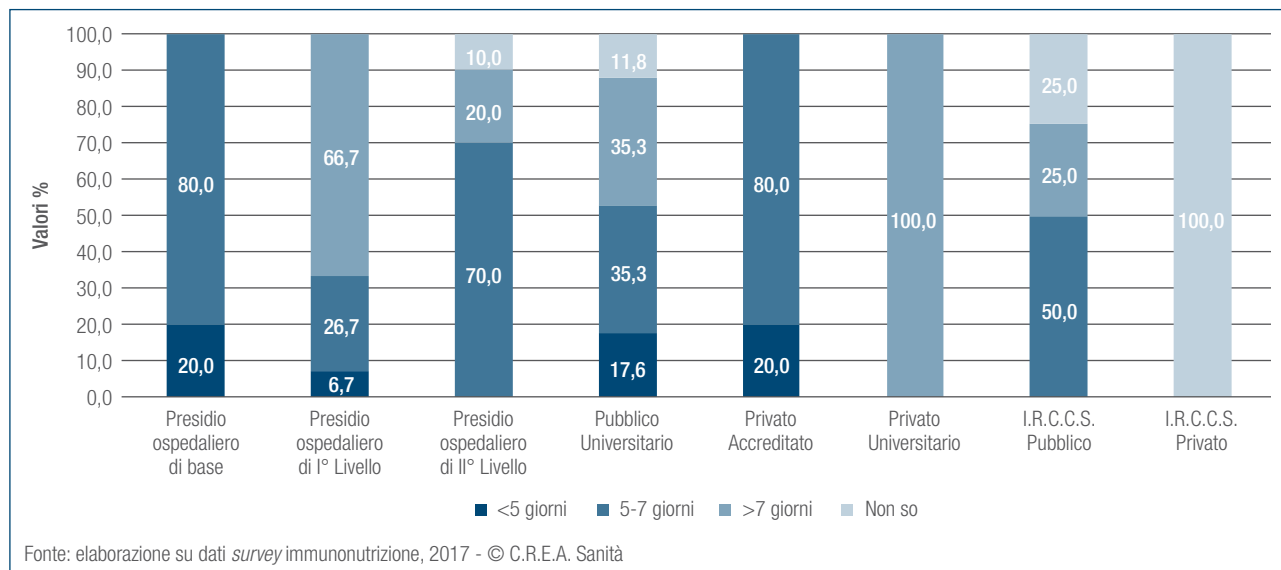
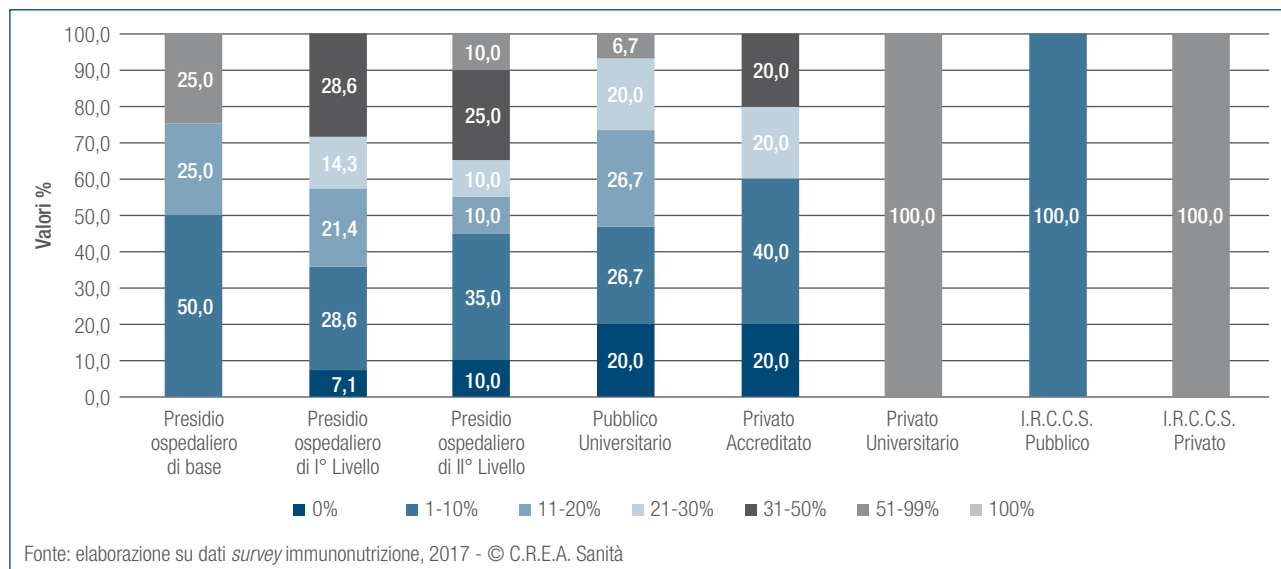


Figura 14b.4. Quota Centri per somministrazione nutrizionale supplementare orale ai pazienti oncologici



condizione di malnutrizione o defedazione, ovvero la presenza di neoplasie, comorbidità o di chemioterapia neoadiuvante.

Nel 50,8% dei Centri rispondenti (tasso di non risposta del 22,2%) la nutrizionale supplementare per via orale viene somministrata a meno del 20% dei pazienti con neoplasia maligna gastro-intestinale; non sembra esserci una dipendenza dalla tipologia di struttura e quindi dalla casistica o dal modello organizzativo in essere (Figura 14b.4). Tale somministrazione viene sempre

effettuata in casi di eccessivo calo ponderale, malnutrizione e defedazione.

Si consideri che il 50,0% dei Centri dichiara di posizionare un catetere venoso centrale post-intervento a più del 30% della casistica.

Il 56,7% dei Centri che dichiarano di utilizzare l'IMN (tasso di non risposta del 25,9%) ha dichiarato di atterrarsi alle linee guida per l'impostazione di un programma di nutrizione/IMN peri-operatoria nei pazienti oncologici: oltre il 70% di questi si attiene a quelle emanate

dall'ESPEN e Società Italiana di Nutrizione Artificiale e Metabolismo (SINPE).

Il 38,3% dei Centri rispondenti ha dichiarato che incontra criticità nell'adozione di una nutrizione supplementare per via orale, e di queste l'87,1% ha dichiarato che hanno natura organizzativa, soprattutto in relazione alla mancanza di una unità operativa o di un *team* dedicato preposto a tale attività, ma anche alla mancanza di protocolli condivisi che ne definiscono le modalità di utilizzo e alla carenza di collaborazione tra colleghi.

#### 14b.4. Discussione

Solide evidenze di letteratura riportano i vantaggi sia in termini di *outcome* che economici del ricorso routinario alla nutrizione immunomodulante, in particolare nei pazienti con neoplasie maligne pancreatiche e gastrointestinali sottoposti ad intervento chirurgico. L'evidenza riferisce l'efficacia dell'utilizzo dell'IMN, la sua costo-efficacia (essendo *cost-saving*) (d'Angela D. et al. 2016; Reis et al. 2016).

Le linee guida ESPEN raccomandano l'IMN enterale con substrati immunomodulanti, quali arginina, acidi grassi omega-3 e nucleotidi, in caso di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici e a trapianto di organi. La via di somministrazione enterale deve essere preferita a meno di ostruzione intestinale o dell'ileo, *shock* severo o ischemia intestinale.

In particolare raccomandano una somministrazione peri-operatoria di 5/7 giorni prima e 5/7 giorni dopo per i pazienti normonutriti, allungando i giorni di somministrazione fino a 10/14 giorni prima nel caso di soggetti in stato di malnutrizione.

Malgrado l'evidenza citata, per quanto di nostra conoscenza, le informazioni in merito ai modelli organizzativi in essere per l'adozione di tale pratica, ed il suo livello di diffusione nei pazienti con neoplasia pancreatiche e gastrointestinale, nelle realtà ospedaliere italiana è del tutto carente.

Mediante la somministrazione di un questionario rivolto esclusivamente a chirurghi oncologi si è indagato su: la tipologia di unità operativa di appartenenza, ovvero il suo dimensionamento e l'incidenza della ca-

sistica oncologica pancreatiche e gastrointestinale sulla casistica complessiva; i modelli organizzativi in essere legati all'adozione della nutrizione immunomodulante; il livello di conoscenza del chirurgo sul tema; l'effettivo utilizzo dell'IMN nella tipologia di pazienti oggetto di analisi, rilevando le eventuali criticità organizzative che ne ostacolano l'utilizzo.

Sono state raccolte 81 risposte, provenienti da strutture distribuite in modo omogeneo da un punto di vista geografico e rappresentative delle varie tipologie di strutture sanitarie: presidi ospedalieri di base, di I° Livello, di II° Livello, istituti universitari pubblici e privati, I.R.C.C.S. pubblici e privati.

Per quanto concerne i pazienti trattati nell'81,5% dei Centri rispondenti, la casistica chirurgica per neoplasia maligna gastro-intestinale e pancreatiche non supera il 70% di quella complessiva (nel 50% dei Centri questa non supera la metà della casistica complessiva); in oltre la metà dei Centri rispondenti, più di un quarto di tale casistica chirurgica è associata a pazienti *over 75*.

Sul piano dei modelli organizzativi si rileva una diffusa carenza di formalizzazione del percorso, attestata in particolare dal numero esiguo di unità operative dedicate e/o *team* multidisciplinari.

Risulta ancora insufficiente l'informazione in merito alla modalità di utilizzo: si rileva in particolare un netto gradiente Nord-Sud e tra le strutture ospedaliere ad alta specialità e le altre; l'adesione effettiva alle indicazioni delle linee guida, pur rimanendo comunque insufficiente, è maggiore nelle strutture del settentrione, specialmente se di alta specialità.

Infine, il livello di accesso alla nutrizione supplementare per via orale è certamente insufficiente, in particolare nel Centro e nel Sud del Paese, e viene dichiarata l'esistenza di rilevanti ostacoli di natura organizzativa, quali mancanza di personale dedicato e scarso coordinamento tra i professionisti.

#### 14b.5. Conclusioni

La *survey* condotta ha fatto emergere un quadro di assoluta eterogeneità sul ricorso all'IMN, come anche di livello di conoscenza da parte dei clinici della tematica, e dei modelli organizzativi adottati.

Il livello del ricorso all'IMN registrato, già insufficiente, è peraltro presumibilmente sovrastimato, poiché la partecipazione su base volontaria alla *survey*, ragionevolmente, implica un *bias*, nel senso di una maggiore risposta dei Centri più sensibili a tale tematica.

Il livello di adozione è quindi inferiore a quello atteso in base alle evidenze sulla sua efficacia e costo-efficacia reperibili in letteratura.

Sebbene l'organizzazione per la gestione delle problematiche nutrizionali risulti maggiormente strutturata e formalizzata nelle strutture ad alta specialità (istituti universitari pubblici e privati e I.R.C.C.S.) e nelle strutture sanitarie del Nord del Paese, in generale si palesa un insufficiente utilizzo degli apporti nutrizionali, derivante da:

- problematiche di natura organizzativa, quali la mancanza di una unità operativa o di un *team* dedicato preposto
- mancanza di protocolli ospedalieri condivisi che ne definiscono le modalità di utilizzo
- scarsa collaborazione tra colleghi.

Considerando l'aumento previsto dei pazienti fragili *over 75*, desumibile dalle previsioni demografiche Istat, e il proporzionale aumento atteso del bisogno di nutrizione supplementare, sarebbe opportuna una maggiore attenzione al tema da parte delle Istituzioni e delle Società Scientifiche cliniche, finalizzata a definire e formalizzare un percorso appropriato per la valutazione dello stato nutrizionale e la sua somministrazione.

Per migliorare l'esito delle procedure chirurgiche, generando oltre ai benefici clinici per i pazienti, anche risparmi per il SSN dovuti alla minore gestione delle complicanze post-chirurgiche, i rispondenti alla *survey* ritengono essenziale l'istituzione di unità operative o *team* multidisciplinari dedicati, formalmente integrati nelle strutture organizzative ospedaliere.

## Riferimenti bibliografici

- ADI-SINPE (2013), *Consensus Paper*
- Age.na.s. (2016), *Programma Nazionale Esiti*
- Braga M., Gianotti L., Vignali A., Schmid A., Nespoli L., Di Carlo V. (2005), *Hospital resources consumed for surgical morbidity effects of preoperative arginine and omega-3 fatty acid supplementation on costs*, Nutrition
- Braga M., Gianotti L. (2004), *Preoperative Immunonutrition: Cost-Benefit Analysis*, Journal of parenteral and enteral nutrition
- Cerantola Y., Hubner M., Grass F., Demartines M., Schafer N. (2011), *Immunonutrition in gastrointestinal surgery*, British Journal of surgery
- D'Angela D., De Luca R., Ficari F., Gasbarrini A., Marrocco W., Montorsi M., Spandonaro F. (2016), *Impatto economico dell'immunonutrizione nei pazienti chirurgici oncologici*, 12° Rapporto Sanità C.R.E.A. Sanità
- Istat (2017), *Previsioni popolazione per età*
- Ministero della Salute (2014), *Schede di Dimissione Ospedaliera*
- Reis A.M., Kabke G., Fruchtenicht A.V., Barreiro T., Moreira L.F. (2016), *Cost-effectiveness of perioperative immunonutrition in gastrointestinal oncologic surgery: a systematic review*, ABCD Arq Bras Cir Dig; 29(2):121-125
- Song GM., Tian X., Liang H., Yi L.J., Zhou J.G., Zeng Z., Shuai T., Ou, YX., Zhang L., Wang Y. (2015), *Role of Enteral Immunonutrition in Patients Undergoing Surgery for Gastric Cancer. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, Medicine
- Weimann A., Braga M., Harsanyi L., Laviano A., Ljungqvist O., Soeters P. (2006), *ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: surgery including Organ Transplantation*, Clinical Nutrition
- Wong C., Aly E. (2016), *The effects of enteral immunonutrition in upper gastrointestinal surgery: A systematic review and meta-analysis*, International Journal of Surgery



## ENGLISH SUMMARY

### *Economic impact of enteral immunonutrition in oncological patients*

The use of immunonutrition (IMN) based on administration of immunomodulant nutrition with arginine, fatty acids, omega-3 and nucleotides, in Italy is low, despite the evidence that it contributes to reduce risks related to complications for postoperative inflammations.

A budget impact analysis, from the prospective of NHS, of IMN administered to a subgroup of patients considered in European Society for Clinical Nutrition and Metabolism's guideline, with gastrointestinal cancer, treated with gastro esophageal resection, pancreatotomy and colorectal resection was conducted.

Using the national Hospital Discharge Data the target population, distinguished by eligible or not, and well-nourished and malnourished, was estimated

For each groups the immunonutrition costs and its benefits in terms of reduction in length of stay and number or complications (with related costs) has been estimated.

In the analysis a perioperative enteral administration has been considered: 5-7 days before and 5-7 after surgery; and 10-14 days before in case of malnourished patients (ESPEN guidelines).

According to literature evidence a reduction in length of stay of 1.6 days has been considered for well-nourished patient (Cerantola, 2011), and of 3.3 for malnourished ones (Braga, 2002). A reduction of 0.3 and 0.3 complications per patient, respectively in well-nourished and malnourished ones, has been assumed (Braga, 2005; Braga, 2002).

The medium cost of an hospital day was been estimated, according with DRGs tariffs, equal to € 414.0; that for complications € 2,921.0 for well-nourished and € 3,000.0 for malnourished.

Furthermore a nutritional consultancy of 120 minutes per patients has been included in the analysis with an estimated (expert opinion) cost per patient of € 80.0.

In Italy, in 2014, there were 16,190 patients with main diagnosis of gastrointestinal cancer, treated with all-listes surgical procedures. The 1.0% of them (expert opinion) uses immunonutrition products and the 5% of them are not eligibles to its (expert opinion); the 40% of these patients are malnourished (Consensus Paper ADI-SINPE, 2013).

The target population used to estimate the economic impact of IMN, is of 15,227 patients: 9,136 wellnourished and 6,091 malnourished.

The cost per patient of IMN is € 599.8 per patient, with costs saving of € 675.2 related to the expected reduction of length of stay and € 564.7 to complications reductions.

According to this budget analysis, the use of perioperative enteral immunonutrition allows a reduction of hospital admission medium costs per patient of € 813.4 for well-nourished patients and of € 1,249.0 for malnourished ones (medium savings of € 987.7).

The IMN results cost savings from NHS perspective: in Italy, with an annual expensive of € 7.6 mln. it could have potential cost savings of € 22.6 mln. with an estimated total annual saving of € 15.0 mln..

## CAPITOLO 14c

### Osservatorio per un'equità di accesso alle prestazioni

*Osservatorio PariSanità 2017<sup>1</sup>*

#### 14c.1. Progetto e obiettivi

L'Osservatorio PariSanità, sviluppato dal Centro studi Assobiomedica in collaborazione con C.R.E.A. Sanità, nato nel 2015, ha l'obiettivo di rilevare i processi di accesso alle prestazioni sanitarie e quelli di diffusione delle tecnologie innovative sul territorio nazionale al fine di rilevare eventuali disomogeneità di accesso alle prestazioni sanitarie a livello regionale. Nel suo primo Rapporto, l'Osservatorio ha indagato la diffusione di una delle tecniche mininvasive che sono state definite innovazioni dirompenti nel settore della sanità<sup>2</sup>: la laparoscopia. La ragione principale che ha guidato questa scelta è data dalle evidenze scientifiche disponibili che promuovono l'uso di questa tecnica chirurgica a fronte dei diversi benefici riscontrati sia per il paziente (efficacia clinica) sia per l'organizzazione ospedaliera (efficienza organizzativa). Per tale scopo si è indagata la distribuzione dei ricoveri, a livello nazionale e regionale, e l'impatto che il ricorso alla procedura laparoscopica determina in termini organizzativi.

In particolare, si è scelto di indagare il ricorso alla chirurgia laparoscopica per un insieme definito di interventi e procedure che afferiscono a tre branche specialistiche (chirurgia generale, urologia, ginecologia e ostetricia) a partire dalle informazioni relative ai ricoveri ospedalieri tratte dalla banca dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) riferite all'anno 2014.

#### 14c.2. Attività di ricovero

L'analisi è stata limitata a diciannove procedure per

le quali il ricorso all'approccio laparoscopico è più frequente e per le quali è possibile confrontare l'approccio tradizionale di chirurgia laparotomica con l'approccio mininvasivo laparoscopico. Dai risultati emerge come, nella pratica chirurgica, per le procedure prese in analisi, il ricorso all'approccio laparoscopico per la "Colecistectomia" è ormai quasi uniformemente diffuso, indipendentemente dalla Regione dell'istituto di ricovero. Di contro, per quanto riguarda l'intervento di "Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi", l'approccio laparotomico tradizionale continua a essere il più utilizzato.

Entrando più nello specifico, nella branca specialistica di chirurgia generale e urologia, la chirurgia laparoscopica risulta più utilizzata negli interventi di "Colecistectomia" (91,5%), seguito da "Altri interventi sullo stomaco" (60,3%) e "Altra appendectomia" (53,8%). (Figura 14c.1).

Per tutti gli altri tipi di intervento o procedura considerati, il ricorso alla laparoscopia è inferiore a un terzo rispetto agli interventi effettuati per ciascuna procedura.

Nella branca specialistica di ginecologia e ostetricia, invece, la laparoscopia risulta più utilizzata negli interventi di "Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica" e "Rimozione di entrambe le tube nello stesso intervento", rispettivamente per il 34,5% e il 25,5% degli interventi (Figura 14c.2).

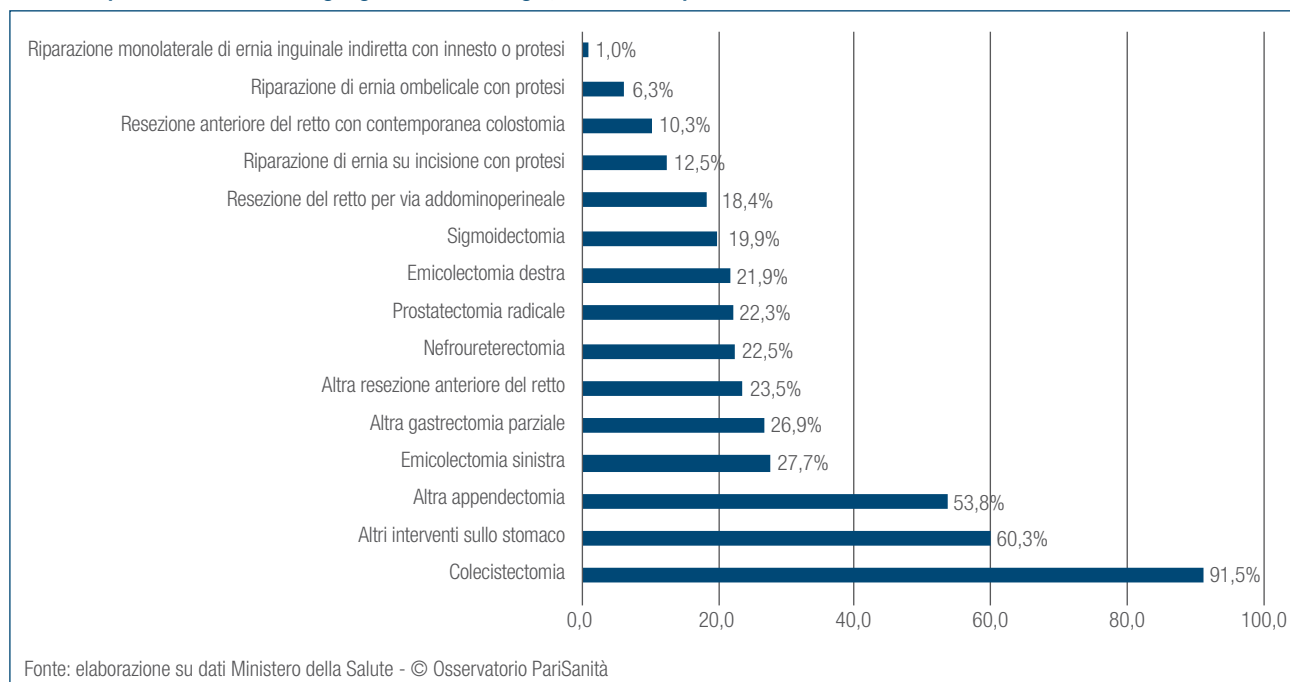
Complessivamente, e limitatamente alle procedure analizzate, il ricorso alla laparoscopia in ginecologia e ostetricia è inferiore rispetto all'utilizzo della laparoscopia nella branca di chirurgia generale e urologia.

Se analizziamo più in dettaglio la variabilità regionale dei dati fin qui presentati, si riscontra che essa è dimen-

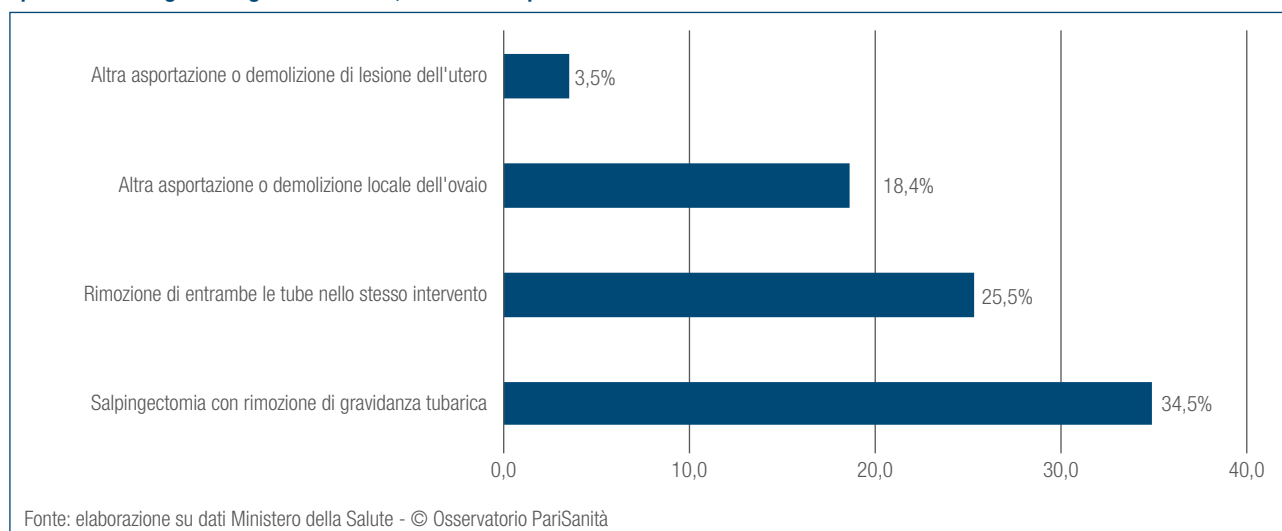
<sup>1</sup> Hanno collaborato alla stesura del Rapporto Cambiano C., Carrieri C., d'Angela D., De Luca R., Gazzaniga P., Glorioso V., Montorsi M., Spandonaro F.

<sup>2</sup> EU Expert Panel on effective ways of investing in Health 2016: [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/012\\_disruptive\\_innovation\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/012_disruptive_innovation_en.pdf)

**Figura 14c.1. Quota percentuale degli interventi in laparoscopia rispetto al totale degli interventi eseguiti che afferiscono alle branche specialistiche di chirurgia generale e urologia, secondo il tipo di intervento**



**Figura 14c.2. Quota percentuale degli interventi in laparoscopia rispetto al totale degli interventi eseguiti che afferiscono alla branca specialistica di ginecologia e ostetricia, secondo il tipo di intervento**



sionalmente importante, soprattutto relativamente al ricorso alla laparoscopia per le procedure “Altri interventi sullo stomaco”, “Altra appendectomia” e “Altra gastrectomia parziale”. Per questi tipi di intervento si osserva (Figura 14c.3) un intervallo di distribuzione dei ricoveri, dal 25° al 75° percentile, più ampio rispetto alle altre procedure che afferiscono al sottoinsieme della branca specialistica di chirurgia generale e urologia.

In particolare, per la procedura “Altri interventi sullo stomaco” si rileva un minimo di ricorso, pari al 2,4%, in Veneto e un massimo pari a 86,4% in Valle d’Aosta; per la procedura di “Altra appendectomia” un minimo pari al 16,8% in Molise e un massimo dell’94,1% in Valle d’Aosta; per “Altra gastrectomia parziale” un minimo pari al 24,7% in Emilia Romagna ed un massimo di 71,2% in Veneto. Le procedure, invece, per le quali si osserva

Figura 14c.3. Distribuzione regionale della quota percentuale degli interventi in laparoscopia rispetto al totale degli interventi eseguiti che afferiscono alle branche specialistiche di chirurgia generale e urologia

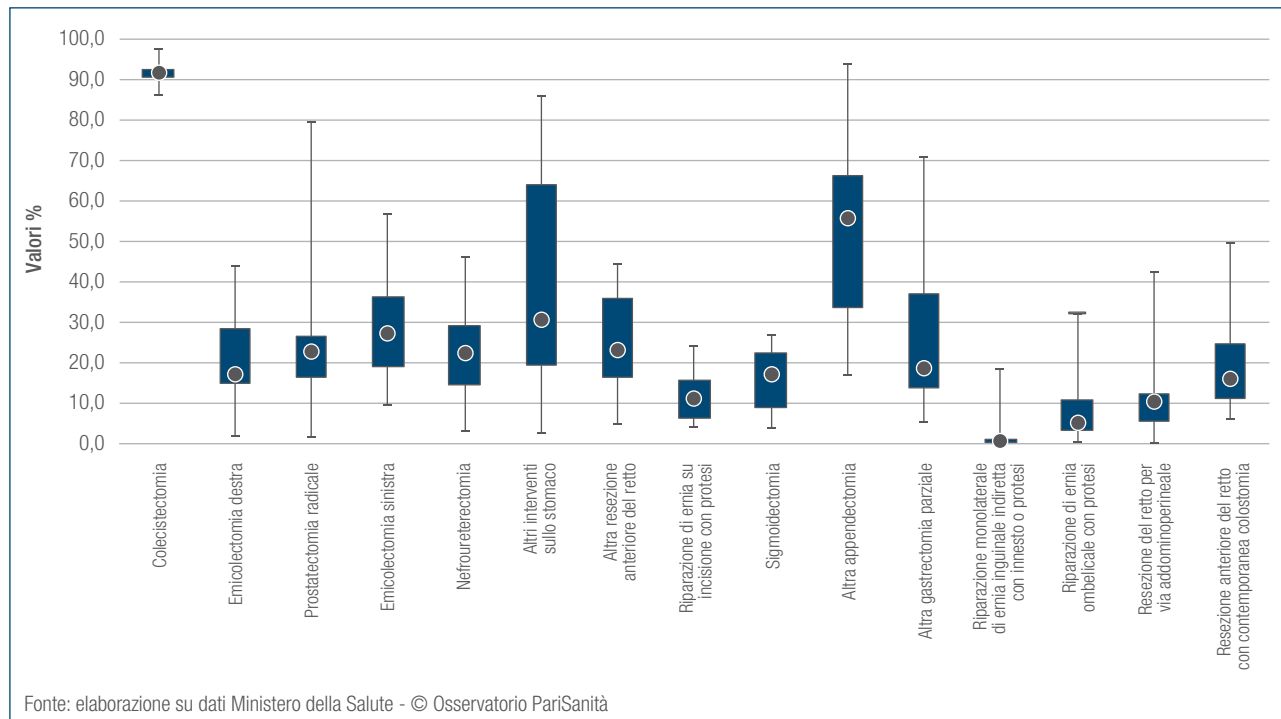
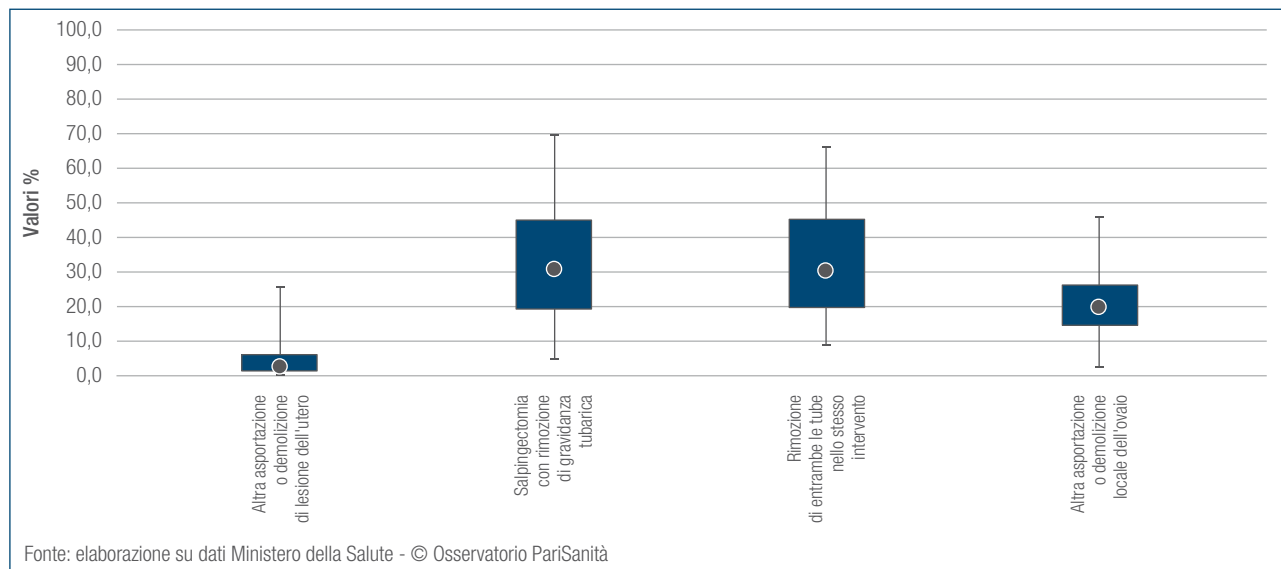


Figura 14c.4. Distribuzione regionale della quota percentuale degli interventi in laparoscopia rispetto al totale degli interventi eseguiti che afferiscono alla branca specialistica di ginecologia e ostetricia



una distribuzione più concentrata e, quindi, una minore variabilità regionale in termini di ricorso alla chirurgia laparoscopica, sono la “Colecistectomia”, la “Riparazione di ernia su incisione con protesi”, la “Sigmoidectomia” e la “Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi”. Anche per quanto attiene alla branca specialistica di ginecologia e ostetricia si riscon-

tra una variabilità importante a livello regionale, per tutte le quattro procedure selezionate; la variabilità maggiore si registra per la procedura di “Salpingectomia con rimozione di gravidanza tubarica” per la quale si ha una percentuale minima di ricorso alla laparoscopia pari al 4,9% nella P.A. di Trento e un massimo del 70,0% riscontrato in Calabria (Figura 14c.4). La procedura, invece, per

la quale si registra una distribuzione più concentrata è “Altra asportazione o demolizione di lesione dell’utero”.

### 14c.3. Efficienza ospedaliera

Nella parte generale dell’analisi<sup>3</sup> è emerso che, nella maggior parte degli interventi presi in esame, il ricorso all’approccio laparoscopico produce dei benefici in termini organizzativi rendendo possibile una riduzione della degenza media. In particolare la maggior riduzione in termini di giornate di degenza si riscontra in corrispondenza dell’intervento di “Colecistectomia” (66,0%, 8,4 giorni). Per le procedure di “Resezione del retto per via addominoperineale” e “Altra appendectomia” è invece modesta e pari rispettivamente al 15,2% (2,8 giorni) e al 14,9% (0,7 giorni). Non sembrano invece risultare benefici in tal senso per gli interventi di ernia (“Riparazione di ernia ombelicale con protesi” e “Riparazione monolaterale di ernia inguinale indiretta con innesto o protesi”). L’analisi mostra anche che, ad eccezione dell’intervento di “Prostatectomia radicale”, per le procedure eseguite in ricoveri associati a DRG senza complicanze, la riduzione in termini di degenza media è maggiore.

Considerando le procedure con un ricorso più frequente alla laparoscopia (“Colecistectomia” e “Altra appendectomia”), si è stimato il numero di giorni di degenza che, nel 2014, si sarebbero potuti evitare se tutte le Regioni avessero raggiunto un livello di ricorso alla laparoscopia pari a quello della Regione posizionatasi al 75° percentile (a livello di singola procedura). I calcoli rivelano come sarebbe stato possibile ottenere una riduzione di 104.996 giorni di degenza annui, diversamente distribuiti nelle tre macroregioni (Nord, Centro e Sud).

Risultati simili si sono riscontrati in un approfondimento dedicato alla chirurgia del colon, per i cui dettagli si rimanda al Rapporto PariSanità. Ricordiamo soltanto che il modello di regressione utilizzato per le stime ha evidenziato un’importante riduzione dei giorni di degenza quando il ricovero risulta programmato. Nello specifico la riduzione dei giorni di degenza è di quasi il 50%; pertanto, considerando i soli interventi program-

mati, eseguiti in laparotomia, e simulando un maggior ricorso alla tecnica innovativa mininvasiva, si è calcolata una riduzione di giornate di degenza pari a 15.557 giorni che corrispondono a una riduzione del 7,6% del totale delle giornate di degenza.

### 14c.4. Sintesi regionali

Per indagare più nel dettaglio, per singolo intervento o procedura, il grado di ricorso alla chirurgia mininvasiva e, quindi, la diffusione a livello regionale, si è elaborata la quota di ricorso alla laparoscopia confrontandola con la mediana nazionale. Nei grafici che seguono, per semplificare la lettura dei dati, si è scelto di utilizzare un indice a base fissa rispetto al valore della mediana nazionale (Italia = 100) e, convenzionalmente, è stato assegnato il colore:

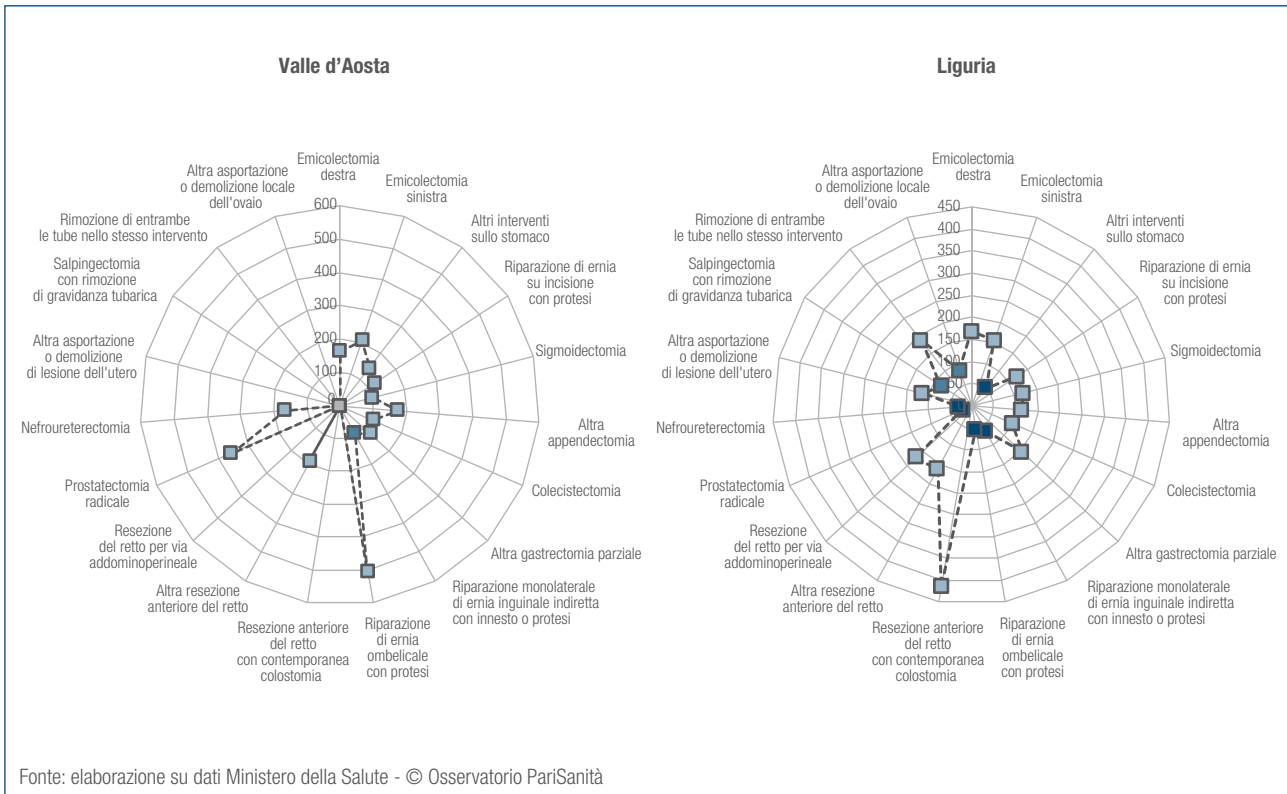
- azzurro se si registra un ricorso alla procedura laparoscopica pari o superiore alla mediana nazionale;
- blu chiaro se si registra un ricorso alla procedura laparoscopica inferiore alla mediana nazionale, ma superiore al 75%;
- blu scuro se si registra un ricorso alla procedura laparoscopica inferiore al 75%;
- grigio se non vengono effettuati ricoveri per l’intervento o procedura preso in esame.

Qui ci limitiamo a riportare i grafici delle Regioni che appartengono alla stessa ripartizione geografica e che hanno riportato la migliore (a sinistra) o peggiore *Performance* (a destra) in termini di ricorso alla laparoscopia, rimandando al report completo per le altre Regioni (Figure 14c.5, 14c.6, 14c.7, 14c.8 e 14c.9).

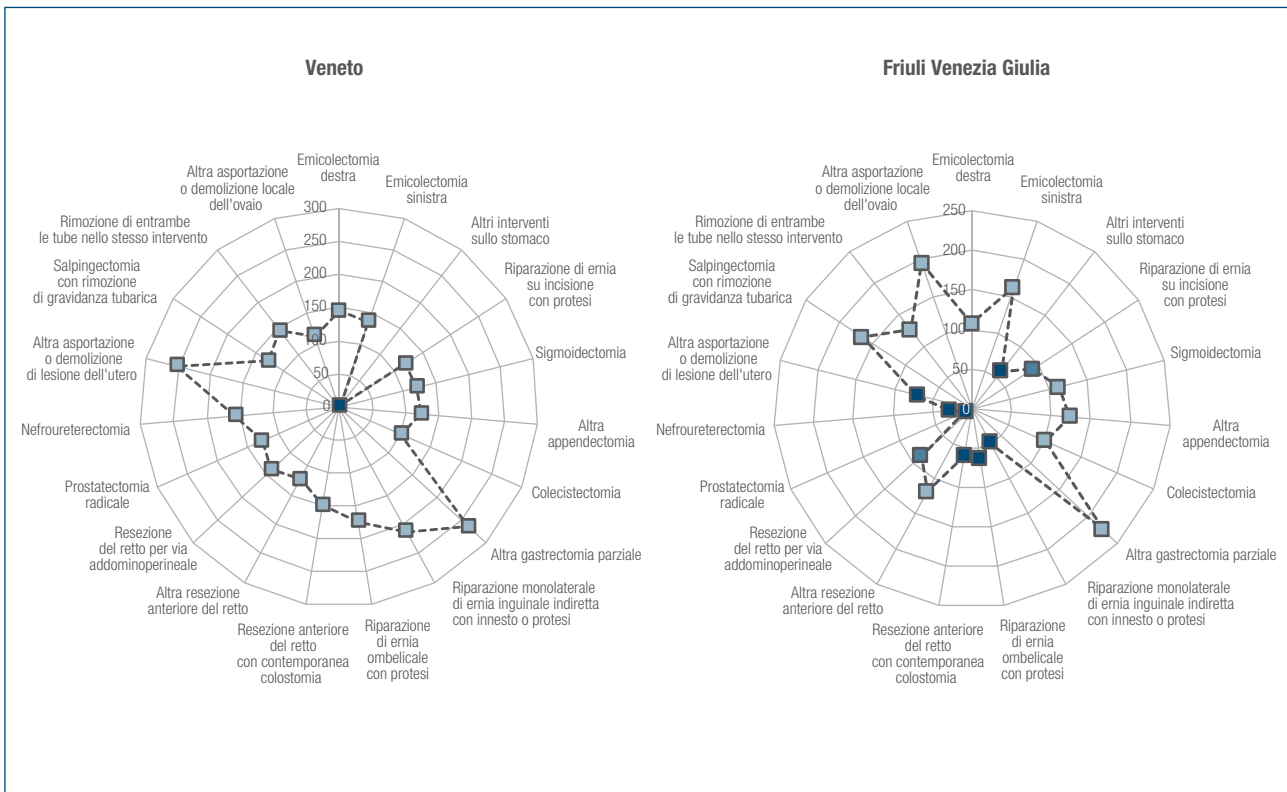
Allargando il perimetro dell’analisi al livello nazionale, la quota di ricorso alla laparoscopia come indicatore di innovazione e buona *Performance*, evidenzia un netto gradiente Nord-Sud; infatti si distinguono cinque Regioni del Nord con un valore superiore alla mediana nazionale e al massimo inferiore a questa del 25%: Valle d’Aosta, Veneto, P.A. di Trento, P.A. di Bolzano e Lombardia; sette Regioni mostrano una *Performance* intermedia (Piemonte, Toscana, Umbria, Emilia Roma-

<sup>3</sup> Per ulteriori dettagli si rimanda al Rapporto PariSanità 2017 con riferimento alle pagine 18 e 19

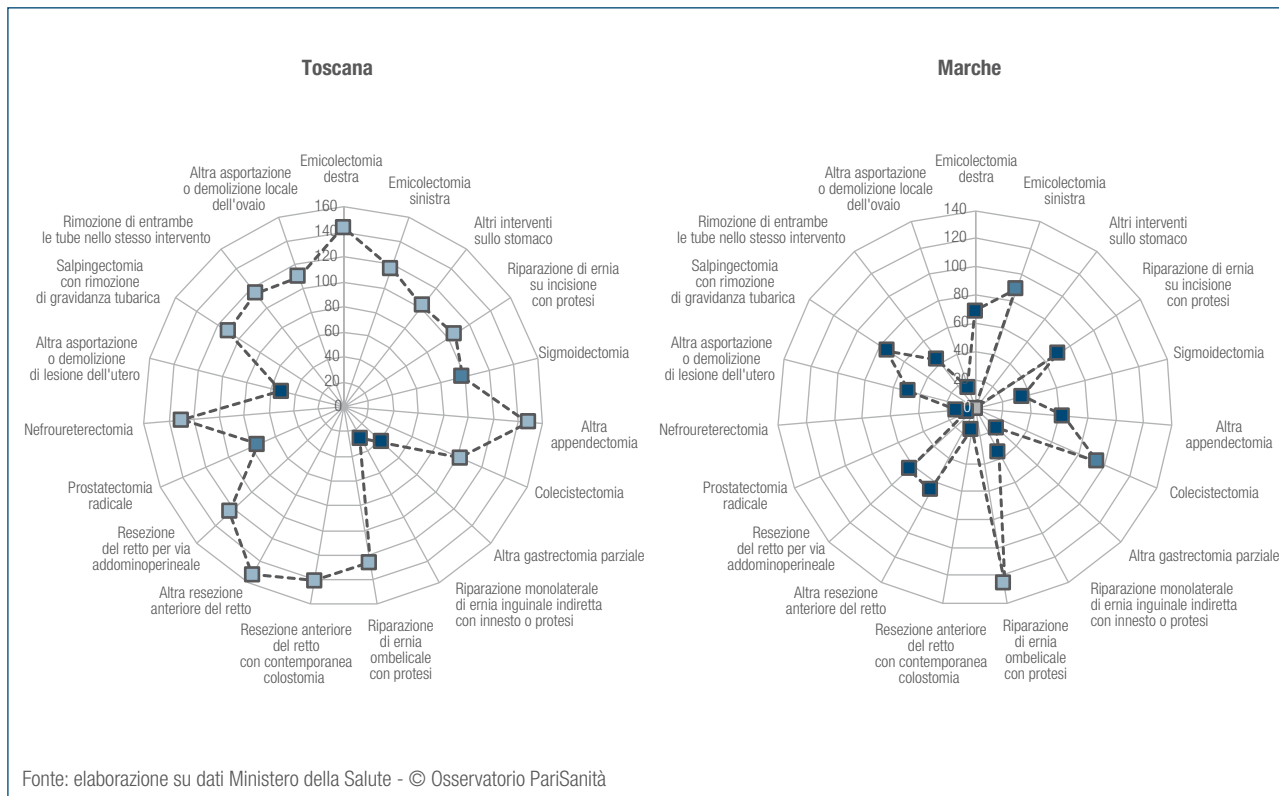
**Figura 14c.5. Quota di interventi o procedure chirurgiche eseguite in laparoscopia, secondo il tipo di intervento: valori indice rispetto alla mediana nazionale (Italia = 100), Nord-Ovest**



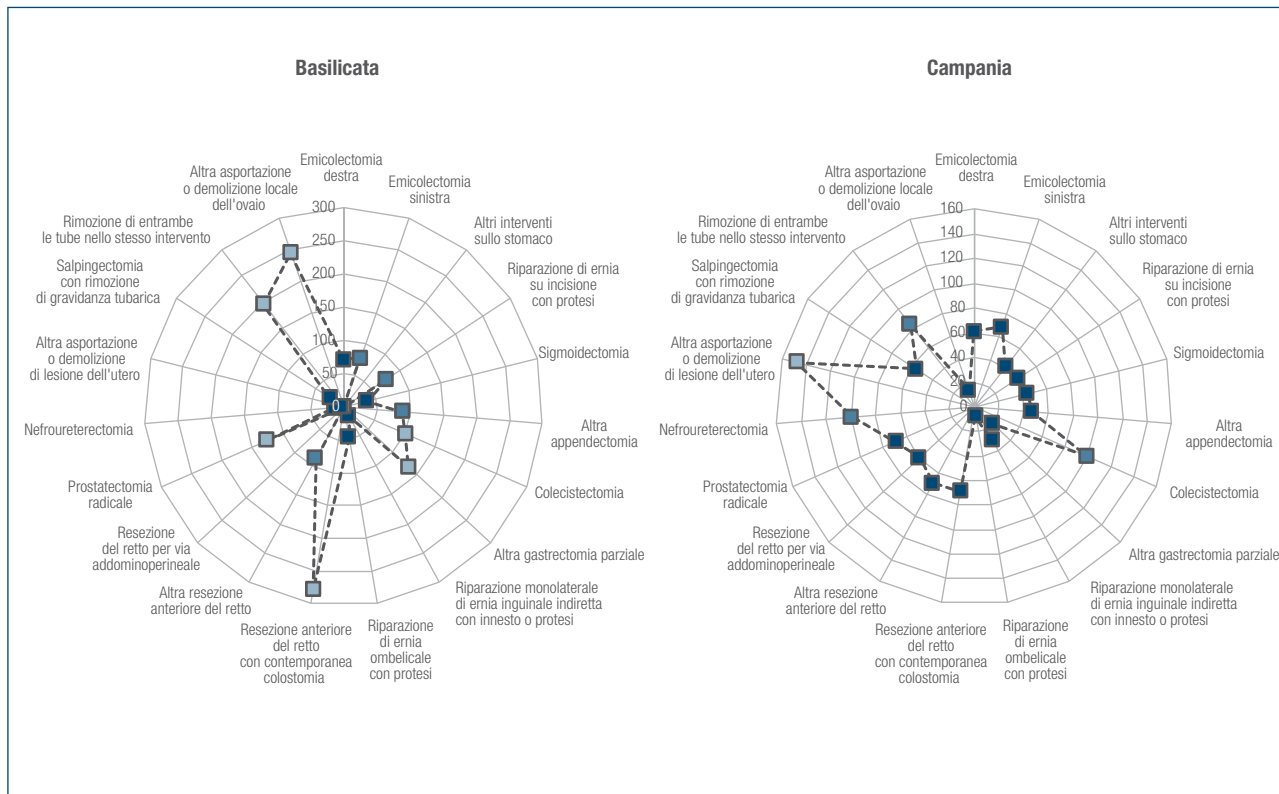
**Figura 14c.6. Quota di interventi o procedure chirurgiche eseguite in laparoscopia, secondo il tipo di intervento: valori indice rispetto alla mediana nazionale (Italia = 100), Nord-Est**



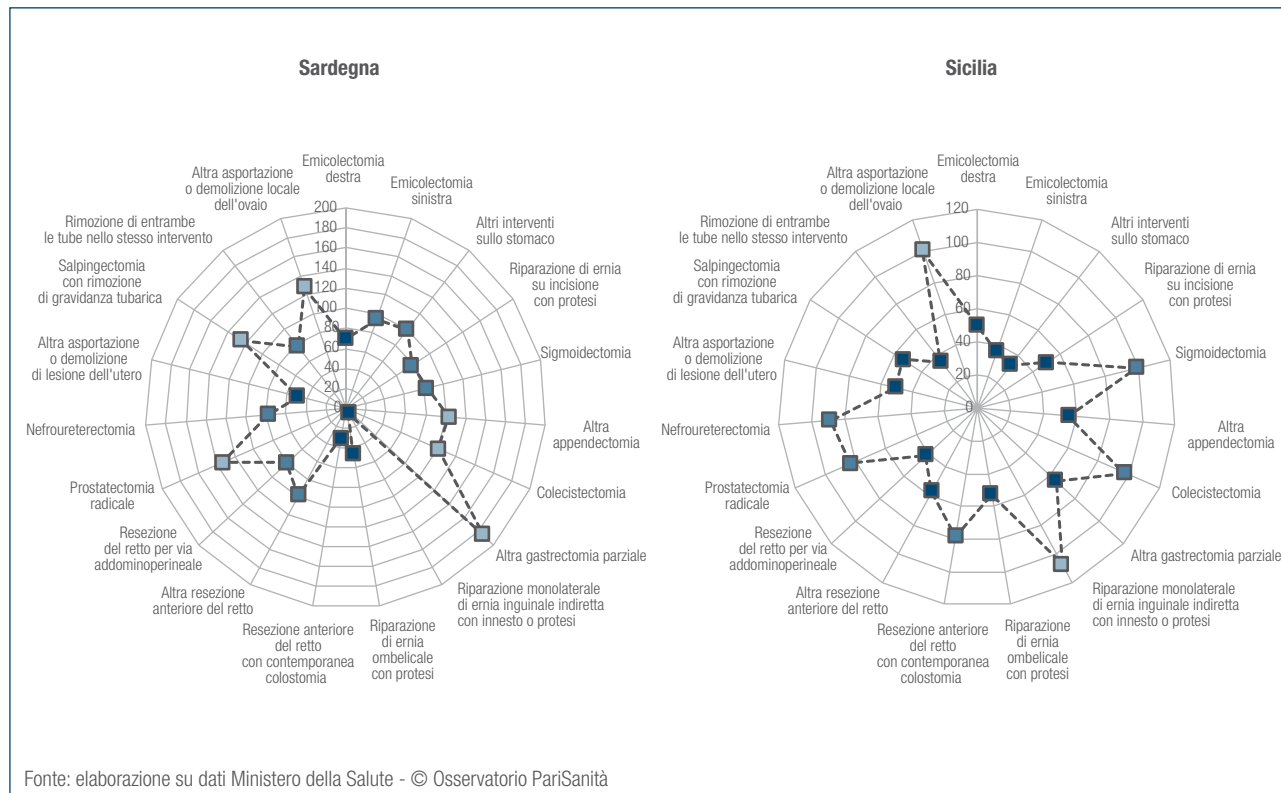
**Figura 14c.7. Quota di interventi o procedure chirurgiche eseguite in laparoscopia, secondo il tipo di intervento: valori indice rispetto alla mediana nazionale (Italia = 100), Centro**



**Figura 14c.8. Quota di interventi o procedure chirurgiche eseguite in laparoscopia, secondo il tipo di intervento: valori indice rispetto alla mediana nazionale (Italia = 100), Sud**



**Figura 14c.9. Quota di interventi o procedure chirurgiche eseguite in laparoscopia, secondo il tipo di intervento: valori indice rispetto alla mediana nazionale (Italia = 100), Isole**



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - © Osservatorio PariSanità

gna, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Basilicata); e in nove Regioni del Centro e del Sud si rileva un livello decisamente insufficiente: Marche, Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

### 14c.5. Conclusioni

L'Osservatorio PariSanità con questo lavoro dedicato alla chirurgia mininvasiva laparoscopica, attraverso l'analisi empirica vuole offrire spunti di riflessione ai decisori del settore sanitario e, in particolare, ai medici e *manager* che si occupano di *governance* e programmazione. Seppur limitata a 19 procedure e alla chirurgia del colon, questa prima analisi ha evidenziato come, nel 2014, in Italia:

- la diffusione di un'innovazione come la chirurgia mi-

ninvasiva in laparoscopia non sia ancora uniforme in tutte le regioni;

- le Regioni del Nord sono quelle che si sono distinte per un maggior ricorso a tale tecnica chirurgica rispetto alle Regioni del Centro e del Sud;
- la forte correlazione tra la riduzione delle giornate di degenza conseguente al maggior ricorso alla chirurgia laparoscopica e la programmazione del ricovero, potrebbe essere considerata come uno dei fattori per acquisire efficienza organizzativa e appropriatezza professionale.

### Riferimenti bibliografici

PariSanità (2017); Osservatorio per un'equità di accesso alle prestazioni



## ENGLISH SUMMARY

### Observatory for equitable access to services

#### PariSanità 2017

The PariSanità Observatory, jointly developed by the Assobiomedica Research Centre and C.R.E.A. Sanità, aims at assessing the equity of access to innovative services and health technologies on the national territory.

During its first year of operation, the recourse to the laparoscopic procedure has been specifically investigated.

The analysis, limited to the 19 procedures for which the recourse to the laparoscopic approach is more frequent and for which the traditional approach of laparotomy surgery can be compared with the minimally invasive laparoscopic approach, has showed great regional differences.

While in the case of cholecystectomy the laparoscopic approach is almost homogeneously widespread - and, in the case of surgery for the unilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis, the traditional laparotomy approach is largely still the most used - for the other procedures the spreading of laparoscopy is still not optimal.

In particular, it has been found that, in the specialist branch of general surgery and urology, the laparoscopic surgery is most used in the interventions of cholecystectomy (91.5%), followed by other types of stomach surgery (60.3%) and other appendectomies (53.8 %). For all other types of surgery or procedure considered, the recourse to laparoscopy is one third lower than the types of surgery performed for each procedure.

In particular, for the procedure "Other types of stomach surgery", there is a minimal recourse to laparoscopy in Veneto (2.4%) and a maximum one in Valle d'Aosta (86.4%); for the procedure "Other appendectomies", a minimal recourse is recorded in Molise (16.8%) and a maximum one in Valle d'Aosta (94.1%). For the procedure "Other types of partial gastrectomy", a minimal recourse is recorded in Emilia Romagna (24.7%) and a maximum one in Veneto (71.2%). Nevertheless, the

procedures for which a more concentrated distribution is recorded - and hence fewer regional differences in terms of recourse to laparoscopic surgery are "cholecystectomy", "repair for incisional hernia with prosthesis", "sigmoidectomy" and "unilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis".

Conversely, in the specialist branch of gynaecology and obstetrics, laparoscopy is most commonly used in salpingectomy with removal of ectopic pregnancy and removal of both fallopian tubes with the same procedure, respectively for 34.5% and 25.5% of cases. Overall, and only for the procedures analysed, the recourse to laparoscopy in gynaecology and obstetrics is lower than the recourse in general surgery and urology.

Also in the case of the specialist branch of gynaecology and obstetrics there are significant regional differences, for all of the four selected procedures. The greatest differences are recorded for the procedure "salpingectomy with removal of ectopic pregnancy", recording a minimal recourse to laparoscopy in the Autonomous Province of Trento (4.9%) and a maximum one in Calabria (70%). On the contrary, the procedure for which a more concentrated distribution is recorded is "other types of removal or destruction of the uterine lesion".

In most types of surgery, with the exception of radical prostatectomy or surgery with complications, the analysis shows that the recourse to the laparoscopic approach provides benefits also in organizational terms, thus making it possible to reduce the average hospital stay.

It has been estimated that if all Regions had reached a 75% rate of recourse to this procedure, the level of the Region at the 75<sup>th</sup> percentile (for each single procedure), 104,996 hospital days a year could have been spared, differently distributed in the three macro-regions (North, Centre and South of Italy).

Similar findings have been recorded in an in-depth analysis made on colon surgery: by simulating higher recourse to the minimally invasive innovative procedure, a reduction in hospital days equal to 15,557 has been recorded, corresponding to a 7.6% reduction in the total number of hospital days.

In conclusion, the first year of operation of the Observatory has highlighted that:

- an innovation such as minimally invasive laparoscopic surgery is not uniformly spread in all Regions;
- the North-Italian Regions are those which have resorted more to this surgical procedure than those in Central and Southern Italy;
- the strong correlation between the reduction in hospital days due to a greater recourse to laparoscopic surgery and the planning of hospitalization could be considered one of the factors for achieving organizational efficiency and professional appropriateness.

performance  
accesso  
appropriata  
innovazione  
integrazione  
SSN  
regioni  
generalismo  
economicità



# *Riepilogo regionale*



## Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo il riepilogo regionale di alcuni indicatori selezionati contenuti nei singoli capitoli nel volume.

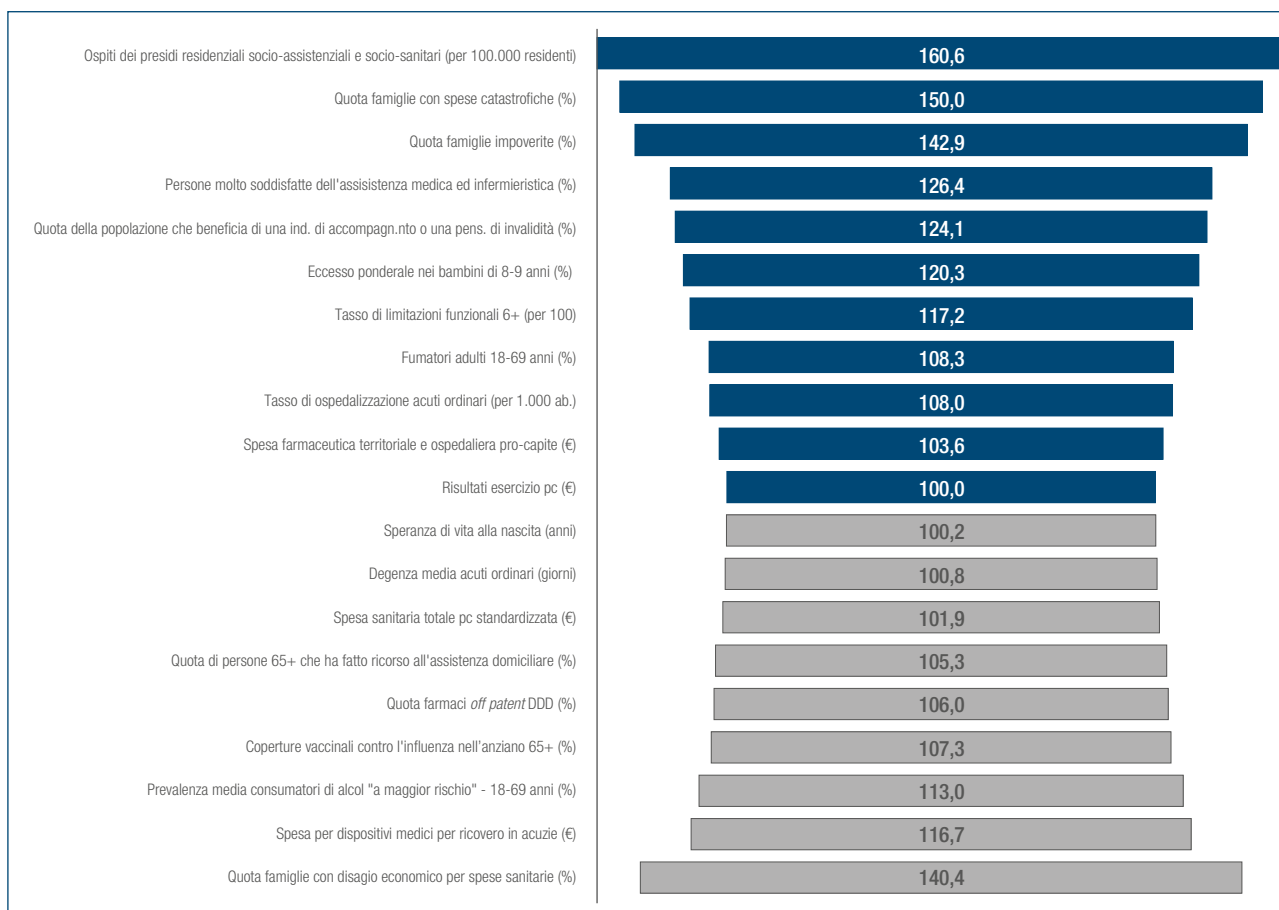
Essendo il Rapporto Sanità costruito per capitoli tematici, si è ritenuto infatti utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati. A tal fine, per ogni Regione, sono riportati in un unico grafico alcuni indicatori (20) presenti

nei capitoli, scelti per la loro rilevanza e confrontabilità. I valori degli indicatori, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), sono associati a due colori differenti: blu se il valore è migliore o uguale della media nazionale e grigio se il valore è peggiore della media nazionale. La lunghezza della barra associata all'indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

Di seguito si riportano gli indicatori utilizzati:

Contesto demografico	<b>Ind. 1:</b> Speranza di vita alla nascita (anni), anno 2015 <b>Ind. 2:</b> Tasso di limitazioni funzionali 6 anni e più (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2013
Finanziamento	<b>Ind. 1:</b> Risultati di esercizio pro-capite (€), anno 2016
Spesa	<b>Ind. 1:</b> Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata (€), anno 2016
Equità	<b>Ind. 1:</b> Quota famiglie impoverite a causa delle spese sanitarie <i>Out of Pocket</i> (%), anno 2015 <b>Ind. 2:</b> Quota famiglie soggette a spese sanitarie <i>Out of Pocket</i> catastrofiche (%), anno 2015 <b>Ind. 3:</b> Quota famiglie con disagio economico per spese sanitarie <i>Out of Pocket</i> (%), anno 2015
Prevenzione	<b>Ind. 1:</b> Coperture vaccinali contro l'influenza nell'anziano 65 anni e più (%), stagione 2016-2017 <b>Ind. 2:</b> Eccesso ponderale nei bambini di 8-9 anni (%), anno 2016 <b>Ind. 3:</b> Prevalenza media consumatori di alcol "a maggior rischio" - 18-69 anni (%), anni 2013-2016 <b>Ind. 4:</b> Fumatori adulti 18-69 anni (%), anni 2013-2016
Ospedaliera	<b>Ind. 1:</b> Tassi di ospedalizzazione per acuti ordinari (per 1.000 abitanti), anno 2016 <b>Ind. 2:</b> Degenza media per ordinari acuti (giorni), anno 2016 <b>Ind. 3:</b> Persone molto soddisfatte dell'assistenza medica e infermieristica (per 100 persone con le stesse caratteristiche), anno 2016
Residenziale	<b>Ind. 1:</b> Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari (per 100.000 residenti), anno 2014
Farmaceutica e Dispositivi Medici	<b>Ind. 1:</b> Spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera pro-capite (€), anno 2016 <b>Ind. 2:</b> Quota farmaci <i>off patent</i> ( <i>Defined Daily Dose</i> per 1.000 ab. pro-die), anno 2016 <b>Ind. 3:</b> Spesa per dispositivi medici per ricovero in acuzie (€), anno 2016
Domiciliare	<b>Ind. 1:</b> Quota di persone di 65 anni e più che ha fatto ricorso all'assistenza domiciliare (%), anno 2015
Provvidenze in denaro	<b>Ind. 1:</b> Quota della popolazione che beneficia di una indennità di accompagnamento o di una pensione di invalidità (%), anno 2017

## Piemonte

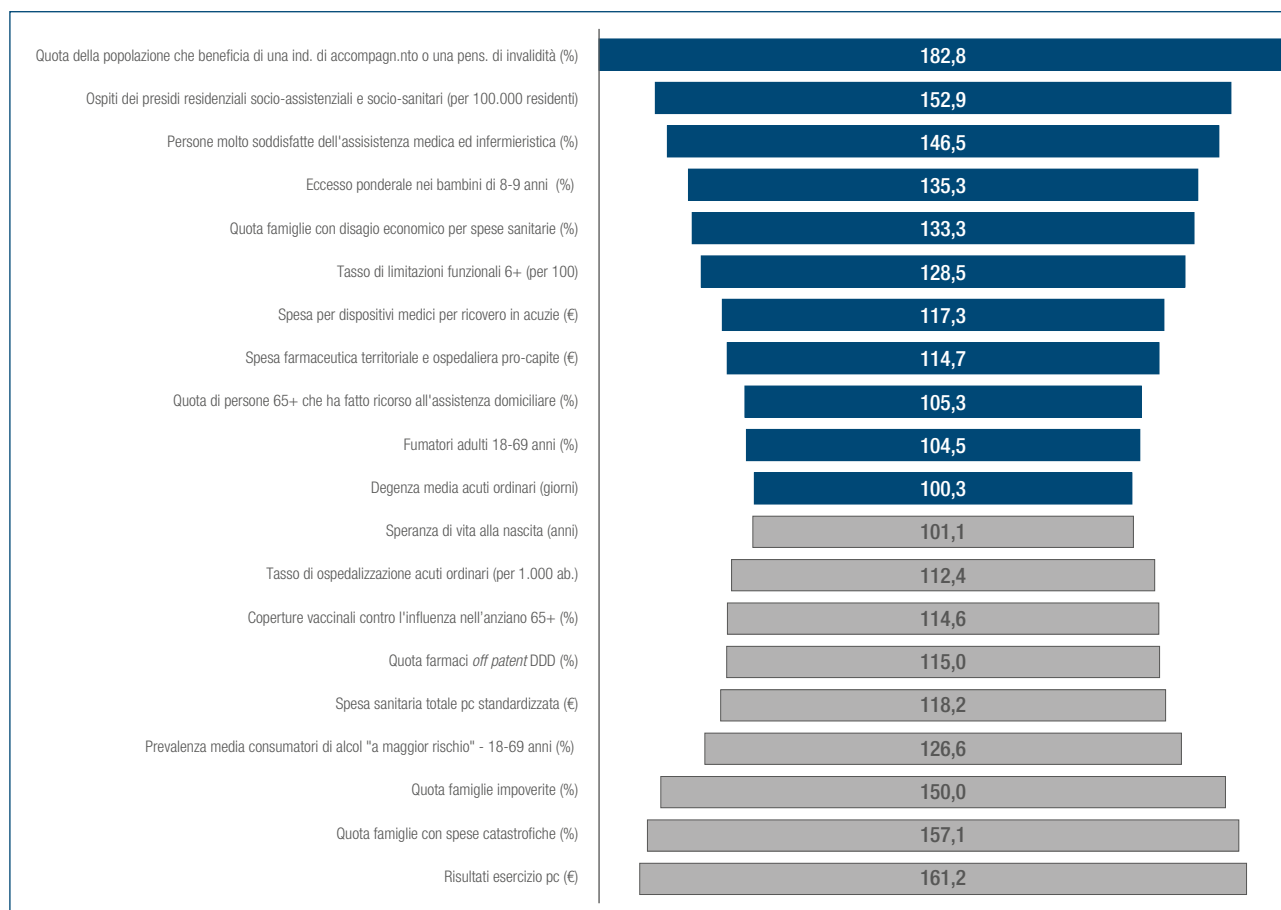


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Valle d'Aosta

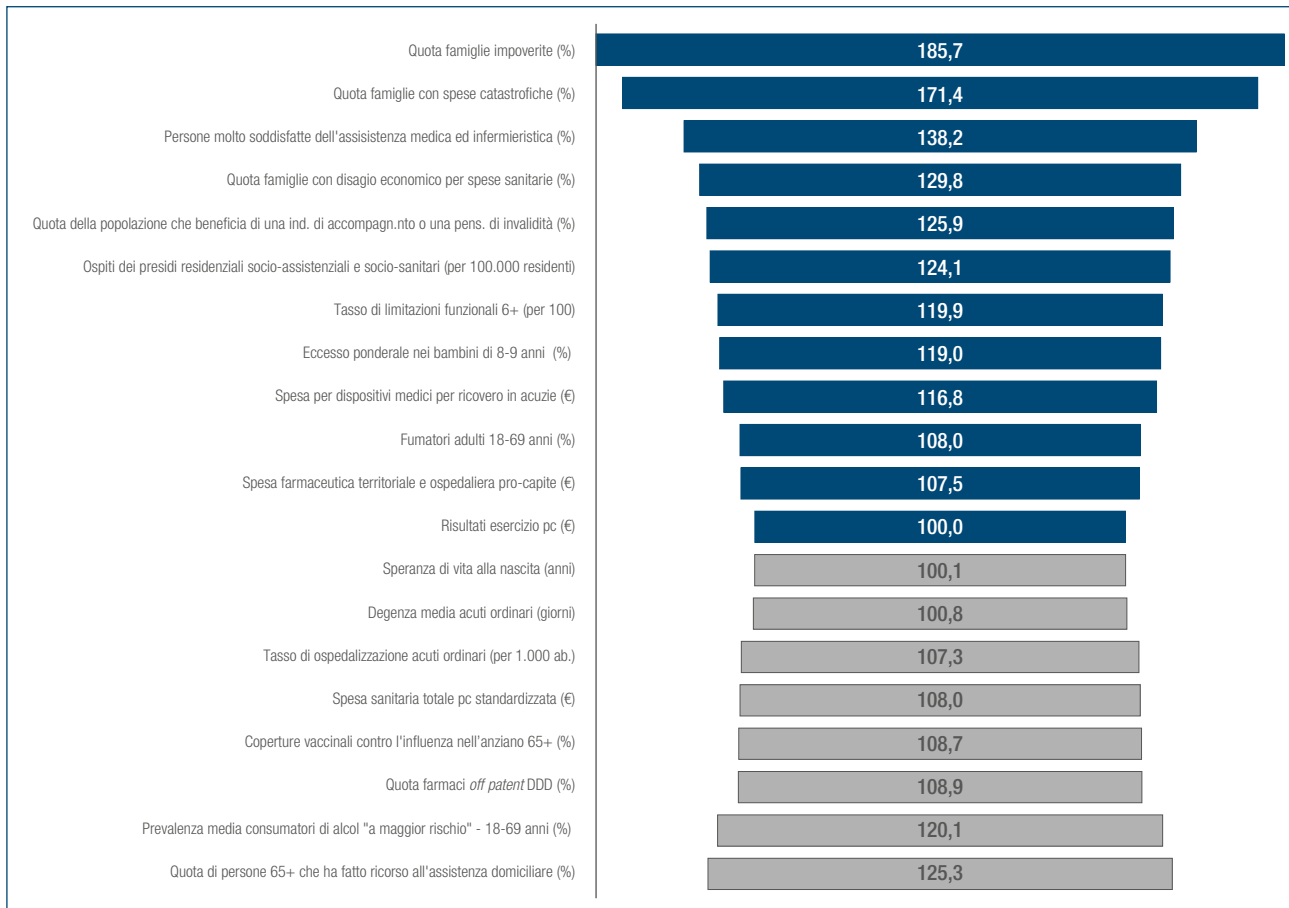


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

# Lombardia



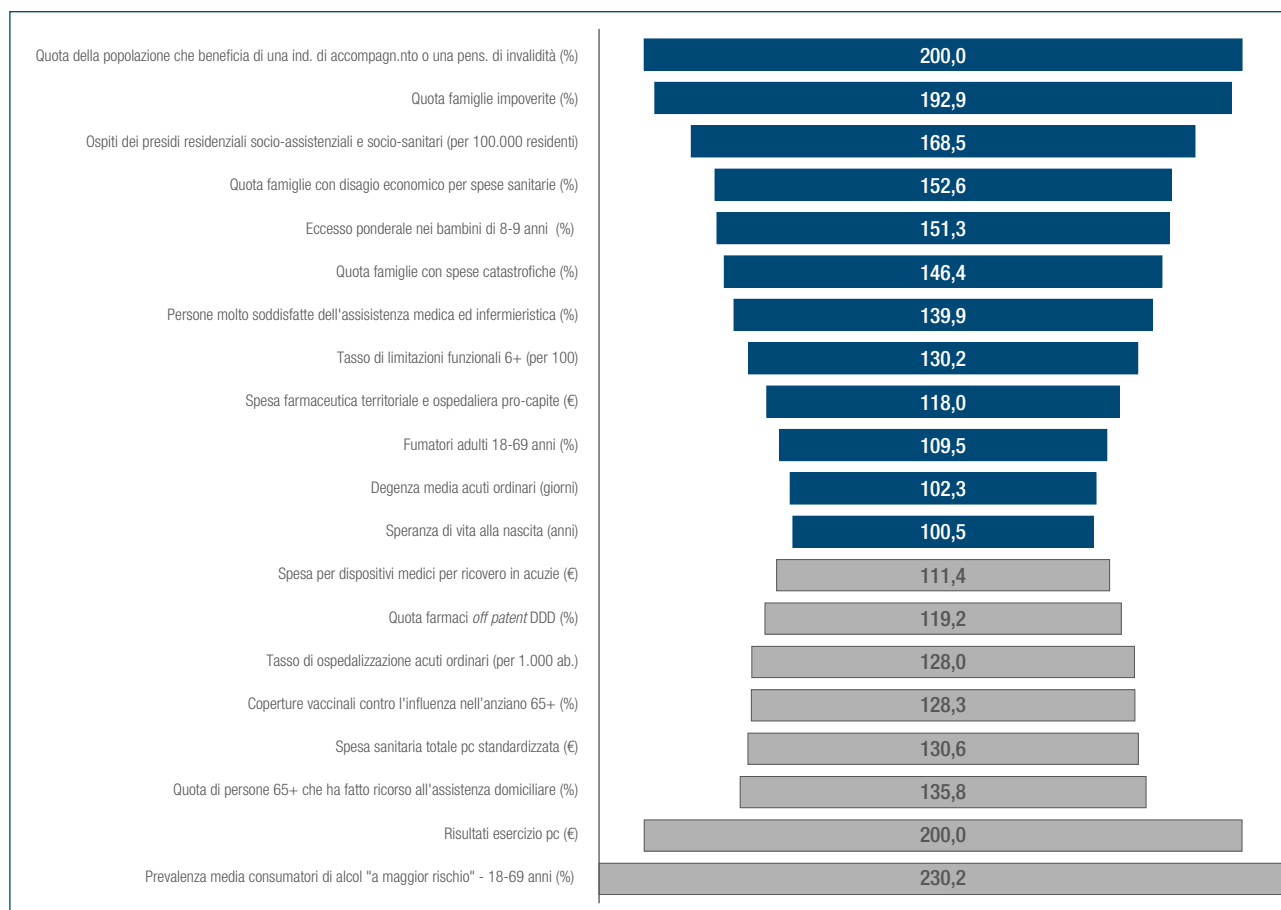
 Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.



## Provincia Autonoma di Bolzano

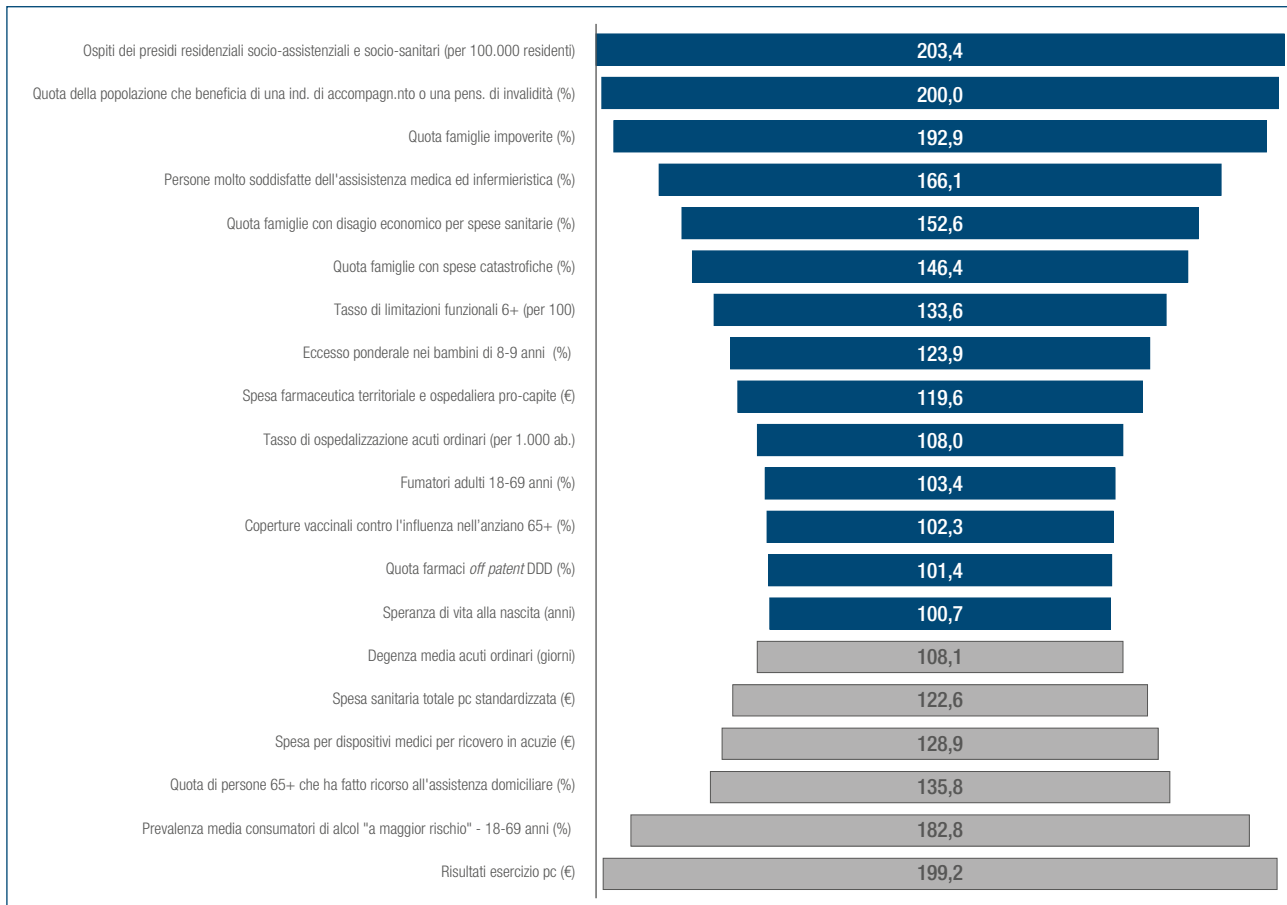


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Provincia Autonoma di Trento

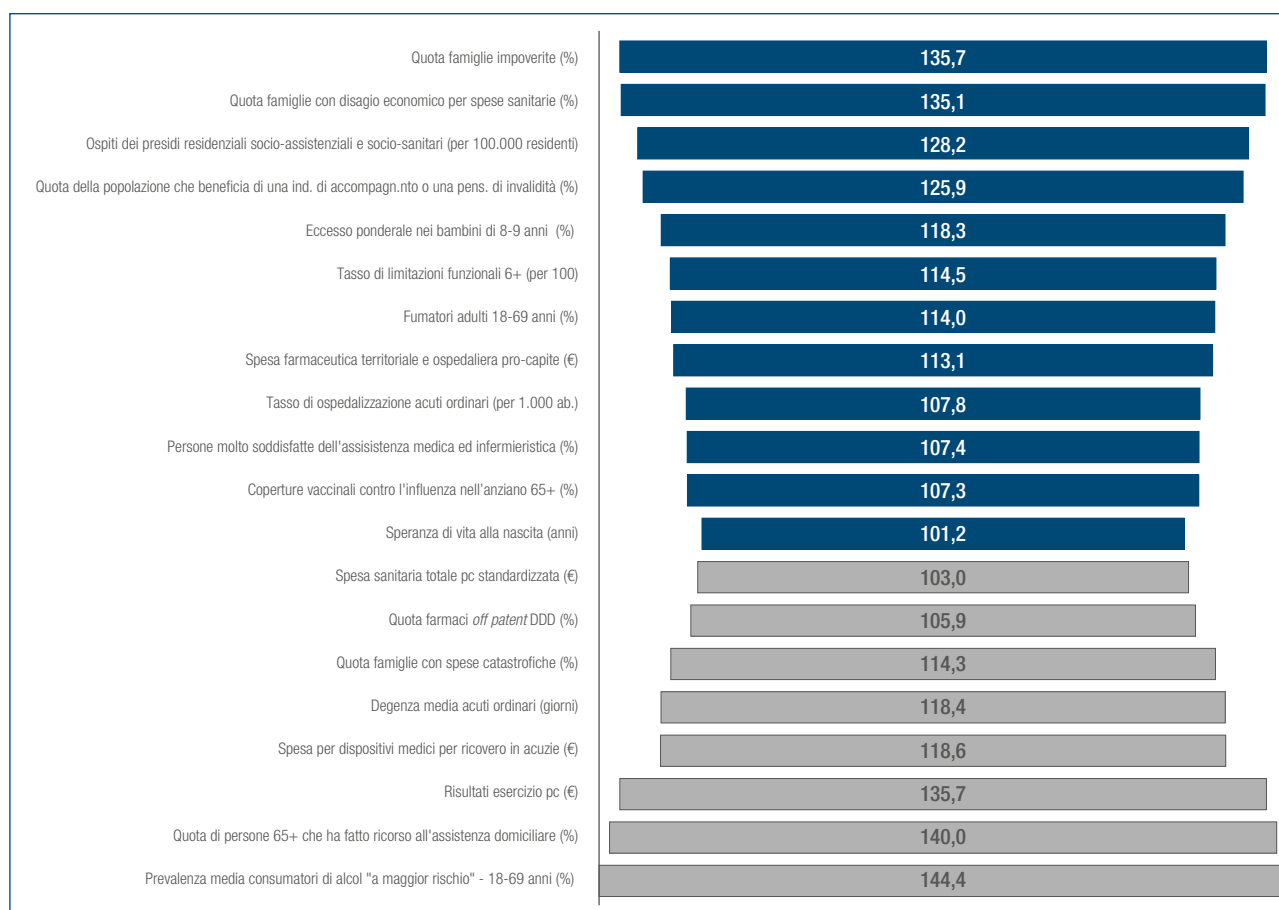


 Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Veneto

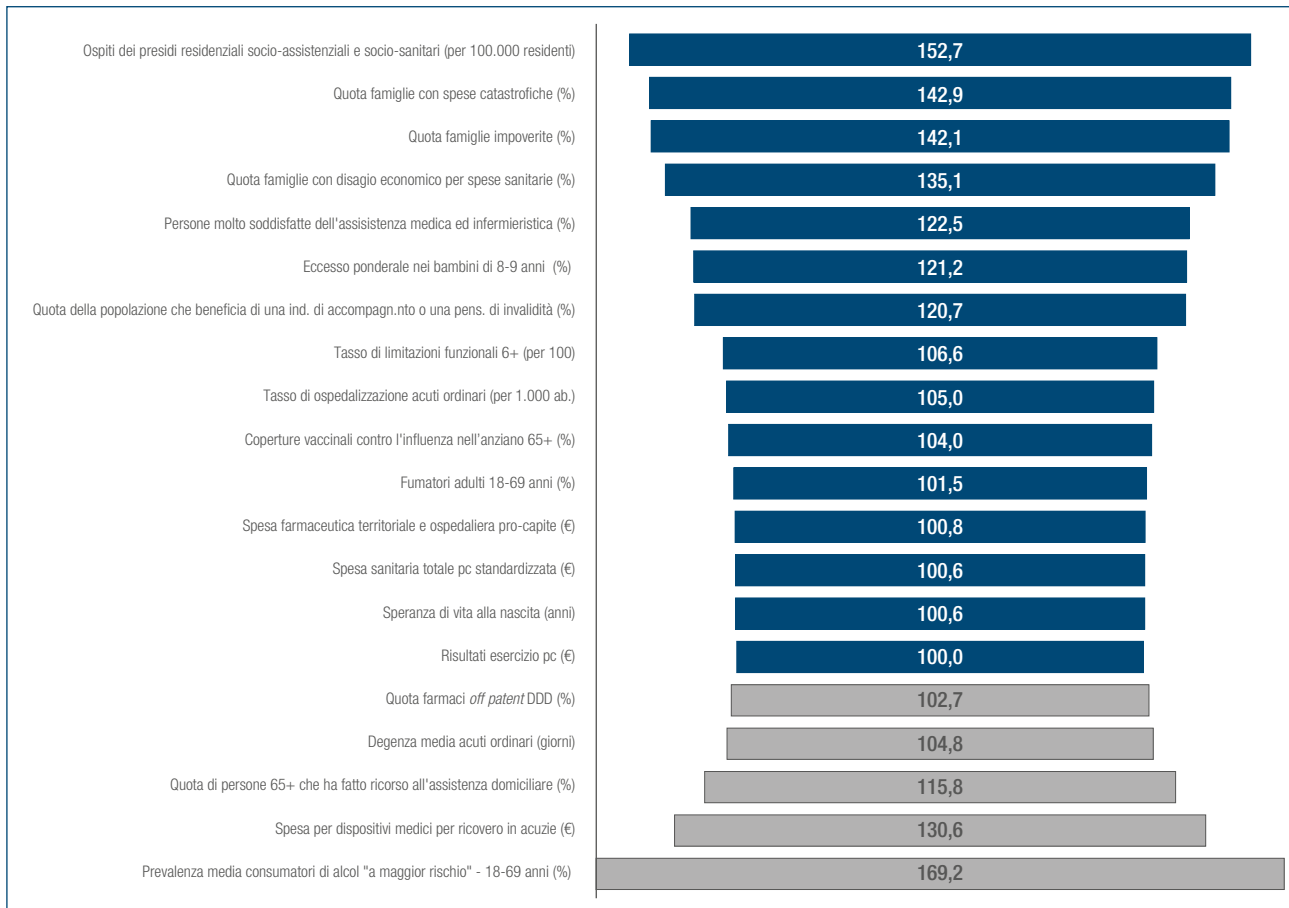


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Friuli Venezia Giulia

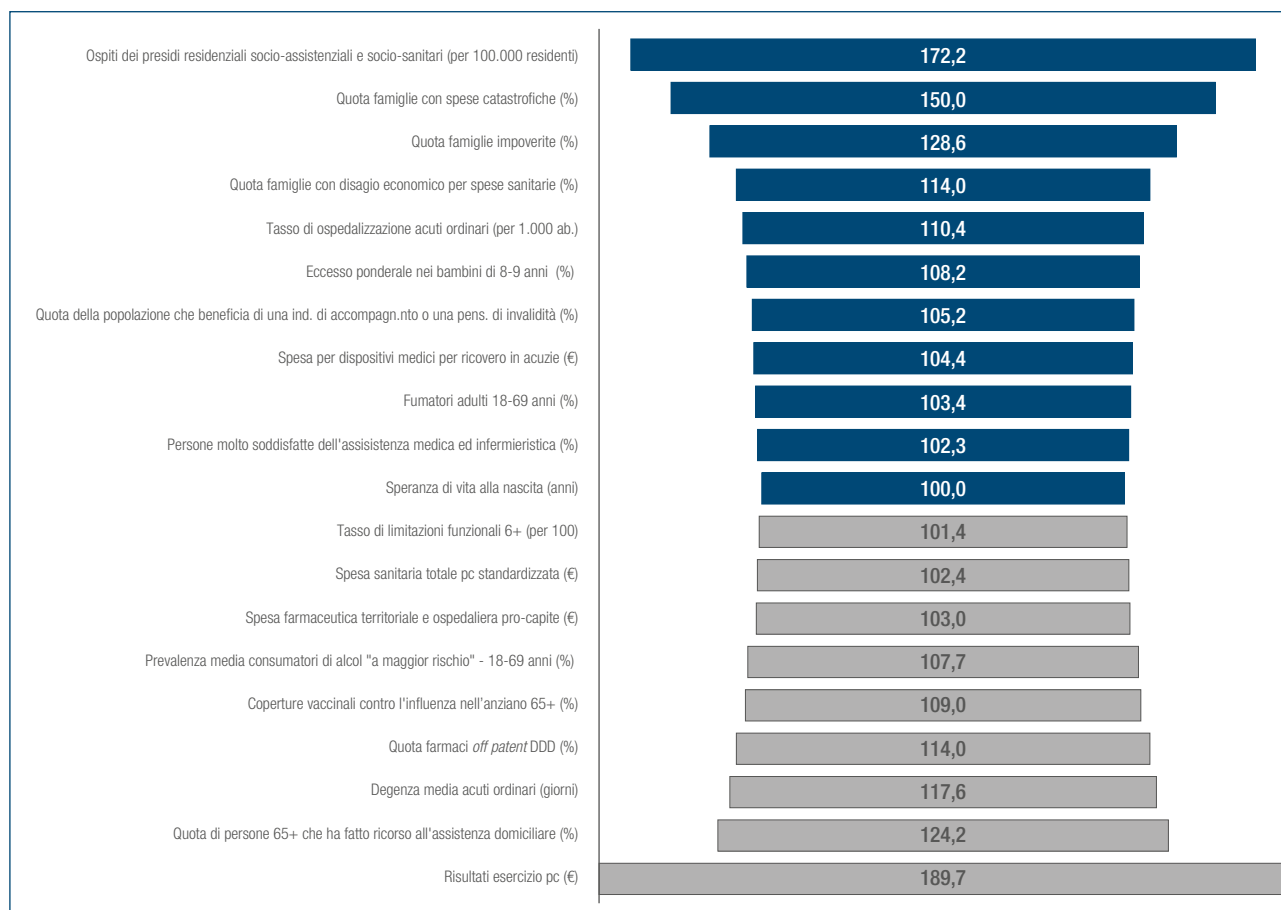


 Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

# Liguria

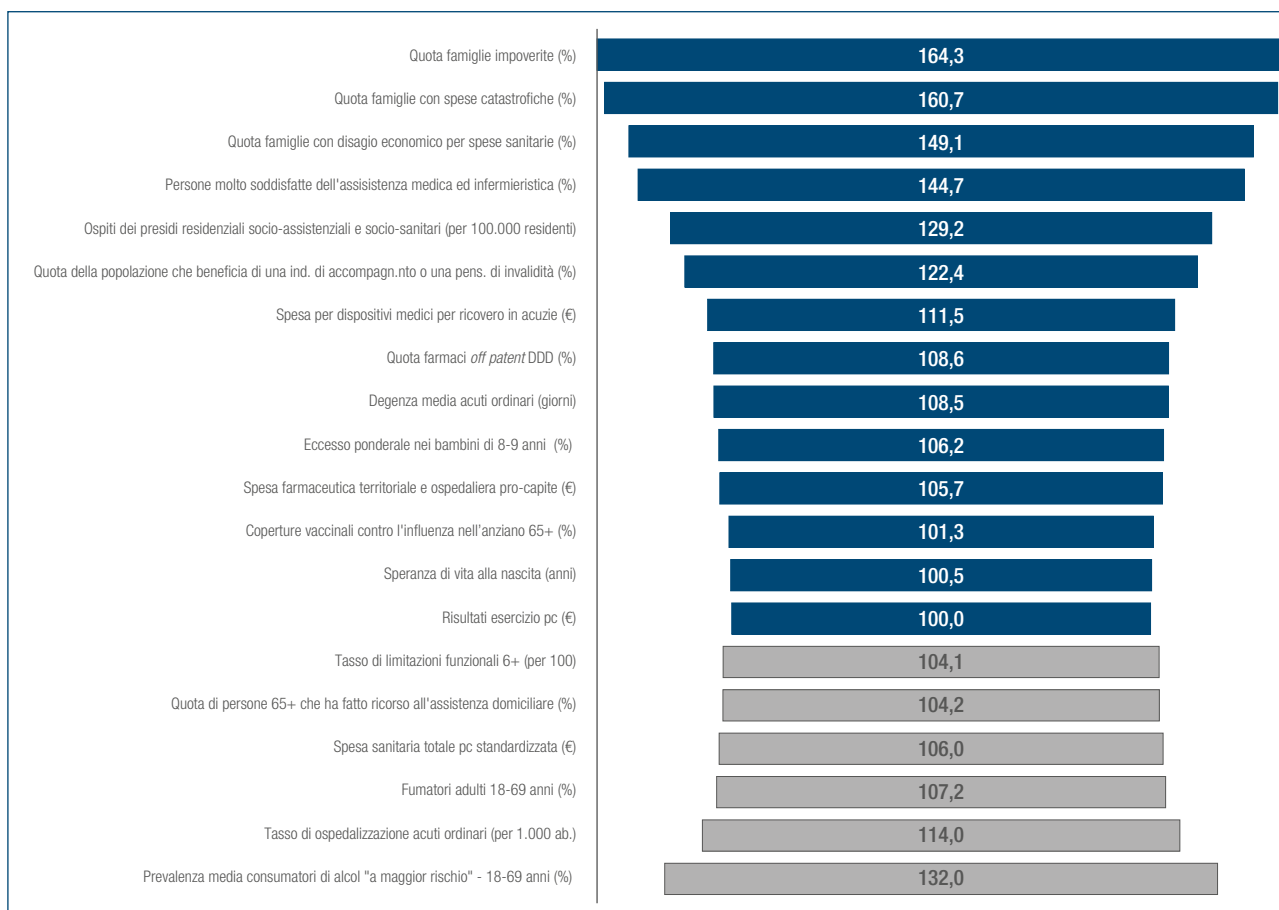


 Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Emilia Romagna

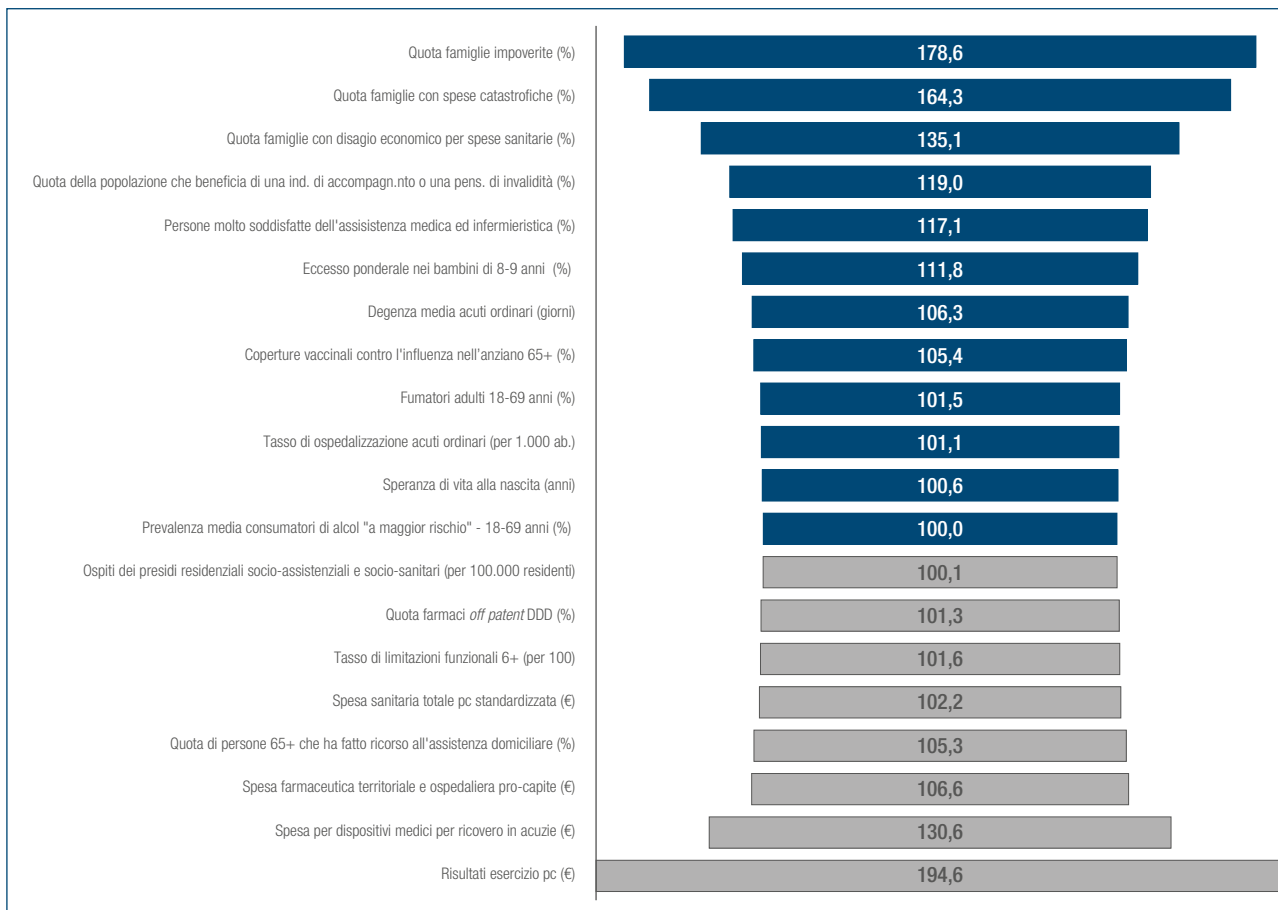


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

# Toscana

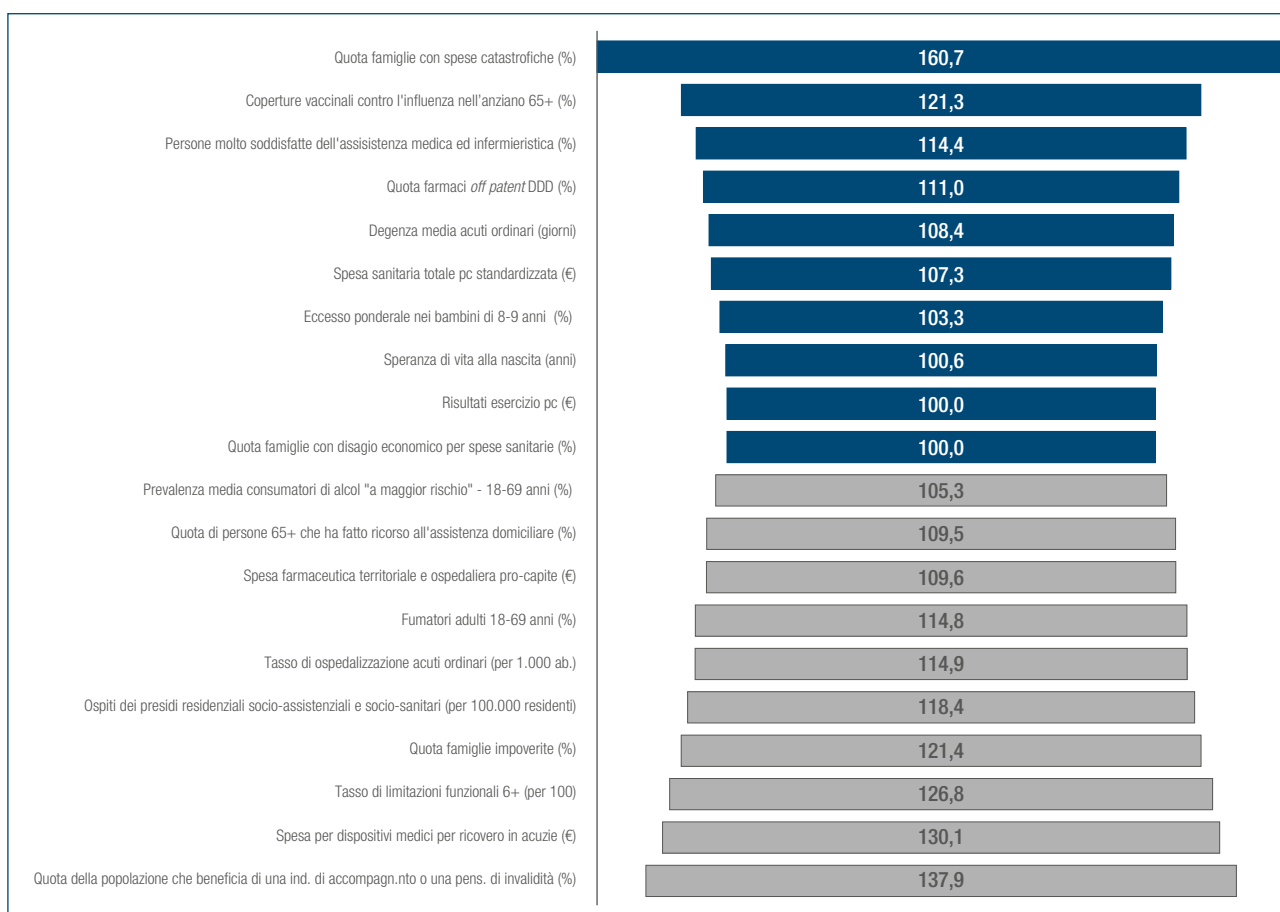


 Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Umbria



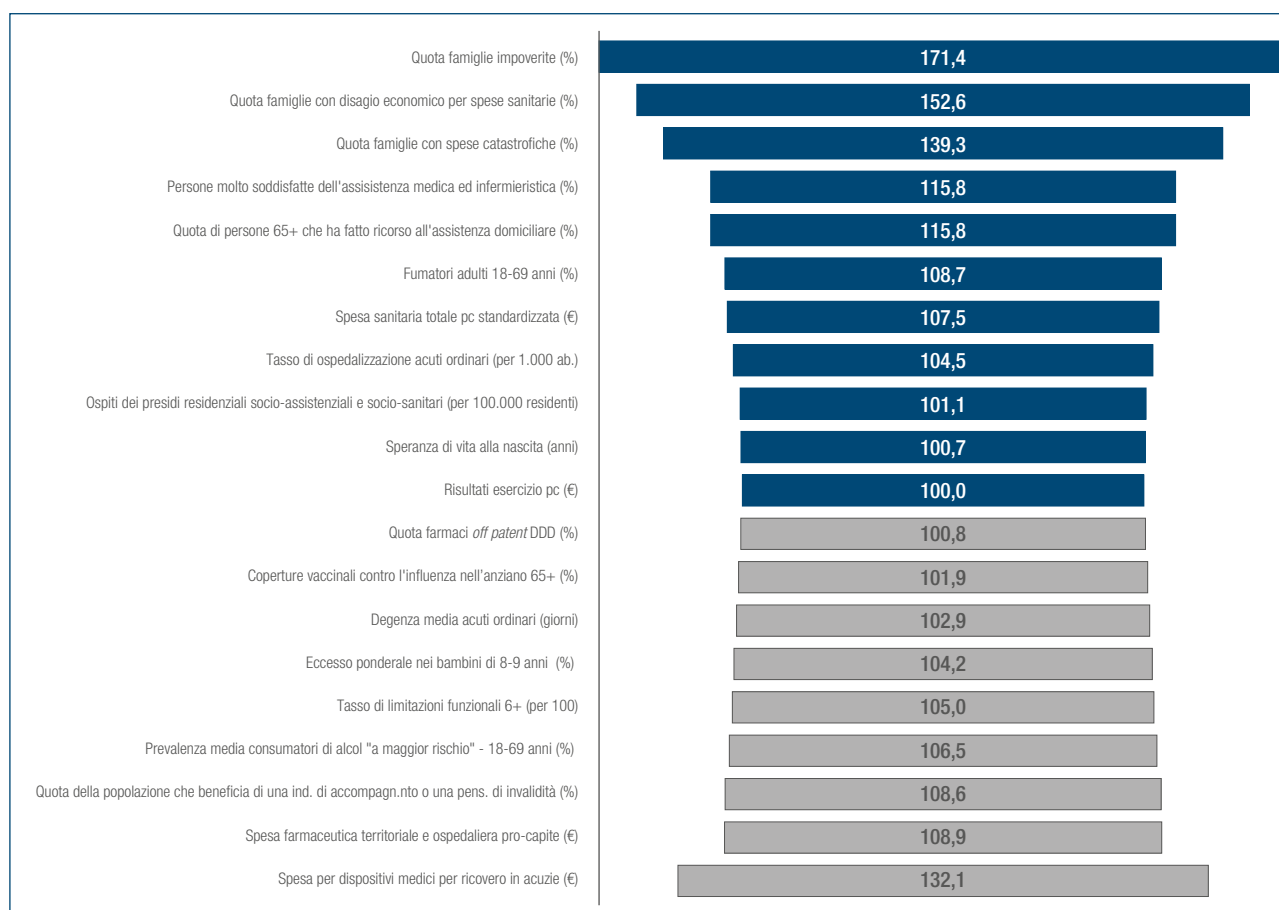
Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.



## Marche

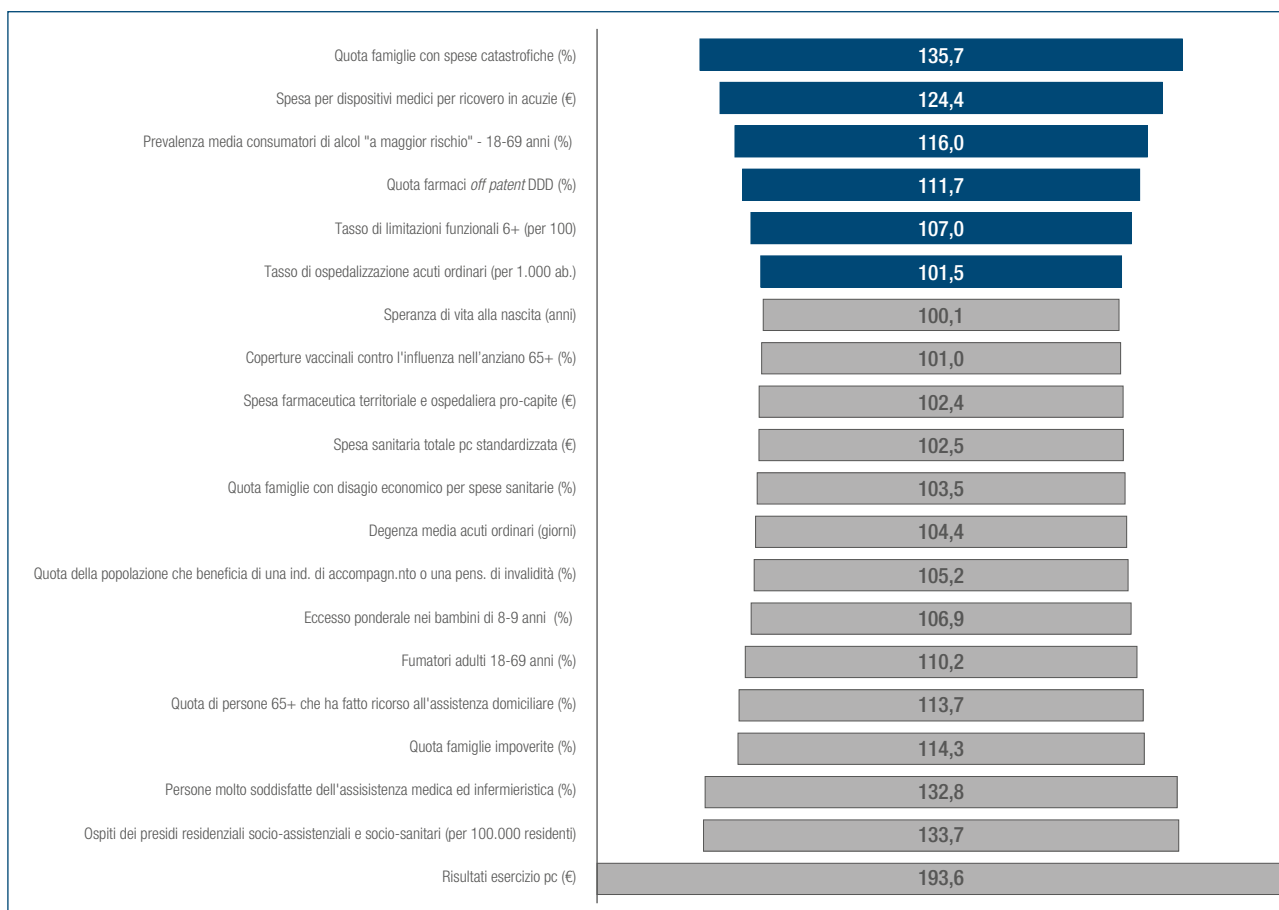


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Lazio

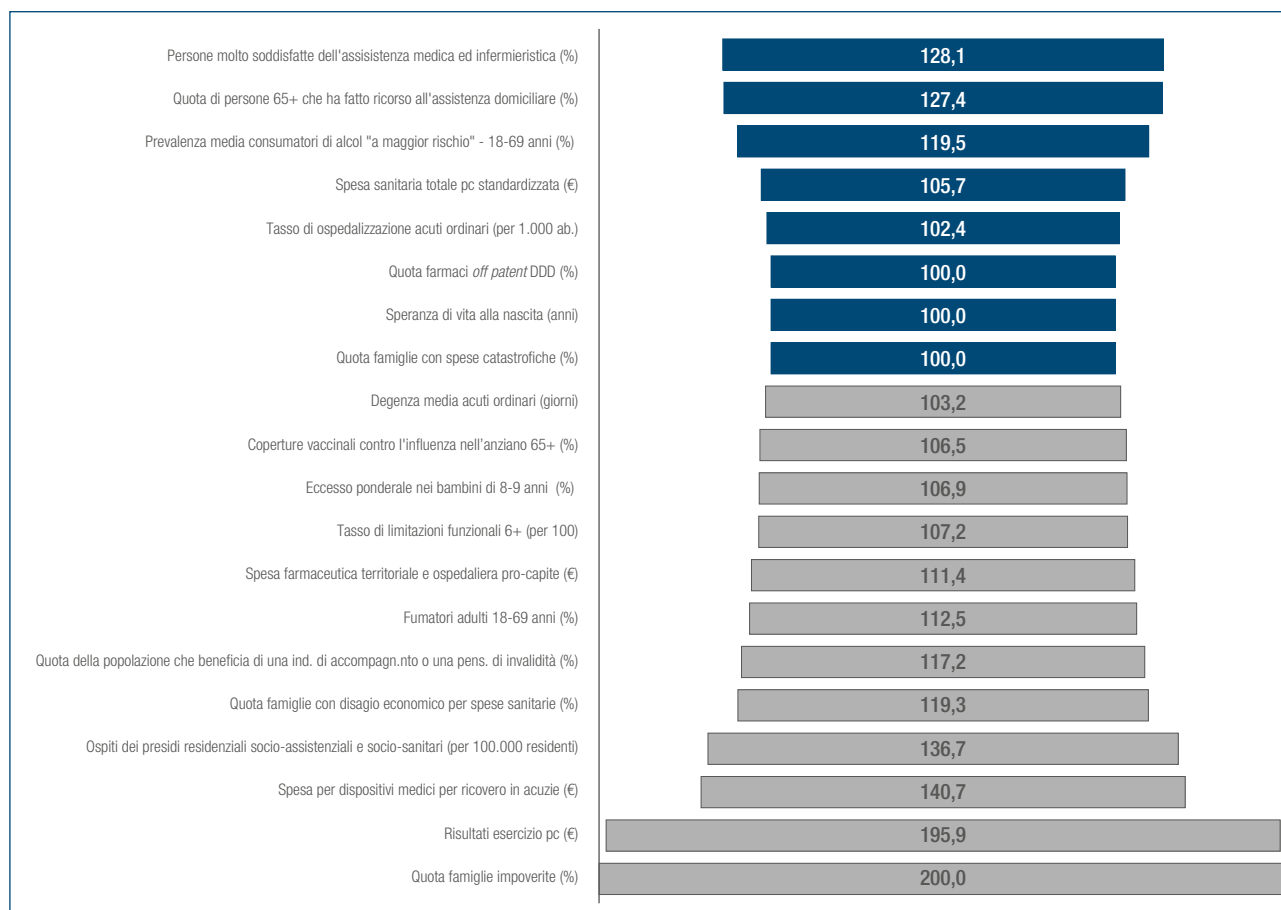


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

# Abruzzo

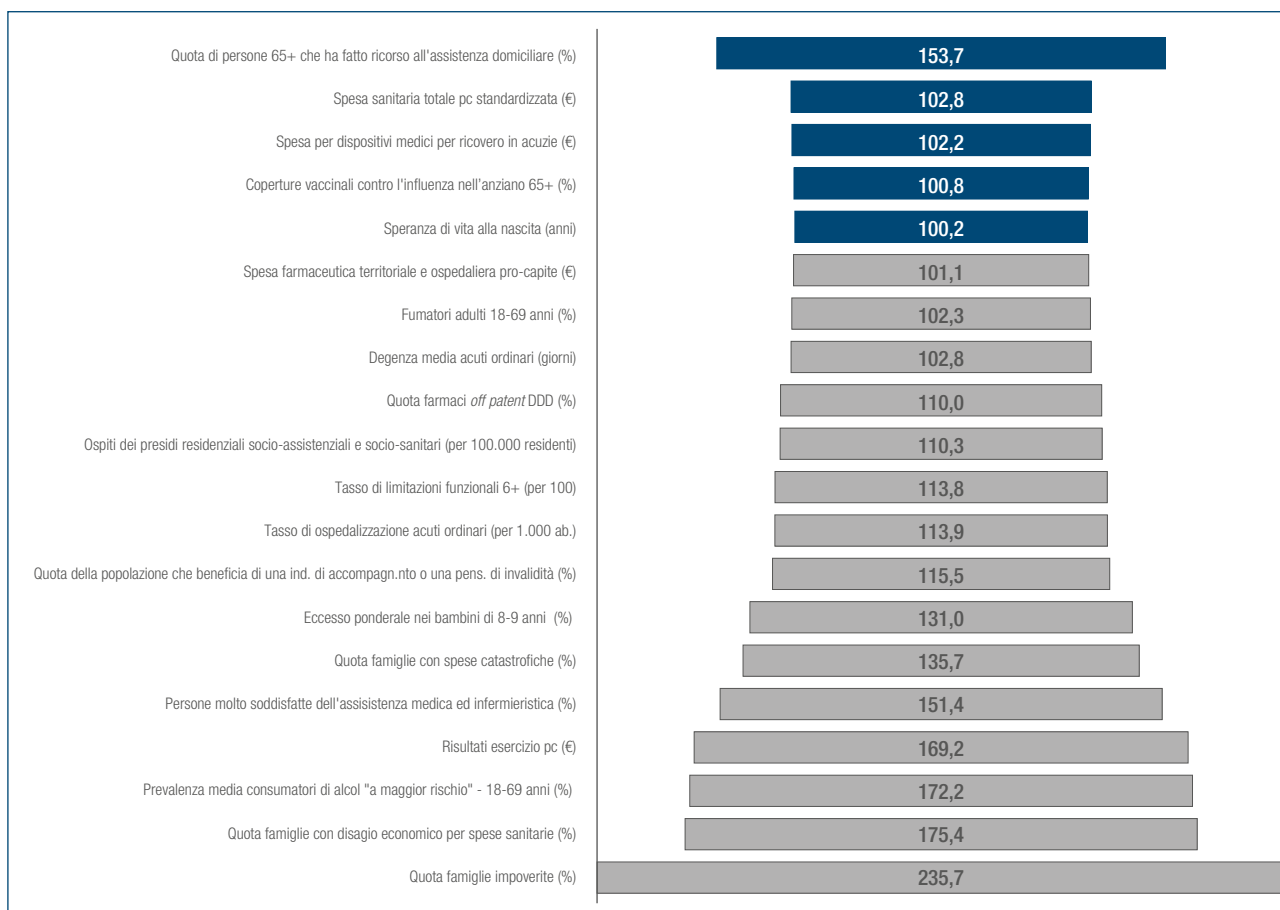


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Molise



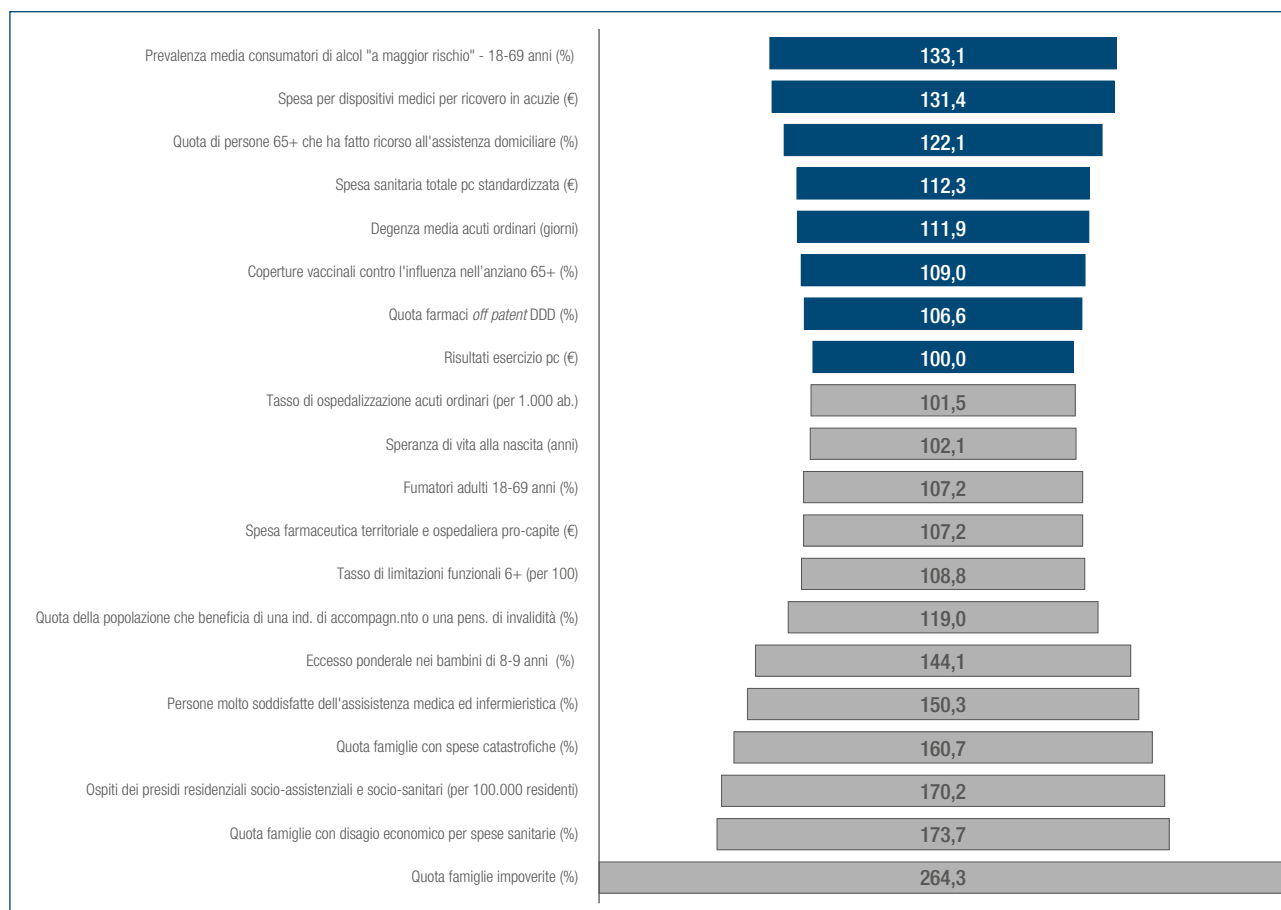
Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

# Campania

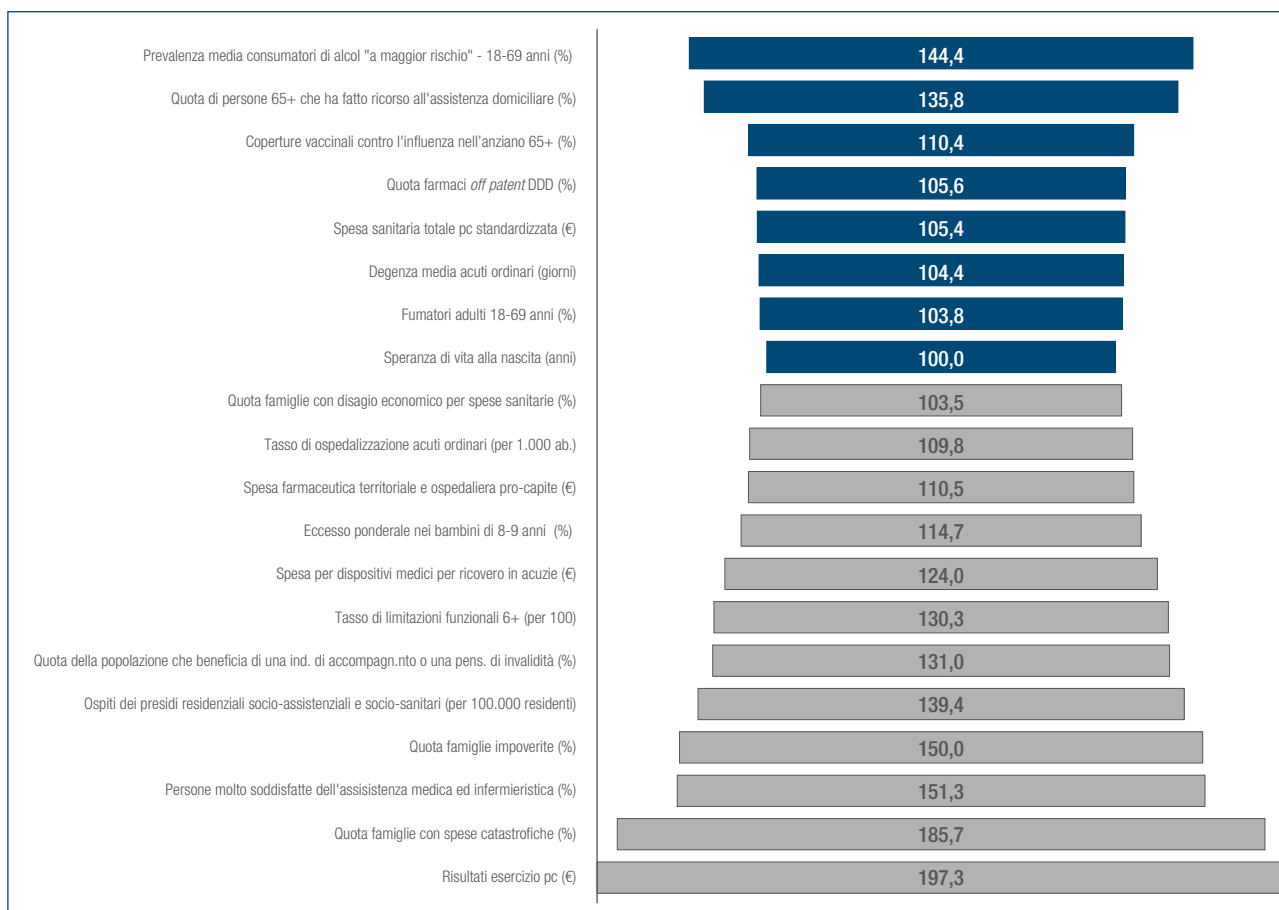


 Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

 Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Puglia

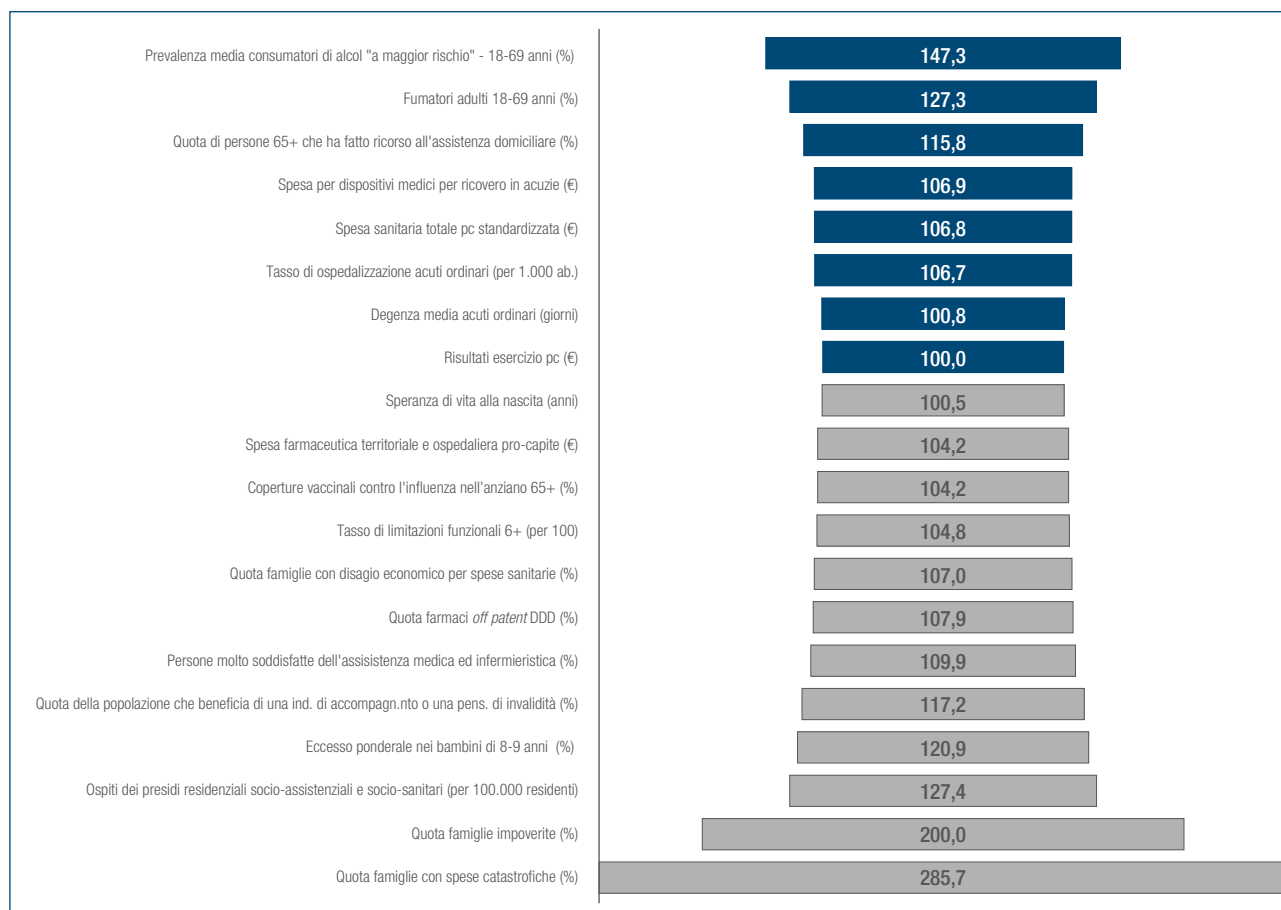


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

# Basilicata

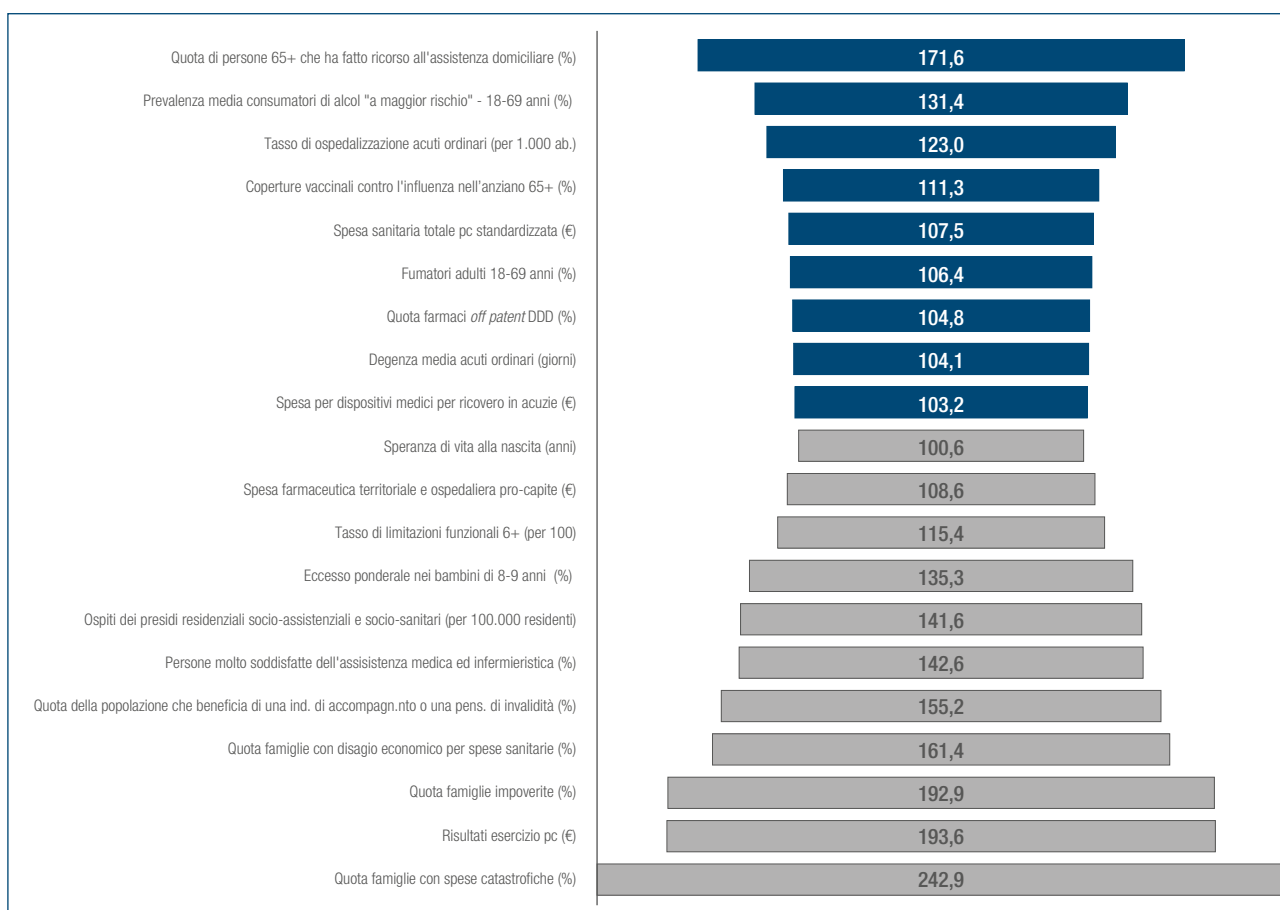


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Calabria



Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

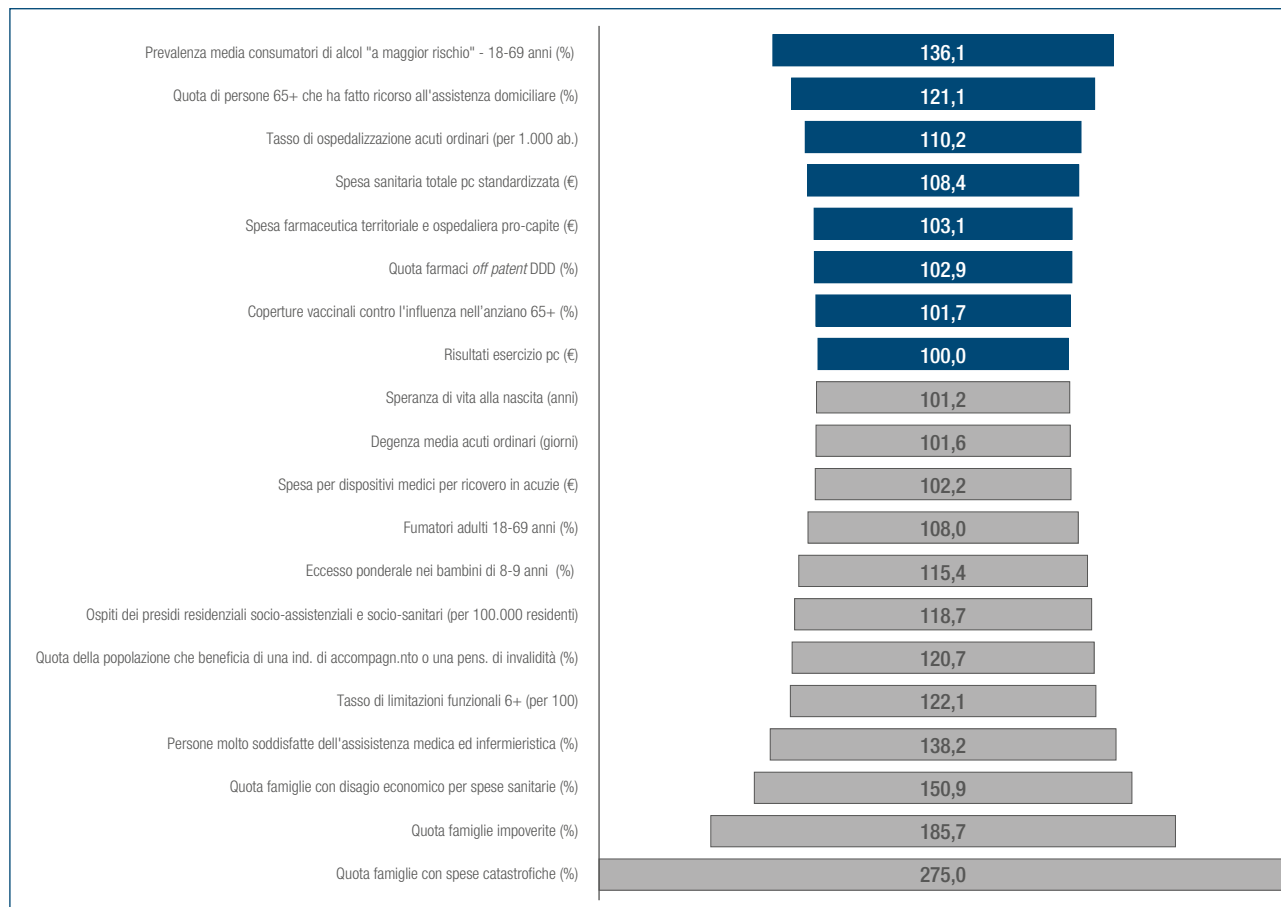
Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento.

In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.



# Sicilia

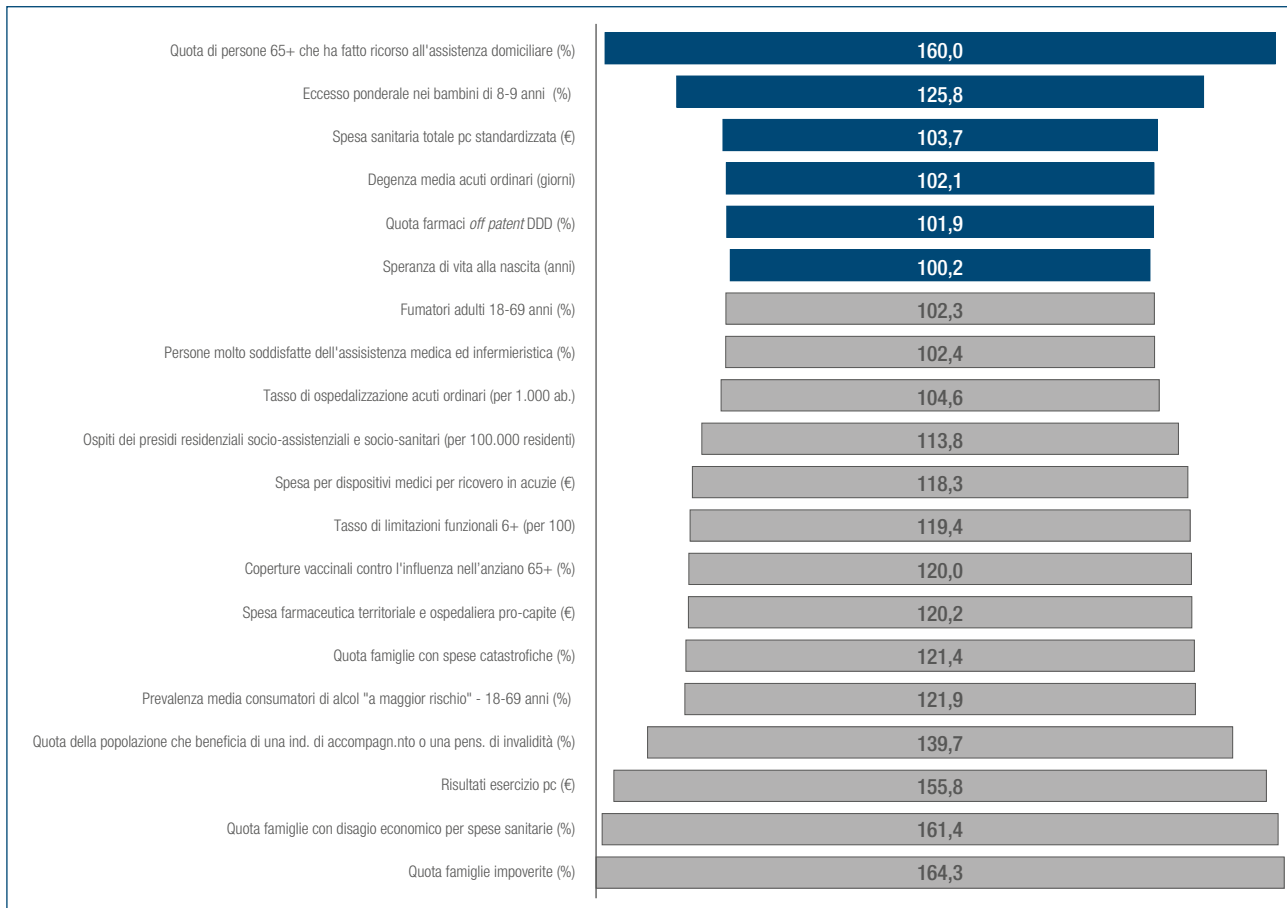


Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

## Sardegna



Valore uguale o migliore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Valore peggiore rispetto alla media nazionale (Numeri indice a base fissa, Italia=100)

Il grafico contiene alcuni degli indicatori proposti nei capitoli scelti in base alla loro rilevanza e confrontabilità. In particolare sono riportati i valori degli indicatori selezionati, espressi in numeri indice a base fissa (Italia=100), associati a due colori differenti, a seconda se il valore è uguale o migliore (blu) o peggiore (grigio) di quello medio nazionale. Inoltre la lunghezza della barra associata al singolo indicatore fornisce una misura dell'entità di tale scostamento. In tal modo si offre sia la valutazione di sintesi, sia alcune informazioni di dettaglio.

**A cura di**

FEDERICO SPANDONARO, DANIELA D'ANGELA, CRISTINA GIORDANI, BARBARA POLISTENA

**Coordinamento scientifico ed editoriale**

BARBARA POLISTENA

**Autori****ABBAFATI CRISTIANA**

Economista. Professore Aggregato presso "Sapienza", Università di Roma. Membro del Global Burden of Disease.

**BERNARDINI ANNA CHIARA**

Economista. Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**CAMBIANO CARLA**

Ingegnere biomedico. Master in Healthcare and Pharmaceutical Administration. Centro studi Assobiomedica.

**CARRIERI CIRO**

Economista. Ricercatore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**CRESCENTINI LAURA**

Attuario. Coordinatore tecnico Assoprevidenza. Membro del Comitato scientifico di Itinerari Previdenziali.

**D'ANGELA DANIELA**

Ingegnere biomedico. Master in Management and Clinical Engineering. Ricercatore C.R.E.A. Sanità, responsabile area HTA, dispositivi medici e PDTA. Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**DE LUCA RAFFAELE**

Medico chirurgo. Dirigente medico Dipartimento di Oncologia Chirurgica - I.R.C.C.S. Istituto tumori "Giovanni Paolo II", Bari.

**FICARI FERDINANDO**

Medico chirurgo. Professore Associato, Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale - Università degli Studi di Firenze.

**GASBARRINI ANTONIO**

Medico chirurgo. Professore ordinario, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

**GIORDANI CRISTINA**

Economista. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari.

Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute. Collaboratore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**GLORIOSO VALERIA**

Sociologa, PhD in Sociologia Applicata e Metodologia di Ricerca Sociale. Responsabile Area Sanità Centro studi Assobiomedica.

**Coordinamento organizzativo**

FLORA CICIANI

**Attività amministrative e di segreteria**

MARIA SANSONETTI

**GRECO GIUSEPPE**

Segretario Generale di ISIMM Ricerche - Studi e Azioni per l'Innovazione.

Dottore di ricerca in Analisi Economica, Matematica e Statistica dei Fenomeni Sociali - "Sapienza", Università di Roma.

Consulente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale (2003-2006).

**MANCUSI ROSSELLA LETIZIA**

Statistica. Collaboratore C.R.E.A. Sanità - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**MISERICORDIA PAOLO**

Medico di famiglia. Responsabile del Centro Studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale). Responsabile Area ICT di FIMMG.

**MONTORSI MARCO**

Medico chirurgo. Professore di Chirurgia presso Humanitas University, Responsabile U.O. Chirurgia Generale e Digestiva, Dipartimento di Chirurgia Generale, Humanitas Research Hospital.

**PLONER MARIA ESMERALDA**

Economista. Master in Economia e Gestione Sanitaria.

Ricercatore C.R.E.A. Sanità, Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**POLISTENA BARBARA**

Statistica, PhD. Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari. Master in Statistica per la Gestione dei Sistemi Informativi.

Ricercatore C.R.E.A. Sanità, responsabile area Farmacoeconomia e Statistica Medica. Assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

**SGARBOSSA CHIARA**

Ingegnere Gestionale. Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano.

**SPANDONARO FEDERICO**

Economista. Professore Aggregato presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Presidente del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità).

**VENTURI ROBERTA**

Avvocato. Master in Healthcare &amp; Pharmaceutical Administration. Ricercatore OSSFOR - Osservatorio Farmaci Orfani.

Il **Rapporto Sanità**, giunto alla sua **13ª edizione**, è una iniziativa nata nel 2003 presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e *management* sanitario e, allo stesso tempo, 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 13ª edizione del Rapporto Sanità è edita dal Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), con il supporto di alcune Aziende sensibili all'importanza di sviluppare conoscenze utili al dibattito sulle politiche sanitarie. Quest'anno la pubblicazione e la diffusione del volume presso operatori ed esperti sanitari sono rese possibili dal supporto incondizionato di: **3M Italia, Bayer, Biogen Italia, Boehringer Ingelheim Italia, Bristol Myers Squibb, Daiichi Sankyo Italia, Eli Lilly Italia, Fondazione MSD, IPSEN, Lundbeck Italia, Nestlé Health Science, Novartis Farma, Novo Nordisk, Sanofi, Shire Italia.**

Il Rapporto è strutturato in 4 parti: un'analisi economico-statistica del contesto in cui muove la Sanità e delle *performance* (finanziamento, spesa ed equità) del sistema; le analisi per tipologia di assistenza: prevenzione, ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, ambulatoriale di base, domiciliare, provvidenze economiche in denaro per la non autosufficienza; segue un *focus* sulla Sanità quale settore industriale; chiude una raccolta di analisi per patologia.

Ciascun capitolo viene affiancato da una sintesi in lingua inglese e da una sezione di *key indicators*. Alla fine delle monografie è presente un riepilogo regionale.

La raccolta delle **tavole statistiche** a supporto delle analisi contenute nel Volume cartaceo sono accessibili sul sito [www.creasanita.it/rapporto-sanita](http://www.creasanita.it/rapporto-sanita).

**Il Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)**, istituito nel 2013 e promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), 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 C.R.E.A. Sanità realizza ricerche nel campo dell'economia e del *management* sanitario, sviluppa banche dati, offre formazione e supporto a enti pubblici e privati, elabora valutazioni di HTA e di farmacoeconomia, oltre a servizi di consulenza e organizzativi. Info: [www.creasanita.it](http://www.creasanita.it)

*The Health Report, now in its 13th edition, is a project launched in 2003 by the researchers of University of Rome Tor Vergata with the aim of disseminating the research activities in the fields of health economics, policies and management, and providing useful information on the current performance and future outlook of the Italian health system, encouraging a debate on the issue among experts and members of the public, professionals and the business world.*

*The publication and dissemination of the 13th edition edited by C.R.E.A. Sanità to health sector professionals and experts, including access to the statistical tables, has been made possible thanks to the unconditional support of: **3M Italia, Bayer, Biogen Italia, Boehringer Ingelheim Italia, Bristol Myers Squibb, Daiichi Sankyo Italia, Eli Lilly Italia, Fondazione MSD, IPSEN, Lundbeck Italia, Nestlé Health Science, Novartis Farma, Novo Nordisk, Sanofi, Shire Italia.***

*The Report is structured in 4 parts: opens an economic and statistical analysis of the Health context, followed by system performance data (financing, costs and equity); then analysis for each care sectors are provided: prevention, hospital care, residential care, specialistic care, pharmaceuticals care, ambulatory (family) care, home care, and cash benefit; follows an analysis of the Health system from an industrial perspective; it ends a focus on some selected diseases figures.*

*The Report is in italian, but an **english summary** for each chapter is provided. There are also a section of **key indicators** and a **regional synopsis**. The Report is complemented by an **online access to statistical tables**, accessible by [www.creasanita.it/rapporto-sanita](http://www.creasanita.it/rapporto-sanita).*

*The Consortium for economic research applied in healthcare (C.R.E.A. Sanità), established in 2013 and sponsored by University of Rome Tor Vergata and the Italian Federation of General Practitioners (F.I.M.M.G.), aims at becoming a focus for multi-disciplinary skills to develop analyses, studies and training projects targeting the health and social care professions. The C.R.E.A. research team, carries out researches in the fields of economics and health management, develops databases, provides training and support to public and private sector entities, develops HTA and pharmacoeconomics assessments, and organizational and consulting services. Info: [www.creasanita.it](http://www.creasanita.it)*

App C.R.E.A. Sanità per iOS    App C.R.E.A. Sanità per Android



ISSN 2035-8660



9 772035 866005

ISBN 978-88-941236-2-3



9 788894 123623

€ 150,00