



performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
regioni  
HTA  
health  
sviluppo  
Italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare

# 11° Rapporto Sanità

L'Universalismo diseguale

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

*Unequal Universalism*

A cura di / Edited by: Federico Spandonaro



Impaginazione e grafica: Mediaticamente S.r.l., con la collaborazione di Rosy Bajetti

Finito di stampare nel mese di ottobre 2015

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

La 11ª 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 dell'11° Rapporto Sanità:



Science For A Better Life





## Guida alla lettura del Rapporto Sanità

L'11° Rapporto Sanità conserva la struttura consolidata negli ultimi anni; si inizia con i capitoli che forniscono un inquadramento del contesto in cui si muove la Sanità (in verità il settore socio-sanitario) italiana: gli aspetti socio-economici e demografici, il finanziamento pubblico, la spesa e le possibili misure di *Performance*.

A seguire il Rapporto fornisce una specifica analisi per ogni settore assistenziale: assistenza ospedaliera, residenziale, specialistica, farmaceutica, primaria, domiciliare, provvidenze economiche per la non-autosufficienza. Compresa alcune riflessioni sulle attività di prevenzione.

Chiudono il Rapporto un *focus* sullo sviluppo dei settori industriali collegati alla Sanità e una raccolta di analisi per patologia (quest'anno abbiamo preso in considerazione aspetti relativi all'HCV, alle terapie farmacologiche in oncologia e alle malattie rare).

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 e ricercatori di altri Centri di ricerca e Istituzioni: l'Istituto Superiore di Sa-

nità (ISS) ed il Ministero della Salute per la monografia sull'assistenza ospedaliera (cap.6); il Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIM-MG) per il contributo sull'assistenza primaria (cap.10) e la Fondazione Censis per il capitolo sulla non-autosufficienza (cap. 12).

Per migliorare la fruibilità del Rapporto, per ogni capitolo è stata quest'anno aggiunta una sezione di *key indicators*: nella nostra intenzione vorrebbero rappresentare uno strumento per seguire, di anno in anno, l'evoluzione dei singoli settori analizzati. Ad ogni capitolo è anche associata una sintesi in inglese, finalizzata a permettere la diffusione del lavoro presso Istituzioni e Centri di ricerca esteri, diffondendo così una maggiore conoscenza dell'evoluzione del SSN italiano.

Un'ulteriore novità è rappresentata dal riepilogo regionale, posto alla fine delle monografie, funzionale a permettere una (ri)lettura per singola Regione del Rapporto, trasversale quindi alle aree di assistenza analizzate nei singoli capitoli.

Infine, per chi fosse particolarmente interessato all'aspetto statistico, segnaliamo l'indice delle figure posto in appendice a fine volume e ricordiamo che ulteriori dati sono disponibili on-line sul sito [www.creasanita.it](http://www.creasanita.it).

*I curatori*

*Cristina Giordani e Federico Spandonaro*



## Indice/Index

|   |     |
|---|-----|
| <b>Presentazione</b> .....  | 13  |
| <i>Presentation</i> .....   | 17  |
| Novelli G.  |     |
| <b>Introduzione</b> .....   | 21  |
| <i>Executive Summary</i> .....  | 37  |
| Spandonaro F.   |     |
| <b>Capitolo 1 - Il contesto socio-demografico: popolazione e stato di salute</b> .....                | 55  |
| <i>Chapter 1 - The socio-demographical background: population and state of health</i>                 |     |
| Mancusi R.L., Spandonaro F.   |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 67  |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 69  |
| <b>Capitolo 2 - Il finanziamento: crescita dell'indebitamento e pressione tributaria locale</b> ..... | 79  |
| <i>Chapter 2 - ITA-NHS funding: growing debts and local tax burden</i>                                |     |
| Ploner E., Giordani C.  |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 91  |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 92  |
| <b>Capitolo 3 - La spesa: l'evoluzione e l'incidenza sui bilanci regionali</b> .....                  | 99  |
| <i>Chapter 3 - Health expenditure: evolution and incidence on regional budgets</i>                    |     |
| Ploner E., Polistena B.   |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 113 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 115 |
| <b>Capitolo 4 - La valutazione delle Performance</b> .....  | 123 |
| <i>Chapter 4 - Performance evaluation</i>   |     |
| d'Angela D., Spandonaro F.  |     |
| <b>Capitolo 4a - Una misura di sintesi del livello equitativo dei SSR</b> .....                       | 124 |
| <i>Chapter 4a - A synthesized measure of the equity level of the Regional Health Services</i>         |     |
| d'Angela D.   |     |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 130 |
| <b>Capitolo 4b - Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (II edizione)</b> .....                  | 135 |
| <i>Chapter 4b - An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (II edition)</i>               |     |
| d'Angela D., Spandonaro F.  |     |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Key Indicators</i> .....   | 146 |
| <i>English Summary - Chapter 4</i> .....  | 153 |
| <i>English Summary - Chapter 4a</i> .....   | 154 |
| <i>English Summary - Chapter 4b</i> .....   | 156 |
| <b>Capitolo 5 - Prevenzione: la questione (aperta) della spesa in Italia e le strategie nazionali e internazionali</b> .....                        | 161 |
| <i>Chapter 5 - Prevention: the (open) debate about expenditure in Italy, national and international strategies</i><br>Giordani C., Spandonaro F.    |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 179 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 181 |
| <b>Capitolo 6 - Assistenza ospedaliera: i ricoveri ripetuti in Italia. Anno 2014</b> .....  | 193 |
| <i>Chapter 6 - Hospital care: rehospitizations in Italy in 2014</i><br>Manno V., Galadini M., Granella P., Conti S., Carle F.                       |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 203 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 205 |
| <b>Capitolo 7 - Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta</b> .....  | 213 |
| <i>Chapter 7 - Residential care: demand and supply strategies</i><br>Pastorelli G.  |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 229 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 231 |
| <b>Capitolo 8 - Assistenza specialistica: tendenze della domanda e dell'offerta</b> .....   | 239 |
| <i>Chapter 8 - Specialist outpatient care: demand and supply trends</i><br>Piasini L.   |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 249 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 251 |
| <b>Capitolo 9 - Assistenza farmaceutica: governance e razionamenti</b> .....  | 257 |
| <i>Chapter 9 - Pharmaceutical care: governance and allotments</i><br>Polistena B., Spandonaro F.  |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 273 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 274 |
| <b>Capitolo 10 - Assistenza primaria: invecchiamento dei medici di medicina generale, problemi emergenti e nuove sfide</b> .....                    | 281 |
| <i>Chapter 10 - Primary care: ageing of general practitioners, emerging problems and new challenges</i><br>Misericordia P., Piperno A., Giordani C. |     |
| <i>English Summary</i> .....  | 295 |
| <i>Key Indicators</i> .....   | 297 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Capitolo 11 - Assistenza domiciliare: domanda e strategie d'offerta</b> ..... | 303 |
| <i>Chapter 11 - Home care: demand and supply strategies</i>                      |     |
| Pastorelli G.  |     |
| <i>English Summary</i> .....   | 313 |
| <i>Key Indicators</i> .....  | 315 |
| <b>Capitolo 12 - Non-autosufficienza: domanda e strategie di offerta</b> .....   | 323 |
| <i>Chapter 12 - Not self-sufficiency care: demand and supply strategies</i>      |     |
| Collicelli C., Maietta F., Vaccaro K., Castro C., Favazzi U.                     |     |
| <i>English Summary</i> .....   | 335 |
| <i>Key Indicators</i> .....  | 337 |
| <b>Capitolo 13 - L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive</b> .....       | 345 |
| <i>Chapter 13 - The health care industry: evolution and prospectives</i>         |     |
| d'Angela D.  |     |
| <i>English Summary</i> .....   | 357 |
| <i>Key Indicators</i> .....  | 359 |
| <b>Capitolo 14 - Analisi per patologia</b> .....                                 | 367 |
| <i>Chapter 14 - Analysis by pathology</i>  |     |
| Giannarelli D., Mancusi R.L., Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.             |     |
| <b>Capitolo 14a - L'Epatite C (HCV)</b> .....                                    | 368 |
| <i>Chapter 14a - Hepatitis C - HCV in Italy</i>                                  |     |
| Mancusi R.L., Spandonaro F.  |     |
| <b>Capitolo 14b - Le malattie oncologiche e il pricing dei farmaci</b> .....     | 377 |
| <i>Chapter 14b - Oncological diseases and drugs pricing</i>                      |     |
| Giannarelli D., Polistena B., Spandonaro F.                                      |     |
| <b>Capitolo 14c - Le malattie rare</b> .....                                     | 382 |
| <i>Chapter 14c - Rare diseases</i>   |     |
| Ploner E., Polistena B., Spandonaro F.   |     |
| <i>English Summary - Chapter 14</i> .....  | 389 |
| <i>English Summary - Chapter 14a</i> .....                                       | 390 |
| <i>English Summary - Chapter 14b</i> .....                                       | 392 |
| <i>English Summary - Chapter 14c</i> .....                                       | 393 |
| <b>Riepilogo regionale/Regional synopsis</b> .....                               | 397 |
| <b>Appendice/Appendix</b> .....  | 419 |
| <b>Indice tabelle, figure e key indicators</b>                                   |     |
| <i>Index of tables, figures and key indicators</i>                               |     |
| <b>Credits</b> .....   | 439 |



performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
HTA  
investimenti  
sviluppo  
italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
welfare  
crescita

# *Presentazione*



## Presentazione

Giuseppe Novelli – *Magnifico Rettore Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”*

Sono particolarmente lieto di introdurre l'11<sup>a</sup> edizione del Rapporto Sanità realizzato dai ricercatori dell'Università di Roma “Tor Vergata” con il coordinamento di Federico Spandonaro, nell'ambito delle attività di ricerca svolte dal Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità): stiamo vivendo un'epoca di grandi trasformazioni e il tema di quest'anno, i problemi nell'Universalismo garantito dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è certamente di grande attualità.

Vale ricordare come, già nella presentazione della scorsa edizione del Rapporto Sanità, avevamo anticipato l'arrivo di importanti innovazioni, deputate ad ampliare le opportunità terapeutiche e a contribuire ad aumentare la qualità di vita della popolazione ma, nello stesso tempo, a creare nuove sfide in termini di sostenibilità.

Siamo solo all'inizio di quella che io chiamo la “terza rivoluzione” della biomedicina che sarà interamente basata sulla genomica e indirizzata alla precisione e alla personalizzazione. Questo comporta che dobbiamo essere preparati a governare innovazioni provenienti da queste nuove aree di esplorazione, e insieme a vedere aprirsi nuove prospettive.

Allo stesso tempo, dobbiamo essere consci di vivere una fase di crescita economica complessivamente modesta, che rende (e renderà) sempre più difficile coniugare risorse disponibili e costi (a volte proibitivi) delle nuove tecnologie. La pressante richiesta di farmaci efficaci e privi di tossicità è una priorità della ricerca farmaceutica. I farmaci rappresentano prodotti industriali che devono soddisfare i requisiti che la società pone per garantire la propria salute ed il proprio sviluppo sociale ed economico. Per questa ragione devono essere efficaci su ogni persona e soprattutto non devono causare eventi avversi o indurre rischi di patologia diversa da quella per cui il paziente viene trattato. La disponibilità

oggi delle conoscenze genomiche permette di rendere più efficace il processo di scoperta di nuovi farmaci, mediante l'identificazione di nuovi bersagli molecolari e di biomarcatori in grado di migliorare l'efficacia e la tollerabilità del farmaco attraverso la personalizzazione del trattamento preventivo o terapeutico sulla base delle caratteristiche genetiche del paziente.

Il raggiungimento di tali obiettivi non dipende solamente dallo sviluppo della conoscenza scientifica, ma anche dalla appropriata gestione delle implicazioni economiche, etiche, legali e sociali associate alla ricerca ed alla applicazione delle nuove tecnologie.

Oggi si stanno sviluppando strategie di medicina personalizzata ormai in tutti i campi, nessuno escluso, dalle malattie cosiddette complesse (cardiovascolari, neurodegenerative, immunologiche, tumori), alle diete. La medicina genomica e/o personalizzata sta rivoluzionando la medicina pratica e nel giro di 10 anni, ognuno avrà il genoma sequenziato come parte della propria cartella clinica e quindi il farmaco appropriato. Con queste prospettive risulta pertanto difficile continuare a garantire l'universalismo nell'accesso alle cure sanitarie, e riuscire a farlo diventa la vera sfida per il prossimo futuro; ma non la sola: anche continuare a sostenere la ricerca è una prova che deve essere affrontata, perché senza di essa si accende una ipoteca sul futuro.

In altri termini, per quanto fondamentale ed eticamente prioritario, non basta continuare a garantire alla popolazione le migliori opportunità terapeutiche esistenti; è altrettanto importante salvaguardare le condizioni affinché la ricerca possa continuare a fiorire, determinando condizioni capaci di generare nuove scoperte e nuove opportunità di cura anche nel futuro.

Per questo è necessaria una nuova *governance*: con le regole attuali, nazionali e internazionali, si intravede ormai il rischio che le prossime innovazioni non

troveranno modalità sostenibili di accesso al mercato; ed in carenza di adeguati ritorni sugli investimenti sociali in ricerca, è facile prevedere una implosione degli investimenti.

La capacità di coniugare sostenibilità del sistema sanitario e sviluppo di una industria fondamentale per la crescita nazionale, è particolarmente rilevante per il nostro Paese, che rimane uno dei poli di produzione farmaceutica e dei dispositivi medici più importanti nel mondo.

L'Italia, rappresenta un laboratorio di eccellenza mondiale per la Sanità e la Salute, e spesso ha anticipato fenomenologie che hanno poi investito progressivamente tutte le altre Nazioni.

Il Rapporto Sanità 2015 si interroga, quindi, sugli ammodernamenti di sistema che la nuova fase di sviluppo richiede per mantenere una importante conquista di civiltà, quale l'Universalismo del SSN, coniugando innovazione e sostenibilità, equità di accesso e sviluppo industriale.

L'Università di Roma "Tor Vergata", in ossequio alla sua *mission* e alla sua *vision*, promuove l'eccellenza nella ricerca ma anche la sua disseminazione nella Società: rinnovo quindi l'auspicio che il lavoro di analisi svolto in questo Rapporto possa effettivamente arricchire il dibattito politico, contribuendo alla salvaguardia del SSN e anche dello sviluppo della ricerca di eccellenza nazionale.



# *Presentation*



## Presentation

Giuseppe Novelli – Rector, “Tor Vergata” University of Rome

I am very pleased to introduce the 11th edition of the Health Report by the researchers of “Tor Vergata” University of Rome, coordinated by Federico Spandonaro, as part of the research activities of the *Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità* (C.R.E.A. Sanità), the Consortium for Economic Research Applied to Health. We are living in times of substantial changes and this year’s theme, the issues surrounding universal health care, as provided by the National Health Service (NHS), is undoubtedly a hotly debated topic.

In the presentation to last year’s report we had announced the forthcoming arrival of important innovations, for broadening treatment opportunities and contributing to improving the quality of life for the population, while at the same time creating new challenges, in terms of sustainability.

We are now at the beginning of what I refer to as the “third revolution” of biomedicine, which will be based entirely on genomics and will focus on “precision” and “personalization”. This means that we need to prepare ourselves to govern the flow of innovations from these new research areas and see new perspectives open up before us.

At the same time, we must be aware that we live in a period of sluggish growth, as a result of which it is becoming harder and harder to strike a balance between the available resources and the (at times prohibitive) costs of the new technologies, a trend that is set to continue in the future. The pressing demand for effective and non-toxic drugs is a priority of pharmaceutical research. Drugs are industrial products that must satisfy the needs of society, to ensure its health and social and economic development. Therefore, they must be effective for everybody and, above all, they must not produce contraindications or cause other diseases on top of those for which the patients are treated. Today,

our knowledge of genomics enables us to improve the drug development process, permitting identification of new molecular targets and of biomarkers capable of improving the efficacy and tolerability of drugs, in prevention as well as in therapeutic treatment, based on the patient’s genetic characteristics.

The achievement of these objectives does not depend solely on the development of scientific knowledge, but also on the adequate management of the economic, ethical, legal and social implications associated with research and the application of new technologies.

Today, there are developments under way in personalised medicine, in all the fields, from so-called complex diseases (cardiovascular, neuro-degenerative, immunological, cancer), to diets. Genomic and/or personalised medicine is revolutionising medical practice and, in the space of about 10 years, genome sequencing will be an ordinary part of our clinical record, with personalised care and treatments. In this scenario, however, it will hardly be possible to continue guaranteeing universal access to healthcare, and so this is the true challenge for the forthcoming future; but it’s not the only one: continued support of research needs to be addressed, because without it we would prejudice the future.

In other words, although it is of fundamental importance and a priority, ethically speaking, continuing to ensure the best existing treatment opportunities to the population it is no longer enough; it is equally important, in fact, to safeguard the conditions that enable research to flourish, paving the way for new discoveries and developments and new care opportunities in the future.

This is why we need a new governance: the current national and international rules, in fact, do not guarantee sustainable procedures capable of enabling these

innovations to effectively access the market; and lacking suitable returns on social investments in research, we can easily forecast an implosion of investments.

The capacity to combine sustainability in the health care sector and the development of a key industry for national growth is particularly important for Italy, which is one of the global leaders in the pharmaceutical and medical devices sector.

Italy is a worldwide workshop of excellence for health and healthcare and has often spearheaded trail-blazing methods and research, which have then spread to the other countries.

Therefore, the 2015 Health Report tackles the mod-

ernisation and upgrading of the system, required by the new developments, in order to maintain a milestone on the path of human civilisation, the universal health service, by combining innovation and sustainability, equal access and industrial development.

Rome's "Tor Vergata" University, acting in accordance with its mission and its vision, is committed to promoting excellence in research, as well as its dissemination within society. Therefore, I would like to renew my hope that the work contained in this Report may effectively enrich the public debate, contributing to safeguarding the NHS and developing excellence in research nationwide.

performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità regioni  
europa salute cura  
health HTA  
investimenti federalismo  
sviluppo selettività  
risorse sostenibilità welfare  
cronicità  
valutazioni  
crescita

Italia  
economia

# *Introduzione*

L'Universalismo diseguale (o imperfetto)



## Introduzione

### L'Universalismo diseguale (o imperfetto)

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

#### 1. Il contesto

Il titolo scelto per l'11° Rapporto Sanità, “L'Universalismo diseguale”, come tradizione del nostro lavoro nasce da un tentativo di lettura quantitativa dell'evoluzione del sistema sanitario italiano; evidentemente la scelta del titolo tradisce il tentativo di segnalare che osserviamo fenomeni che, alcuni in modo strisciante, altri in modo più prorompente, risultano incoerenti con la linea politica che ha portato all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale universalistico in Italia.

Va subito premesso che Universalismo diseguale non è, necessariamente, una contraddizione in termini; e neppure implica automaticamente l'iniquità del sistema: avremmo forse potuto dire anche “Universalismo imperfetto”.

Già in tempi “non sospetti”, infatti, abbiamo espresso nelle pagine del Rapporto l'idea che fosse necessario rivalutare il concetto di equità verticale (trattamento “diseguale” di bisogni diversi): una rivalutazione del concetto che abbiamo ritenuto opportuna perché il principio è spesso negletto nel dibattito di politica sanitaria, storicamente sbilanciato sul versante dell'equità orizzontale, che per lo più traduce il “naturale” sentimento per cui “davanti alla Sanità/Salute” dobbiamo essere tutti uguali.

Vorremmo, in altri termini, evitare interpretazioni che possano far pensare ad una adesione alla posizione, che si tramuta facilmente in una sterile deriva anti-federalista, per cui il vero attentato all'Universalismo risiede nella creazione di 21 sistemi sanitari regionali, la cui diversità, effetto degli “egoismi” e delle “inefficienze” locali, genererebbe di per sé grave nocimento all'Universalismo e al diritto dei cittadini alla tutela della salute.

Posizione che non possiamo condividere di fronte all'evidenza che gli obiettivi del federalismo, primo fra tutti quello della responsabilizzazione finanziaria regio-

nale, ma anche quello della razionalizzazione dell'offerta, sono stati in larga parte raggiunti: e anzi è proprio in alcuni nodi irrisolti a livello centrale che risiedono a nostro parere rischi di tenuta del sistema.

In continuità con i precedenti Rapporti Sanità, sposiamo la tesi per cui la complessità (intrinseca nel settore sanitario) è naturalmente permeata di fattori di “diversità”, che non è corretto combattere per “ragioni di principio”; sono infatti enzimi essenziali per una evoluzione del sistema, purché adeguatamente governati.

L'evoluzione del sistema, si potrebbe dire meglio il suo ammodernamento, richiede infatti cambiamenti che, di contro, sembrano invisibili ai più.

La razionalizzazione del sistema, giusta ambizione, è stata sin qui condotta cercando di rimuovere elementi ritenuti “tumori” del sistema (l'intromissione della politica, le inefficienze, la carenza di etica, etc.), implicitamente assumendo che il disegno originale rimanesse adeguato in ogni sua parte e che quindi bastasse rimuoverne le patologie.

Nel dibattito di politica sanitaria sembra in qualche modo predominante una posizione “creazionista”, nel senso di considerare l'affermazione dell'Universalismo acquisita con la istituzione del SSN: in questa ottica, obiettivo della politica sanitaria diventa il preservare il sistema da ogni attacco esterno e quindi ogni cambiamento che possa metterne in pericolo l'assetto sostanziale definito alla fine degli anni '70.

Difendere la conquista dell'Universalismo è certamente condivisibile, sebbene rileggendo la L. 833/1978 appare chiaro che ben altre erano le “vere” priorità: prima fra tutte la riduzione degli squilibri regionali e anche una visione olistica, integrata dell'approccio alla salute; la prima non è mai stata raggiunta e la seconda, come vedremo, inizia a scricchiolare.

Nel nostro Paese quello dell'Universalismo è princi-

pio largamente condiviso, e ritenuto, giustamente, una conquista di civiltà, permeata di grande valore politico e culturale: molto meno praticato è il tema della riduzione delle disuguaglianze, che cercheremo di mostrare come prosperino nell'“Universalismo diseguale”. Analogamente sembra sfuggire che quella che è stata definita la politica dei “silos”, ormai imperante in Sanità, è la negazione in termini dell'approccio olistico sottostante la L. 833/1978.

In altri termini, il dibattito sulla difesa dell'Universalismo va contestualizzato, e operando in tal senso si iniziano a intravedere alcune contraddizioni nelle posizioni che si pongono come paladine di una strenua difesa dell'assetto originario del SSN.

I paladini dell'Universalismo, ad esempio, sono per lo più anche convinti assertori dell'esistenza di forti livelli di inefficienza nel SSN (prima) e dei SSR (ora), anche perché tendono a individuare in tale fattore la ragione unica di rischio di fallimento del sistema.

A fronte di una spesa che, da anni, segnaliamo essere molto inferiore a quella degli altri Paesi europei, e a livelli di salute che, come vedremo, almeno per ora rimangono superiori, considerare l'inefficienza il principale difetto del sistema appare quanto meno discutibile.

L'inefficienza sembra essere diventata l'alibi, per una classe politica ormai disabituata a proiettarsi nel futuro, per non voler ipotizzare nuovi assetti nel settore: d'altra parte, ogni cambiamento ha costi politici e, evidentemente, nel caso specifico la percezione è che non sarebbero controbilanciati dai benefici: d'altronde, se davvero può essere sufficiente ridurre la sacca di inefficienza per mantenere il sistema Universalistico (e quindi “perfetto” per definizione) così come è, perché assumersi i rischi del cambiamento?

Nell'ottica descritta, emerge che, paradossalmente, le posizioni riformatrici degli anni '70, ergendosi ora a difesa quasi oltranzistica degli assetti attuali, sebbene con la giustificazione della difesa dell'Universalismo, rischiano di tramutarsi in posizioni conservatrici.

Finché rimarrà in cima all'agenda politica il tema dell'inefficienza difficilmente si determinerà un incentivo al vero cambiamento: posizione assolutamente miope in base ai dati disponibili, ma certamente dominante. Si tratta di una idea che permea la cultura politica (e in parte

tecnica) del Paese, tant'è che non c'è anno (o finanziaria o legge di stabilità che sia) in cui non fioriscano i *rumors*, con relative smentite, di nuovi tagli al finanziamento della Sanità pubblica; ex post duole poi ammettere che per lo più i *rumors* “vincono” sulle smentite, e qualche taglio si verifica sempre, ovviamente sempre “tecnicamente” giustificato dalla riduzione degli sprechi.

Le promesse di mantenimento del finanziamento (da ultimo nel Patto della Salute), sono, anno dopo anno, smentite dai fatti, come anche quelle di non toccare i settori che più sono stati oggetto di interventi, prima di tutto il farmaceutico.

Questo approccio non sembra essere più sostenibile, sia perché ha effetti non trascurabili tanto sul sistema sanitario, quanto su quello industriale, sia perché i dati dicono che non è questa la vera priorità.

Nel seguito proveremo a riassumere, a partire dai dati disponibili, quali altre priorità è opportuno darsi, partendo dall'osservazione che quello sin qui realizzato è un Universalismo non omogeneo, crescentemente diseguale, e che dopo oltre 30 anni è forse doveroso chiedersi se non dipenda anche da qualche elemento di obsolescenza del disegno originario.

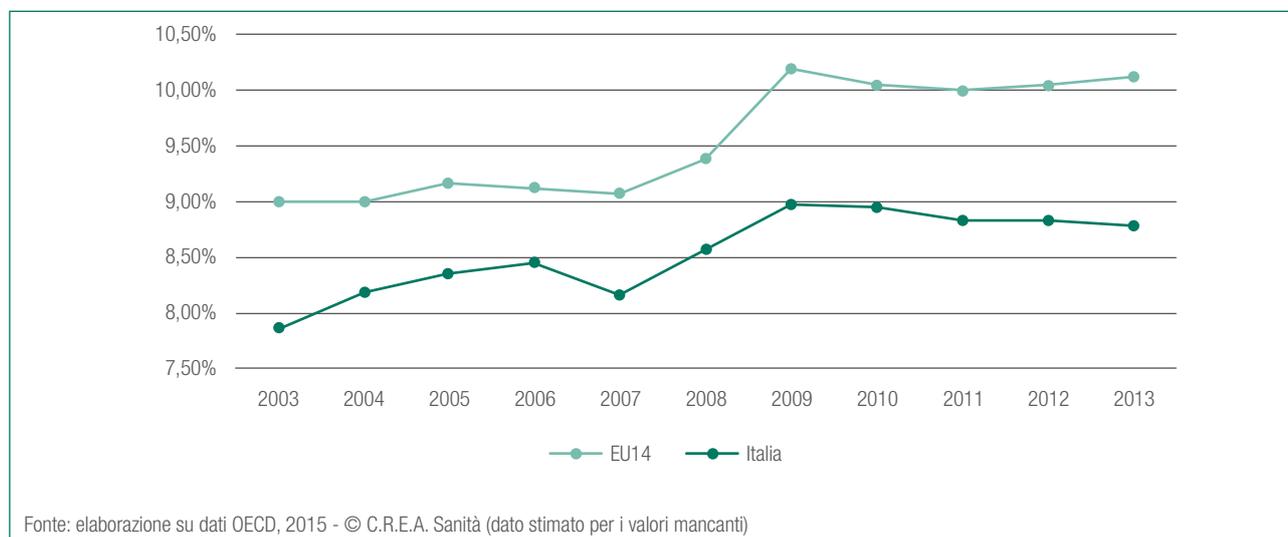
## 2. Inefficienza, sostenibilità e le disuguaglianze generate a livello socio-economico

Come anticipato, la spesa sanitaria italiana è largamente inferiore a quella dei Paesi europei con noi confrontabili.

La figura 1 dà visivamente il senso di un progressivo distacco dell'Italia dagli altri Paesi: non solo la spesa è ormai inferiore a quella dei Paesi EU14 del -28,7%, ma anche in percentuale del PIL si allarga la forbice. Si consideri che il fenomeno è allarmante principalmente per la sua dinamica: nell'ultimo decennio siamo passati da valori che sono stati anche inferiori al 18%, per poi sfiorare il 30%, con gli anni più recenti, quelli segnati dalle *spending review*, in cui il *gap* aumenta di oltre il 2% annuo (quasi il 3% fra il 2012 e il 2013).

Neppure le esigenze di risanamento della finanza pubblica sembrano più giustificare questi *trend*: malgra-

Figura 1. Spesa sanitaria totale corrente pro-capite in % PIL – Italia vs. EU14, anni 2003-2013



do la stagnazione del PIL, l'impegno degli italiani per la propria salute rimane sotto il 9% (tendendo a ridursi ancora), mentre EU14 ha ormai superato il 10% (differenza che è in percentuale rilevante ma ancora di più in termini nominali: e ricordiamo che in EU14, insieme ai Paesi più ricchi, abbiamo anche Grecia, Portogallo e Spagna, e quindi lo scarto dipende, e appare inferiore, anche per effetto dei minori livelli di spesa di questi ultimi Paesi).

Sempre in termini di finanza pubblica, il contributo dato dalla Sanità appare evidente: negli ultimi 3 anni, la spesa sanitaria della Pubblica Amministrazione (PA) si è ridotta del -1,1%, mentre quella non sanitaria è aumentata del +4,9%.

Va ribadito che non esistendo un criterio "scientifico" per stabilire quale sia la quota ottimale di spesa sanitaria, né tanto meno quella dell'intervento pubblico, ancorarsi ai confronti sembra essere davvero ragionevole; e da tali confronti emerge incontrovertibilmente che la spesa sanitaria italiana è bassa, e che nella PA la Sanità si distingue per essere il settore che ha dato il maggiore contributo al risanamento delle finanze pubbliche.

Quanto sopra ci sembra sufficiente per mettere in dubbio che l'inefficienza sia la vera priorità e il prossimo paragrafo rafforzerà questa osservazione.

Ma il vero problema è che se si difende il sistema perché garante dell'Universalismo e quindi delle pari

opportunità di accesso, si deve analizzare anche il costo per tenerlo in equilibrio finanziario.

La figura 2 dà il senso delle differenze di spesa per la salute fra i cittadini italiani: anche standardizzando il dato in funzione dei fenomeni demografici, e tenendo conto della mobilità, l'esito è allarmante: ormai fra il cittadino della Regione in cui si spende di più, e quello residente nella Regione in cui si spende meno, il divario ha raggiunto il 33,4%.

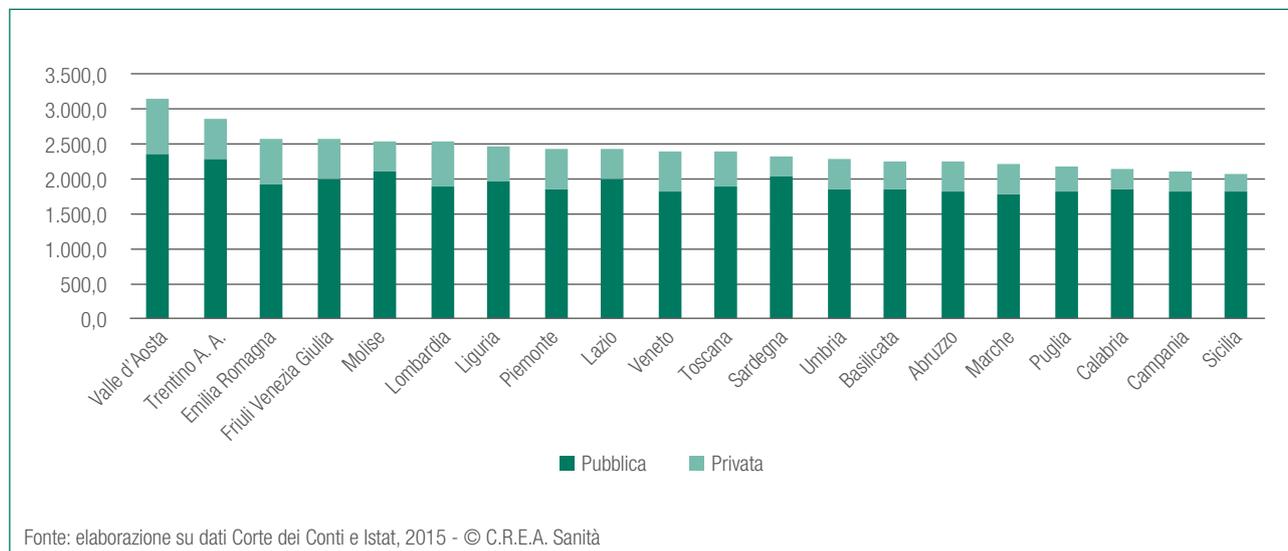
La differenza è significativamente inferiore a quella del PIL pro-capite, che nel 2013 è pari al 165,0%, ma il sistema attuale non è comunque in grado di annullare (o quanto meno portare le differenze su valori accettabili) l'effetto del reddito sulle possibilità di accesso.

Si noti ancora che una parte rilevante (ancorché non esaustiva) della differenza è data dai differenziali di spesa privata (apprezzabili nella figura 2) e questo implica la necessità di un approfondimento sul significato di questa spesa.

Una interpretazione possibile è infatti quella che relega le differenze a questioni che non impattano sull'equità del sistema: in altri termini, l'idea potrebbe essere quella di considerare (in particolare) i differenziali di spesa privata come consumi che esulano dai LEA e quindi socialmente insignificanti.

Se questa posizione sia corretta è questione forse non valutabile con i dati ad oggi disponibili, ma di certo

Figura 2. Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013



presta il fianco a varie controdeduzioni. Intanto, perché nella spesa privata una quota rilevante è data dalle compartecipazioni a prestazioni pubbliche (e quindi nei LEA), il cui impatto regionale è molto diversificato e non sempre foriero di una redistribuzione equa. Analogamente ci sono prestazioni che pur rimborsate dal SSN, sono acquistate direttamente dalle famiglie, perché le condizioni (dalle liste di attesa alle citate compartecipazioni) non rendono conveniente usufruire del rimborso: un caso eclatante è il consumo di farmaci di classe A privata, che è cresciuto di oltre il 70% tra il 2010 e il 2014; ma anche la crescita delle spese *out of pocket* della specialistica, testimoniano analoga situazione.

In altri termini, considerare la spesa privata un coacervo di prestazioni di scarsa rilevanza sociale è affermazione che non trova supporto nei dati, e che evidenzia un atteggiamento permeato di un forte paternalismo, sicuramente discutibile.

Di fatto, il sistema sanitario italiano non è mai riuscito a ridurre le disuguaglianze geografiche (basti vedere le cosiddette griglie LEA, per avere conferma che il Paese continua ad essere spaccato).

La figura 3 evidenzia l'arretramento dell'intervento pubblico italiano (e quindi il minor impatto equitativo) in rapporto alle tendenze europee.

Si noti che il risanamento finanziario finisce per pe-

sare sui cittadini anche dal punto fiscale, penalizzando nei fatti quelli che risiedono nelle Regioni che non riescono a mantenere l'equilibrio finanziario del SSN.

E quindi non appare un caso che la quasi totalità delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro (ed in alcuni casi, come ad esempio il Lazio, con i deficit più elevati) siano anche quelle in cui si osserva la maggior pressione tributaria locale tanto in termini di addizionale regionale Irpef che di Irap (figure 4 e 5).

Spesa bassa e pressione fiscale alta sembra un *mix* deleterio: potenzialmente possono innescare un circolo vizioso, con il rischio di deprimere lo sviluppo e in prospettiva peggiorare i *gap* anche sanitari.

Alla luce di quanto sopra, appare davvero inspiegabile la "leggerezza" con cui le Regioni (e anche il Governo centrale, che ne ha incassato i benefici) hanno scelto di rispondere al taglio imposto ai loro bilanci utilizzando ancora le risorse della Sanità.

Indubbiamente la voce Sanità è prevalente nei bilanci regionali, pesando per il 72,9% della spesa corrente e il 24,4% (sebbene sottostimato, si veda il capitolo finanziamento) degli investimenti. Ma i € 2,3 mld. di taglio alla Sanità sarebbero stati il 5,7% delle spese correnti non sanitarie e il 15,0% degli investimenti non sanitari, percentuali significative ma non drammatiche: la domanda è come mai si appalesi sempre solo una

Figura 3. Quota del finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia vs Paesi EU14\*. Valori %, anni 2000-2013

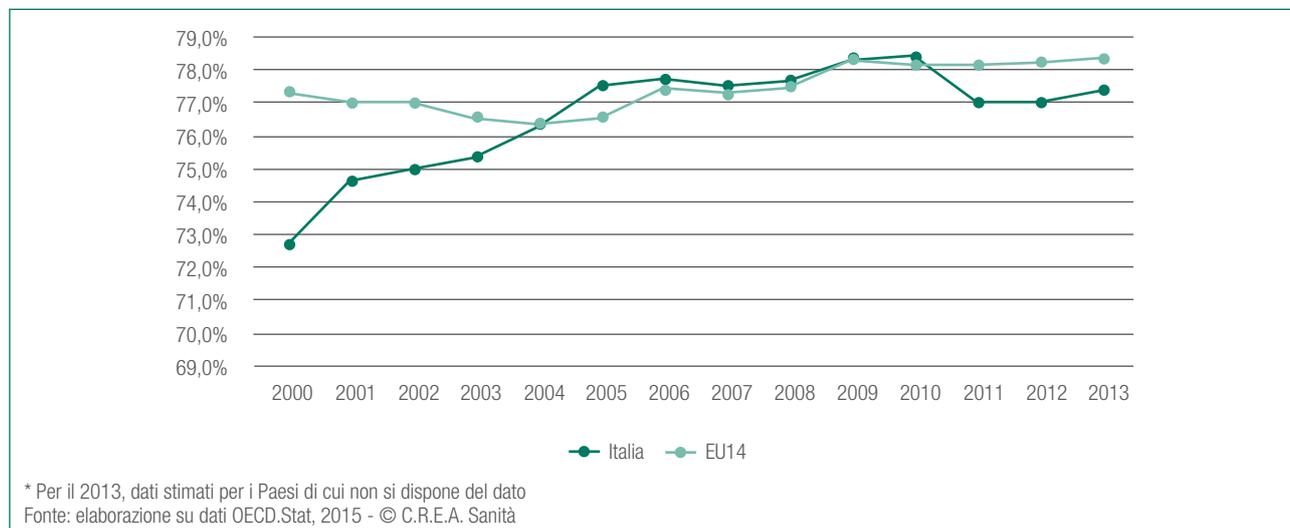
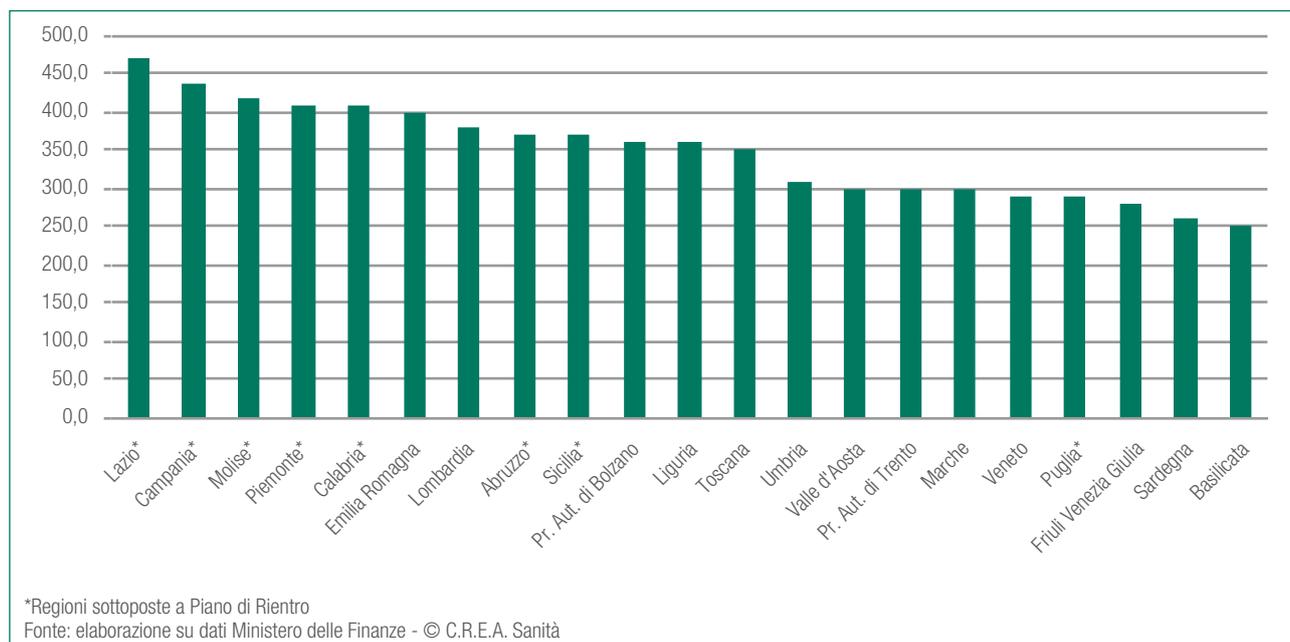


Figura 4. Addizionale regionale Irpef. Ammontare medio per contribuente (€), anno d'imposta 2013



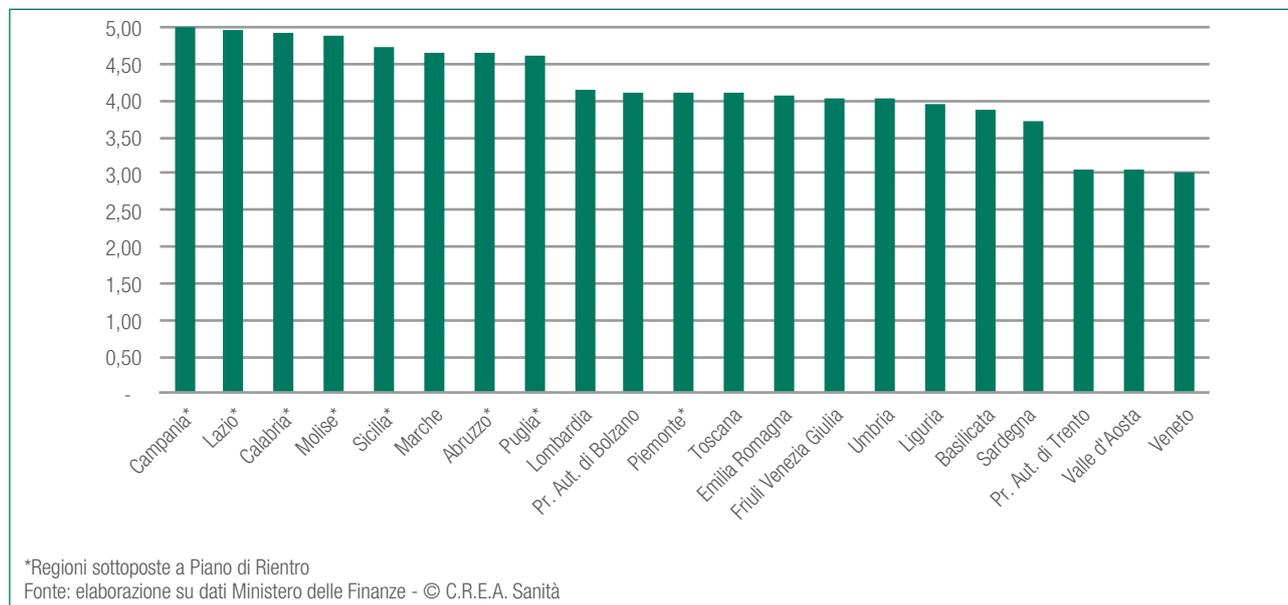
politica regionale per la Sanità, rimanendo opaca quella per gli altri settori.

Per inciso, va anche notato che l'*accountability* del sistema pubblico, invece di migliorare, diventa sempre più opaca: quest'anno per la prima volta non si dispone ancora del consolidamento regionale della spesa sanitaria (peraltro 2013), e neppure si riesce a capire a quanto ammontino gli investimenti nel settore, tanto

che nelle statistiche OECD per il nostro Paese non risulta più disponibile il dato di spesa totale (corrente + investimenti).

Questo sostanziale disinteresse del sistema per l'*accountability* è reso evidente dalle numerose anomalie che si riscontrano nelle statistiche pubblicate: a partire dagli oltre 6 miliardi di sovrastima dell'OECD della spesa farmaceutica italiana rispetto al dato OsMed, per

Figura 5. Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori %, anno d'imposta 2012



passare alla totale non considerazione nelle statistiche Istat sui consumi sanitari delle famiglie dell'impatto dei fondi sanitari (per lo più negoziali), che porta a produrre una stima assolutamente per eccesso della quota *out of pocket* della spesa privata (dato che restituisce una immagine ingiustamente anomala del Paese).

Se non altro è stato rettificato a livello internazionale (OECD) il dato, chiaramente errato, che voleva la spesa italiana per programmi di prevenzione allo 0,5% della spesa sanitaria corrente, che ora è stato portato al 3,7% della spesa sanitaria corrente pubblica (valore che sembra allineato con i dati, seppure parziali, disponibili): è indicativo, però, che per quanto non dotato di fondamento, il dato sia stato abbondantemente utilizzato anche nel dibattito nazionale, dimostrando una scarsa cultura statistica del Paese.

Tornando alle tendenze di finanziamento e spesa, pare doveroso interrogarsi sulle relazioni fra sistema sanitario e sistema economico (e istituzionale): l'ambizione della L. 833/1978 era quella di costruire un SSN che fosse elemento di coesione sociale: la domanda è se con questi livelli di finanziamento e spesa la tendenza sia ancora quella o meno.

Il rischio è che le redistribuzioni in atto siano in larga misura involontarie, prevalendo quelle fra aree geo-

grafiche o quelle per gruppi di pressione, piuttosto che quelle fra fasce più o meno agiate della popolazione.

D'altronde permane una rimozione collettiva rispetto al fatto che il sistema universalistico nazionale di stampo Beveridgeano è certamente sulla carta il modello che massimizza l'equità; ma la "casa comune" prevede che il sistema di *Welfare* sia supportato da un sistema fiscale capace di accertare i mezzi a disposizione delle famiglie, e (questione ancora meno studiata) che l'efficienza media nella erogazione dei servizi sia omogenea.

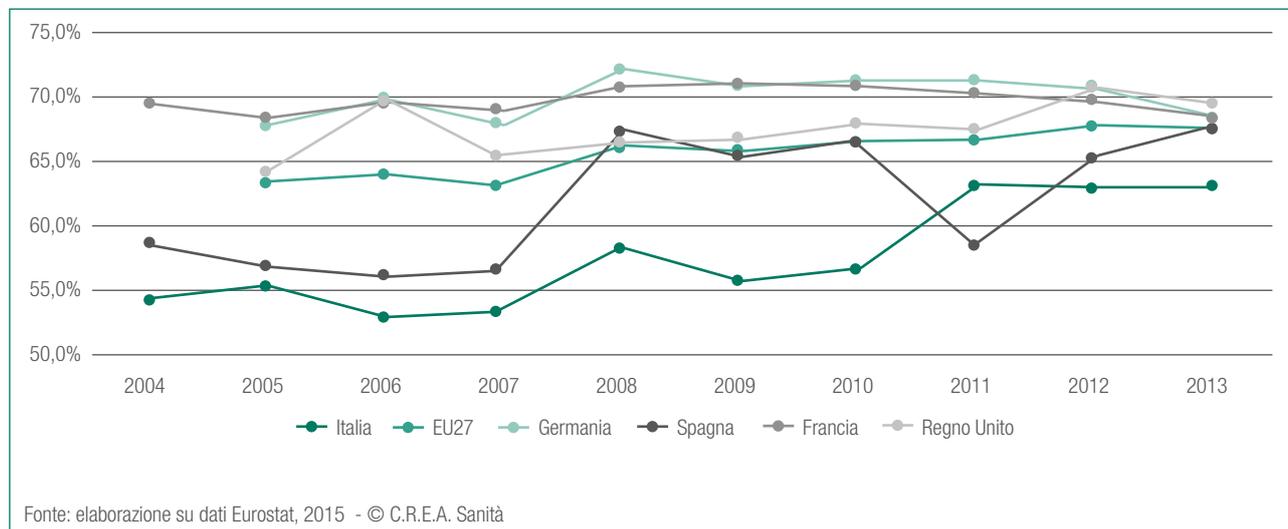
Nessuna delle due condizioni si realizza dopo oltre 30 anni in Italia e questo di per sé dovrebbe richiedere una riflessione approfondita, tanto sulla reale capacità di cambiare lo status quo, quanto sulla possibilità di prendere atto che non essendoci le condizioni per uno sviluppo ordinato del sistema, si debba cambiarne una parte dell'assetto: alla ricerca di soluzioni che, sebbene di compromesso, aumentino l'equità complessiva del sistema.

### 3. Efficienza e disuguaglianze di salute

Nel paragrafo precedente abbiamo lasciato in sospeso il tema dell'efficienza, dovendosi correttamente mettere in relazione la spesa con gli esiti di salute.

Il tema è davvero molto complesso ed esula dagli

**Figura 6. Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche. Confronti internazionali, anni 2004-2013**



obiettivi del Rapporto: adottando però una larga approssimazione, vale la pena di ragionare intorno ad alcuni dati che sembrano effettivamente evocativi della attuale congiuntura italiana.

La figura 6 riporta l'andamento, nell'ultimo decennio, della quota di popolazione (abbiamo scelto quella over 75 anni) che, a livello internazionale, dichiara di avere patologie di lunga durata o problemi di salute.

Emerge immediatamente come la quota in Italia sia significativamente inferiore a quella degli altri Paesi e questo (unito al basso livello di spesa e corroborato da altri indicatori come l'aspettativa di vita) confermerebbe l'efficienza della Sanità italiana.

Ma la figura 6 mostra anche un allarmante processo di convergenza verso i livelli degli altri Paesi: stiamo in altre parole perdendo la nostra supremazia in termini di efficacia/esiti.

Il dato (pur con i caveat necessari rispetto a questo tipo di rilevazioni) deve imporre una riflessione.

Intanto, perché il peggioramento (ancorché relativo) rispetto agli altri Paesi sembra corrispondere temporalmente all'allargamento della forbice di spesa con essi.

Poi, perché il dato sulla prevalenza delle cronicità ci indica che esse sono stabili, e anzi si nota una tendenza alla riduzione dei tassi in corrispondenza delle età più giovanili e di alcune patologie, quali la BPCO, che

beneficiano dell'impegno della prevenzione dai rischi del fumo (si veda il 10° Rapporto Sanità, 2014).

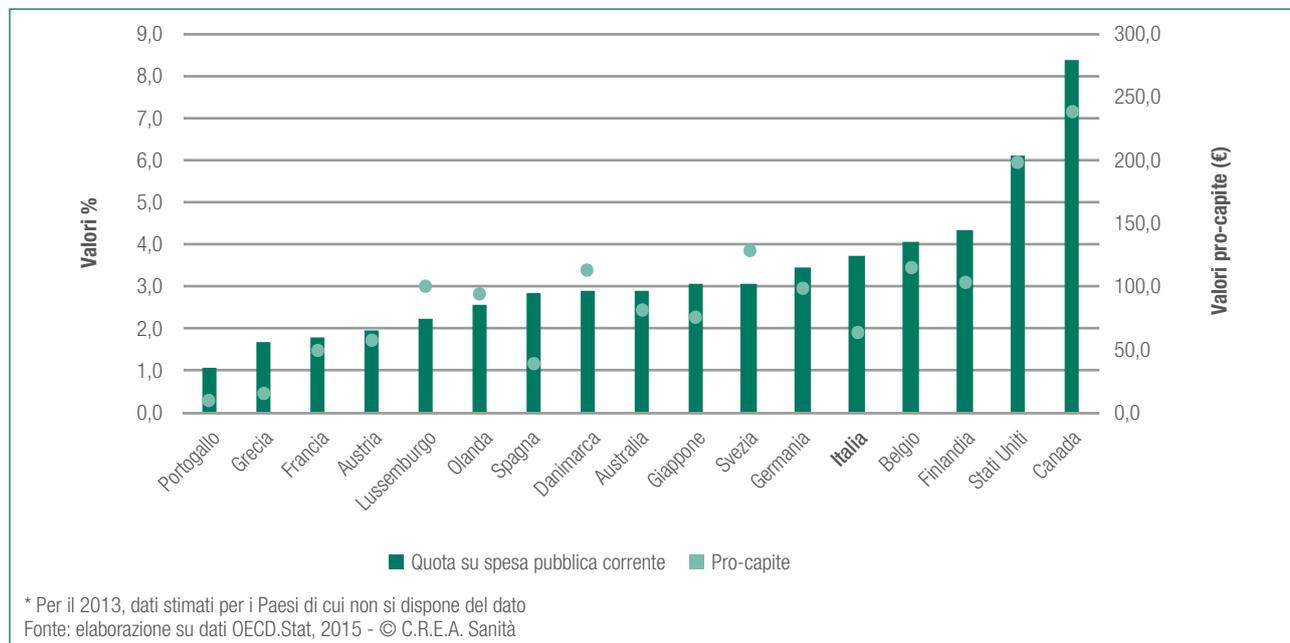
Ne segue che se il dato "clinico" è buono, ma lo stato complessivo di salute non migliora più come negli altri Paesi, evidentemente qualcosa non sembra funzionare adeguatamente nella risposta ai bisogni della popolazione.

Non possiamo che fare illazioni su questo punto: pur consci dei limiti delle evidenze, ci sembra siano comunque proposizioni utili, se non altro per iniziare a riflettere sul fenomeno.

Una prima ipotesi potrebbe essere che l'origine del problema sia da ricercarsi nell'inadeguata crescita dei servizi di assistenza primaria a compensazione della riduzione dell'offerta e dei costi delle strutture ad alta intensità di spesa, in particolare gli ospedali: in altri termini al fatto che i risparmi siano stati incamerati nel calderone della riduzione della spesa pubblica e non reinvestiti, ipotesi peraltro suffragata dall'esplicita dichiarazione di voler riformare il settore dell'assistenza primaria a invarianza di spesa.

Altra possibilità, che in qualche modo è un postulato della prima, è quella di un crescente disallineamento rispetto alla modifica della natura dei bisogni della popolazione: bisogni che i cambiamenti socio-economici pongono prioritariamente nell'area di quello che, usando

**Figura 7. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica in EU15 e altri Paesi OECD - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente (%) e pro-capite (€), anno 2013\***



una tassonomia forse obsoleta, consideriamo sociale o al più socio-sanitario; di certo l'integrazione della risposta alla non-autosufficienza con il SSN non è avvenuta (anzi neppure è iniziata, probabilmente per l'assoluta carenza di risorse ad essa destinate); l'assistenza domiciliare e, in seconda battuta, quella residenziale sembra che continuino a non crescere se non marginalmente, con valori italiani distanti dalle medie europee; e il fatto che le aree assistenziali che meglio rappresentano le sfide per il futuro siano del tutto non presidiate da un punto di vista statistico, con rilevazioni molto carenti in termini di approfondimento dei fenomeni e oltretutto rese disponibili con ritardi inaccettabili (l'ultimo anno disponibile è il 2012), ben rende l'assenza di una pianificazione strategica razionale. Si noti che ancor peggiore è il livello informativo disponibile (in verità è del tutto assente) sulle forme di supporto tecnologico (telemedicina e simili) all'assistenza domiciliare e residenziale.

Infine, segnaliamo la revisione dei dati OECD che ha reso merito all'investimento italiano in programmi di prevenzione, pari al 3,7% della spesa pubblica corrente (non allo 0,5% diffuso l'anno scorso), quota relativamente alta rispetto agli altri Paesi, se non fosse che è

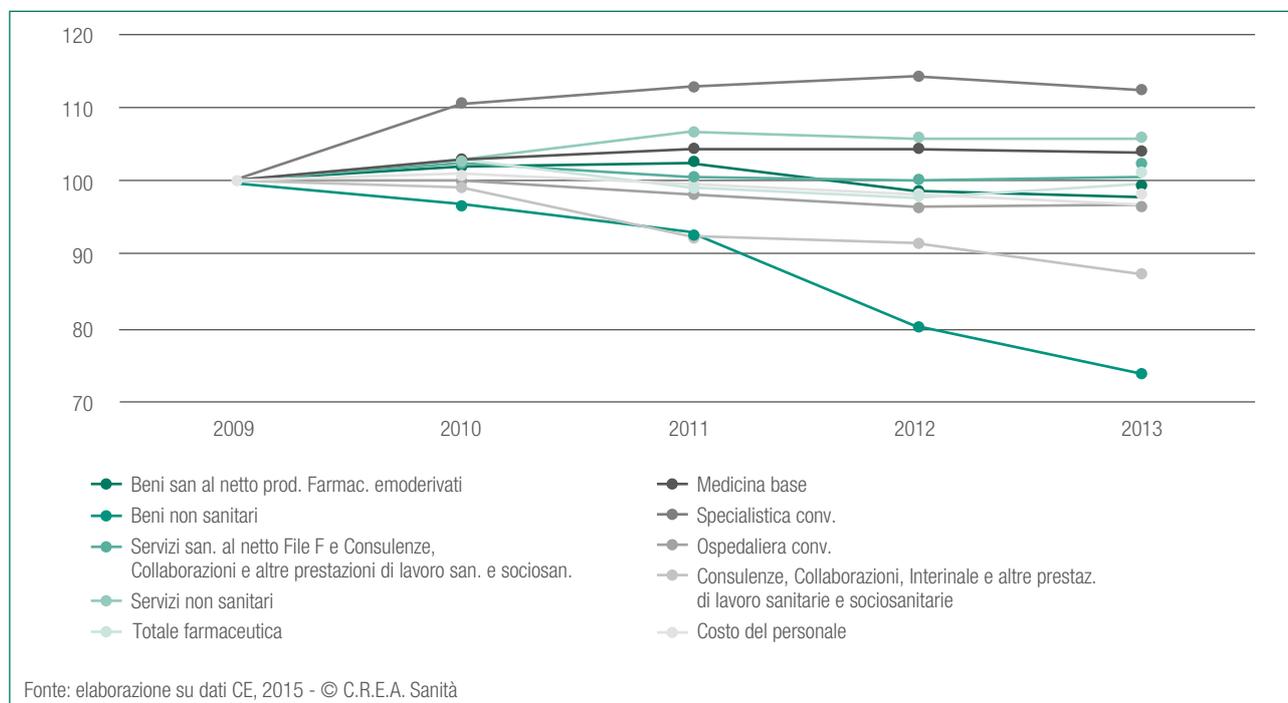
espressa in percentuale di una spesa sanitaria significativamente minore: ne segue che in termini assoluti l'investimento sia non eclatante (figura 7). Tra l'altro, la spesa per interventi sugli stili di vita, fattore che appare condiviso sia alla base di gran parte delle principali patologie del nostro secolo, rimane ignota ma probabilmente molto modesta: rimaniamo uno dei Paesi più sedentari di Europa e questo da solo potrebbe spiegare parte dell'involutione dello stato di salute.

Ovviamente si potrebbe argomentare che la salute non dipende dai livelli di spesa (argomento che se preso alla lettera potrebbe, peraltro, mettere in seria discussione l'esigenza dell'intervento pubblico), specie se le razionalizzazioni sono effettivamente tali e quindi eliminano sprechi senza ridurre i servizi.

La figura 8 fornisce il trend della spesa pubblica nell'ultimo quinquennio: si noti il crollo della spesa per beni non sanitari e delle varie forme di consulenza e collaborazioni.

Si noti anche la riduzione della ospedaliera convenzionata e del personale (dovuto al blocco del *turn-over*), e anche la "perfetta" costanza della farmaceutica (in quanto i tagli sulla territoriale e le genericazioni han-

Figura 8. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013



no compensato e assorbito i costi della spesa ospedaliera, segnata dall'arrivo delle principali innovazioni).

Nel complesso, nessuna voce di spesa è più cresciuta dopo il 2012: le peggiori "performance" (quindi gli aumenti più marcati) le troviamo nei servizi non sanitari (area privilegiata dell'*outsourcing*), parzialmente nella medicina di base e nella specialistica convenzionata che, presumibilmente dall'avvento dei cosiddetti *super ticket*, drena parte della domanda che prima era delle strutture pubbliche.

Complessivamente la figura 8 evidenzia il successo finanziario delle *spending review*, ma lascia almeno sospeso il tema della reale capacità di incrementare l'efficienza delle strutture pubbliche: la sovrapposibilità quasi totale dei risparmi fa infatti pensare a tagli lineari.

Certamente il *management* pubblico ha risposto positivamente all'esigenza di mantenere i servizi con risorse sempre minori: rimane il dubbio che sia riuscito a mantenere l'equilibrio finanziario senza utilizzare meccanismi striscianti di razionamento (economico o delle prestazioni).

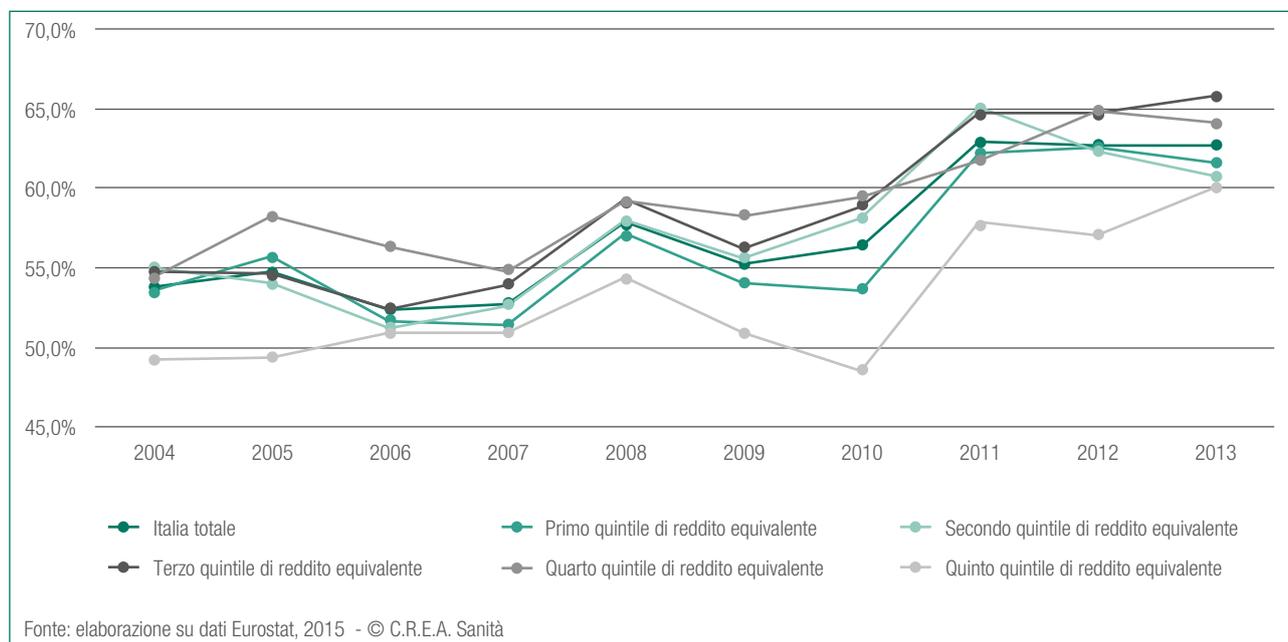
Tornando ai dati di salute, ci sembra infatti notevole rimarcare come il peggioramento della *performance* italiana non sia distribuito equamente nelle popolazio-

ne, essendo piuttosto in larga misura circoscritto a fasce ben definite.

La figura 9 analizzando le modifiche nello stato di salute della popolazione italiana per quintili di reddito, fa emergere con immediatezza come il quinto quintile (il più ricco) continui ad avere condizioni di salute significativamente migliori di quelle degli altri quintili, mentre fra gli altri si può notare come il primo e il secondo (i quintili più poveri) abbiano *performance* sistematicamente migliori che il terzo e quarto.

Possiamo tentare di interpretare il dato dicendo che il SSN, a fronte di rischi di razionamento, ha preferito (con successo) salvaguardare le fasce più disagiate, andando però a scapito della classe media.

Il mantenimento dei servizi non implica quindi automaticamente la salvaguardia di un Universalismo equilibrato: il non aggiornamento dei sistemi attuali di esenzione e compartecipazione, pur salvaguardando le fasce meno abbienti, probabilmente penalizza la classe media, fatto che ha una rilevanza anche politica non trascurabile, nella misura in cui il rischio di una disaffezione del ceto medio verso il SSN, porterebbe certamente alla sua implosione e alla crescita di una

Figura 9. Popolazione *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2013

richiesta di *opting out*, forse già visibile nell'incremento della domanda di prestazioni nel privato.

In termini di impatto equitativo, nel 2013, l'incidenza del fenomeno di impoverimento dovuto alle spese socio-sanitarie *Out of Pocket* e "Catastrofiche" ha continuato a ridursi: quasi 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma il miglioramento è purtroppo solo apparente: infatti, 1,6 milioni di persone in meno rispetto al 2012 hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP, ma parallelamente più del 5% della popolazione (oltre 3 milioni) rinuncia a priori a sostenerle per motivi economici.

La ovvia correlazione esistente tra il fenomeno delle rinunce e l'impoverimento (peraltro assente invece con la "Catastroficità", fenomeno essenzialmente legato alle aree non coperte del SSN quali odontoiatria e assistenza ai non-autosufficienti) conferma che l'eziologia del problema sia da individuarsi essenzialmente nella iniqua distribuzione del reddito, e non nel costo in sé delle prestazioni. E quindi, di conseguenza, nella capacità di risposta protettiva del sistema: i problemi equitativi sono infatti strettamente correlati ai livelli di spesa pubblica pro-capite, confermando tanto l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi,

quanto i problemi di riparto delle risorse. Infatti troviamo in testa (minori problemi equitativi) le Regioni a maggiore spesa, quali le PP.AA. di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto, e in coda le più povere, Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo (figura 10).

In prospettiva, allarma anche il continuo aumento della quota destinata al socio-sanitario (4,1% nel 2013 e 4,4% nel 2014), perché evidentemente rappresentativa di una sofferenza del SSN nella copertura della domanda espressa dalla popolazione. Ancor di più considerando l'ulteriore manovra di € 2,35 mld. sul Fondo, ponendosi il problema di quanta parte potrà configurarsi come un reale miglioramento di efficienza e quanta come inasprimenti (espliciti e impliciti) degli impatti sui bilanci delle famiglie.

Certamente le recenti manovre sull'appropriatezza delle prestazioni specialistiche, ma anche quelle di rinegoziazione dei prezzi di riferimento in campo farmaceutico, se non adeguatamente inserite in un disegno generale di governo della spesa sanitaria (si noti: totale non pubblica) finiranno per generare nuovi oneri per i bilanci delle famiglie.

Si prefigurano, quindi, anche nuovi oneri per i Fondi Sanitari (integrativi e non), che impattando senza una

Figura 10. Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia=100)



previa adeguata pianificazione, rischiano di creare loro serie difficoltà finanziarie: purtroppo il fenomeno della complementarità in Sanità, pur notoriamente in grande crescita, rimane negletto nell'agenda politica; per valutare quanto il tema sia trascurato, basti dire che statisticamente la spesa, come anticipato, rimane impropriamente confusa in quella *out of pocket* e, inspiegabilmente, neppure i dati dell'anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute vengono resi pubblici.

Si conferma, in altri termini, la totale assenza di una cultura della sussidiarietà in campo sanitario, con l'esito di non definire in che modo primo e secondo "pilastro" dovrebbero relazionarsi; e con il rischio di generare inefficienze (duplicazioni di costo, assenza di controlli sulla qualità delle prestazioni rese, etc.), oltre l'ennesima occasione di disuguaglianza senza giustificazione: in particolare perché continuano a coesistere almeno tre differenti trattamenti fiscali, senza evidenti ragioni per differenziarli.

#### 4. Razionamenti

Proseguendo gli approfondimenti di un filone di ricerca inaugurato l'anno scorso, torniamo ancora sul

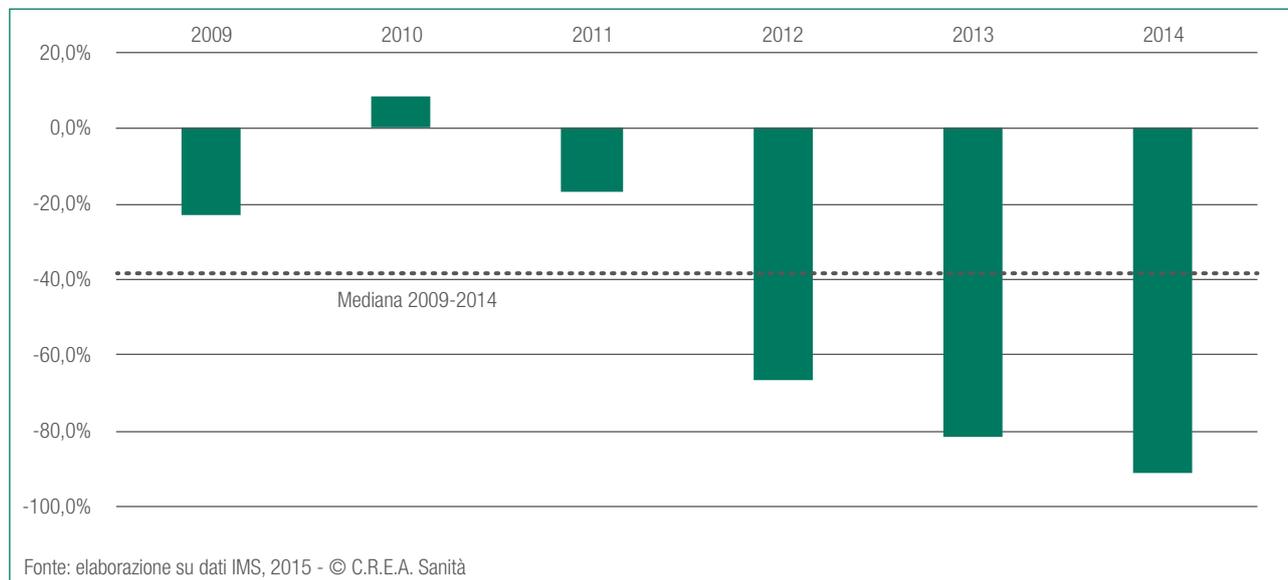
tema razionamenti che, per definizione, rappresentano "deviazioni" da una logica di corretto Universalismo: in presenza di razionamenti, infatti, è ragionevole che qualcuno non avrà accesso a prestazioni che pure gli "spetterebbero".

Il livello di copertura del SSN delle prestazioni essenziali (sempre che il termine sia correttamente definibile in un contesto di Paesi ad alto reddito come il nostro) è difficilmente calcolabile, ma che sia pari al 100% è perlomeno discutibile: basti citare l'offerta attuale di meno di 40 posti letto residenziali contro livelli quasi doppi in gran parte degli altri Paesi, e una assistenza domiciliare in cui l'incremento dell'ADI erogata dalle ASL è stato praticamente compensato dalla riduzione delle ore di assistenza e dall'arretramento delle prestazioni erogate dai Comuni.

Per non parlare della totale assenza di informazione sulla diffusione dei servizi di telemedicina, dei quali la paucità delle informazioni disponibili fa intuire la assoluta marginalità.

Le informazioni disponibili non permettono di dimostrare in modo ineccepibile l'esistenza di razionamenti, specialmente nelle aree dell'assistenza territoriale e sociale, dove l'esperienza suggerisce siano maggiori: qualcosa si può però elaborare in settori quali il farma-

**Figura 11. Mediana delle differenze di consumo (*standard units*) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci. Anni 2009-2014**



ceutico, in quanto caratterizzati da una maggiore mese di dati.

L'esempio della farmaceutica appare peraltro paradigmatico: la *governance* del settore si è sinora dimostrata efficace, avendo garantito una sostanziale costanza del dato di spesa nominale, compensando con i decrementi della territoriale, gli incrementi dell'ospedaliera, quest'ultimi "spinti" dall'accesso al mercato di nuovi farmaci, spesso ad alto costo.

La fine del principale flusso di genericazioni (non compensabile almeno a breve dall'avvento dei biosimilari), e l'arrivo di nuovi farmaci ad alto costo in arrivo, fa presagire l'impossibilità futura di garantire a lungo l'invarianza di oneri.

La questione è se almeno il punto di partenza, ovvero la situazione attuale, sia "ottimale" o già contenga elementi di disuguaglianza.

Dare una risposta assoluta è come sempre difficile: non di meno una originale elaborazione sui dati di consumo nei maggiori (per dimensioni) Paesi europei, fornisce alcuni elementi degni di riflessione.

Analizzando le mediane di consumo (in *standard units*) dei farmaci approvati da EMA (*European Medicines Agency*) negli anni 2009-2014 (figura 11) emerge come i consumi di quelli commercializzati in Italia

dell'anno 2014 siano inferiori del -38,4% rispetto a quelli dei Paesi di confronto (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito); la differenza dipende ovviamente anche dal ritardo effettivo di accesso al mercato, apprezzabile osservando che per quelli approvati nell'anno (2014) la mediana di consumo in Italia è inferiore del -91,2% rispetto ai Paesi considerati; scendendo poi al -81,6% per quelli del 2013 e al -66,7% per il 2012; si avvicina al livello europeo, ma è ancora sotto, negli anni precedenti: -16,5% con riferimento a quelli del 2011, -22,7% per il 2009; solo per i farmaci approvati nel 2010 il consumo italiano al 2014 risulta superiore dell'8,1%, ma il dato è condizionato da un consumo anomalo di soli 3 prodotti.

Dovrebbe in particolare far riflettere la persistenza di un *gap* significativo di consumo anche per i farmaci approvati da EMA 5 anni fa, che non sembra spiegabile né con ragioni epidemiologiche, le quali piuttosto farebbero prevedere consumi maggiori in Italia per via della maggiore età media, né con i ritardi nell'inserimento nei prontuari.

Si aggiunga che in Italia sono sul mercato solo il 67,9% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014, e commercializzati in almeno un Paese EU5 (tabella 1): solo 3 su 19 (15,8%); 17 su 27 (63,0%) nel

**Tabella 1. Prodotti approvati dall'EMA (2009-2014) commercializzati in Italia e EU5 - Anno 2014**

| ATC           | Commercializzati IT | Commercializzati EU | Quota commercializzati in Italia |
|---------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|
| A             | 9                   | 13                  | 69,2%                            |
| B             | 6                   | 8                   | 75,0%                            |
| C             | 3                   | 6                   | 50,0%                            |
| D             | 2                   | 2                   | 100,0%                           |
| G             | 8                   | 8                   | 100,0%                           |
| H             | 0                   | 1                   | 0,0%                             |
| J             | 10                  | 14                  | 71,4%                            |
| L             | 33                  | 49                  | 67,3%                            |
| M             | 3                   | 5                   | 60,0%                            |
| N             | 11                  | 14                  | 78,6%                            |
| P             | 0                   | 1                   | 0,0%                             |
| R             | 2                   | 7                   | 28,6%                            |
| S             | 3                   | 3                   | 100,0%                           |
| V             | 1                   | 3                   | 33,3%                            |
| <b>Totale</b> | <b>91</b>           | <b>134</b>          | <b>67,9%</b>                     |

Fonte: elaborazione su dati IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

2013, 12 su 20 (60,0%) nel 2012, 23 su 29 (79,3%) nel 2011, 11 su 12 (91,7%) nel 2010 e 25 su 27 (92,6%) nel 2009.

In altri termini, ci vogliono quasi 5 anni per il “riallineamento” dei consumi italiani agli *standard* medi dei Paesi considerati.

Si delinea un quadro che complessivamente non evoca sprechi o usi disinvolti dei farmaci “nuovi”, di recente approvazione, ma piuttosto il rischio di uno strisciante razionamento; sebbene la disponibilità di farmaci in Italia rimanga ampia (con alcuni ritardi significativi, dipendenti tanto dai meccanismi di rimborso che dagli inserimenti in prontuario e, anche, dai tempi di approvvigionamento), i consumi in Italia rimangono significativamente minori che nei Paesi considerati, vuoi per la maggiore selettività dei criteri di eleggibilità dei pazienti, vuoi per la “prudenza” prescrittiva dei medici, vuoi per possibili carenze di *budget*, etc.: sarebbe, quindi, certamente meritorio un approfondimento sul contributo dei singoli fattori al fenomeno, come anche sulle conseguenze del citato razionamento.

Intanto, appare evidente che l'equilibrio finanziario

sinora mantenuto, non dipende solo dall'ottenimento di sconti, *payback*, e in generale da prezzi inferiori alla media EU, ma anche da un minor ricorso a farmaci di recente approvazione.

Di per sé potrebbe non trattarsi di un problema, ma certamente ne andrebbero meglio approfondite le implicazioni e, principalmente, si pone un problema di differenti opportunità terapeutiche fra Italia e la *Big EU*.

Di nuovo sembra emergere come gli equilibri attuali del sistema poggino su situazioni di Universalismo diseguale (o imperfetto), che rimangono del tutto negletti nel dibattito in corso.

## 5. Riflessioni finali e azioni per rendere meno diseguale il Sistema

Per quanto sopra argomentato, riteniamo che l'assetto attuale non sia più difendibile se non su un piano del tutto ideologico: certamente ci batteremo sempre perché le differenze di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali siano rese quanto più possibile indipendenti dal censo o, in generale, dalle condizioni socio-economiche dei cittadini.

Pensare però che le azioni adottate, specie quelle che implicano di fatto un arretramento dell'intervento pubblico, siano giustificabili perché finalizzate a mantenere l'Universalismo del sistema non convince più.

Innanzitutto perché esse assumono implicitamente che il sistema sia oggi esente da difetti di Universalismo sostanziale; ma anche perché assumono altresì che non ci sia esigenza di prioritizzare gli interventi, valutando che la rimozione delle inefficienze di sistema sarebbe sufficiente a rendere sostenibile l'originario disegno Universalistico.

Ma, come il Rapporto prova a dimostrare, il legame fra inefficienze allocative, certamente presenti, e risparmi possibili (almeno a breve termine) è del tutto indimostrata. Mentre appare immediatamente evidente che:

- l'assetto attuale non riesce a incidere se non marginalmente sulle differenze geografiche, specialmente in termini di qualità dei servizi;
- crescono gli indizi della formazione di nuove differenze “verticali”: in particolare quelle che riguardano

lo stato di salute del ceto medio e degli anziani soli o comunque fragili;

- cresce l'impatto sostanziale (al netto delle rinunce quindi) della Sanità sui bilanci delle famiglie;
- crescono gli indizi di razionamento delle prestazioni, specialmente di quelle più recenti e, presumibilmente, più costose; ma anche le recenti determinazioni sulle prestazioni di specialistica, per quanto corretto il richiamo all'appropriatezza, rischiano di creare nuovi *gap* fra domanda e offerta pubblica, non facilmente governabili negli assetti attuali;
- cresce l'evidenza del fatto che il risanamento finanziario si stia ottenendo non solo con i recuperi di efficienza, ma anche creando nuove disparità, ad iniziare da quelle che riguardano i carichi fiscali.

Le condizioni economiche generali non permettono facili illusioni sulla disponibilità di poter disporre di risorse maggiori delle attuali; per questo sarebbe almeno auspicabile dichiarare una "moratoria" a medio termine di ogni tentativo di contrarre ulteriormente la crescita del finanziamento del SSN: moratoria prevista nell'ultimo Patto della Salute, ma subito infranta con la manovra sui bilanci regionali.

L'ipotesi minimale dovrebbe essere una assoluta invarianza del rapporto finanziamento / PIL; più governabile, stante il crescente *gap* con la spesa sanitaria europea, potrebbe però essere l'invarianza del rapporto spesa sanitaria italiana vs spesa sanitaria EU14: il rischio, altrimenti, è l'impossibilità di mantenere livelli di risposta assistenziale paragonabili a quelli EU.

La "moratoria" avrebbe anche il merito di riportare il tema dell'efficienza dalla prima riga dell'agenda nazionale, al suo ambito naturale, che è quello del *management* delle aziende sanitarie.

Con la certezza delle risorse disponibili, sarebbe anche forse possibile rivedere la lista delle priorità di intervento, inserendo anche tematiche che superano l'orizzonte del breve termine; fra queste ci sembra urgente inserire:

- la definizione della quota di domanda sanitaria soddisfabile con le risorse pubbliche, la proiezione della

spesa privata residua e quindi la definizione delle regole di governo della sanità complementare, definendone la meritorietà sociale e i rapporti con il SSN;

- la ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse, considerando che l'assunto (presente nei costi *standard*) di una sostanziale gratuità delle prestazioni è ormai superata nei fatti;
- la rivalutazione dell'accreditamento professionale come criterio per perseguire una adeguata appropriatezza prescrittiva e parallelamente dell'accreditamento delle strutture come leva di governo dell'offerta, evitando una burocratizzazione del sistema e la rottura del rapporto fiduciario medico-paziente;
- l'analisi degli approcci corretti per garantire condizioni competitive (ma *fair*) nei mercati sanitari, massimizzando i risparmi, ma salvaguardando allo stesso tempo le condizioni di contendibilità dei mercati stessi: sembra infatti dominante la ricerca di risparmi a breve termine, spesso ottenuti mediante lo sfruttamento di economie di scala, che sfruttano la grande opportunità (in termini di risparmi) dell'apertura a condizioni di competizione in molti mercati sanitari, ma sembrano trascurare le profonde differenze di questi mercati rispetto alle esperienze del passato; basti pensare ai biosimilari, per i quali si verificano grandi differenze (forti investimenti e quindi barriere all'entrata, pochi *player*, ...) rispetto all'esperienza degli equivalenti; analogamente, in altri settori sanitari, non sembra si sia pienamente colto il rischio di competizioni di puro prezzo non adeguatamente regolamentate;
- la necessità di rapportarsi in modo proattivo con le decisioni a livello internazionale in tema di *pricing* delle nuove tecnologie: appare infatti evidente che l'attuale sistema di governo basato sul *value based pricing* diventa fortemente penalizzante per le popolazioni residenti nei Paesi con minore crescita e pensare di compensare il fenomeno con l'uso (e a volte l'abuso) di accordi confidenziali, *payback*, tetti e altri interventi per via amministrativa non è sostenibile a medio termine.



# *Executive summary*

Unequal (or Imperfect) Universalism



## Executive summary

### Unequal (or Imperfect) Universalism

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

#### 1. The context

According to our tradition, the title that has been chosen for the 11<sup>th</sup> Health Report, “Unequal Universalism”, stems from a quantitative attempt at interpreting the evolution of the Italian health system; obviously the title betrays an attempt at pointing out that we have been observing phenomena that (some in a creeping way, while others in a more exuberant manner) are incoherent with political policies that have led to the institution of the universalistic National Health Scheme in Italy.

It should immediately be stated that unequal universalism is not necessarily a contradiction in terms, nor does it automatically imply unequal impacts of the system: we might have perhaps called it “imperfect universalism”.

In fact, way back when, we voiced our opinion in the Report that it was necessary to reassess the concept of vertical equity (different treatment of different needs): it was a reassessment of the concept we considered appropriate since the principle is often neglected in health policy discussions; historically, in the debate about health care system the focus is on horizontal equity that mostly translates the “natural” belief according to which when “facing healthcare/health” issues we must all be equal.

In other words, we wish to avoid interpretations that might suggest adherence to a position that can easily be transformed into a sterile anti-federalist drift; following that approach the real attack on universalism lies in the creation of 21 regional healthcare systems whose diversity (the result of local “selfishness” and “inefficiencies”) actually generate serious harm to universalism and to citizens’ rights for health protection.

It is a position we cannot share, because we face evidence that the objectives of federalism, first and

foremost those regarding regional financial responsibility but also the rationalization of offers, have largely been reached: indeed, we believe that the risk of leaks in the system lie precisely in some unsolved issues at the central level policies.

In continuity with previous Health Reports, we agree with the argument referring that the complexity (intrinsic to the healthcare sector) is naturally permeated with factors of “diversity”, ones that it is wrong to fight for “reasons of principle”; in fact, they are essential enzymes for the evolution of the system, provided they are governed adequately.

In fact the evolution of the system, or it might better be described as its modernization, requires changes that (on the contrary) seem to be largely unpopular.

Rationalization of the system, which is an honest ambition, has been conducted to date by trying to remove elements considered as “tumours” of the same (the interference of politics, inefficiencies, lack of ethics, etc.), implicitly assuming that the original plan continues to be adequate in its entirety and therefore all one has to do is remove the “tumours”.

In the debate on healthcare policy, there is somehow a predominant “creationist” position, in the sense of considering the affirmation of universalism as having been completely acquired with the institution of the SSN (National Health Scheme): in this context, the objective of healthcare policy becomes that of protecting the system from all external attacks and therefore from all changes that might endanger its substantial structure defined during the late 1970s.

Defending the conquest of universalism is certainly shareable, although when rereading Law No. 833/1978 it seems clear that there were other “real” priorities: first and foremost a reduction in regional disparity and even a holistic vision, of which health care services integration

is a prominent element; the former was never achieved and the second, as we will see further on, is beginning to creak.

In our Italy principle of universalism is widely accepted and rightly believed to be a conquest of civilization, imbued with great political and cultural worth: the subject of reducing inequalities is practiced much less, and we will attempt to demonstrate how they thrive in “unequal universalism”. Similarly it seems to escape that what was called the policy of “silos”, now prevailing in Health, is denial in terms of a holistic approach underlying Law No. 833/1978.

In other words, the debate regarding the defence of universalism must be contextualized; and by striving in this direction, some contradictions come to the surface regarding the positions that define themselves as champions strenuously defending the original SSN system.

The champions of universalism, for example, are mostly also convinced advocates of the existence of high levels of inefficiency in the SSN (National Health Service – beforehand) and in the SSR (Regional Health Services – at present), also because they tend to pinpoint in this factor the only reason for risk of the system’s failure.

But considering inefficiency as the main flaw of the system seems questionable, in the face of an health expenditure that, for years, we have been reporting as one that is very much lower compared to other European countries, and at levels of health that, as we will see further on, at least for the moment continue to be higher.

Inefficiency seems to have become an alibi, for a political class that is no longer accustomed to projecting itself into the future, since it is unwilling to take into consideration new orders in the sector: on the other hand, every change has political costs and, presumably in this specific case, the perception is that these would not be counterbalanced by benefits. Indeed, if it were truly enough to reduce the load of inefficiencies in order to maintain the universalistic system (and therefore a “perfect” one by definition) as is, why take the risks of change upon oneself?

From this standpoint, paradoxically it emerges that reforming positions dating back to the Seventies, pres-

ently rising to an almost extremist defence of current systems, albeit with a justification in defence of universalism, are likely to being transformed into conservative positions.

Insofar as inefficiency remains at the top of the political Agenda, it will be difficult to determine an incentive for real change: an absolutely short-sighted position based upon available data, but certainly a dominating one. It is a concept that permeates the political (and in part the technical) culture of the country, so much that there is not a year (or national budget or law of stability or whatever) with the blossoming of rumours and with relative denials of new slashes to public health-care funding; ex post it is painful to admit that rumours mostly “win” over denials, and that the odd slash always takes place: obviously, always “technically” justified by the reduction of inefficiencies.

Promises for maintaining funding (most recently in the Government – Regions “Health Pact”) are, year after year, contradicted by facts; so are those stating that areas that have most been the objects of intervention shall not be touched, primarily the pharmaceutical sector.

This approach no longer seems sustainable, both because it has non-neglectable effects on the health-care and on industrial systems, and also because data confirms that this is not the true priority.

This report aims at summarizing, with the available data, what other priorities should be in the forefront; setting off from the observation that what has been established to date is a non-homogeneous sort of universalism, growingly unequal, and after 30 years perhaps it is due time to ask ourselves whether this might also depend upon some element of obsolescence belonging to the original plan.

## 2. Inefficiency, sustainability and inequalities generated at the social-economic level

As anticipated, Italian healthcare expenditure is far below that of comparable European countries.

Figure 1 gives a visual sense of the gradual gap between Italy and the other countries: not only is our ex-

**Figure 1. Current total per capita healthcare expenditure in GDP % – Italy vs. EU14, years 2003-2013**

penditure lower than that of EU14 countries by -28.7%, but the gap widens even concerning the percentage of GDP.

We must consider that the phenomenon is alarming principally due to its dynamics: over the last decade we have gone from figures even lower than 18%, then brushing up against 30%; in the last years the gap is increasing by over 2% on an annual basis (nearly 3% between 2012 and 2013).

Even public finance constraints no longer seem to justify these trends: despite GDP stagnation, the commitment of Italians for their health remains below 9% (tending to fall further), while EU14 by now has exceeded 10% (a percentage difference that is relevant but even more so in nominal terms: and we must also bear in mind that in EU14, along with the richer countries, we also have countries like Greece, Portugal and Spain where the pro-capita GDP is less than in Italy; in other words, the difference depends (and seems lower) even by effect of the lower expenditure levels of the aforesaid countries).

Once again in terms of public finance, the contribution allotted for health seems evident: over the past 3 years, healthcare expenditure by the Public Administration has fallen by -1.1%, whereas the non-healthcare allotment has risen by +4.9%.

Since there is no “scientific” way to determine what

the optimal share for healthcare expenditure is, basing oneself on comparisons seems truly reasonable: the outcome of the said comparisons, incontrovertibly, report that Italian healthcare expenditure is low, and that in the Public Administration sector Health is distinguished by being the “area” that has provided a greater contribution to the consolidation of public finances.

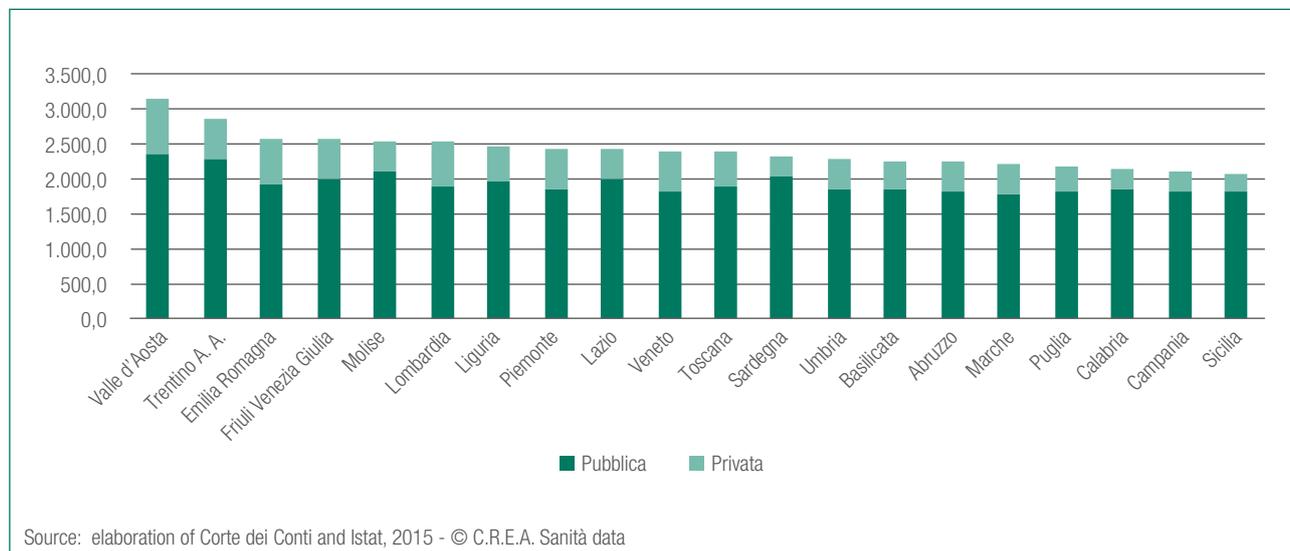
The aforesaid seems sufficient in casting a doubt whether inefficiency is the true priority and the next section will reinforce this observation.

But the true problem is that if you defend the system as guarantor of universalism and therefore of equal opportunity to access, you also must analyze the expenditure to be sustained in order to keep it financially balanced.

Figure 2 illustrates the differences in health expenditure among Regions: while the figure is standardized according to demographical phenomena, and keeping mobility in mind, the result is nevertheless alarming. The gap between a citizen living in a Region where more is spent and one living in a region where less is spent, has climbed to 33.4%.

The difference is significantly lower than that of the pro capita GDP, which in 2013 was equal to 165.0%; but in any case, the present system is not able to cancel (or at least bring the gap to acceptable values) the effect of income on the possibilities of access.

Figure 2. Standardized healthcare expenditure. Per capita values (€), year 2013



It must again be observed that a relevant part (through not exhaustive) of the difference is given by the differentials of private expenditure (which may be appreciated in Figure 2) and this implies the necessity to investigate the meaning of this expense.

In fact, a feasible interpretation is one that relegates the differences to issues that do not have an impact on the equity of the system: in other terms, the idea might be that of considering (in particular) the differentials of private expenditure as consumption beyond the LEA (Essential Assistance Levels) and therefore insignificant at a social level.

Whether this position is correct cannot be assessed with the data available, but it is certainly exposed to various counter-arguments.

Meanwhile, since a significant share of private expenditure is given by co-payments for public services (and therefore in LEA), its impact at a regional level is quite diversified and not always a harbinger of fair redistribution. Similarly there are services that although reimbursed by the SSN scheme, are purchased directly by families since conditions (considering the waiting lists, as well as copayments level) make benefitting from reimbursement inconvenient: a striking example is the use of drugs belonging to Class A (reimbursed) privately purchased, which has grown by over 70% be-

tween 2010 and 2014; in addition, the growth of *out of pocket* expenses for specialist care that are proof of a similar situation.

In other words, considering private expenditure as an array of services with low social relevance is a groundless affirmation – one that underlines an attitude imbued with strong paternalism and definitely debatable.

In fact, the Italian health system has never successfully reduced geographical inequality (suffice it to observe the so-called LEA grids elaborated by the Ministry of Health to confirm the fact that the country continues to be divided).

Figure 3 shows the retreat of Italian public intervention (and therefore presumably a lower equalization) in relation to European trends.

It must be also noted that policies finalized to achieve finance equilibrium, also imply a different fiscal burden on citizens, actually penalizing population residing in regions unable to maintain financial balance of the SSN health scheme.

It therefore does not seem a coincidence that the majority of regions subjected to a Piano di Rientro (repayment plan), and in some cases, as for example the Lazio region, with higher deficits, are also those where a greater local fiscal burden is observed (Figures 4 and 5).

Low expenditure and high tax burden seem to be

Figure 3. Share of public funding for current healthcare expenditure, Italy vs. EU14 countries. Values %, years 2000-2013\*

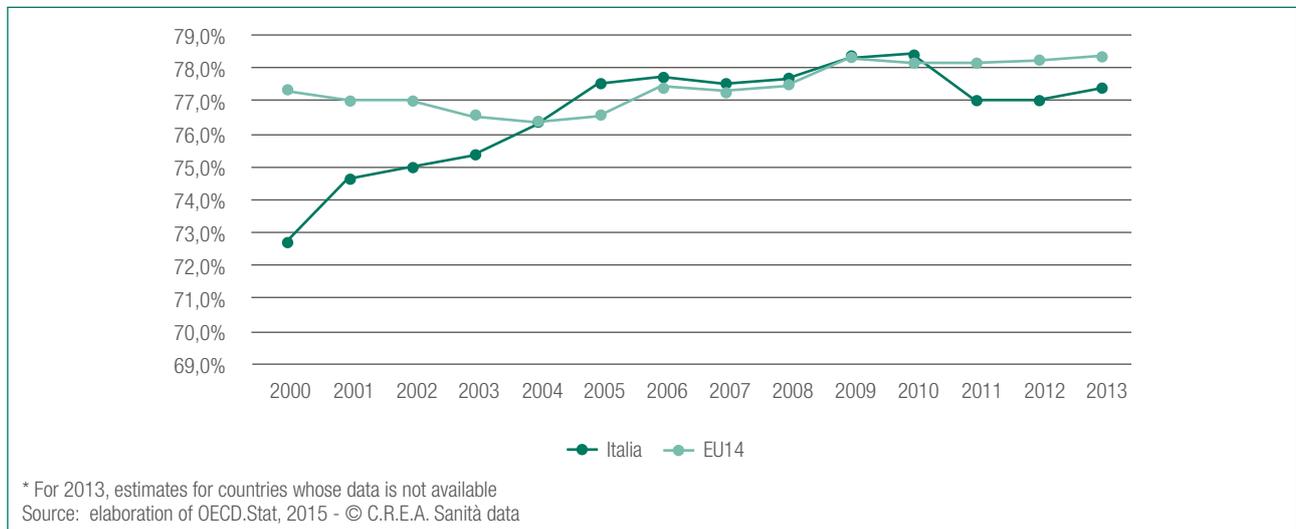
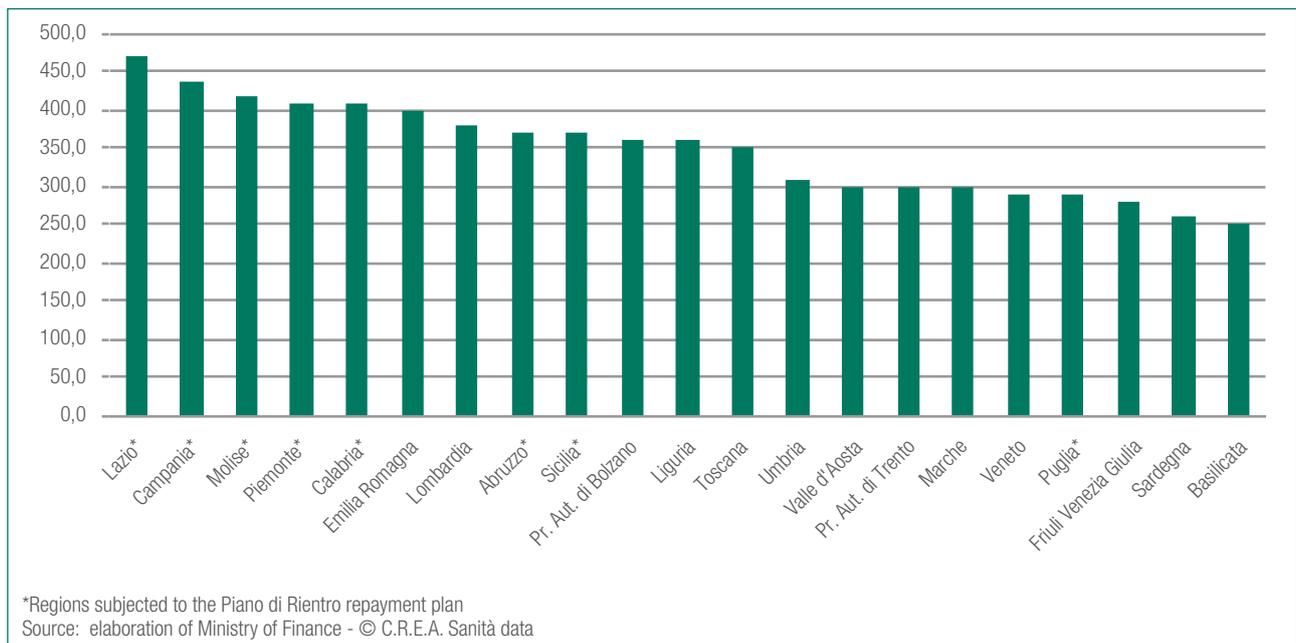


Figure 4. Additional regional personal income tax. Average amount per taxpayer (€), tax year 2013

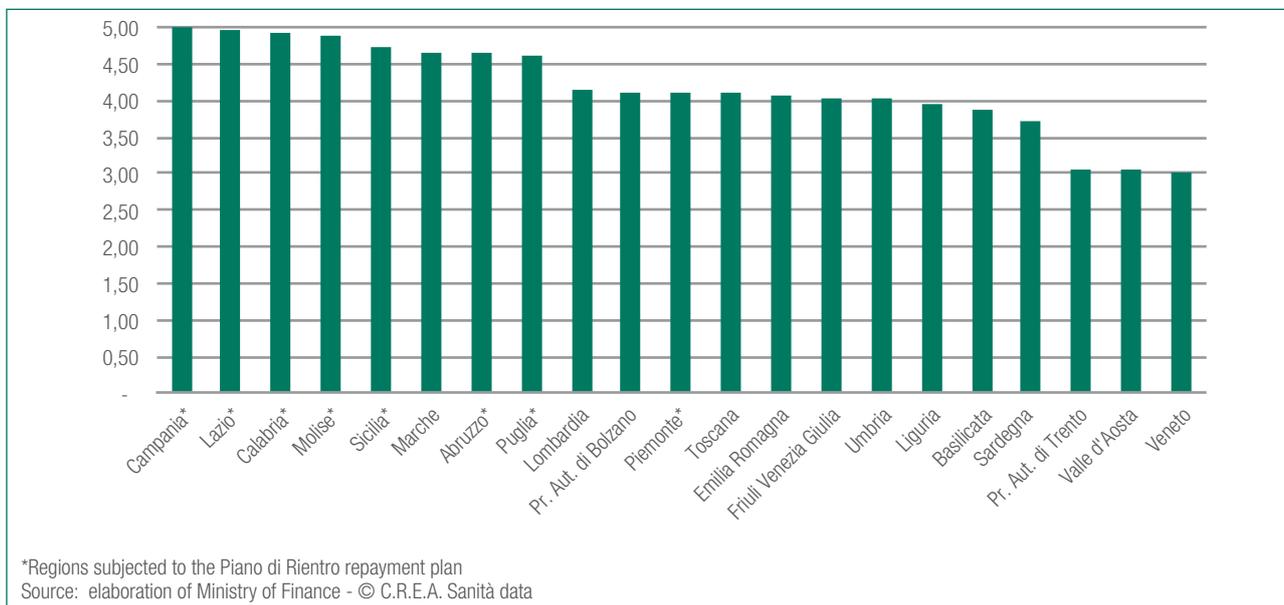


a detrimental *mix*: that can potentially set off a vicious circle, with the risk of dampening development and in perspective worsening the *gap* even in the health sector.

In light of the above, the “levity” used by regions (and even by the central government that has cashed in benefits) in choosing to reply to the cuts imposed on their budgets by again using healthcare resources, seems truly inexplicable.

Undoubtedly Healthcare is a prevailing item in regional budgets, accounting for 72.9% of current expenditure and 24.4% (although underestimated, see the chapter on funding) of investments. The € 2.3-billion slash to Healthcare equal to 5.7% of current non-healthcare expenditure and 15.0% of non-healthcare investments, which are significant yet not dramatic figures: the question is why is only the regional policy for health-

Figure 5. Irap (regional tax on productive activities) average effective tax rate applied by Regions. Values %, tax year 2012



care always manifest, while that regarding other sectors remains rather obscure.

Incidentally it should be noted that, instead of improving, *accountability* of the public system, is becoming more and more obscure: this year for the first time we still do not have regional consolidation of healthcare expenditure (moreover 2013), nor can it be figured out how much investments in the sector amount to, so much so that data regarding total expenditure (current + investments) is no longer available in OECD statistics for our country.

This substantial lack of interest for *accountability* by the system is made evident by the many discrepancies that can be observed in published statistics: beginning with the € 6 billion overestimate by OECD for Italian pharmaceutical expenditure as compared to OsMed (national observatory on pharmaceutical care) figures; then with a total non-consideration of the impact of healthcare funds (mostly contractual ones) in Istat statistics regarding family healthcare consumption, leading to the production of an absolutely excessive estimate of the *out of pocket* share of private expenditure (data that gives an absolutely false representation of the country).

Luckily some figures have been rectified at an in-

ternational level (OECD), being clearly erroneous: for example that of Italian expenditure for prevention programmes, set to 0.5% of current healthcare expenditure and now corrected to 3.7% of current public healthcare expenditure (a figure that seems in line with the data, albeit partial, that is available): however it is indicative that, although without foundation, the said data was widely employed even in the national debate – demonstrating a country’s poor statistical culture.

Returning to the subject of funding and expenditure trends, it seems only right to question the relation between the healthcare system and the economic (and institutional) system: the ambition of Law No. 833/1978 was to build a SSN scheme that was an element of social cohesion. The question is whether, with these levels of funding and expenditure, the trend is still the same or not.

The risk is that ongoing redistributions are for the most part involuntary, prevailing among those geographic areas or those by lobbyists rather than those between more or less affluent brackets of the population.

On the other hand, there lingers collective denial regarding the fact that the national universalistic system, of a Beveridge matrix, in theory is certainly the model that maximizes equity; but the “common house”

provides that the *Welfare* system should be supported by a fiscal system capable of ascertaining the means available to families and (an even less investigated issue) that average efficiency in the distribution of services is quite homogeneous.

Neither condition is achieved in Italy after more than 30 years and this, in itself, would require some in-depth considerations, both regarding the real capacity of changing the status quo, and the possibility of realizing that, since conditions do not exist for an orderly development of the system, then part of the governance rules should be changed: in search of solutions that, although involving compromise, would increase overall fairness of the system.

### 3. Healthcare efficiency and inequalities

In the previous paragraph we have left the subject of efficiency open, having to properly relate health expenditure with the outcomes.

The subject is truly a very complex one and it falls outside the objectives of the Report: but by adopting a broad generalization, it would be worthwhile to reason on certain data that actually seem evocative of the current Italian conjuncture.

Figure 6 reports the trend, over the last decade, of the share of population (we have chosen those over 75 years of age) who, at the international level, declare they suffer from long-term illnesses or health problems.

It immediately emerges that the Italian share is significantly lower than that of other countries and this (along with the low level of expenditure and corroborated by other indicators such as life expectancy) seems to confirm the efficiency of Italian healthcare.

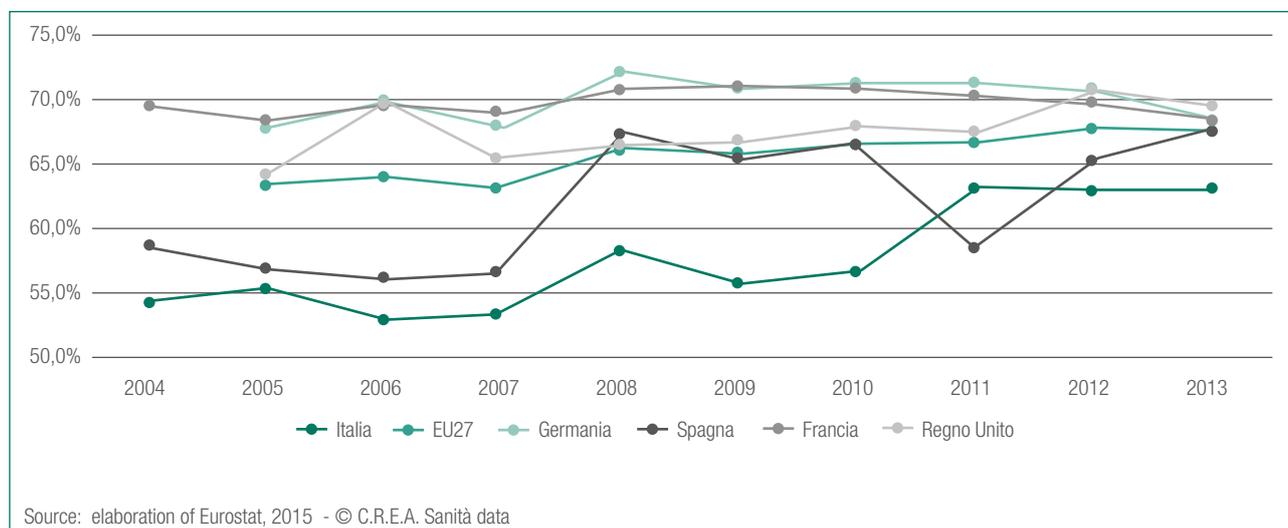
But Figure 6 also illustrates an alarming process of convergence towards levels recorded by other countries: in other words, we are losing our supremacy in terms of effectiveness/outcomes.

This data (albeit with the caveat needed in the case of this type of survey) necessarily calls for some considerations.

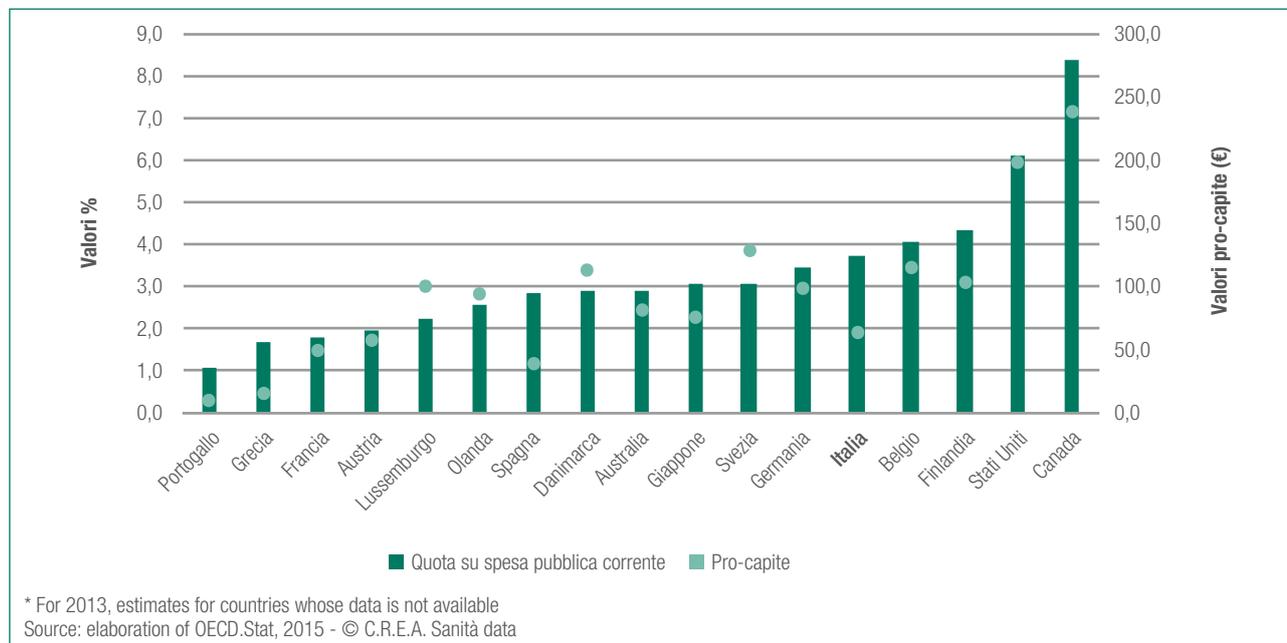
First of all, this decline (although relative) compared to other countries seems to temporally correspond to the widening of the expenditure gap with them.

Furthermore, consider that data specifically regarding the prevalence of chronic disease demonstrates their stableness, and there is indeed a downward trend of rates in correspondence with younger ages and certain diseases, such as COPD, that benefit from commitment to prevention campaigns against smoking risks (see 10<sup>th</sup> Health Report, 2014). It ensues that

**Figure 6. Population aged 75 and above, with chronic or long-term health problems per 100 individuals with the same features. International comparisons, years 2004-2013**



**Figure 7. Public expenditure for prevention and public health programmes in EU15 and other OECD countries – Share on the current public health expenditure (%) and per capita (€), year 2013\***



while the “clinical” data is good, the overall state of health no longer improves as it does in other countries: obviously something is no longer working adequately in response to the needs of the population.

We can only speculate on this point: while aware of the limitations of the evidence, some points seem to be useful propositions – if only as the beginning of considerations regarding this phenomenon.

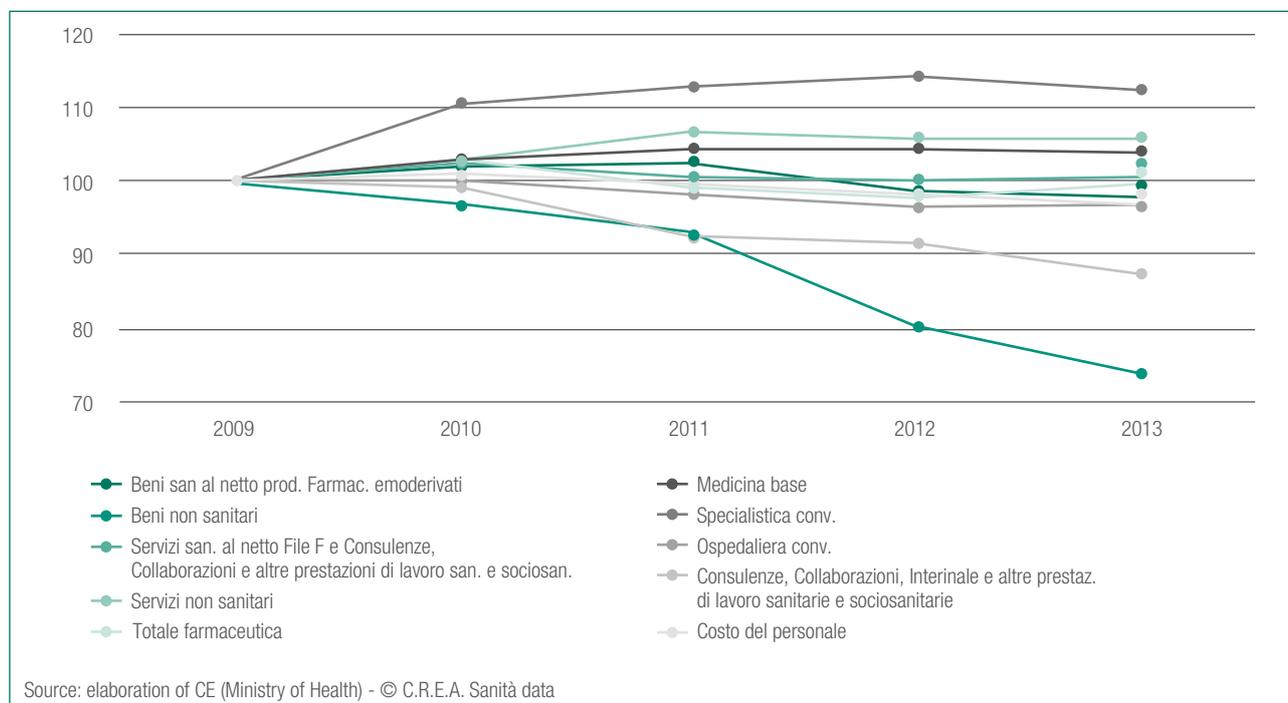
A first hypothesis would be that the root of the problem could be found in the inadequate growth of primary healthcare services in compensation of a reduction in the offer (and the expenditure) of facilities with high-intensity costs – hospitals in particular: in other words, this refers to the fact that savings have been forfeited to the cauldron of reduction in public spending and not re-invested; a hypothesis that is supported by the explicit declaration of Government of wanting to reform the primary healthcare sector with invariance of expenditure.

Another possibility, which in some way is a postulate to the first, is that of a growing misalignment compared to modification to the nature of the population’s needs: needs that social-economic changes have turned into priorities in the area of what is (using a tax-

onomy that is perhaps obsolete) considered social or social-healthcare at the most; certainly we can observe that integration of the non self-sufficiency needs with that of the SSN scheme, has not taken place (indeed it has yet to begin, most probably due to an absolute lack of resources devoted to the same); it seems that homecare and, secondly, residential care are not growing if only marginally, with Italian figures that are distant from European averages; the facts that healthcare areas best representing a challenge for the future are completely unattended from a statistical standpoint, with surveys that are very lacking in terms of in-depth research of the phenomena and moreover made available with unacceptable delays (the latest year available is 2012) – all well describe the absence of rational strategic planning. It should be observed that the available information level is even worse (actually entirely absent) regarding the forms of technological support to health care like telemedicine.

And, finally, we wish to report the revision of OECD data that has given credit to Italian investments in prevention programmes, equal to 3.7% of current public expenditure (and not 0.5% as published last year). This

Figure 8. Public health expenditure according to functions. Index numbers (2009=100), years 2009-2013



is a relatively high figure compared to other countries, if it weren't for the fact of its being expressed in a percentage of a significantly lower healthcare expenditure: it ensues that the investment is not sensational in absolute terms (Figure 7). Moreover expenditure for interventions on lifestyles, and there seems to be agreement that this factor is at the basis of many of the major diseases of our century, is still unknown but probably of a very modest nature: we still remain one of the most sedentary countries in Europe and this alone might explain part of the involution of our health status.

Naturally, it could be argued that health does not depend on expenditure levels (an argument that, if taken literally, would seriously question the need for public intervention), especially if rationalization is truly put into effect, thus eliminating waste without reducing the services supplied.

On Figure 8 we can see a representation of public expenditure trends in the last five years: the fall of expenses destined for non-health goods and for the various forms of consulting and collaboration is clearly noticeable.

Just as noticeable is the reduction in accredited

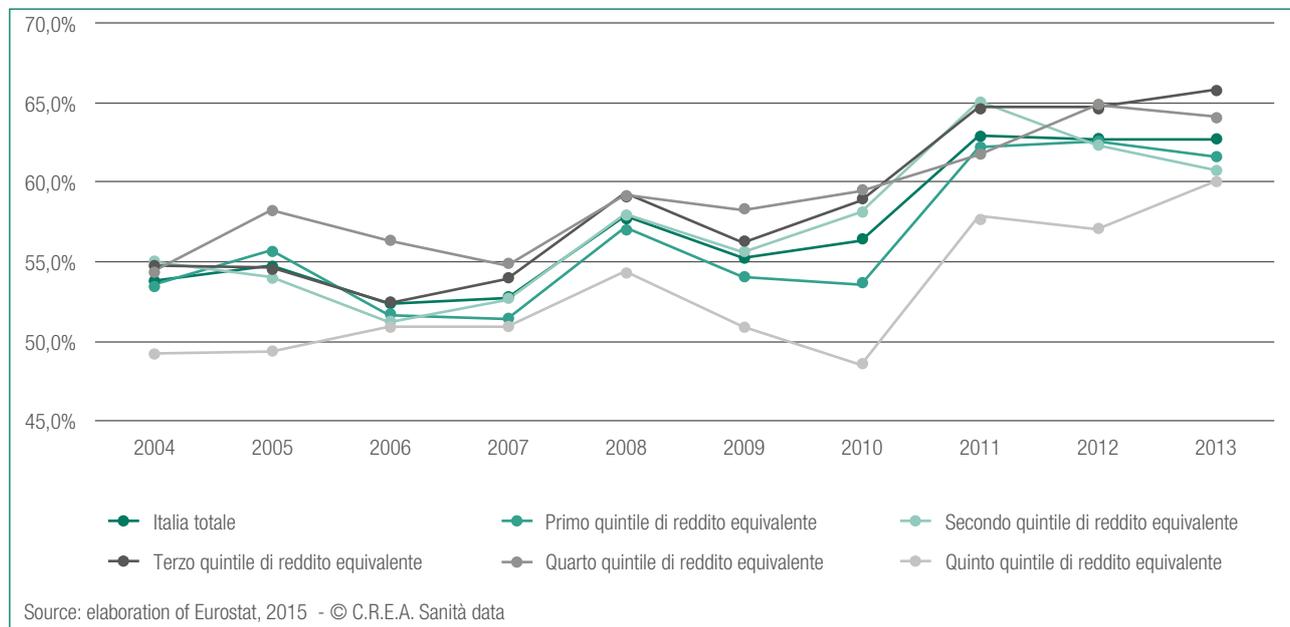
private hospital services and personnel (due to a stop in turnovers), as well as the "perfect" consistency of pharmaceuticals (as cuts on drugs distributed outpatient and the increasing availability of generics, have absorbed and compensated the increasing hospital drugs costs, marked by the arrival of the main innovations).

In general, no item of expenditure has grown after 2012: the worst "performances" (and thus the most substantial increases) can be found in non-health services (a privileged outsourcing area for local health trust and hospital), partly in family medicine and in specialist private ambulatory care (diagnostics, visits, etc) care: the last, presumably since the creation of the so-called "supercopayment" drains part of the request that previously fell on public structures.

Overall, Figure 8 highlights the financial success of *spending reviews*, although it leaves unanswered the question of its real effectiveness in increasing the efficiency of public structures.

Public management has no doubt responded positively to the need for maintaining health services on increasingly lower funds: it is doubtful however, whether it also managed to maintain a balance in finances

**Figure 9. Population over the age of 75 suffering from long-term disease or health conditions, based on income quintiles. % values, years 2004-2013**



without resorting to insidious rationing mechanisms (whether economic or in services availability).

Back to the health data, it is worth remarking how the deterioration of Italian outcomes performance was not spread equally across the population, concentrating instead on clearly defined groups.

Figure 9, which analyzes health changes in the Italian population based on income quintiles, immediately shows that the last (and wealthiest) quintile enjoys significantly better health conditions compared to the other quintiles, while among the latter it is worth remarking that the first and second (and poorest) quintiles perform significantly better than the third and fourth.

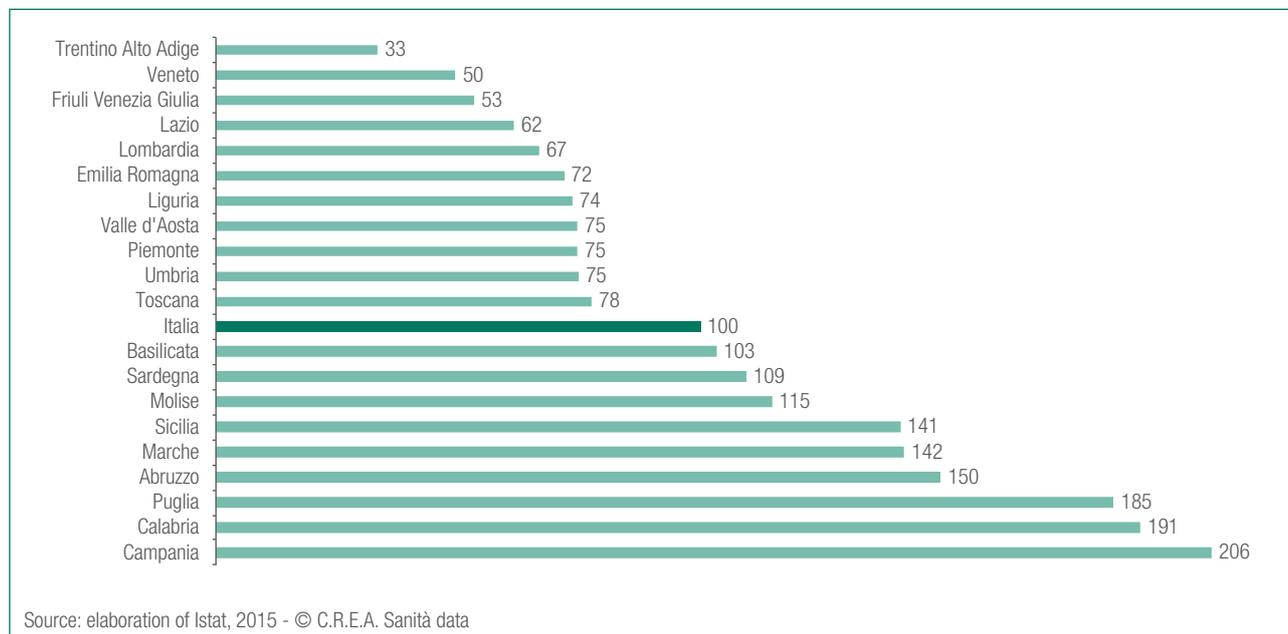
We may try to interpretate this data by saying that the SSN health scheme, faced with the risk of rationing, (successfully) chose to protect the most disadvantaged groups, but this was to the detriment of the middle class. The preservation of services does not, therefore, imply the safeguard of a balanced universalism: a lack of updates in the current systems of copayments (and related exemptions), while the protection of the poorest groups has been preserved, probably at present damages the middle class, a fact that carries significant political relevance, to the extent that the risk of disaffec-

tion of the middle class towards the SSN, would certainly lead to its implosion and to a growing request of opting out, which signals perhaps can already be seen in the increase of applications to the private sector.

In terms of equity, in 2013, the impact of the impoverishment phenomenon caused by social and health *Out of Pocket*, as well as that of “Catastrophic” expenses has been steadily reducing: almost 100,000 families less than in 2012 were found to be impoverished, and 40,000 less were subjected to catastrophic expenses; it is, however, merely an illusory improvement: in fact, while 1.6-million people less than in 2012 incurred social and health OOP expenses, at the same time more than 5% of the population (over 3-million people) avoid them *a priori* precisely for financial reasons.

The obvious relation between such avoidance and impoverishment (which does not manifest itself in “Catastrophic” payments, a phenomenon mainly connected to areas that are not covered by the SSN, such as odontology and assistance to non self-sufficient individuals) confirms that that etiology of the matter can be attributed essentially to an unfair distribution of income, rather than to the cost of the services themselves. As a consequence, the same can be said for the system’s capacity

Figure 10. Index of regional equity. Index numbers (Italy = 100)



to guarantee social protection : equity issues are closely connected to per capita levels of public expenditure, thus confirming both the importance of the public health system from an equity point-of-view, and the importance of a correct resources allocation. Sure enough, leading the chart with the least amount of equity problems are the regions with the highest expenditure, such as the autonomous provinces of Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia and Veneto, while the poorest regions of Campania, Calabria, Puglia and Abruzzo can be found at the bottom of the chart (Figure 10).

Equally alarming, in prospect, is the steady rise of the amounts privately reserved for the social and health sector (4.1% in 2013 and 4.4% in 2014), which clearly mirror a difficulty by the SSN in covering the population's demand. Even more so if we take into account the additional € 2.35-billion measure on the Fund, which begs the question of how much of it will convert into a real increase in efficiency, and how much into an (implicit or explicit) exacerbation of the impact on family budgets.

Undoubtedly, some recent measures finalized to reduce non-appropriate specialistic prescriptions, as well as those concerning a renegotiation of the reference price in the pharmaceutical sector, unless they are in-

cluded in a wider governmental plan on health expenditure (please note: the total expenditure and not just public one) will end up creating an additional burden on family budgets.

We can therefore foresee new costs for the second health care pillar, which may cause : Health Funds serious financial strife by hitting them without any adequate prior planning: complementarity in the health sector, unfortunately, though widely known to be growing, is still neglected by the political Agenda in Italy; to give an idea of this neglect, suffice it to say that statistically the expenditure, as previously indicated, is still inaccurately confused with the *out of pocket* one and that, inexplicably, not even the the Ministry of Health don't made public figures on Funds consistency.

In other words, it seems confirming the total lack of a culture of subsidiarity in the health field, meaning that no real definition exists regarding how the first and second "pillar" should interact; moreover, this creates a risk of inefficiency (redoubled costs, a lack of control on the quality of supplied services, etc.), as well as a further example of unjustified inequality: especially since at least three different fiscal treatments exist to this day for no apparent reason.

### 4. Rationing

As we delve further into a research that began last year, let us now go back to the issue of rationing, which by definition represents a “change of course” from the logic of fair universalism: in the presence of rationing, indeed, we can reasonably assume that someone will not have access to services they would be “entitled” to.

The level to which the SSN scheme actually covers the most “essential” services (provided they can be rightly defined as such in high-income countries like ours) is hard to calculate, but the idea that amounts to 100% is arguable to say the least: examples include the current offer of less than 40 beds in nursing (residential) facilities as opposed to the almost double amount offered in most other countries, as well as a system in which the rise of homecare supplied by local health authorities has been offset by a decline in the number of assistance hours and by a withdrawal of services supplied by municipalities.

Not to mention the total lack of knowledge regarding the availability of tele-medicine services, for which the scarcity of information unfortunately is an indication of their total inadequacy.

The information at our disposal does not prove

beyond any doubt the implementation of rationing measures, especially in the sectors of local and social assistance, where experience suggests they are most common: we can make some more assumptions about the pharmaceutical sector, as is characterized by a larger quantity of data.

The pharmaceuticals example is also particularly apt: governance in this sector has so far proven effective, guaranteeing a basic consistency in nominal expenditure data, compensating by decreasing costs for drugs distributed by pharmacies the increase hospital spending, which are “pushed” by the market launch of new, often expensive drugs.

The end of the main influx of generic drugs (not countervailable, in the short term at least, by the advent of biosimilars), coupled with the arrival of new, expensive drugs, forecasts a future impossibility to maintain the costs unchanged.

The only question is whether the starting point, that is to say our current situation, is optimal, or whether it already contains some elements of inequality.

Giving a definite answer, as always, is difficult: nevertheless, an original analysis of consumer data from the largest European countries provides us with some food for thought.

**Figure 11. Median of consumer differences (in standard units) by single product Italy vs. Big EU by year of EMA drug approval, years 2009-2014**



**Table 1. EMA-approved products (2009-2014) marketed in Italy and EU5 - year 2014**

| ATC          | Marketed IT | Marketed EU | Percentage marketed in Italy |
|--------------|-------------|-------------|------------------------------|
| A            | 9           | 13          | 69.2%                        |
| B            | 6           | 8           | 75.0%                        |
| C            | 3           | 6           | 50.0%                        |
| D            | 2           | 2           | 100.0%                       |
| G            | 8           | 8           | 100.0%                       |
| H            | 0           | 1           | 0.0%                         |
| J            | 10          | 14          | 71.4%                        |
| L            | 33          | 49          | 67.3%                        |
| M            | 3           | 5           | 60.0%                        |
| N            | 11          | 14          | 78.6%                        |
| P            | 0           | 1           | 0.0%                         |
| R            | 2           | 7           | 28.6%                        |
| S            | 3           | 3           | 100.0%                       |
| V            | 1           | 3           | 33.3%                        |
| <b>Total</b> | <b>91</b>   | <b>134</b>  | <b>67.9%</b>                 |

Source: elaboration of IMS, 2015 - © C.R.E.A. Sanità data

By analyzing the medians of 2014 pharmaceutical consumption (in standard units) for drugs approved by the EMA (*European Medicines Agency*) between 2009 and 2014 (figure 11) we can see how those marketed in Italy amounts to 38.4% less than in other countries (France, Germany, Spain and United Kingdom); of course the disparity is partly due to an actual delay in marketing, which can be appreciated by noting that, for drugs approved over the course of 2014, the median consumption in Italy is 91.2% lower than in the aforementioned countries, and that the percentage falls to -81.6% for the year 2013 and -66.7% for 2012; figures draw closer to the European average, but still fall below it, in the previous years: -16.5% in reference to 2011, -22.7% for 2009; drugs approved in 2010 are the only ones showing a 8.1% higher consumption in 2014, but in this case the data are conditioned by the abnormal consumption of 3 products alone.

Figure 11. Median of consumer differences (in standard units) by single product Italy vs. Big EU by year of EMA drug approval, years 2009-2014

Especially noteworthy is the persistence of a signif-

icant consumer gap even for drugs the EMA approved 5 years ago, a gap that cannot be explained by epidemiological reasons, which on the contrary would forecast a higher use due to the older average age of Italian consumers, nor with a delay in availability.

Moreover, only 67.9% of drugs approved by the EMA between 2009 and 2014, and sold in at least one of the EU5 countries (see Chart 1), can be found on the Italian market: 3 out of 19 (15.8%) in 2014; 17 out of 27 (63.0%) in 2013, 12 out of 20 (60.0%) in 2012, 23 out of 29 (79.3%) in 2011, 11 out of 12 (91.7%) in 2010 and 25 out of 27 (92.6%) in 2009.

In other words, it takes almost 5 years for pharmaceutical consumption in Italy to “catch up” with the standard average found in other countries taken into consideration.

Overall, the emerging picture does not indicate a wasteful or careless use of “new”, recently approved drugs, but rather the risk of insidious rationing measures; though pharmaceutical availability in Italy remains high (with some significant delay, due to the refund system as well as to longer supply times and delayed availability), consumption in Italy remains significantly lower than in the other analyzed countries, either because of its stricter criteria in patient eligibility, or due to a more cautious approach to prescriptions by Italian doctors, or to budget deficiencies, etc.: the contribution of each factor would be worth investigating, as would the consequences of the aforementioned rationing measures.

Meanwhile, it is clear that the current financial balance does not only hinge on discounts, paybacks or on prices that are in general lower than the EU average, but also on a lower use of newly-marketed drugs.

While this situation might not constitute a problem in itself, its implications certainly deserve further investigation, mainly because they forecast a scenario of very different therapeutic opportunities in Italy, compared to the rest of Big EU.

Again we seem to notice how to achieve a financial balance of the system is based also on an unequal (or imperfect) universalism, a fact that continues to be entirely disregarded in the current debates.

## 5. Final thoughts and possible steps to challenge the inequality of the System

In line with what has been argued above, we believe that this setup is no longer defensible, except on a purely ideological level: we will certainly fight so that the access to social and health services is made as independent as possible from family budgets and, in general, from citizens' social-economic status.

However, the idea that the implemented measures, especially those involving a withdrawal in public intervention, are justifiable in order to maintain the system's universalism, is no longer convincing. First of all because such measures implicitly assume that the current system has no faults in terms of substantial universalism; but also because they deny the need to prioritize interventions, believing that the removal of inefficiencies would be enough to sustain the original universalistic plan.

However, as this Report is striving to show, the connection between the (very real) allocative inefficiencies and the possible (short-term) savings is completely unproven. It is evident, meanwhile, that:

- the current setup only manages to produce the smallest effect on geographical differences, especially in terms of service quality
- growing evidence indicates the creation of "vertical" differences, especially regarding the health of the middle class and of isolated or otherwise vulnerable older people
- Health is having a growing substantial impact (net of cost savings) on family budgets
- growing evidence suggests that rationing measures are in fact being implemented, especially as regards the newest and, presumably, the most expensive services; the recent decisions on specialistic services, though stemming from a fair call to appropriateness, might create new gaps between public demand and offer, gaps that cannot be easily managed in the current setup
- growing evidence suggests that financial balance is being obtained not only through efficiency recoveries, but also through the creation of new disparities, first and foremost in tax burdens.

The general situation of Italian public finance discourages any easy illusion on the availability of higher resources than the current ones; for this reason it would be desirable to declare at least a medium-term "moratorium" on any further reduction of SSN funding: a moratorium already introduced in the latest above mentioned Health Pact, but which was soon broken by the measure on regional budgets.

The minimal hypothesis should consist in an absolute preservation of the relation between funding and GDP; however, considering the growing gap with European health expenditure, preserving the relation between Italian health expenditure and EU14 health expenditure would be a more viable option: otherwise, we run the risk of not being able to keep up with EU levels of welfare response.

This "moratorium" would also be a valuable tool for bringing the theme of efficiency from the forefront of the national Agenda back to its natural place, that being the management of local health authorities and hospitals.

The certainty of available resources would also allow reviewing the list of priorities for intervention, to include issues that go beyond any short-term effect; among these, the most urgent appear to be:

- determining the amount of health demand that can be satisfied by public resources, forecasting residual private expense and consequentially establishing governance rules for the second pillar, defining its social worthiness and its relations with the SSN
- redefining the criteria for fund allotment, taking into account the fact that the assumption (at present found in formula adopted) of substantially free-of-charge services has been now *de facto* contradicted
- reinstating professional accreditation as a criterion in pursuing appropriate prescriptions and, at the same time, reinstating the accreditation of structures as a governing source for offer, thus avoiding a bureaucratic approach and a breach in trust relations between physicians and patients
- investigating the correct approach in order to guarantee competitive (but still fair) conditions on health markets, maximizing savings while at the same time safeguarding conditions for the contestability

of the markets themselves: the pursuit of short-term saving plans, often deriving from economies of scale and taking advantage (in terms of saving) of the competitive opening in several health markets seems to be the prevalent trend: one however that disregards the profound differences between these markets; examples includes the field of biosimilars, which is significantly different (strong investments resulting in market barriers, a lack of players...) from that of generic; similarly, other health sectors do not seem to fully comprehend the risks connected to

the pursuit of a purely price-based competition, often lacking adequate regulations

- establishing a proactive relationship with international pricing decisions for new technologies: it is clear that the current governance system hinging on *value-based pricing* significantly penalizes the citizens of less developed countries, and the idea of compensating this through a sometimes excessive use of confidential agreements, paybacks, ceiling-setting and other administrative measures is not sustainable in the medium term.



performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
HTA  
cura  
investimenti  
sviluppo  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
Italia  
SSN  
economia

# *Capitolo 1*

**Il contesto socio-demografico:  
popolazione e stato di salute**



## Capitolo 1

### Il contesto socio-demografico: popolazione e stato di salute

Mancusi R.L.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

#### 1.1. Introduzione

L'approfondimento sullo stato di salute della popolazione italiana in generale e sulle persone anziane in particolare si basa sui dati delle statistiche europee su reddito e condizioni di vita (EU-SILC)<sup>2</sup>, indagine che contiene un modulo specifico sulla salute composto da 3 variabili sullo stato di salute e 4 variabili sui bisogni insoddisfatti dall'assistenza sanitaria.

Le variabili sullo stato di salute rappresentano il cosiddetto *Minimum European Health Module* (MEHM), e misura tre diversi concetti di salute:

- la percezione soggettiva del grado di salute;
- la morbidità cronica (persone affette da patologie croniche o con problemi di salute di lunga durata);
- le limitazioni nelle attività e la disabilità (limitazioni di lunga durata auto-percepite nelle attività abituali a causa di problemi di salute).

L'indagine europea intende per morbidità cronica, su cui si concentra il contributo, la affezione da patologie croniche degenerative o problemi di salute della durata di almeno sei mesi al momento dell'intervista, ed è condotta a scadenza annuale su campione rappresentativo della popolazione dei singoli Stati aderenti. L'Italia aderisce all'indagine dal 2004. La popolazione *target* dell'indagine EU-SILC per ciascun Paese è costituita da tutte le persone di 16 anni e più che vivano in abitazioni private. Le persone che vivano in collettività e in istituzioni sono in genere escluse dalla popolazione bersaglio.

Pertanto questo tipo di dato, anche se simile, non è sovrapponibile alla cronicità rilevata dell'Istat annualmente nell'Indagine "Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana"; anche questa effettuata su po-

polazione residente in abitazioni private ma che si riferisce a tutta la popolazione residente ed include solo le patologie strettamente croniche.

#### 1.2. Interconnessione tra reddito e stato di salute: un confronto europeo

L'analisi del dato Eurostat ha il vantaggio di permettere il confronto dell'andamento nel tempo dello stato di salute della popolazione italiana con gli altri Paesi europei a noi paragonabili per dimensione e caratteristiche socio-economiche, nonché per un sistema sanitario che, seppur organizzato in modo differente, rimane sostanzialmente pubblico ed universalistico.

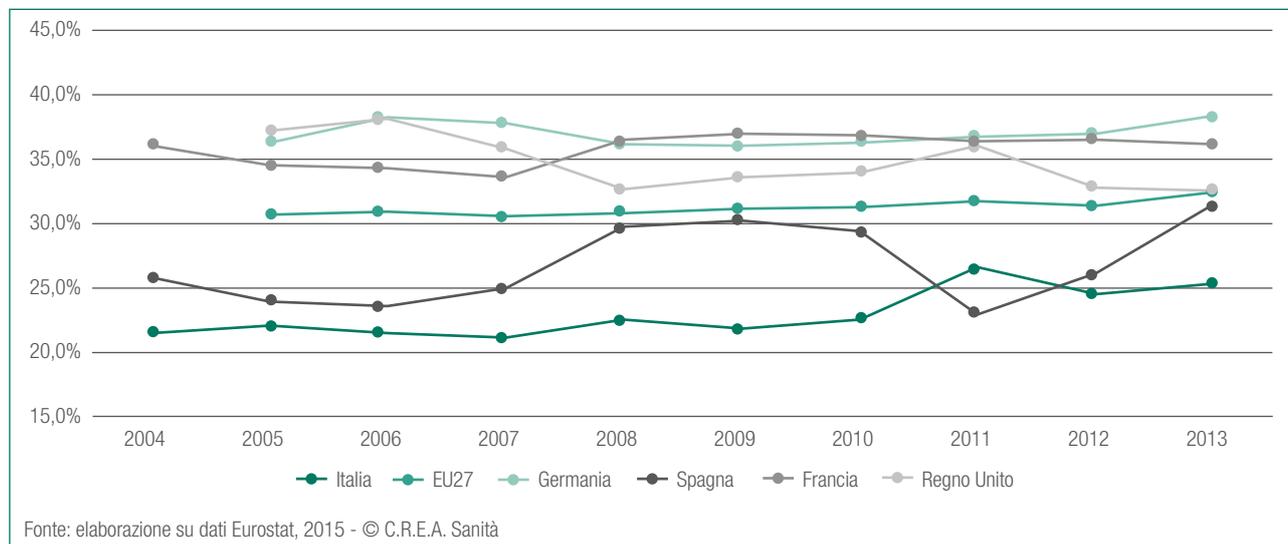
Come è evidente dall'analisi del grafico in Figura 1.1. tra i cinque Paesi considerati, il dato italiano è quello che nel decennio mostra uno stato di salute della popolazione nettamente migliore. La quota di popolazione affetta da patologie croniche o di lunga durata si colloca nel biennio 2004-2007 tra il 13-17% in meno rispetto a Francia, Germania e Regno Unito; solo la Spagna fino al 2007, se pur con un valore superiore all'Italia, mostra un dato al di sotto della quota EU27, per poi crescere velocemente fino a raggiungere il dato europeo: in particolare l'incremento della quota di popolazione in cattivo stato di salute si incrementa per la Spagna nel decennio del 5,7%, evidenziando nel periodo considerato la peggior *performance* tra i Paesi inclusi nell'analisi.

A partire dal 2008, mentre Francia e Germania evidenziano una sostanziale stabilità del dato e il Regno Unito un progressivo decremento, l'Italia tende a crescere nel tempo più velocemente, fino ad arrivare al 25,3% con un +3,8% nel decennio.

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

<sup>2</sup> [http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth\\_silc\\_01\\_esms.htm](http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_silc_01_esms.htm)

Figura 1.1. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +



Nelle Figure da 1.2. a 1.7. si evidenzia il confronto tra gli stessi Paesi per quintile di reddito<sup>3</sup>, la cui distribuzione per soglia massima e per quota ripartita di reddito totale nazionale è riportata per il 2013 in Tabella 1.1. mentre in Figura 1.2. si riporta la variazione delle soglie massime di reddito per quintile dal 2004 al 2013.

È evidente che ad eccezione del Regno Unito, che vede una variazione negativa per i redditi più alti, ed un incremento nel decennio pari al 6,7% per il primo quintile ed una sostanziale stabilità per il secondo quintile (+1,5%), il dato italiano sia quello che cresce meno nel decennio. Ne segue che per tutti i quintili di reddito si rileva un incremento della soglia massima intorno al 9%, equivalente a meno dell'1% annuo. Più che triplo è l'incremento delle soglie per la Francia: circa il 32% per

tutte le fasce di reddito. Anche la Spagna evidenzia un incremento dal 28,5% del primo quintile fino al 32,5% del quarto quintile. Più contenuto è l'incremento della Germania che vede per il primo quintile di reddito un incremento di poco superiore a quello italiano (+11,0%) ma che progressivamente cresce per le classi intermedie fino al +28,2% del quarto quintile.

Per quanto riguarda sia il primo che il secondo quintile di reddito, la quota di popolazione italiana in cattivo stato di salute oltre a permanere nettamente inferiore al dato degli altri Paesi europei considerati, evidenzia un trend stabile nel tempo. Soprattutto la fascia di popolazione più povera, che dispone solo del 6,9% del reddito nazionale ha nel tempo uno scarto nullo, rimanendo nel decennio intorno al 24%. Oltre dieci punti percentuali meno del

<sup>3</sup> Il reddito totale disponibile di una famiglia è calcolato sommando il reddito personale ricevuto da tutti i membri della famiglia, più i redditi percepiti a livello familiare. Il reddito disponibile delle famiglie comprende:

- Tutti i redditi da lavoro (salari dei dipendenti e gli utili di lavoro autonomo)
- Redditi privati da investimenti e da proprietà
- I trasferimenti tra famiglie
- Tutti i trasferimenti sociali ricevuti in contanti, tra cui le pensioni di vecchiaia

Nota: alcuni dei componenti reddituali sono obbligatorie solo a partire dal 2007: fitto figurativo, Interessi passivi su mutui, contributi sociali del datore di lavoro. Dal 2007 in poi, tutti i paesi devono fornire informazioni reddito lordo.

L'attuale definizione di reddito totale disponibile delle famiglie per il calcolo degli indicatori EU-SILC non comprende:

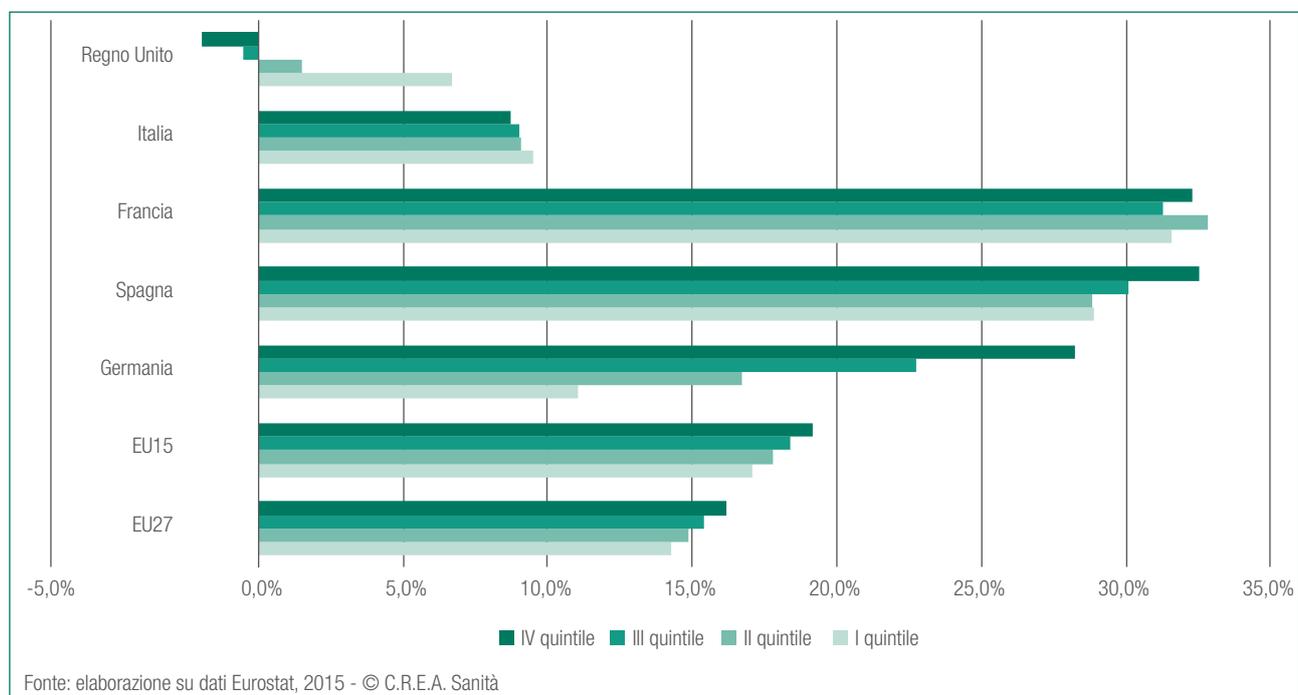
- La quota di affitto risparmiato - cioè il denaro risparmiato rispetto al massimo del mercato laddove si abiti in abitazione di proprietà o in alloggi in affitto a un prezzo che è inferiore al canone di mercato
- Le componenti di reddito non monetarie, in particolare il valore dei beni prodotti per il proprio consumo, i trasferimenti sociali in natura e non-cash nei redditi da lavoro dipendente, tranne le auto aziendali

Tabella 1.1. Ripartizione del reddito per quintile (soglia massima e quota di reddito nazionale), anno 2013

| Modello     | I Soglia (% di reddito totale) | II Soglia (% di reddito totale) | III Soglia (% di reddito totale) | IV Soglia (% di reddito totale) | V Soglia (% di reddito totale) | Indice di Gini |
|-------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------|
| EU15        | 11.884<br>(8,0%)               | 16.047<br>(13,3%)               | 20.632<br>(17,5%)                | 27.393<br>(22,7%)               | :<br>(38,5%)                   | 30,4           |
| EU27        | 10.111<br>(8,0%)               | 13.652<br>(13,3%)               | 17.540<br>(17,5%)                | 23.308<br>(22,8%)               | :<br>(38,6%)                   | 30,5           |
| Italia      | 9.642<br>(6,9%)                | 13.557<br>(12,9%)               | 17.887<br>(17,6%)                | 23.879<br>(23,1%)               | :<br>(39,5%)                   | 32,5           |
| Germania    | 12.837<br>(8,3%)               | 17.299<br>(13,5%)               | 22.157<br>(17,5%)                | 29.372<br>(22,6%)               | :<br>(38,2%)                   | 29,7           |
| Francia     | 14.252<br>(8,8%)               | 18.854<br>(13,4%)               | 23.518<br>(17,0%)                | 30.809<br>(21,5%)               | :<br>(39,3%)                   | 30,1           |
| Spagna      | 8.052<br>(6,4%)                | 11.583<br>(12,5%)               | 15.736<br>(17,4%)                | 21.936<br>(23,6%)               | :<br>(40,1%)                   | 33,7           |
| Regno Unito | 12.107<br>(8,3%)               | 16.216<br>(13,0%)               | 21.345<br>(17,3%)                | 29.132<br>(23,0%)               | :<br>(38,4%)                   | 30,2           |

Fonte: elaborazione su dati Eurostat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

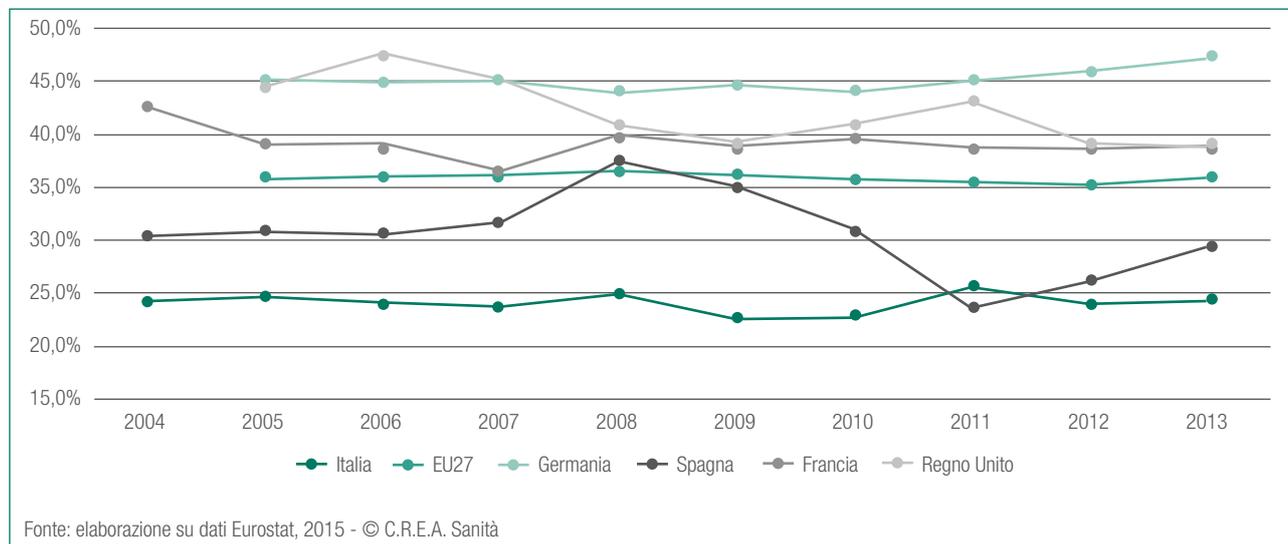
Figura 1.2. Variazione % delle soglie massime di reddito per quintile, 2013 vs 2004



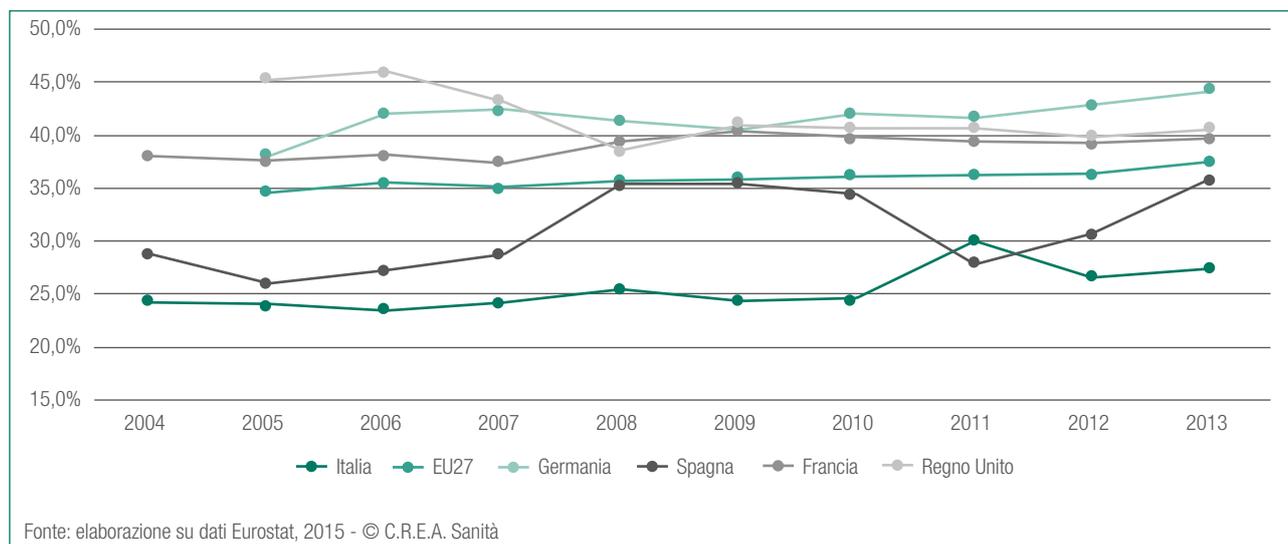
dato EU27 e 23 punti percentuali meno della Germania, unico Paese che mostra nel decennio un *trend* in crescita per questa fascia di reddito (+2%). Rispetto al secondo quintile di reddito l'Italia evidenzia un incremento nel

decennio del 3,1%, mantenendo comunque una consistente differenza rispetto agli altri Paesi europei, in particolare permangono oltre 10 punti di differenza con EU27 e quasi 17 punti percentuali con la Germania, Paese che

**Figura 1.3. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, primo quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +**



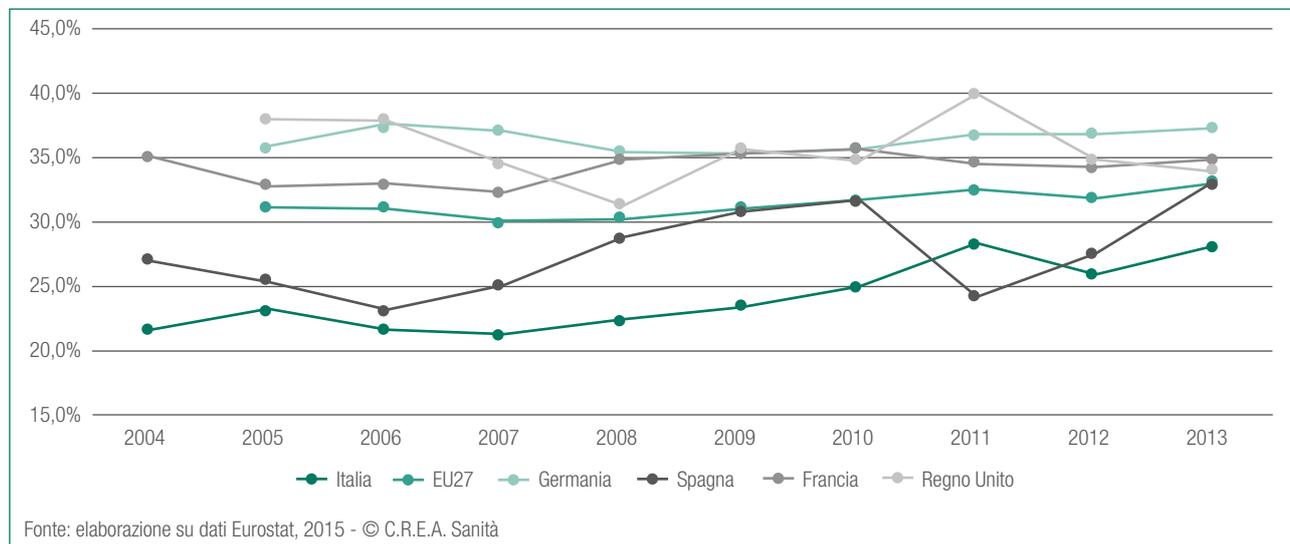
**Figura 1.4. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, secondo quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +**



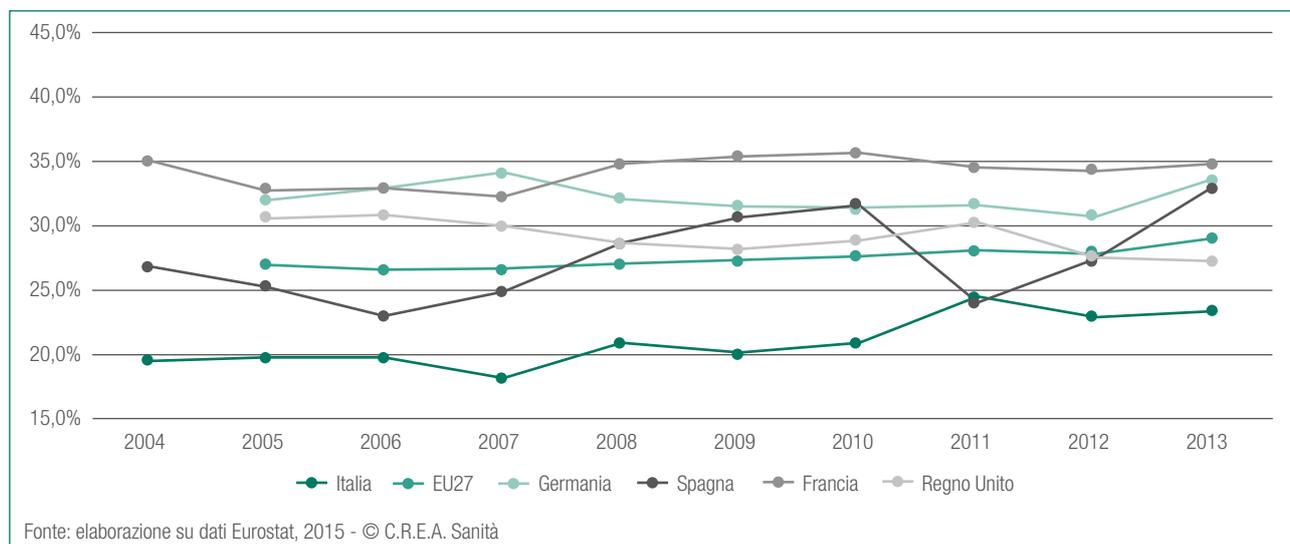
evidenzia per questa fascia di reddito la peggior *performance* nel decennio insieme alla Spagna (+6% e +7% rispettivamente). Relativamente alle fasce più povere della popolazione la interconnessione tra salute, speranza di vita, reddito e livello di istruzione rimangono componenti essenziali nella determinazione del quadro generale del livello sia di patologie croniche che di malattie di lunga durata, così come contano sicuramente altri indicatori di

salute che collocano comunque l'Italia tra i Paesi con i valori più bassi in Europa per obesità, consumo di alcol e fumo, anche rispetto alle fasce di reddito più basse. Premesso questo, indubbiamente il dato italiano nel decennio evidenzia come il sistema socio-sanitario in Italia, per le fasce economicamente più deboli, rimanga altamente protettivo, non rilevandosi un significativo incremento delle patologie croniche e di lunga durata.

**Figura 1.5. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, terzo quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +**



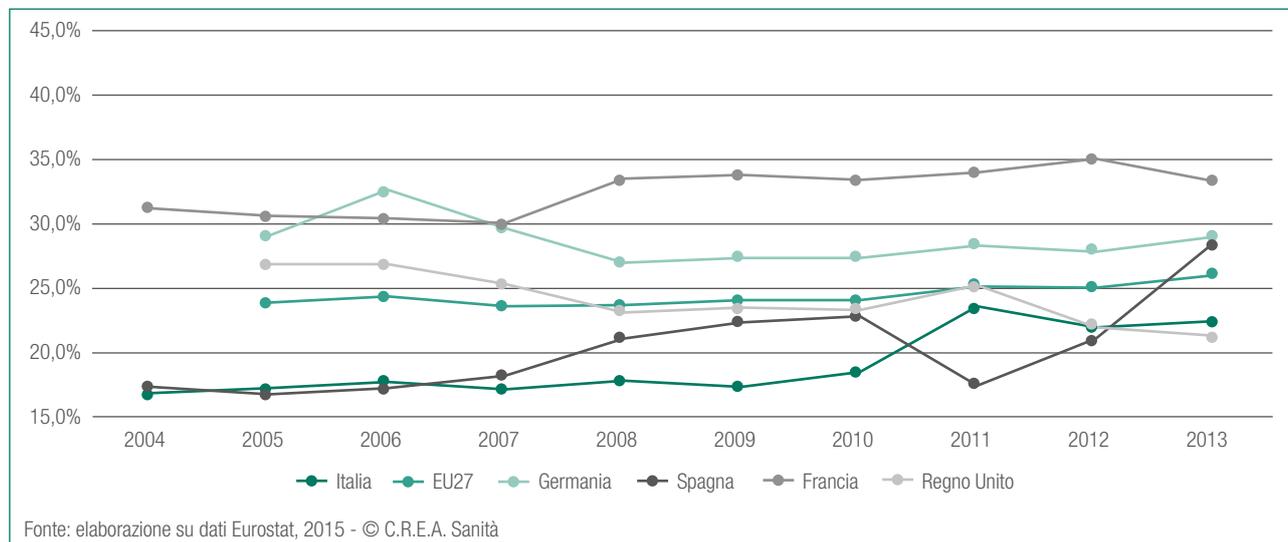
**Figura 1.6. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, quarto quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +**



Il dato si modifica sensibilmente nel momento in cui si considerano le classi di reddito intermedie. Soprattutto la popolazione entro € 18.000 di reddito evidenzia per l'Italia nel decennio il peggior andamento tra tutte le classi di reddito, e per questa fascia, anche la peggior *performance* tra i Paesi considerati: si rileva un incremento dei soggetti in cattivo stato di salute del 6,4%; anche la Spagna, pur in crescita evidenzia complessivamente un minor incremento (+6,2%). Si osserva una sostanziale stabilità per il dato tedesco, che aumenta nel decennio dell'1,4% ed un lieve decremento per Francia con -0,2%, mentre molto più consistente risulta la riduzione riscontrata nel Regno Unito (-4%). Anche rispetto al quarto quintile di reddito si rileva un andamento simile, anche se meno marcato: stabili nel tempo Francia, Germania e Regno Unito, in netto in-

sivamente un minor incremento (+6,2%). Si osserva una sostanziale stabilità per il dato tedesco, che aumenta nel decennio dell'1,4% ed un lieve decremento per Francia con -0,2%, mentre molto più consistente risulta la riduzione riscontrata nel Regno Unito (-4%). Anche rispetto al quarto quintile di reddito si rileva un andamento simile, anche se meno marcato: stabili nel tempo Francia, Germania e Regno Unito, in netto in-

**Figura 1.7. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, quinto quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +**



cremento Italia e Spagna con +3,9% e +6,2% rispettivamente.

È evidente dall'analisi delle distribuzioni per quintile di reddito come per l'Italia il peggioramento complessivo dello stato di salute sul dato nazionale, riscontrato nel decennio sull'intera popolazione, sia sostanzialmente attribuibile al degrado maggiore rilevato nella cosiddetta "classe media": in particolare tra la popolazione con un reddito disponibile compreso tra € 13.500 e € 18.000. Incremento che non può essere spiegato esclusivamente dal peso crescente delle classi di età più anziana.

Sicuramente per queste classi di reddito la crisi prolungata e la stretta finanziaria, incrementando sensibilmente la compartecipazione alle spese sanitarie, hanno indotto un progressivo e consistente deterioramento dello stato di salute. Si dimostrano queste le classi sociali che più hanno pagato, anche in termini di salute, la congiuntura economica sfavorevole.

### 1.3. Evoluzione demografica e stato di salute

Un ulteriore elemento di interesse è quello del rapporto fra stato di salute, reddito ed età.

Si riportano in Figura 1.8. alcuni indicatori che evi-

denziano nel decennio in esame l'andamento generale della popolazione ed in particolare la quota di popolazione *over 75*. Nel decennio la popolazione totale evidenzia un saldo positivo per tutti i paesi esaminati ad eccezione della Germania che diminuisce dello 0,6%, in valore assoluto poco oltre mezzo milione di persone in meno. Percentualmente il Paese che maggiormente cresce in termine di residenti è la Spagna (+9,8%) ed il Regno Unito (+6,9%): per entrambi i Paesi il saldo nel decennio è pari a poco più di 4 milioni di abitanti in più. Crescono meno Francia ed Italia con un +5,2% ed un +3,8% rispettivamente. Il numero di ultra settantacinquenni aumenta in tutti i Paesi, il massimo in Spagna con +31,6% mentre il minimo si rileva nel Regno Unito con +12,3%. L'Italia con +25,0% si posiziona con un valore intermedio tra il +22,1% della Francia ed il +27,3% della Germania. La quota sul totale della popolazione degli *over 75* al 2013 varia dal massimo rilevato in Italia con 10,6% al minimo del Regno Unito con il 7,6%.

Anche tra gli *over 75* il nostro Paese mostra nel complesso un miglior stato di salute rispetto agli altri considerati, anche se si evidenzia nel tempo un *trend* in crescita della quota di soggetti affetti da patologie croniche o di lunga durata più rapido (+8,9% nel decennio). In particolare sia Francia che Germania mostrano un andamento più lineare con una differenza nel decennio del -1,1% e

Figura 1.8. Variazione % della popolazione generale e degli over 75, 2013 vs 2004

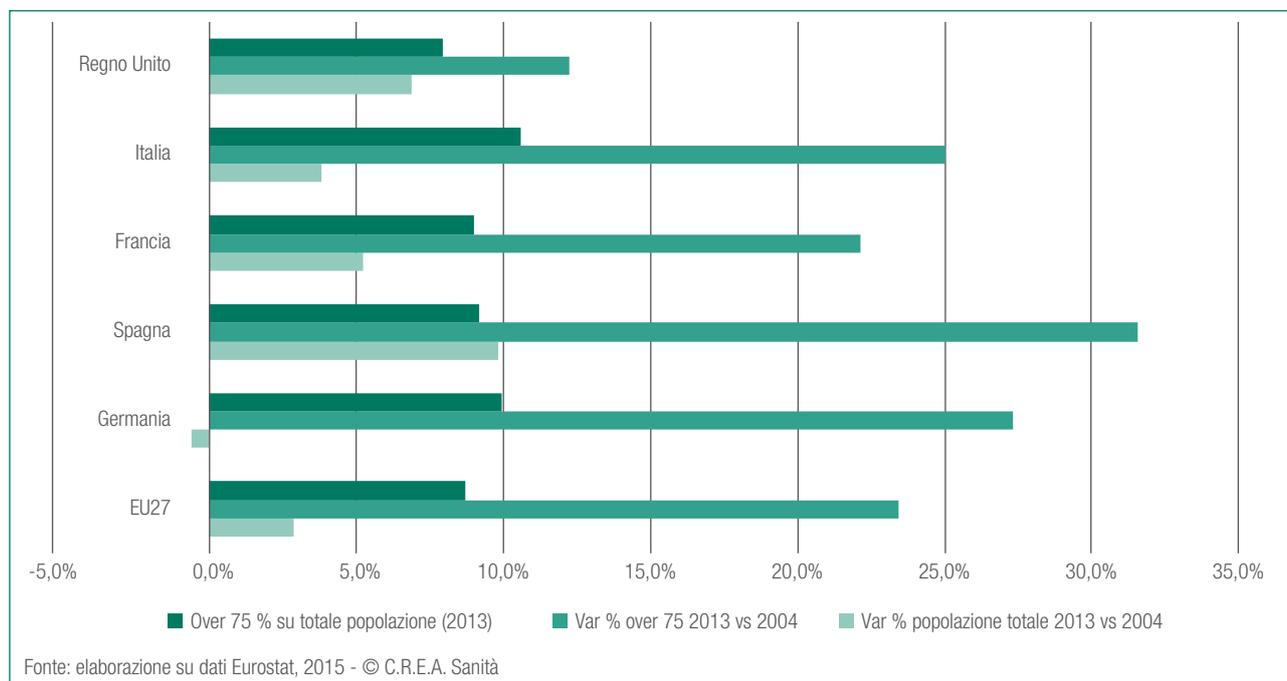
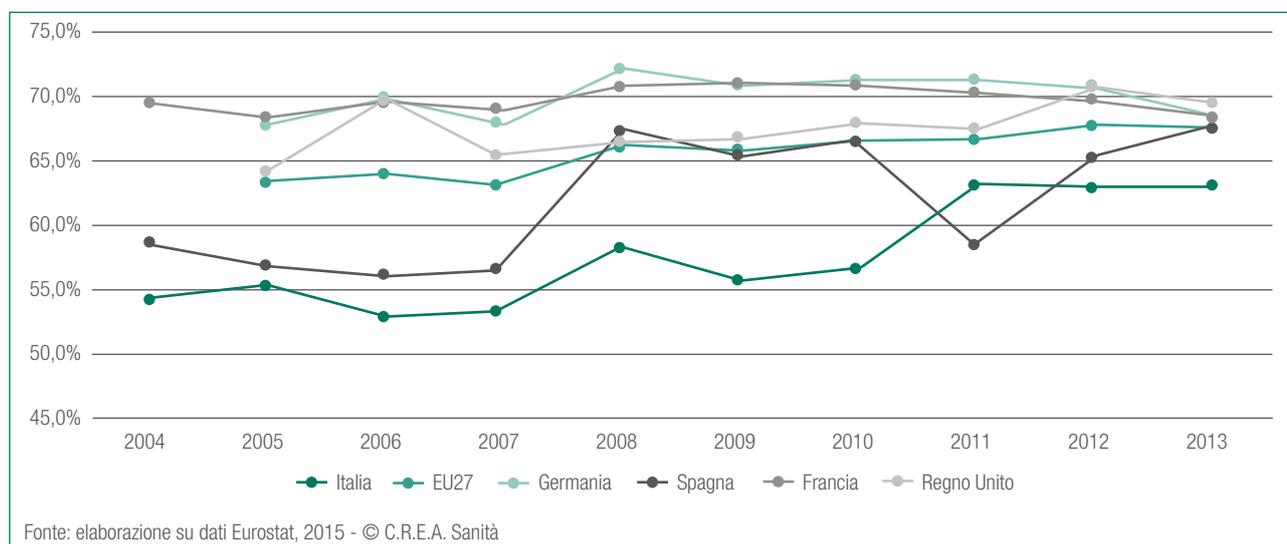


Figura 1.9. Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche



del +0,7% rispettivamente. In incremento risulta anche il Regno Unito con un +5,5% e la Spagna che evidenzia la peggiore performance con +9,6%.

Anche sulla popolazione over 75 la categoria di popolazione che in Italia evidenzia la maggior sofferenza in termini di salute si colloca al terzo quintile di reddito,

di cui si riporta in Figura 1.9. la distribuzione nel tempo per Italia e gli altri Paesi europei, nonché per EU27. Anche per questo gruppo tendenzialmente si rileva per l'Italia uno stato di salute complessivamente migliore rispetto agli altri Paesi inclusi nell'analisi, ma la differenza tende ad assottigliarsi nel tempo.

Il gap con Francia, Germania e UK che nel 2005 era nell'ordine del -12-14,5% si riduce al 2013 al -3,1% e -4,1% con Germania e Francia rispettivamente, mentre permane nell'ordine del -10,0% con il Regno Unito. Complessivamente per questa fascia di reddito tra gli over 75 l'Italia evidenzia un incremento della quota in cattiva salute dell'11,0% contro una sostanziale stabilità della Francia (+0,9%), un +3,0% della Germania ed un +6,9% del Regno Unito.

### 1.4. Conclusioni

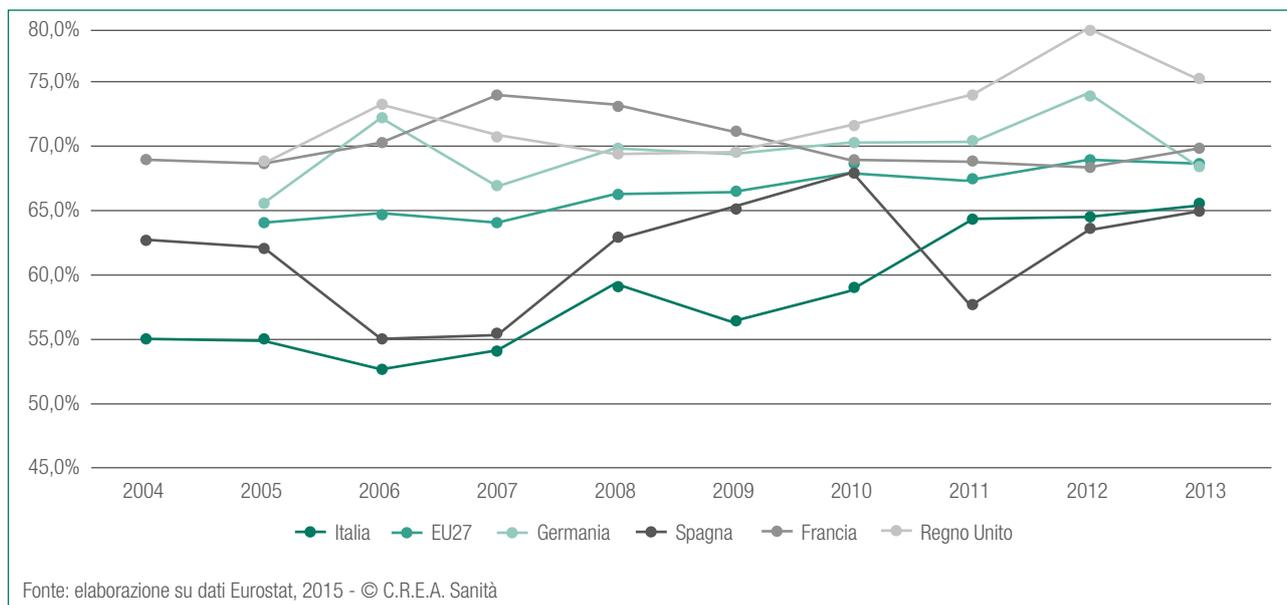
Come anticipato, il dato analizzato non è comparabile con la rilevazione Istat sulle cronicità, e va rimarcato come i due dati risultino, soprattutto per gli over 75, abbastanza divergenti.

Complessivamente l'indagine Eurostat evidenzia uno stato di salute meno compromesso, ma a differenza del dato Istat si rileva nel tempo un trend in crescita. Si riportano in Figura 1.10. e Figura 1.11 per gli anni dal 2009 al 2013 e per gli over 75: i dati Istat relativi alle patologie croniche (almeno una patologia cronica), lo stesso dato depurato da coloro che pur con patologie croniche dichiarano di essere in buono stato di salute

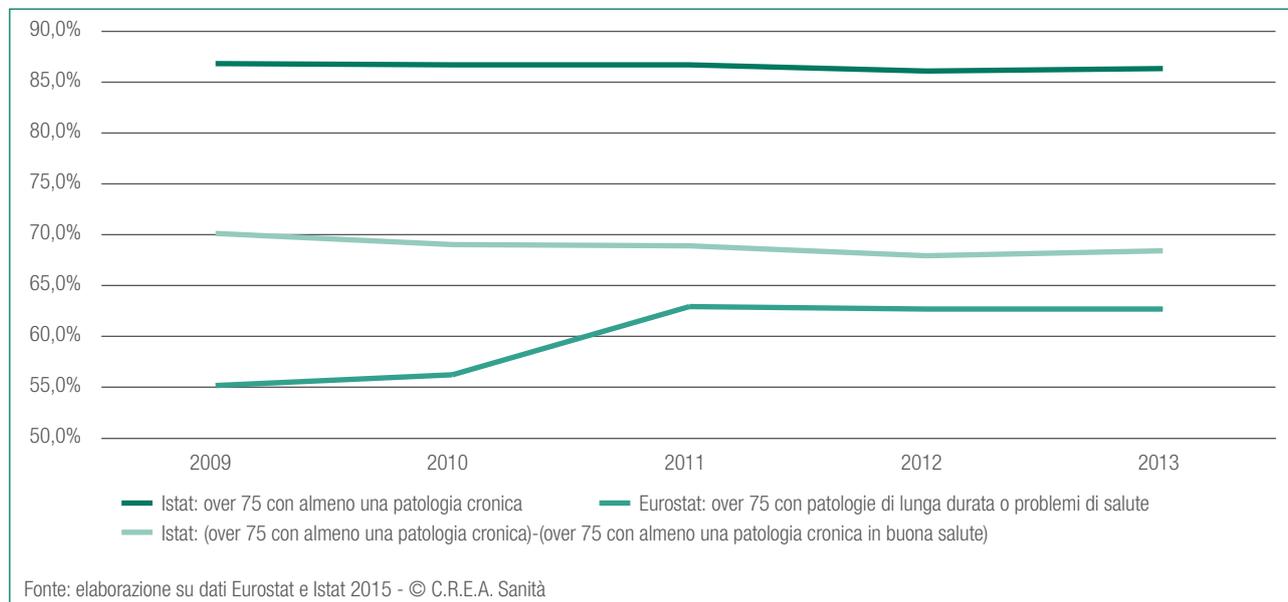
ed il dato Eurostat (MEHM) relativo alla presenza di cronicità e patologie di lunga durata.

Mentre il dato Istat evidenzia un peso delle patologie croniche sulla classe di età in esame sostanzialmente stabile nel tempo, pari a circa l'85% nei 5 anni (-0,5% nel quinquennio), e un marcato decremento quando al dato si sottraggono i soggetti che pur dichiarando almeno una malattia cronica si dichiarano altresì in una condizione complessiva di buona salute (-1,7%), la distribuzione Eurostat tende a segnalare un significativo peggioramento delle condizioni complessive di salute tra il 2010 ed il 2011 (+6,7%), per poi stabilizzarsi nel triennio successivo intorno al 63,0%. L'indagine "Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana", condotta dall'Istat annualmente dal 1993, e quella utilizzata da Eurostat, se pur con qualche contraddizione fra loro, permettono alcune considerazioni interessanti: il dato Istat conforta nell'analisi che, per quanto siano in netto incremento i soggetti anziani e molto anziani sul totale della popolazione, complessivamente il carico patologico si mantiene proporzionalmente costante. D'altra parte l'indagine Eurostat pur confortando rispetto ad una complessiva migliore condizione di salute della popolazione italiana rispetto agli altri Paesi europei (a noi più simili), evidenzia

**Figura 1.10. Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche, terzo quintile di reddito**



**Figura 1.11. Popolazione over 75 con cronicità e/o patologie di lunga durata per 100 soggetti con le stesse caratteristiche (dato Istat vs Eurostat - MEHM)**



anche come negli ultimi anni ci siano segnali evidenti di un peggioramento delle condizioni generali di salute.

Infatti, se la stessa indagine evidenzia però come il sistema sanitario regga e risulti ancora molto protettivo, sia in assoluto che in rapporto agli altri Paesi europei, per le classi più povere della popolazione, va osservato che quando la perdurante crisi economica e la progressiva stretta finanziaria hanno fatto sentire più forte i propri effetti, e la classe media italiana (terzo e quarto

quintile di reddito) si è progressivamente impoverita, sia in assoluto che rispetto agli altri Paesi europei, si è assistito ad un decadimento complessivo dello stato di salute (dove per completezza va detto si sconta la dimensione soggettiva del proprio stato e quindi le aspettative di salute della popolazione); decadimento che può essere in prima approssimazione imputabile al citato impoverimento e al progressivo incremento della compartecipazione alla spesa sanitaria.





# *Chapter 1 – Summary*

**The socio-demographical background:  
population and state of health**



## Chapter 1 - Summary

### The socio-demographical background: population and state of health

*Mancusi R.L.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

Based on the European statistics on income and living conditions (EU-SILC), and in particular the variables relating to the state of health, the so-called *Minimum European Health Module* (MEHM), which provide an assessment of chronic morbidity (persons affected by chronic diseases or long-term health problems) by income quintile, the following can be highlighted:

- the situation of Italy features a marked improvement in the health of the population over the last decade. The percentage of population affected by chronic or long-term diseases, in 2004-2007, is between 13 and 17% less, compared to France, Germany and United Kingdom, only Spain, until 2007, albeit with a higher value than Italy, shows a figure below the EU27 level;
- however, from 2008, France and Germany have highlighted a consistent stability in this respect, while in the United Kingdom, there has been a gradual drop in chronic and long-term diseases, and Italy, although featuring a better situation, tends to record a worse performance, up to a prevalence in the decade of 25.3% (+3.8%).

In the period in question, except in the United Kingdom, which features a negative variation in income, in the wealthier segment of the population, and an increase in the decade of 6.7% for the first quintile and a substantial stability for the second quintile (+1.5%), the income of Italian households is the one that has increased less, to the point that there is an increase in the maximum threshold of all the quintiles of around 9%, equivalent to less than 1% per annum. In comparison, France has a more than threefold increase: about 32% across all income groups. Spain too features a

28.5% increase for the first quintile, up to 32.5% for the IV quintile. The increase is lower in the case of Germany, which features, for the first income quintile, an increase only slightly above that of Italy (+11.0%), but which gradually grows in the intermediate groups up to +28.2% for the fourth quintile.

This trend in the disposable income of households is related to the fact that, in the lower income brackets (first and second quintile), the percentage of the Italian population in bad health besides being considerably lower than in the other European countries taken into account, also features a stable trend over time. Especially, the poorest percentage in bad health, which accounts for only 6.9% of the national income, is stable at around 24%: over ten percentage points less than the EU27 figure and 23 percentage points less than Germany. Regarding the poorer income brackets, the relationship between health, life expectancy, income and education are key factors for determining the overall picture of chronic and long-term diseases, which is also affected by lifestyle, regarding which, however, Italy ranks among the European countries with the lowest figures for obesity, alcohol/tobacco consumption, also with regard to the lower income brackets.

The above figures also show that the health care system in Italy is highly protective, with regard to the economically weaker groups, since there is no significant increase in chronic and long-term diseases.

But the picture changes considerably when we consider the middle income brackets, especially those with an income of up to 18,000 euros, which highlights, in Italy, the worst trends in the decade for all income groups, and, in the case of this bracket, the worst per-

<sup>1</sup> CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

formance in all the countries taken into account: there is an increase in the number of subjects in bad health by 6.4%. We can observe a substantial stability in the case of Germany, which a 1.4% increase over the decade, and a slight drop of -0.2% in France, while the drop recorded in the United Kingdom is much larger (-4%). A similar trend can be found in the fourth income quintile, albeit less: stable over time in France, Germany and the UK, in sharp increase in Italy and Spain (with 3.9% and 6.2% respectively.)

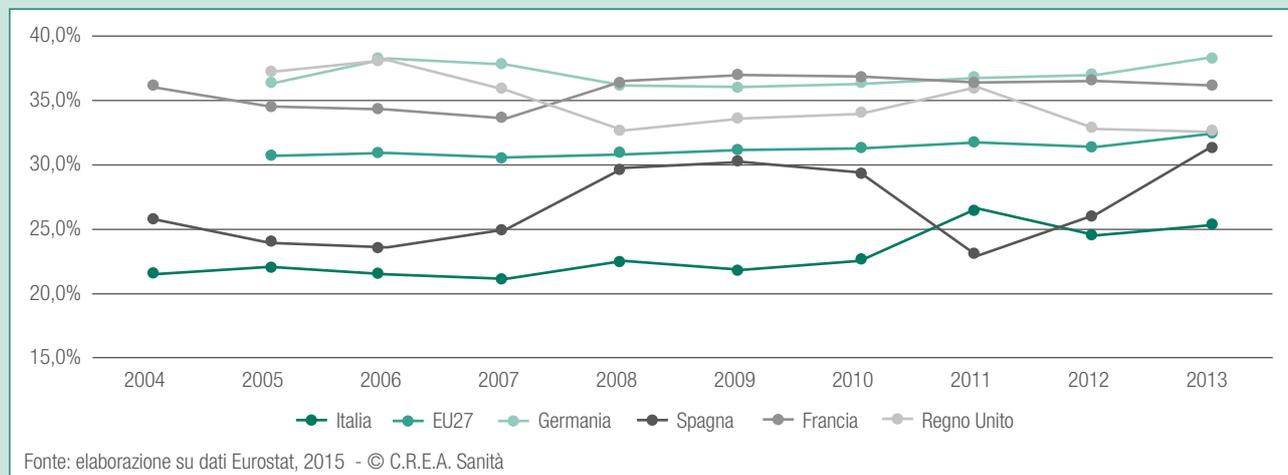
In other words, the worsening health conditions in Italy is substantially the result of the decline of the so-called “middle class”: in particular, among the population with a disposable income of between 13,500 and 18,000 euros. An increase that cannot be explained

exclusively with the growing weight of the more elderly age groups.

Undoubtedly, the prolonged crisis and the credit crunch have determined the gradual and large-scale deterioration of the state of health.

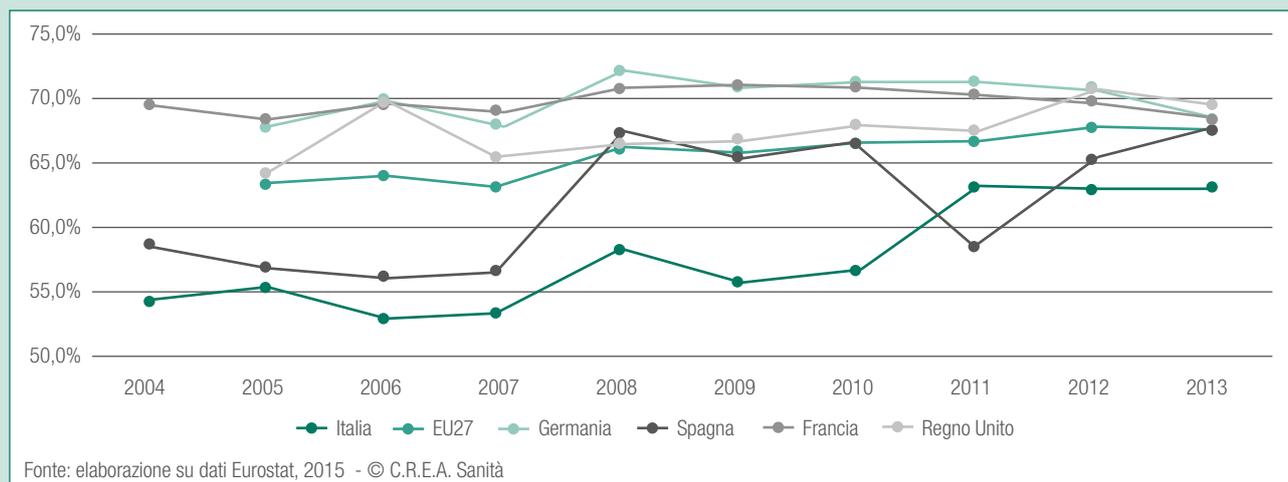
The same analysis, conducted on the 75+ years age group alone, on subjects whose state of health is obviously not as good, has highlighted the same trend, in time, as the general Italian population, in both absolute terms and in comparison with the other countries. The 75+ year olds is also the age group with the worst conditions of health and ranks in the third income quintile: this group too tendentially features a state of health that, overall, is better than in the other countries included in the analysis, but the gap is narrowing in time.

### KI 1.1. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +. Italia vs EU27, anni 2004-2013



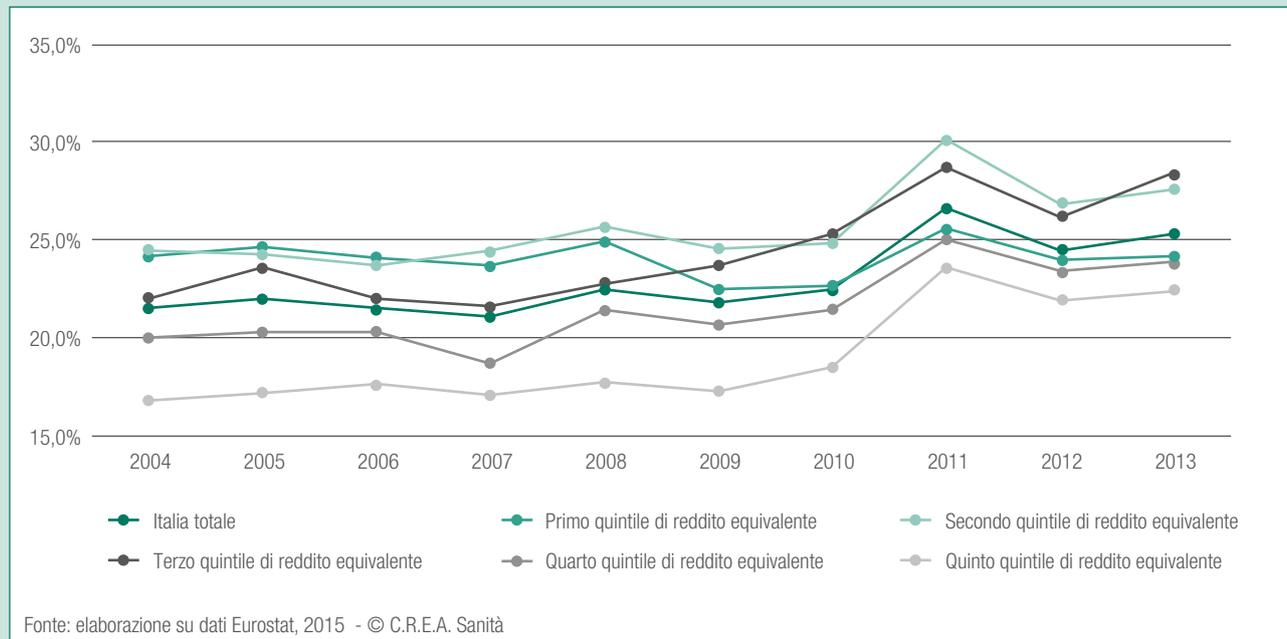
L'indicatore pone a confronto per l'Italia, l'Europa a 27 (EU27) e le altre quattro nazioni europee (Germania, Regno Unito, Francia e Spagna) che per dimensioni e status socio-economico possono essere comparabili al nostro Paese, la quota di popolazione sul totale degli over 16 che dichiara di essere affetta da patologie di lunga durata o problemi di salute per almeno 6 mesi. Come è evidente tra i cinque paesi considerati, il dato italiano è quello che nel decennio mostra uno stato di salute della popolazione nettamente migliore. La quota di popolazione affetta da patologie croniche o di lunga durata si colloca nel biennio 2004-2007 tra il 13-17% in meno rispetto a Francia, Germania e Regno Unito, solo la Spagna fino al 2007, se pur con un valore superiore all'Italia mostra un dato al di sotto della quota EU27, per poi crescere velocemente fino a raggiungere il dato europeo: in particolare l'incremento della quota di popolazione in cattivo stato di salute si incrementa per la Spagna nel decennio del 5,7%, evidenziando nel periodo considerato la peggior performance tra i Paesi inclusi nell'analisi. A partire dal 2008, mentre Francia e Germania evidenziano una sostanziale stabilità del dato e il Regno Unito un progressivo decremento, l'Italia tende a crescere nel tempo più velocemente, fino ad arrivare al 25,3% con un +3,8% nel decennio.

### KI 1.2. Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche. Italia vs EU27, anni 2004-2013

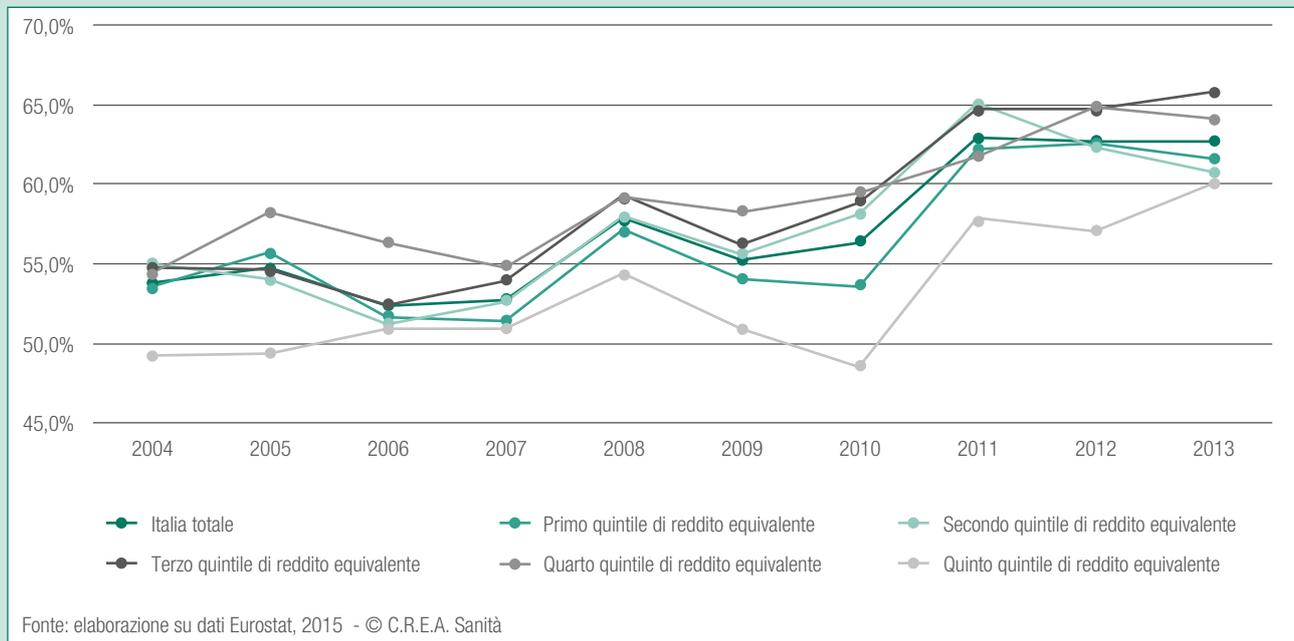


L'indicatore pone a confronto per l'Italia, l'Europa a 27 (EU27) e le altre quattro nazioni europee (Germania, Regno Unito, Francia e Spagna) che per dimensioni e status socio-economico possono essere comparabili al nostro Paese, la quota di popolazione di 75 anni e più che dichiara di essere affetta da patologie di lunga durata o problemi di salute per almeno 6 mesi. Anche per questo gruppo di popolazione, tendenzialmente si rileva per l'Italia uno stato di salute complessivamente migliore rispetto agli altri Paesi inclusi nell'analisi, ma la differenza tende ad assottigliarsi nel tempo. Il gap con Francia, Germania e UK che nel 2005 era nell'ordine del -12-14,5% si riduce al 2013 al -3,1% e -4,1% con Germania e Francia rispettivamente, mentre permane nell'ordine del -10% con il Regno Unito. Complessivamente per questa fascia di reddito tra gli over 75 l'Italia evidenzia un incremento della quota in cattiva salute dell'11% contro una sostanziale stabilità della Francia (+0,9%), un +3% della Germania ed un +6,9% del Regno Unito.

KI 1.3. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +, anni 2004-2013

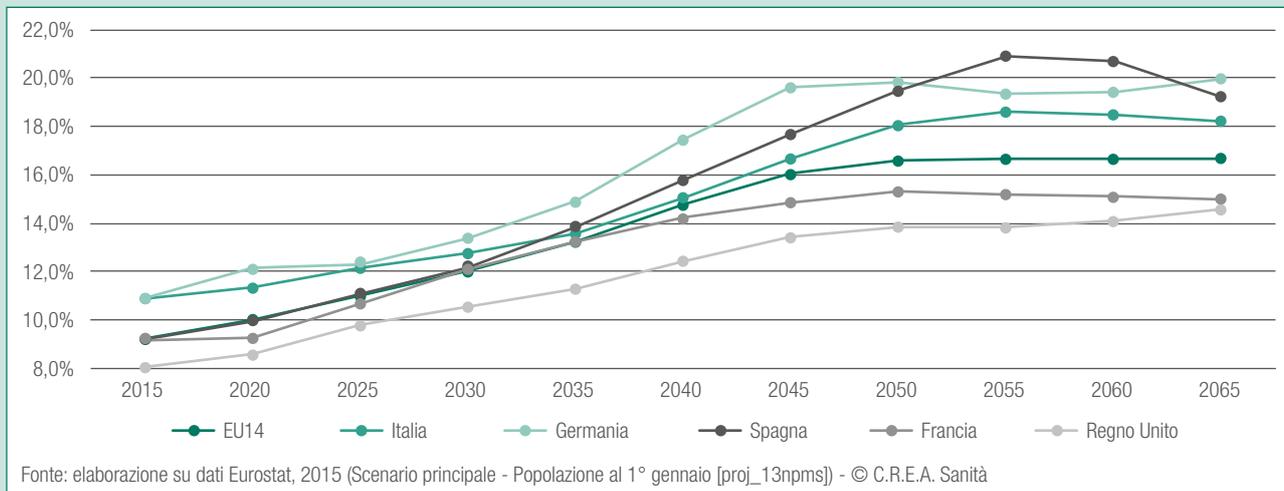


Sulla popolazione italiana, la quota di soggetti affetti da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute tende nel decennio ad una progressiva crescita: da un 21,5% del 2004 al 25,3% del 2013 (+3,8%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo; infatti il dato aggregato disponibile per EU27 al 2013 è pari al 32,4% e nello stesso anno per la Germania risulta pari al 38,3%, al 36,5% per la Francia e al 32,5% per il Regno Unito. Nei diversi paesi europei risulta però meno marcato l'incremento dell'indicatore se non in decremento: per Germania e Regno Unito (primo dato disponibile 2005) si evidenzia una variazione del +2,1% e del -4,7% rispettivamente. Stabile la Francia (+0,1% nel decennio). Più marcato è l'incremento nei Paesi maggiormente toccati dalla crisi come Spagna e Grecia, dove si rileva rispettivamente un +5,7% ed un +4,6%. 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 3,8% la quota di popolazione in cattivo stato di salute cresce del 22,2%. L'andamento è significativamente diversificato tra le fasce di reddito. Fino al 2009 sopra il dato nazionale si collocava la popolazione entro il terzo 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 si mantiene stabile (differenza 2004-2013 nulla); ciò può essere spiegato da un minor peso in questa classe di reddito delle persone anziane e molto anziane, la vita media in situazione di povertà è senza dubbio inferiore. Gli incrementi maggiori si riscontrano tra i soggetti a più alto reddito, +6,4% nel terzo quintile, +3,9% nel quarto e +5,6% nel quinto. Riportando il dato in valore assoluto sulla popolazione al 2013 il numero di soggetti con problemi di salute o affetti da malattie di lunga durata è pari a poco oltre 15 mln., 2,7 mln. in più rispetto al 2004. Di questi, per fasce di reddito, circa 3 mln. hanno un reddito inferiore al massimo del primo quintile, che per l'Italia è al 2013 pari a € 9.642/anno, nel complesso il 20% della popolazione italiana più povera dispone del 6,9% della ricchezza nazionale. Per contro circa 2,7 mln. di soggetti in cattiva salute appartengono al 20% della popolazione più ricca (che dispone del 39,5% della ricchezza nazionale).

KI 1.4. Popolazione *over 75* con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2013

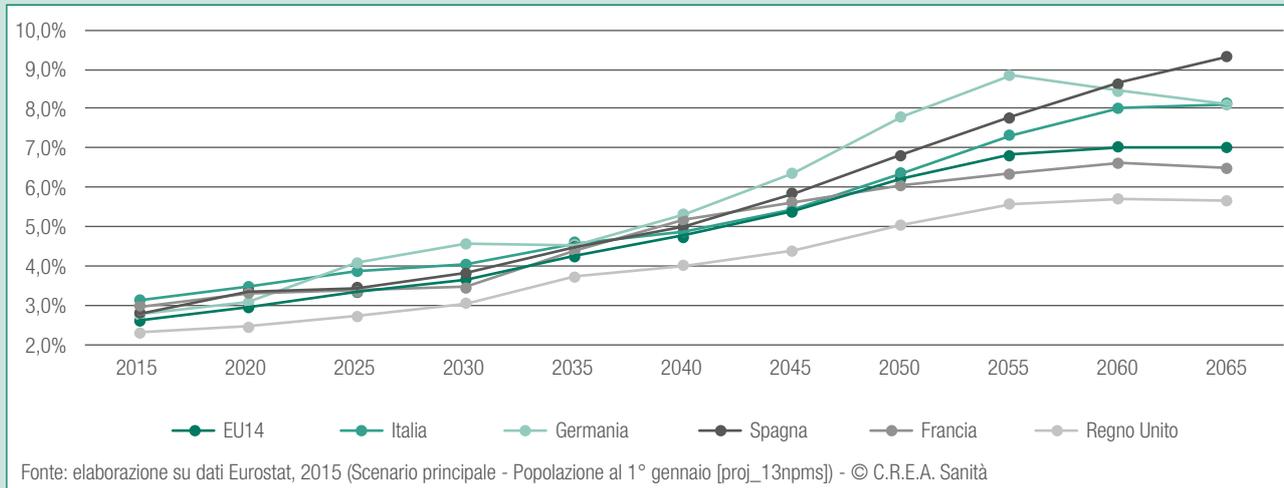
L'indicatore evidenzia la quota di popolazione *over 75* affetta da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute, sia nel complesso che per quintile di reddito. Si evidenzia nel decennio un *trend* in aumento: dal 53,8% del 2004 al 62,7% del 2013 (+8,9%). Tale dato rimane comunque tra i 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 EU27 al 2013 è pari al 67,5% e nello stesso anno sia per la Germania che per la Francia risulta pari al 68,4%, al 69,23% 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 Francia in cui si rileva un -1,1%, mentre la Germania mostra un incremento dal 2005 (primo dato disponibile) al 2013 dello 0,7%, il Regno Unito del 5,5%. 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 59,7% del 2004 al 73,3% del 2013 (+13,6%) e la Spagna dal 58,1% del 2004 al 67,7% del 2013 (+9,6%). 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 elevato, intorno al +10% rispetto alle fasce a reddito inferiore. Indipendentemente dal reddito, la quota di soggetti in cattiva salute tende nel tempo a convergere sul dato nazionale. In valore assoluto sono poco meno di 4 mln. i soggetti, pari al 26% del totale della popolazione italiana, in cattivo stato di salute. La differenza in valore assoluto tra 2004 e 2014 in questa fascia di età è pari a circa 1.240.000 soggetti in più (45% dell'incremento complessivo nazionale). Nel decennio la quota di *over 75* si incrementa del 25% mentre la quota di soggetti in cattiva salute cresce in proporzione molto di più (+45,7%).

**KI 1.5. Popolazione over 75, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2015-2065**



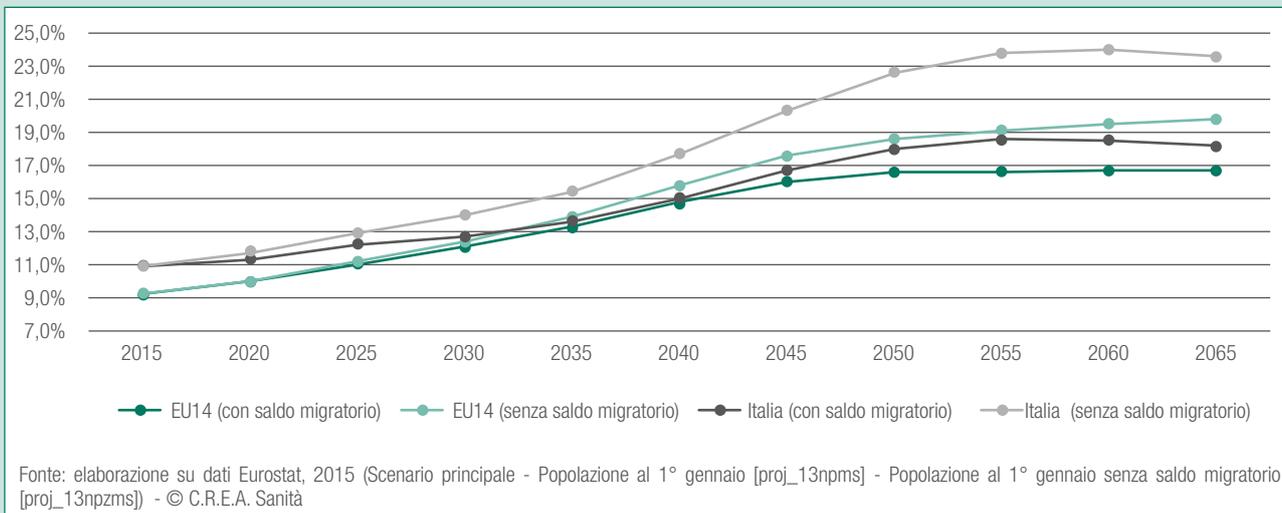
L'indicatore evidenzia l'evoluzione nel tempo della quota di popolazione *over 75* anni per l'Italia, l'Europa a 14 (EU14) e le altre quattro nazioni europee (Germania, Regno Unito, Francia e Spagna) che per dimensioni e status socio-economico possono essere comparabili al nostro Paese. La quota di soggetti *over 75* evidenzia nel tempo un *trend* in netta crescita, indice del previsto invecchiamento della popolazione europea. È evidente come l'evoluzione, pur in un *trend* in crescita, risulti differenziata tra i cinque Paesi considerati. Al 2015 solo Italia e Germania evidenziano una quota di soggetti *over 75* superiore al dato di EU14 (10,9% vs 9,2%), mentre per il Regno Unito tale valore è nettamente inferiore (8,1%). Nei 50 anni considerati in valore assoluto in EU14 la popolazione *over 75* passa da 31,5 mln. a 60,7 mln. (+92%), con dinamiche sensibilmente differenti tra i Paesi: il minimo si rileva in Germania con +57% mentre il massimo nel Regno Unito con +128% (+81% per l'Italia). Le differenze in valore assoluto per questi Paesi, in relazione alla composizione generale della popolazione ed alle dinamiche evolutive differenti, anche in termini di natalità, li collocano ai due estremi opposti nella distribuzione %. L'Italia, insieme a Spagna e Germania evidenzia un carico di *over 75* costantemente superiore nel tempo a quello di EU14; tale andamento sembra essere per il nostro Paese meno marcato.

**KI 1.6. Popolazione over 85, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2015-2065**



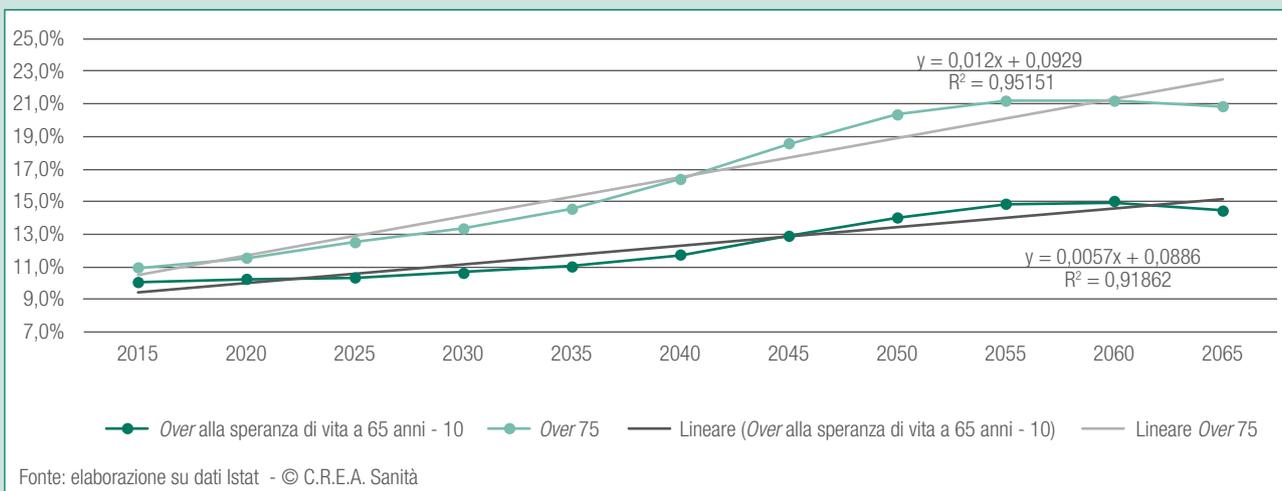
L'indicatore evidenzia l'evoluzione nel tempo (2015-2065) degli *over 85* anni per l'Italia, l'Europa a 14 (EU14) e le altre quattro nazioni europee (Germania, Regno Unito, Francia e Spagna) che per dimensioni e status socio-economico possono essere comparabili al nostro Paese. La quota di *over 85* evidenzia nel tempo un *trend* in netta crescita, indice del previsto invecchiamento della popolazione europea, con differenze tra i cinque Paesi. Al 2015 solo il Regno Unito evidenzia una quota di *over 85* inferiore a EU14 (2,6% vs 2,3%), mentre tutti gli altri Paesi si collocano intorno al 3% (il massimo in Italia con il 3,1%). Nei 50 anni considerati in EU14 la popolazione *over 85* passa da circa 9 mln. a oltre 25,5 mln. (+185%), con dinamiche sensibilmente differenti tra i Paesi; il minimo in Francia e Germania con +152% mentre il massimo in Spagna con +234%. L'Italia registra un +180% con un numero di ultra ottantacinquenni che passa da poco più di 1,9 mln. a oltre 3,5 mln.. Le differenze in valore assoluto degli *over 85* in relazione alla composizione generale della popolazione ed alle dinamiche evolutive tra i differenti Paesi, anche in termini di natalità, determinano nel tempo un carico sulla popolazione totale sensibilmente differenziato. Permangono sopra il dato EU14 (7%) Italia e Germania (8,1%), il massimo si rileva in Spagna con 9,3%, mentre sotto il valore EU14 si collocano Francia e Regno Unito, col valore minimo pari al 5,3%.

**KI 1.7. Popolazione over 75, quota (%) sulla popolazione totale, con e senza saldo migratorio. Proiezioni 2015-2065**



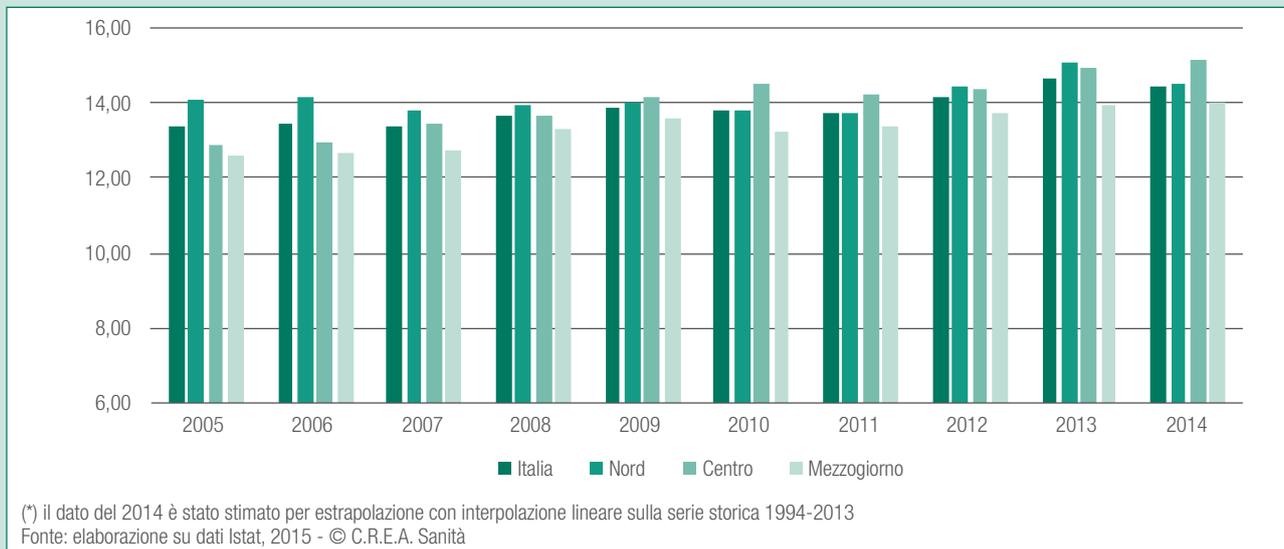
L'indicatore evidenzia l'evoluzione nel tempo della quota di popolazione over 75 anni sulla popolazione totale per l'Italia e l'Europa a 14 (EU14) con e senza saldo migratorio, se cioè si mantesse o meno una *trend* migratorio e quindi un saldo migratorio, nel nostro Paese come in Europa, in linea con i flussi registrati negli anni precedenti al 2015. Lo "scenario principale" nelle stime della proiezione della popolazione si basa su modelli che presuppongono che parametri quali il tasso di fertilità, di mortalità, la speranza di vita e quindi anche i tassi migratori confermino nel tempo i *trend* consolidati. Già al 2015 la % di over 75 in Italia è superiore al dato europeo e sia per il nostro Paese che per EU14 l'arrestarsi dei flussi migratori ne determina un progressivo incremento. Per l'Italia questo evento ha risvolti ben più drammatici, mostrando innanzitutto una crescita nel tempo molto più consistente, il *gap* iniziale del +1,6% tende inesorabilmente a crescere fino ad arrivare ad un massimo del +4,8% nel 2055. Viceversa, il consolidamento dei flussi migratori tende a ridurre nel tempo il *gap* fra Italia a EU14 fino ad un minimo del +0,3% al 2035-2040 per poi crescere nuovamente senza però mai superare la differenza tra gli indicatori al 2015.

**KI 1.8. Popolazione over 75 e popolazione ad almeno 10 anni dall'aspettativa di vita a 65 anni, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2015-2065**



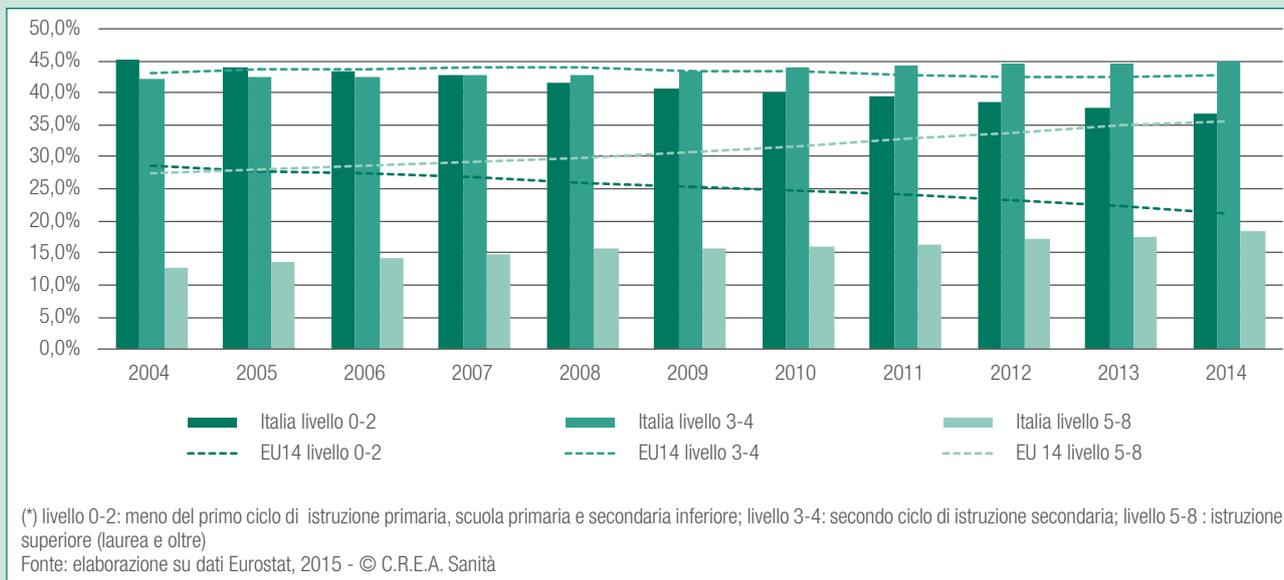
L'indicatore pone a confronto l'evoluzione nel tempo della quota di popolazione over 75 anni sulla popolazione italiana e la quota di soggetti che si trovano nel tempo entro i dieci anni dall'aspettativa di vita a 65 anni. Entrambi gli indicatori tendono a crescere nel tempo, ma la pendenza, e quindi la rapidità di crescita, tra le due distribuzioni è estremamente differente. Ipotizzando che l'insorgenza di patologie cronic-degenerative e comunque di patologie gravi si muova di pari passo con l'allungamento della aspettativa di vita, la quota di persone a forte rischio di assorbimento di risorse, convenzionalmente assunta come quella che ha meno di 10 anni di aspettativa residua di vita, evidenzia negli anni, in termini di proporzione sul totale della popolazione, un *trend* in crescita molto meno marcato dei soggetti over 75 ("quarta età"). La forbice tra le due tipologie di classificazione, valutate come quota sulla popolazione totale, passa in valore assoluto dai circa 500.000 soggetti in meno del 2015 (10,1% vs 10,9%), erano solo 200.000 nel 2011, per arrivare ad oltre 1 mln. nel 2022, fino a circa 4 mln. al 2065 (14,4% vs 20,9%).

KI 1.9. Famiglie di anziani soli 65+. Valori %, anni 2005-2014(\*)



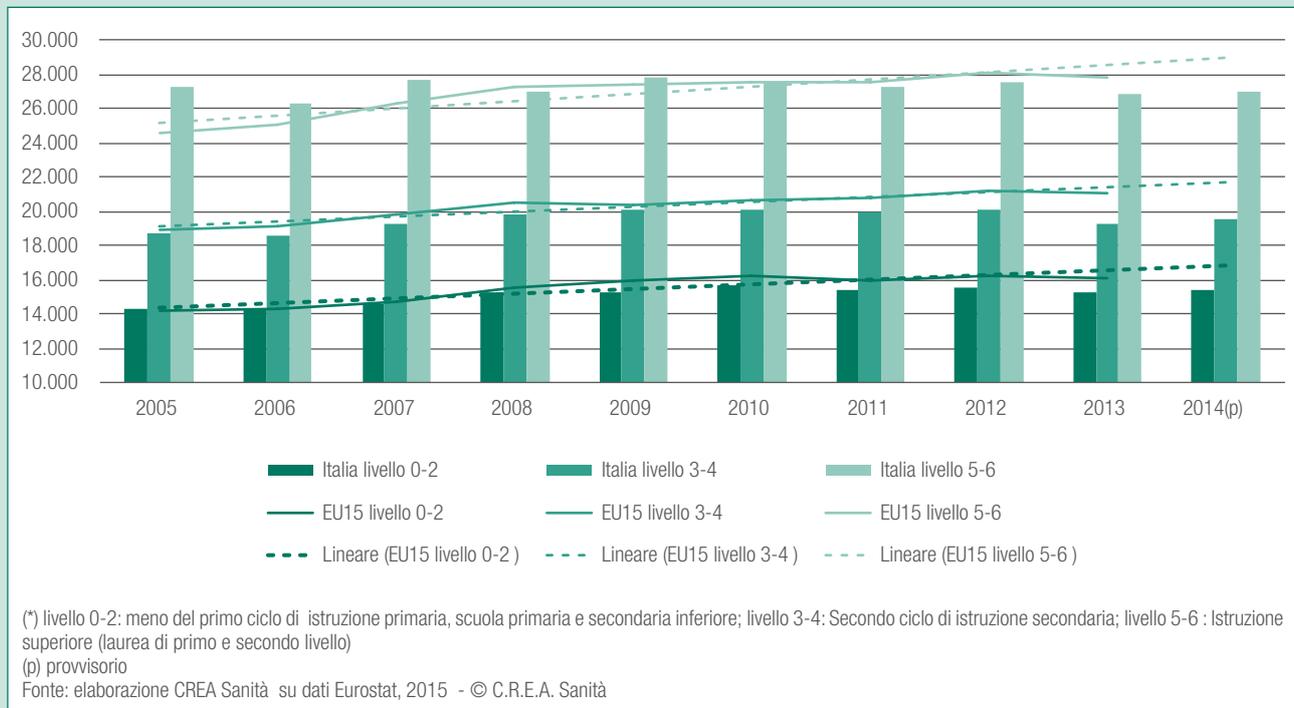
L'indicatore mostra nel tempo, per area geografica e per l'intero Paese, la quota % di famiglie *single* di età maggiore od uguale a 65 anni. Complessivamente, il trend è in crescita sia a livello nazionale che per macro area. In numeri assoluti tale indicatore corrisponde al 2014 per l'intera Italia a circa 3,8 mln. di *over65* (circa il 30% del totale). Di questi il 48% vive nel Nord Italia, il 21% nel Centro ed il 31% nell'Italia Meridionale. Nei 10 anni considerati complessivamente il numero di anziani soli è aumentato di oltre 600.000 unità (+20%); rispetto alle macro aree si evidenzia un incremento più contenuto nel Nord Italia (+13%), mentre nel Centro tale incremento è molto più elevato (+33%); meno marcato ma sicuramente importante l'incremento nel Sud Italia (+22%).

KI 1.10. Popolazione 25-54 anni, composizione (%) per livello di studio raggiunto (\*). Italia vs EU14, anni 2004-2014



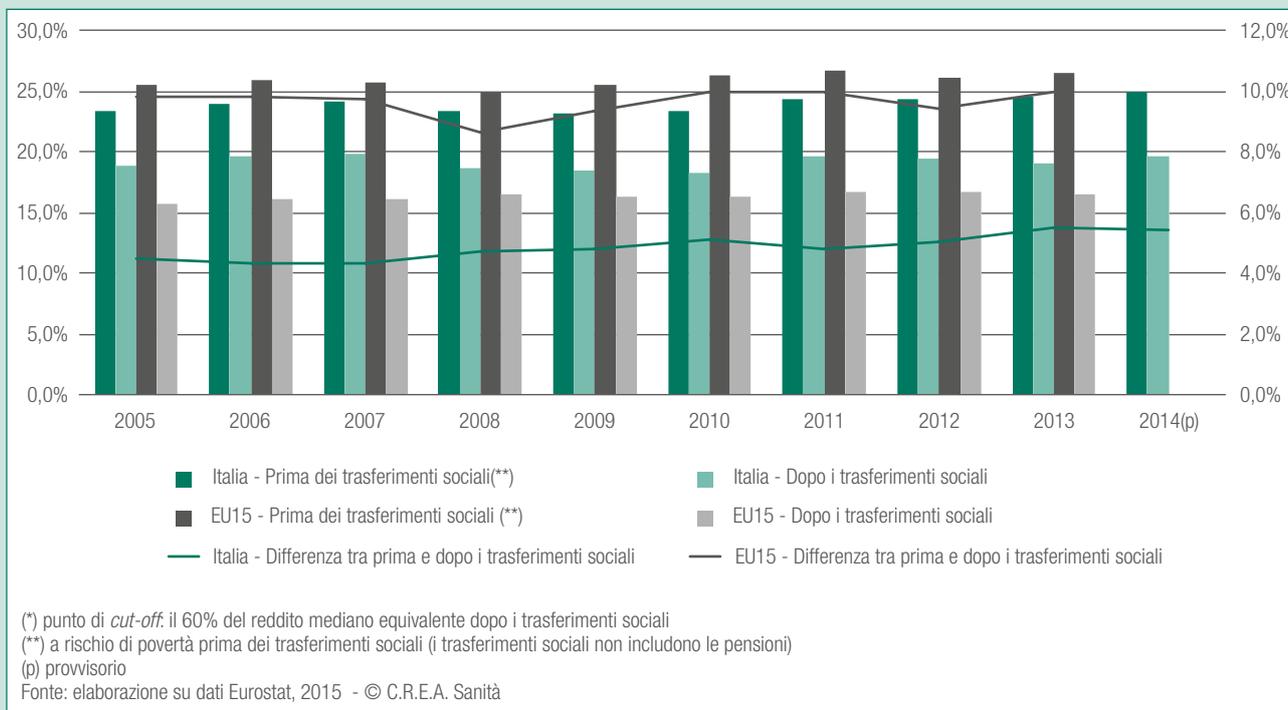
L'indicatore rappresenta la composizione % della popolazione in età 25-54 anni per livello di istruzione raggiunto, Italia vs EU14: è evidente il *gap* rispetto ai due livelli estremi di educazione (livello 0-2 e livello 5-8), mentre è sovrapponibile la quota di popolazione con istruzione secondaria superiore. Rispetto alla quota di popolazione a più bassa scolarità, la differenza tra dato italiano ed europeo tende nel decennio a diminuire (+16,8% nel 2004 vs +15,7% nel 2014), permanendo comunque sempre estremamente elevato (circa il 37% della popolazione italiana tra 25 e 54 anni ha una scolarità nulla o estremamente bassa). Si evidenzia comunque negli anni un decremento, se pur di poco, più rapido per questa categoria in Italia rispetto ad EU14 (-8,5% vs -7,4%). Per i gradi più elevati di istruzione (laurea e oltre) il dato italiano, se pur in lieve crescita, si mantiene costantemente nel decennio pari a circa la metà del dato EU14 (12,6% vs 27,3% nel 2004 e 18,3% vs 35,6% nel 2014). Per questa categoria il dato europeo cresce nel decennio considerato del +8,2% contro un +5,7% dell'Italia.

KI 1.11. Reddito medio per livello di istruzione(\*) (18 anni e +). Valori in €, Italia vs EU15, anni 2005-2014



L'indicatore rappresenta il reddito medio per livello di istruzione raggiunto, Italia vs EU15, dal 2005 al 2014 (per l'Italia il dato 2014 è provvisorio). Fino al 2008 il dato italiano relativo al livello più basso di istruzione risulta sovrapponibile al valore medio EU15, leggermente inferiore il reddito medio per i livelli di istruzione intermedia (da - € 216 nel 2005 a - € 643 nel 2008). Per i soggetti con un livello di istruzione universitario il reddito medio italiano risulta superiore a quello EU15 fino al 2010, sia pur con un *trend* in decremento, con una differenza di +€ 2.624 nel 2005 fino a +36 nel 2010. A partire dal 2011 il *gap* tra Italia ed EU15 si incrementa sensibilmente soprattutto per i livelli intermedi e superiori di istruzione: al 2013 si rileva un -€ 1.769 per i diplomati ed un -€ 984 per i laureati, la differenza di reddito medio per i livelli più bassi di istruzione risulta al 2013 di -€ 796. Le variazioni % tra il 2005 ed il 2013, evidenziano per il livello 0-2 di istruzione un +13,1% per EU15 contro un +7,2% per l'Italia, per il livello 3-4 un +11,5% contro un +3,4% e per il livello 5-6 un +13,4% contro un -1,1%. Lo stesso confronto rispetto al 2010 evidenzia per il livello 0-2 un -0,9% per EU15 contro un -2,8% per l'Italia, per il livello 3-4 un +2,3% EU15 contro -3,6% in Italia ed infine un +1,3% in EU15 contro -2,5% in Italia per i laureati.

KI 1.12. Popolazione a rischio di povertà prima e dopo i trasferimenti sociali(\*), Italia vs EU15. Valori %, anni 2005-2014



L'indicatore mostra la quota di soggetti a rischio di povertà sulla popolazione italiana rispetto al dato EU15, prima e dopo i trasferimenti sociali (in cui non sono ricomprese le pensioni). La soglia di reddito pro-capite sotto la quale si individua il rischio di povertà è pari al 60% del reddito mediano equivalente dopo i trasferimenti sociali. Il dato italiano si mantiene, prima dei trasferimenti sociali, costantemente più basso (tra il 23,4% del 2005 il 25% del 2014 -dato provvisorio) di quello EU15 (tra il 25,5% nel 2005 ed il 26,4% nel 2013). Entrambi mostrano una tendenza ad incrementarsi nel tempo. La differenza tra Italia ed EU15, costantemente intorno al 2% negli anni, è probabilmente segno di una migliore e più consistente copertura del sistema pensionistico italiano, non essendo le pensioni ricomprese nei trasferimenti sociali. Il segno si inverte invece quando si confronta la quota di popolazione a rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali. Il dato italiano rimane costantemente tra il 18,2% ed il 19,8% contro un valore di EU15 tra il 15,7% ed il 16,6%. La quota di popolazione italiana, che dopo i trasferimenti sociali passa da sotto a sopra la soglia di rischio di povertà, non supera nel decennio il 5,5% contro una quota quasi doppia in EU15 (rette sul secondo asse verticale). In valore assoluto, nel 2014 dopo i trasferimenti sociali sono in Italia circa 12 mln. le persone che rimangono sotto la soglia di rischio di povertà, di queste circa 10 mln. (83,9%) sono *under65*.

performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità  
europa  
salute  
cura  
health  
investimenti  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
welfare  
crescita  
equità  
sviluppo  
Italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia

## *Capitolo 2*

**Il finanziamento:**  
crescita dell'indebitamento  
e pressione tributaria locale



## Capitolo 2

### Il finanziamento: crescita dell'indebitamento e pressione tributaria locale

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

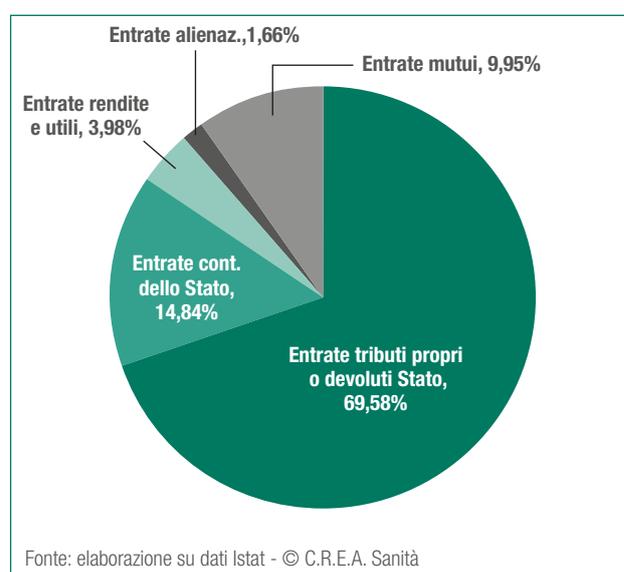
#### 2.1. Il contesto: le entrate delle Regioni

Secondo quanto è possibile desumere dagli ultimi dati pubblicati dall'Istat nell'ambito dei "Bilanci consuntivi delle Regioni e delle Province Autonome", le entrate totali delle Regioni nel 2013 provengono per circa il 70,0% da tributi propri o devoluti dallo Stato e per la rimanente parte da contributi e assegnazioni dello Stato (14,8%) ovvero dall'accensione di mutui e prestiti (per circa il 10,0%). La parte residuale deriva da rendite patrimoniali e da utili di Enti o Aziende Regionali (4,0%) e da alienazioni patrimoniali, trasferimenti di capitali e rimborsi di crediti (1,7%) (Figura 2.1). Rispetto all'anno precedente, gli introiti generati dai tributi propri o devoluti dallo Stato sono, quindi, diminuiti dell'8,0%, mentre sono aumentate le entrate previste da tutti gli altri Titoli.

Oltre il 55,0% delle entrate derivanti da tributi propri o devoluti dallo Stato e somme sostitutive di tributi sono ascrivibili ad introiti generati da tributi propri delle Regioni, mantenendo la loro incidenza tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente. In termini nominali pro-capite, gli introiti derivanti dai tributi propri delle Regioni sono diminuiti complessivamente dell'8,4% tra il 2009 ed il 2013 (Tabella 2.1); in particolare, tale tipologia di entrate è diminuita in maniera considerevole nelle Regioni del Nord, tanto da raggiungere una variazione di segno negativo superiore al 20,0% – e soprattutto in Emilia Romagna dove la flessione del predetto indicatore ha sfiorato il 50,0% – mentre in quelle del Centro è aumentata del 14,1% ed in quelle del Sud si è mantenuta tendenzialmente stabile.

Negli ultimi anni (2009-2013) le entrate totali pur aumentando del 9,0%, sono sempre meno derivanti da tributi propri, soprattutto nelle Regioni settentrionali, e

Figura 2.1. Entrate delle Regioni per titoli. Composizione (%), anno 2013



sempre più dall'accensione di mutui od altre operazioni creditizie, evidenziando come la sostenibilità complessiva del sistema sia crescentemente assicurata mediante il ricorso all'indebitamento. Nel 2013, il 26,5% delle entrate generate dai tributi propri deriva dalle imposte applicate sul reddito e sul patrimonio (Figura 2.2), in aumento del 3,0% rispetto al 2012. Le imposte sul reddito e sul patrimonio hanno generato oltre il 45,0% delle entrate per tributi propri delle Regioni della ripartizione meridionale, il 17,7% di quelle della ripartizione settentrionale ed il 25,8% di quelle delle Regioni del Centro. Nel 2011, il picco osservabile nel Centro è attribuibile alla Regione Lazio, nella quale oltre l'86,0% delle entrate per tributi propri è stato generato dalla tassazione sul reddito e sul patrimonio.

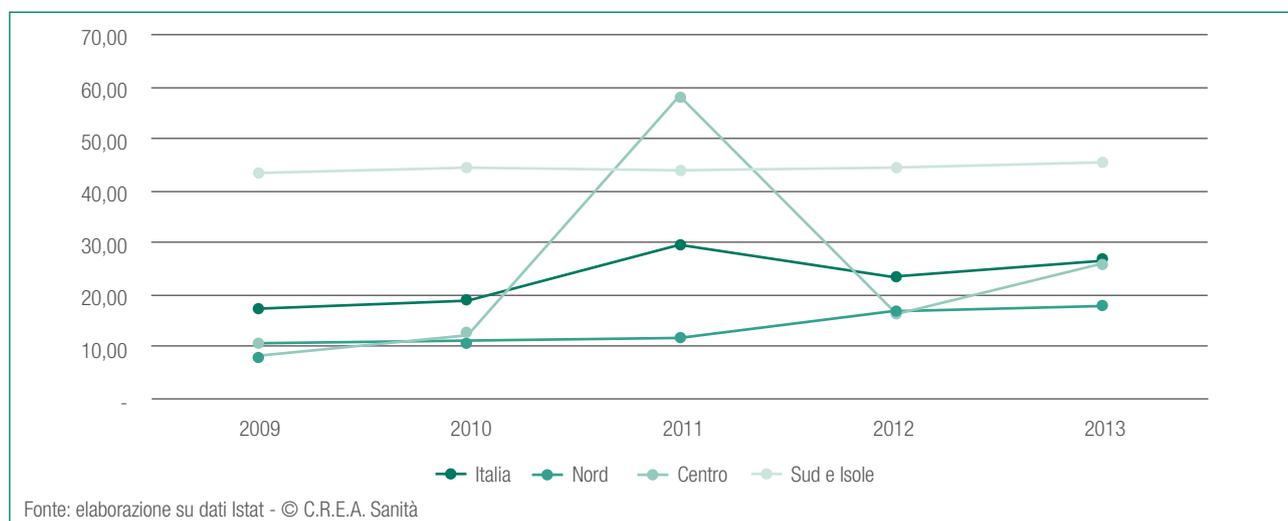
<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Tabella 2.1. Entrate derivanti da tributi propri. Valori pro-capite (€) e variazioni %, anni 2009-2013

| Regioni               | Anno 2009<br>(€ pc) | Anno 2013<br>(€ pc) | Var. % 2009-2013 |
|-----------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Italia                | 1.303,03            | 1.193,82            | -8,38            |
| Nord                  | 1.623,44            | 1.295,88            | -20,18           |
| Centro                | 1.393,48            | 1.590,34            | 14,13            |
| Sud e Isole           | 831,07              | 833,69              | 0,32             |
| Piemonte              | 1.227,66            | 950,80              | -22,55           |
| Valle d'Aosta         | 988,54              | 974,54              | -1,42            |
| Lombardia             | 2.249,83            | 1.927,86            | -14,31           |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 981,73              | 1.129,43            | 15,04            |
| Pr. Aut. di Trento    | 861,11              | 874,95              | 1,61             |
| Veneto                | 1.010,00            | 907,51              | -10,15           |
| Friuli Venezia Giulia | 715,75              | 745,29              | 4,13             |
| Liguria               | 817,46              | 882,88              | 8,00             |
| Emilia Romagna        | 2.053,31            | 1.040,84            | -49,31           |
| Toscana               | 785,38              | 910,39              | 15,92            |
| Umbria                | 699,75              | 778,36              | 11,23            |
| Marche                | 847,37              | 843,86              | -0,41            |
| Lazio                 | 2.056,78            | 2.379,20            | 15,68            |
| Abruzzo               | 679,58              | 728,83              | 7,25             |
| Molise                | 638,64              | 853,24              | 33,60            |
| Campania              | 560,94              | 578,88              | 3,20             |
| Puglia                | 525,55              | 545,56              | 3,81             |
| Basilicata            | 507,70              | 587,71              | 15,76            |
| Calabria              | 493,25              | 639,03              | 29,55            |
| Sicilia               | 1.733,03            | 1.622,00            | -6,41            |
| Sardegna              | 475,78              | 437,69              | -8,01            |

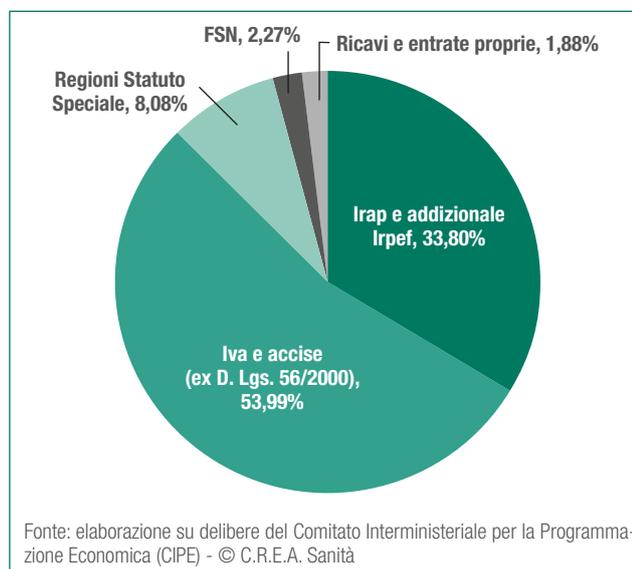
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 2.2. Entrate derivanti da imposte sul reddito e sul patrimonio. Valori %, anni 2009-2013



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

Figura 2.3. Fabbisogno indistinto. Composizione (%), anno 2014



## 2.2. Le fonti di finanziamento della Sanità

Secondo le assegnazioni desumibili dalla Delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) n. 52 del 29 Aprile 2015, il fabbisogno sanitario totale indistinto è stato finanziato, per il 2014, per l'87,8% dall'imposizione fiscale diretta (Irap e Irpef) e indiretta (IVA e accise, ovvero D. Lgs. 56/2000),

per l'1,9% da ricavi ed entrate proprie convenzionali delle varie Aziende Sanitarie, per l'8,1% dalla partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale ed, infine, per il residuale 2,3% dalla voce relativa al FSN e alle ulteriori integrazioni a carico dello Stato (Figura 2.3).

Facendo un confronto con il 2013 risulta che gli introiti generati dall'imposizione fiscale (Irap e Irpef) sono diminuiti dell'1,5%, mentre quelli introitati tramite l'imposta sul valore aggiunto e quella sulle accise sono aumentate dell'1,4%; le rimanenti voci di entrata, invece, tra il 2014 ed il 2013 si sono mantenute tendenzialmente stabili.

Nel corso degli ultimi dieci anni (2004-2014), il contributo dell'imposizione fiscale diretta alla copertura del fabbisogno sanitario indistinto è andato progressivamente diminuendo, dal 44,1% del 2004 al 33,8% del 2014, evidenziando impatti equitativi non trascurabili (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 2014, a fronte di una media Italia pari a 33,8%, l'incidenza raggiunge infatti

Figura 2.4. Quota del fabbisogno indistinto generata da Irap e addizionale Irpef. Valori %, anni 2004-2014

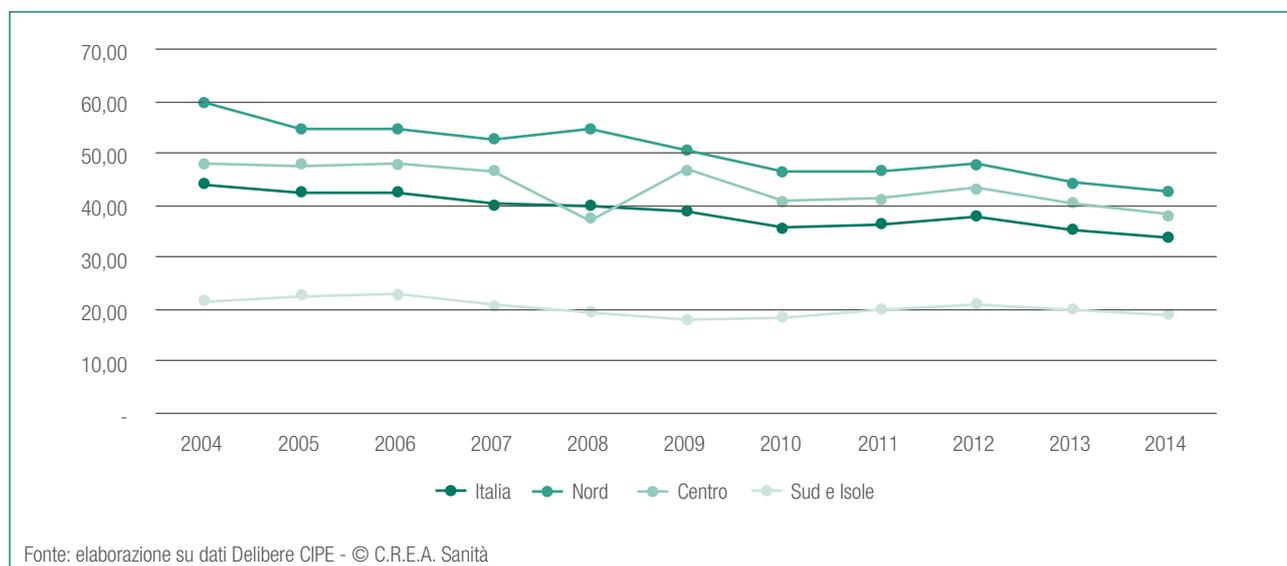


Figura 2.5. Quota del fabbisogno indistinto generata da Iva e accise. Valori %, anni 2004-2014

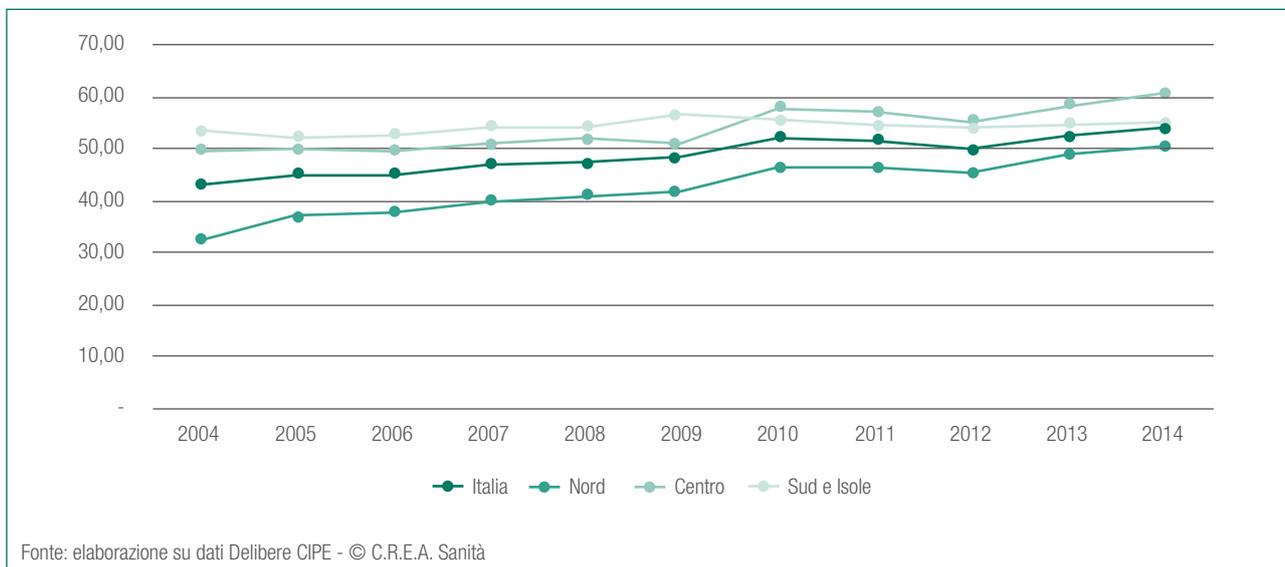
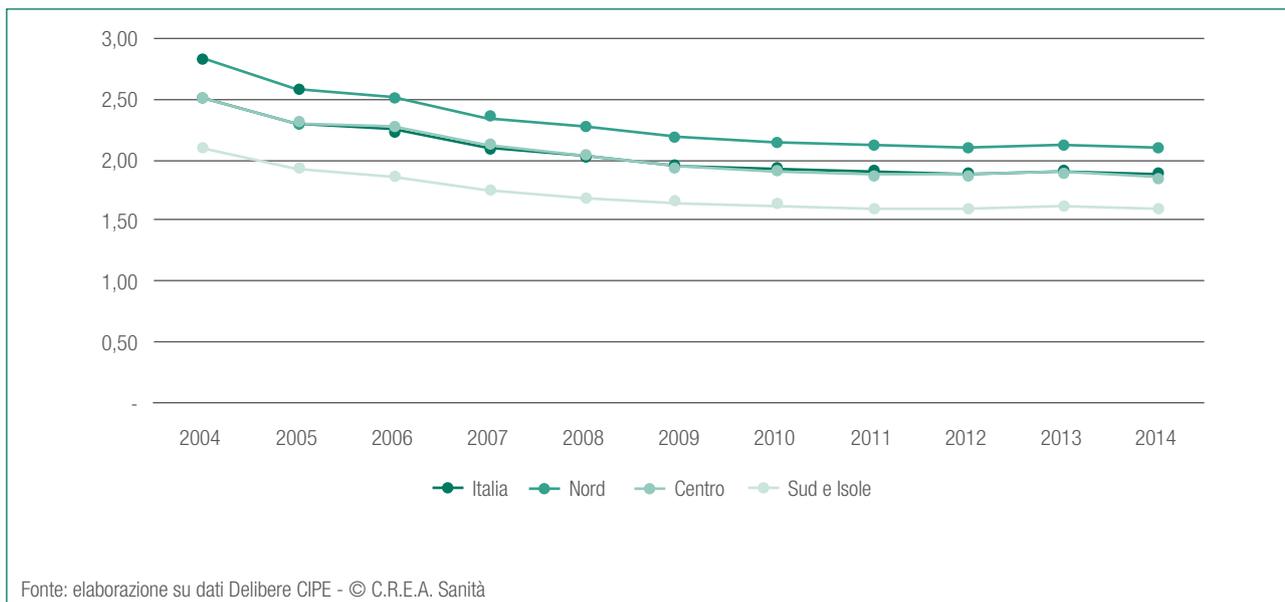


Figura 2.6. Quota del fabbisogno indistinto generata da ricavi e entrate proprie delle Aziende sanitarie. Valori %, anni 2004-2014



il 42,6% nel Nord, il 38,2% nel Centro e si ferma al 19,0% nel Sud). 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, per buona parte del periodo considerato (2004-2014), la percentuale più elevata di introiti da IVA e accise si rileva nelle Regioni del Sud, sebbene a partire dal 2010 si verifichi un “sostanziale sorpasso” dei valori delle Regioni della ripartizione centrale. Nel 2014, a fronte di un valore nazionale pari al 54,0%, il Centro raggiunge il 59,9%, seguito dal-

le Regioni meridionali con il 55,0%, mentre le Regioni settentrionali superano di poco il 50,0% (Figura 2.5).

L'incidenza dei ricavi e delle entrate proprie sul fabbisogno totale indistinto risulta lievemente in calo nel 2014 rispetto all'anno precedente in tutte le aree del Paese. Inoltre, il contributo di tale voce al finanziamento delle Regioni del Sud è stato assolutamente inferiore rispetto a quelle del Centro-Nord in tutto il periodo analizzato. Per il 2014, a fronte di una quota nazionale pari all'1,9%, come quella delle Regioni centrali, il Nord raggiunge il 2,1% mentre Sud e Isole si attestano all'1,6% (Figura 2.6).

### 2.3. I risultati di esercizio

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

La lettura della Figura 2.7, realizzata sulla base dei dati forniti dalla Corte dei Conti nell'ambito del Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica, suggerisce che se la contribuzione da parte delle Regioni sottopo-

ste a PdR e di quelle non sotto Piano alla formazione del disavanzo complessivo è stata tendenzialmente "paritaria" dal 2011 al 2013, nell'ultimo anno (2014) si è realizzata una netta riduzione delle perdite delle Regioni in PdR tanto da aver prodotto complessivamente circa il 13,0% del disavanzo totale. In definitiva, il disavanzo in termini assoluti è andato progressivamente diminuendo in tutte le Regioni che nei diversi anni hanno stipulato un Piano: le misure di razionalizzazione della spesa attuate nelle Regioni in PdR sono state, dunque, efficaci.

Anche la considerazione delle sole Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo conferma che il disavanzo si è ridotto, di circa il 44,0% dopo l'intervento dei PdR, tanto che allo stato attuale può ritenersi, soprattutto per alcune realtà, un problema superato (nel 2014 la maggior parte delle Regioni in PdR hanno conseguito risultati positivi: Piemonte, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia): l'unica rilevante eccezione, nel 2014, continua ad essere rappresentata dalla Regione Lazio che da sola somma il 26,7% del deficit complessivo.

Tra il 2010 ed il 2014 il disavanzo complessivo è passato da € 2.297,9 mln. a € 1.293,7 mln. (Figura 2.8).

**Figura 2.7. Contributo alla formazione del disavanzo nelle Regioni in Piano di Rientro (PdR). Valori %, anni 2010-2014**



Figura 2.8. Trend disavanzi. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2014

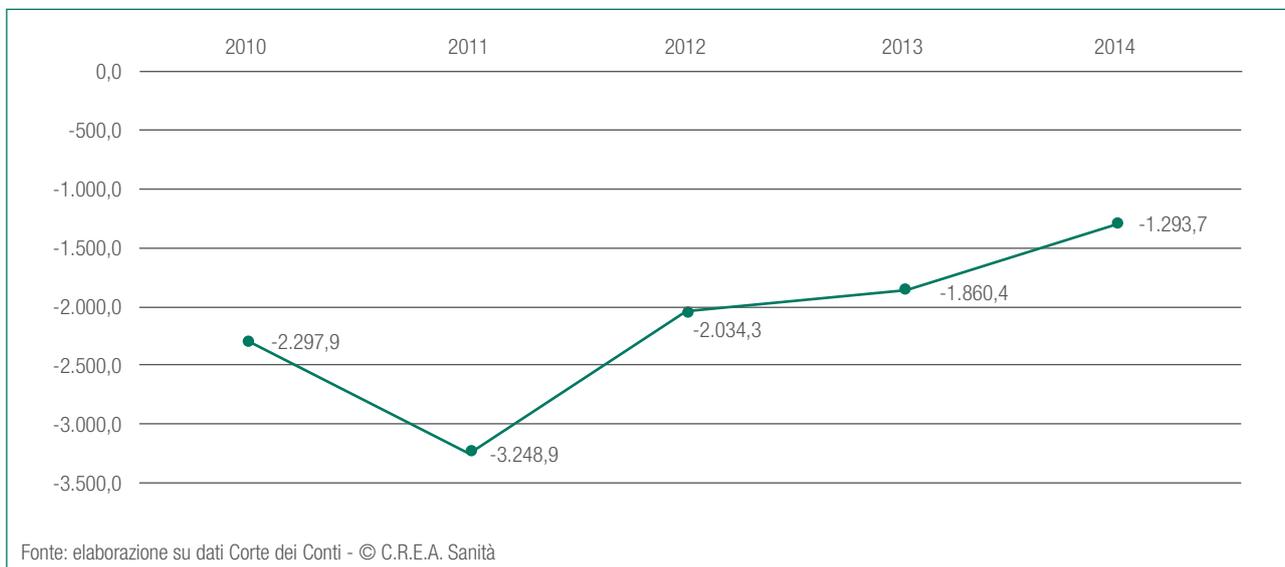
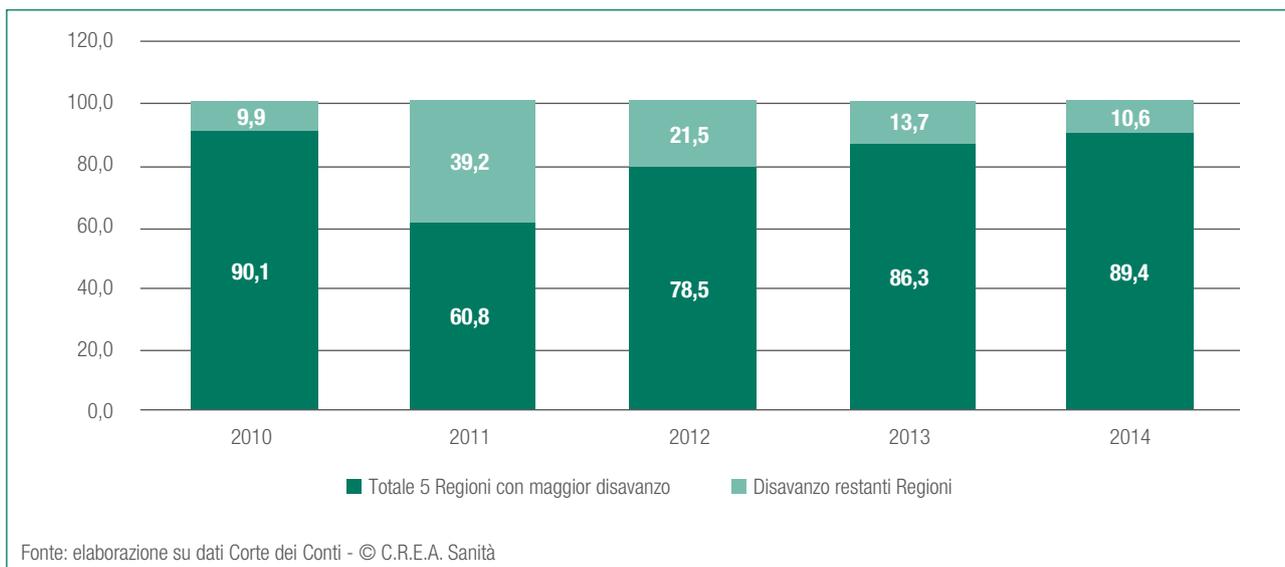


Figura 2.9. Concentrazione del disavanzo – Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2010-2014



Escludendo le Regioni in utile, se ne ricava che nel 2014 le cinque Regioni con maggior disavanzo (nello specifico, le due Province Autonome di Trento e Bolzano, Liguria, Lazio e Sardegna) generano l'89,4% della perdita complessiva con una crescita del 3,1% rispetto all'anno precedente (86,3%) (Figura 2.9).

Giova anche evidenziare come nell'ultimo anno il disavanzo si sia ridotto in modo più accentuato che non

altrove nel Meridione (-72,8%), tanto da fare in modo che il disavanzo pro-capite di detta ripartizione risultasse inferiore non solo a quello dell'area centro-settentrionale ma anche al valore medio nazionale (Tabella 2.2). Altro risultato di rilievo è rappresentato dalla considerazione che nel 2014 le Regioni con un risultato di gestione positivo sono state tredici vs. le dieci del 2013.

Tabella 2.2. Riepilogo risultato di esercizio. Valori assoluti (€ mln.), pro-capite (€) e variazioni %, anno 2014

| Regioni               | Risultato di esercizio (€ mln.) | Variazione % vs. 2013 | Risultato pro-capite (€) | Variazione % pro-capite vs. 2013 |
|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Italia                | -769,0                          | -53,29                | -12,65                   | -54,13                           |
| Nord                  | -422,6                          | -30,31                | -15,21                   | -31,32                           |
| Centro                | -244,2                          | -58,69                | -20,23                   | -60,02                           |
| Sud e Isole           | -122,1                          | -72,79                | -5,83                    | -73,19                           |
| Piemonte              | 47,3                            | -266,55               | 10,66                    | -264,19                          |
| Valle d'Aosta         | -37,4                           | -27,52                | -290,84                  | -27,94                           |
| Lombardia             | 10,0                            | -2,91                 | 1,00                     | -4,65                            |
| Pr. Aut. di Bolzano   | -194,9                          | -19,60                | -377,92                  | -20,54                           |
| Pr. Aut. di Trento    | -219,7                          | -9,03                 | -409,71                  | -10,03                           |
| Veneto                | 30,2                            | -33,92                | 6,13                     | -34,52                           |
| Friuli Venezia Giulia | 34,7                            | -264,45               | 28,23                    | -263,45                          |
| Liguria               | -73,7                           | -5,63                 | -46,30                   | -7,22                            |
| Emilia Romagna        | 0,8                             | 14,29                 | 0,18                     | 12,52                            |
| Toscana               | 3,1                             | -70,75                | 0,83                     | -71,20                           |
| Umbria                | 23,4                            | 229,58                | 26,09                    | 225,72                           |
| Marche                | 74,6                            | 22,70                 | 48,03                    | 22,07                            |
| Lazio                 | -345,3                          | -48,43                | -58,82                   | -51,18                           |
| Abruzzo               | 36,8                            | -30,57                | 27,59                    | -31,68                           |
| Molise                | -57,7                           | -41,95                | -183,33                  | -42,21                           |
| Campania              | 227,6                           | 2.457,30              | 38,77                    | 2.413,64                         |
| Puglia                | 24,7                            | -158,81               | 6,04                     | -158,24                          |
| Basilicata            | 2,1                             | -12,50                | 3,63                     | -12,83                           |
| Calabria              | -41,6                           | 22,35                 | -21,00                   | 20,98                            |
| Sicilia               | 9,4                             | -35,62                | 1,84                     | -36,82                           |
| Sardegna              | -323,4                          | -8,20                 | -194,37                  | -9,50                            |

Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Istat - © C.R.E.A. Sanità

## 2.4. Relazione tra i deficit delle Regioni in Piano di Rientro e l'imposizione fiscale diretta

La disciplina dei Piani di Rientro prevede una serie di adempimenti per le Regioni con un bilancio sanitario in deficit. In particolare:

- l'incremento delle aliquote fiscali fino al livello massimo stabilito dalla legislazione vigente;
- in caso di mancato rispetto degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo, l'incremento delle aliquote Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente e fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi. Nel

caso in cui la Regione ottenga risultati migliori di quelli programmati, la possibilità di ridurre le aliquote fiscali per un importo corrispondente.

Sulla base di quanto precede, ci è apparso estremamente interessante effettuare sia un confronto tra quanto mediamente ciascun contribuente ha dovuto versare in termini di addizionale regionale Irpef che una comparazione tra le aliquote Irap medie effettive applicate dalle Regioni allo scopo di verificare se, nella pratica, i contribuenti residenti nelle Regioni in PdR abbiano dovuto versare contributi, in termini di imposizione fiscale diretta, mediamente superiori a quelli dei soggetti residenti nelle Regioni non sottoposte a Piano.

Quindi, per realizzare i cennati confronti sono stati

Tabella 2.3. Addizionale regionale Irpef – Ammontare medio (€) per contribuente, anni 2010 e 2013

| Regioni               | Anno 2010 (€) | Regioni               | Anno 2013 (€) |
|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| Lazio*                | 440,0         | Lazio*                | 470,0         |
| Campania*             | 360,0         | Campania*             | 440,0         |
| Molise*               | 340,0         | Molise*               | 420,0         |
| Calabria*             | 330,0         | Piemonte*             | 410,0         |
| Emilia Romagna        | 310,0         | Calabria*             | 410,0         |
| Piemonte*             | 300,0         | Emilia Romagna        | 400,0         |
| Lombardia             | 290,0         | Lombardia             | 380,0         |
| Abruzzo*              | 290,0         | Abruzzo*              | 370,0         |
| Sicilia*              | 290,0         | Sicilia*              | 370,0         |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 270,0         | Pr. Aut. di Bolzano   | 360,0         |
| Liguria               | 270,0         | Liguria               | 360,0         |
| Umbria                | 230,0         | Toscana               | 350,0         |
| Marche                | 220,0         | Umbria                | 310,0         |
| Valle d'Aosta         | 210,0         | Valle d'Aosta         | 300,0         |
| Pr. Aut. di Trento    | 210,0         | Pr. Aut. di Trento    | 300,0         |
| Veneto                | 210,0         | Marche                | 300,0         |
| Friuli Venezia Giulia | 210,0         | Veneto                | 290,0         |
| Toscana               | 210,0         | Puglia*               | 290,0         |
| Sardegna              | 190,0         | Friuli Venezia Giulia | 280,0         |
| Puglia*               | 180,0         | Sardegna              | 260,0         |
| Basilicata            | 180,0         | Basilicata            | 250,0         |

\*Regioni sottoposte a Piano di Rientro.

Fonte: elaborazione su dati Ministero delle Finanze - © C.R.E.A. Sanità

impiegati i dati tratti dalle dichiarazioni fiscali relativamente all'anno d'imposta 2010 e a quello 2013 per quanto riguarda l'addizionale regionale Irpef e relativamente all'anno d'imposta 2010 e 2012 per quanto attiene l'imposta regionale sulle attività produttive<sup>2</sup>.

Come illustrato nella Tabella 2.3, nel 2010 l'addizionale regionale Irpef media è risultata essere pari a € 282,0, quella più alta è stata registrata nel Lazio (€ 440,0 per contribuente) seguito dalla Campania (€ 360,0 per contribuente), quella più bassa è stata, invece, rilevata in Basilicata (€ 180,0 per contribuente). Si tenga, altresì, presente che nel 2010 tra le prime dieci

Regioni che hanno presentato un ammontare medio per contribuente più elevato ve ne sono sette delle otto che in quell'anno erano impegnate in un percorso di risanamento. La situazione non muta, assolutamente, nella sostanza se il procedimento viene ripetuto con riferimento all'anno d'imposta 2013: Lazio e Campania continuano ad essere le Regioni in cui i contribuenti sono chiamati a pagare un'addizionale regionale Irpef media maggiore e tra le prime dieci Regioni che hanno presentato i contributi medi più elevati continuano a figurare sette delle otto Regioni che nel 2013 erano sottoposte a PdR. Nel 2010, l'aliquota Irap media effet-

<sup>2</sup> Ricordiamo che i dati relativi alle dichiarazioni fiscali sono disponibili sul Ministero delle Finanze. Il confronto tra risultati di gestione e Irap si ferma al 2012 poiché i dati relativi all'anno d'imposta 2013, alla data in cui si scrive, non sono ancora stati resi noti. In aggiunta, si rimarca che per la determinazione dell'aliquota Irap, sono state escluse dalla ripartizione regionale della base imponibile le Pubbliche Amministrazioni con attività istituzionale, in quanto la considerazione dei redditi prodotti da queste ultime avrebbe, soprattutto in alcune Regioni, profondamente alterato il confronto (basti pensare alla Regione Lazio ed ai redditi prodotti dai Ministeri)

Tabella 2.4. Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori %, anni 2010 e 2012

| Regioni               | Anno 2010 (€) | Regioni               | Anno 2012 (€) |
|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| Campania*             | 4,92          | Campania*             | 4,99          |
| Lazio*                | 4,87          | Lazio*                | 4,97          |
| Calabria*             | 4,85          | Calabria*             | 4,93          |
| Molise*               | 4,82          | Molise*               | 4,86          |
| Abruzzo*              | 4,77          | Sicilia*              | 4,72          |
| Sicilia*              | 4,64          | Marche                | 4,64          |
| Puglia*               | 4,59          | Abruzzo*              | 4,63          |
| Marche                | 4,58          | Puglia*               | 4,61          |
| Liguria               | 4,01          | Lombardia             | 4,14          |
| Toscana               | 3,99          | Pr. Aut. di Bolzano   | 4,12          |
| Umbria                | 3,95          | Piemonte*             | 4,10          |
| Lombardia             | 3,95          | Toscana               | 4,09          |
| Emilia Romagna        | 3,94          | Emilia Romagna        | 4,06          |
| Veneto                | 3,91          | Friuli Venezia Giulia | 4,04          |
| Piemonte*             | 3,91          | Umbria                | 4,02          |
| Basilicata            | 3,79          | Liguria               | 3,96          |
| Sardegna              | 3,74          | Basilicata            | 3,86          |
| Friuli Venezia Giulia | 3,65          | Sardegna              | 3,73          |
| Valle d'Aosta         | 2,96          | Pr. Aut. di Trento    | 3,05          |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 2,93          | Valle d'Aosta         | 3,04          |
| Pr. Aut. di Trento    | 2,86          | Veneto                | 3,03          |

\*Regioni sottoposte a Piano di Rientro.

Fonte: elaborazione su dati Ministero delle Finanze - © C.R.E.A. Sanità

tiva è risultata essere pari al 4,1%, raggiungendo il suo valore massimo in Campania e Lazio (4,9%) e quello minimo nelle Province Autonome di Trento e Bolzano (2,9%), come mostrato nella Tabella 2.4. Analogamente a quanto verificatosi nel caso dell'addizionale regionale Irpef, tra le prime dieci Regioni con aliquota media effettiva più elevata le prime sette sono impegnate nel percorso di risanamento del deficit sanitario pattuito con un Piano di Rientro. Anche relativamente all'anno d'imposta 2012 possono essere tratte le medesime conclusioni: le aliquote medie effettive più elevate sono applicate nelle Regioni in PdR. In definitiva, anche l'andamento dell'imposta regionale sulle attività produttive appare essere fortemente influenzato dai deficit sanitari: le Regioni in PdR per onorare agli impegni sottoscritti nei Piani applicano aliquote Irap mediamente più elevate rispetto alle Regioni non sottoposte al rispetto dei vincoli dei Piani.

## 2.5 Conclusioni

Nel 2013, le Regioni si finanziano per circa il 70,0% mediante tributi propri o devoluti dallo Stato. Si noti che della richiamata quota, oltre il 55,0% è stato garantito dalla voce relativa ai tributi propri regionali, ma essa si è contratta di quasi il 9,0% fra il 2009 e il 2013.

È, inoltre, emerso che tra il 2009 ed il 2013 tra le fonti di finanziamento delle spese complessive regionali è diminuita quella riguardante i tributi propri, mentre è notevolmente aumentata quella relativa all'accensione di mutui e ricorso ad operazioni creditizie. In buona sostanza, le entrate totali regionali aumentano, nonostante la riduzione degli introiti generati dai tributi propri, soprattutto grazie ad un aumento considerevole del ricorso all'indebitamento: quest'ultima voce delle entrate ha, difatti, riportato una variazione media annua positiva, tra il 2009 ed il 2013, prossima al 65,0%. Si ten-

ga, anche, presente, che nell'ultimo anno (2013) sono state quindici le Regioni che hanno contratto mutui o prestiti, a fronte delle nove dell'anno precedente. Infine, sebbene nell'ultimo anno buona parte delle entrate totali generate da mutui o prestiti siano imputabili alla Regione Lazio, l'aumento della richiamata voce, anche al netto dei mutui contratti da quest'ultima, sarebbe in ogni caso notevole e pari al 32,0% medio annuo nel periodo analizzato (2009-2013).

Il contributo dell'imposizione fiscale diretta al finanziamento della Sanità è andato progressivamente diminuendo, passando dal 44,1% del 2004 al 33,8% del 2013 (una riduzione di oltre dieci punti percentuali in dieci anni certamente non trascurabile nei suoi effetti equitativi), mentre all'incirca di una pari quota è aumentato quello relativo alla fiscalità indiretta, con conseguenti forti impatti equitativi.

L'analisi dei risultati di esercizio ha, poi, evidenziato che se fino al 2013 l'apporto al deficit complessivo era tendenzialmente equidistribuito tra Regioni in PdR e Regioni non in Piano, con il 2014, si assiste ad una svolta: solamente il 13,0% del deficit totale è imputabile alla gestione delle Regioni in PdR.

Se, dunque, almeno per la maggior parte delle Regioni in PdR l'emergenza finanziaria sembra un problema risolto, è pur vero che il "rientro" dai deficit è stato conseguito non solo riducendo e/o mantenendo la spesa sanitaria pubblica tendenzialmente stabile tra il 2010 ed il 2014, ma anche e soprattutto – così come "concesso dalla legge" – aumentando la pressione fiscale diretta: l'analisi ha evidenziato come gran parte dell'onere del rientro dai deficit sia stato scaricato sul reddito e sulla ricchezza prodotti localmente. In effetti,

lo studio dell'aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni nonché dell'addizionale regionale Irpef media ha evidenziato uno stretto legame tra tributi versati e Regioni in PdR; ad esempio, la Regione Lazio, che ancora nel 2013 è quella che contribuisce in maniera più cospicua alla formazione del deficit complessivo (un disavanzo di € 345,3 mln., ossia quasi il 27,0% del disavanzo totale), presenta, insieme alla Campania, le aliquote medie più elevate: ad esempio nel caso dell'Irpef il tributo medio per contribuente nel Lazio è di € 470,0 e quello della Campania € 440,0. Invece nel 2012, per quanto riguarda l'aliquota media Irap, essa ammonta al 4,99% in Campania ed al 4,97% nel Lazio.

In definitiva, sembrerebbe che tra le politiche sanitarie adottate dalle Regioni con gravi squilibri economico-finanziari dei SSR vi sia stata quella di cercare di conseguire il pareggio di bilancio anche ricorrendo ad una maggior pressione tributaria verso i propri residenti, oltre che cercando di razionalizzare i propri interventi, contribuendo però così a creare ulteriori disparità locali.

## Riferimenti bibliografici

- Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica – CIPE (anni vari), *Delibere di ripartizione del Fondo Sanitario*
- Corte dei Conti (anni vari), *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*
- 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*



## *Chapter 2 – Summary*

**ITA-NHS funding:**  
growing debts and local tax burden



## Chapter 2 - Summary

### ITA-NHS funding: growing debts and local tax burden

*Ploner E.<sup>1</sup>, Giordani C.<sup>1</sup>*

Resources for funding activities of the Italian regions, in 2013, came mostly (70.0%) from either direct regional taxes or fiscal transfers from the central government. Compared to last year, this figure decrease by 8.0%. Over 55.0% of these revenues are from taxes levied directly by the regional governments, a percentage that is substantially stable, compared to last year, but which dropped by 8.4% between 2009 and 2013, especially in the North (-20.0%). In the central regions, instead, they increased by 14.1%, while remaining stable in the South.

In the 2009-2013 period, revenues increased by 9.0%, although the percentage of locally-levied taxes decreased, especially in the North, while there is an increase in the amount of debt. The indebtedness of the regions has, therefore, increased considerably (+65.0% between 2009 and 2013). In 2012, only 9 regions had taken out mortgage-secured and other loans, but the year after this number had increased to 15. Lazio is one of the most indebted regions (and a region with one of the highest health service deficits).

In 2013, 26.5% of locally-levied tax came from direct taxation, up by 3.0% compared to 2012, accounting for over 45.0% of locally-levied taxes in the southern regions, 17.7% in the North, and 25.8% in the Centre.

Over the last decade (2004-2014), funding for the healthcare sector from direct taxation (Irap and Irpef) has gradually dropped, from 44.1% in 2004 to 33.8% in 2014, with a significant impact on equity. Funding from direct taxation (VAT) has increased by the same amount.

The incidence of Irap and Irpef has always been much higher in the central and northern regions, espe-

cially the latter (in 2014, compared to a nationwide average figure of 33.8%, the incidence was 42.6% in the Nord, 38.2% in the Centre and 19.0% in the South). In the southern regions, revenues come primarily from VAT (although, since 2010, the central regions have overtaken the South in this respect: compared to a nationwide average of 54.0%, the figures are 59.9% in the Centre, followed by 55.0%, in the South and slightly over 50.0% in the North).

In 2000, a national Fund was established, fed by VAT, which then grants funds to those regions with insufficient revenues from Irpef and Irap, for equity purposes.

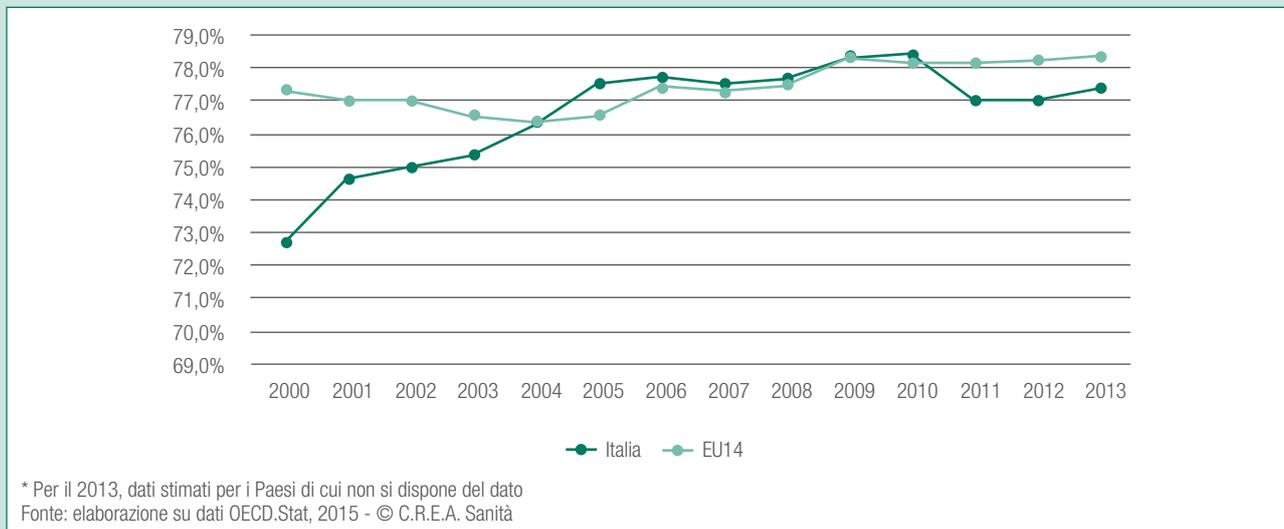
Between 2010 and 2014, the overall healthcare service related deficit in Italy dropped from € 2.297,9 m to € 1.293,7 m.

Excluding the regions with a surplus, in 2014 the five Italian regions with the highest deficit (i.e. the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, Liguria, Lazio and Sardegna) account for 89.4% of the total deficit, +3.1% compared to the previous year (86.3%). We must also highlight that over the last year this deficit has dropped in the South (-72.8%), more significantly than elsewhere, as a result of which the per capita deficit of this breakdown is now lower than that of the central-northern regions and the average nationwide figure.

Although most of the regions seem to be out of the financial emergency, the deficit reduction seem to have been achieved not only by cutting and/or maintaining healthcare services spending almost stable between 2010 and 2014, but also, and primarily, by increasing direct taxation; therefore, the gap between the regions widening further.

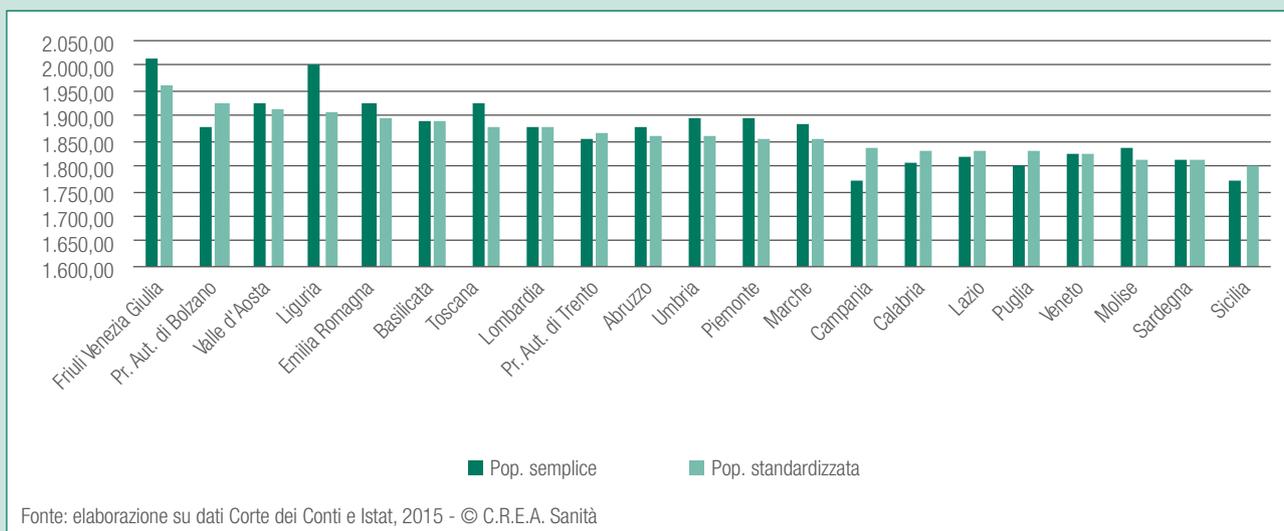
<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

KI 2.1. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia vs Paesi EU14\*. Valori %, anni 2000-2013



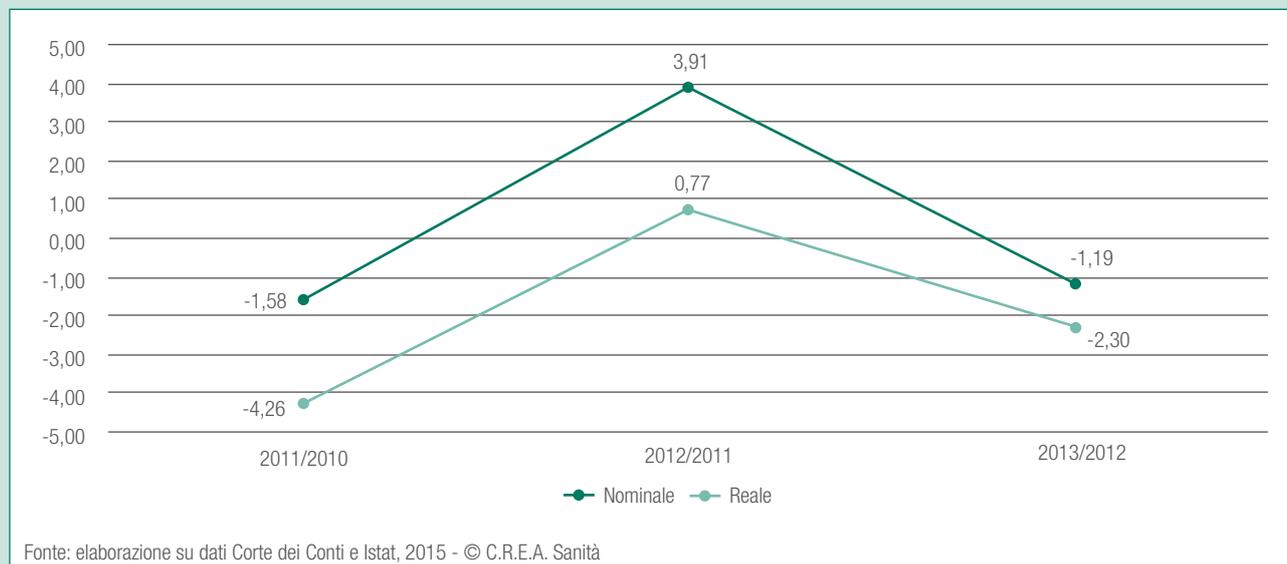
Il tema del finanziamento (pubblico) della spesa sanitaria è estremamente rilevante, sia in termini di impatto sulla finanza pubblica che in termini di effetti redistributivi. Con riferimento al soggetto finanziatore della spesa, ponendo l'Italia in un contesto internazionale, è noto come il nostro sia un Paese a prevalente finanziamento pubblico, come peraltro la maggior parte europei nonché dei membri OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*). Come illustrato nella figura, che prende in esame la sola spesa corrente come definita nella *International Classification for Health Accounts (ICHA) - System of Health Accounts* (SHA - OECD), stando ai dati forniti da OECD.Stat (versione luglio 2015) nel 2013 il 77,4% della spesa sanitaria sostenuta dal nostro Paese è stato finanziato da fonti pubbliche. Leggermente superiore è la media EU14 (gli "storici" 15 Paesi membri EU a meno dell'Italia, per un confronto più corretto). Osservando il trend 2000-2013, negli ultimi tre anni, così come era accaduto dal 2000 al 2004, la quota di spesa pubblica corrente italiana sulla spesa corrente totale scende al di sotto di quella media europea.

KI 2.2. Finanziamento per popolazione semplice e standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2014



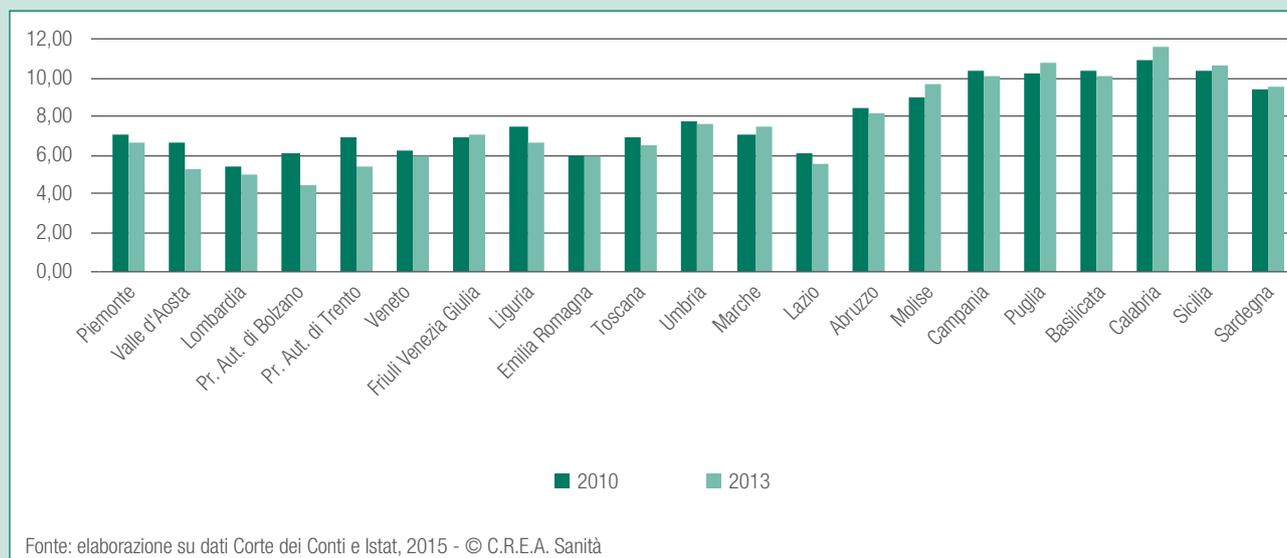
Nel 2014, il finanziamento pro-capite medio per popolazione standardizzata (utilizzando i pesi impiegati per il riparto del fabbisogno indistinto complessivo contenuto nelle Delibere CIPE), ovvero depurata degli effetti demografici, è stato di € 1.853,5. Nel 2014, la Regione che ha presentato il finanziamento in termini pro-capite per popolazione standardizzata più elevato è stato il Friuli Venezia Giulia (€ 1.963,7) seguito dalla Provincia Autonoma di Bolzano (€ 1.926,5) e dalla Valle d'Aosta (€ 1.914,5); all'estremo opposto si colloca la Sicilia dove il finanziamento pro-capite supera di poco € 1.800,0. Si tenga, inoltre, presente che tra la Regione con il finanziamento più elevato e quella con il finanziamento più basso intercorre una differenza di € 160,0, ovvero uno scarto dell'8,9%. Si evidenzia che, nello specifico, per questo indicatore (ed i successivi) si prendono in considerazione i ricavi totali al netto delle coperture e degli ulteriori trasferimenti delle Regioni e delle Province Autonome desunti dal "Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica" della Corte dei Conti.

### KI 2.3. Finanziamento pro-capite nominale e reale (base=2010). Variazioni %, anni 2010-2013



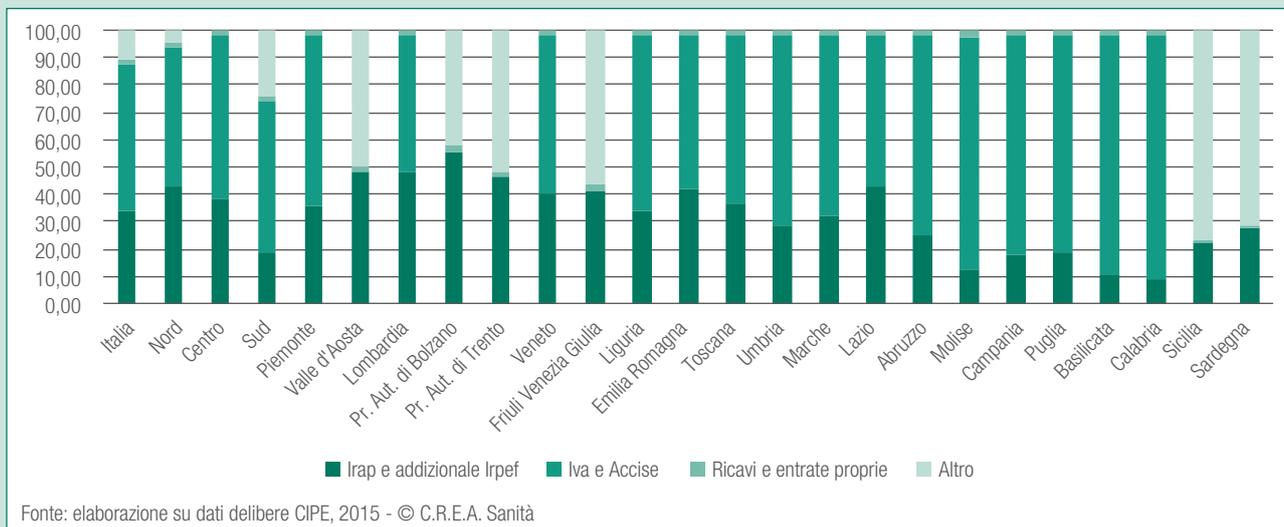
L'analisi dei tassi di crescita del finanziamento pro-capite, tanto nominali che depurati dall'inflazione (utilizzando l'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati -FOI, base=2010) mette in rilievo come nel periodo 2010-2011, a fronte di una crescita in termini nominali del 3,9%, in termini reali l'accrescimento sia assai modesto fermandosi ad uno 0,8%. Nei rimanenti due periodi analizzati (2010-2011 e 2012-2013) a fronte di riduzioni del finanziamento pro-capite nominale superiori al punto percentuale (nello specifico -1,6% tra il 2010 ed il 2011 e -1,2% tra il 2012 ed il 2013), la decrescita in termini reali è stata ben più cospicua e rispettivamente pari a -4,3% nel periodo 2010-2011 e -2,3% nel periodo 2012-2013.

### KI 2.4. Finanziamento regionale su PIL. Valori %, anni 2010-2013



Nel 2013, 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 (10,2%) e sono tendenzialmente stabili rispetto al 2010. 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 si sia mantenuto tendenzialmente stabile rispetto al 2010 (0,5% nel 2010 vs. 0,6% nel 2013); anche il *gap* tra il dato nazionale e quello delle Regioni del Nord è rimasto sostanzialmente invariato (*gap* Italia vs. Nord 1,0% nel 2010 e 1,1% nel 2013), mentre quello tra l'Italia e il Sud è diminuito di quasi mezzo punto percentuale (*gap* Italia vs. Sud -3,4% nel 2010 e -3,0% nel 2013). In particolare, nel 2013, sono Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia le Regioni in cui le risorse per la sanità assorbono oltre il 10,0% del PIL locale.

**KI 2.5. Quota del fabbisogno sanitario indistinto generata da Irap e addizionale Irpef, Iva e Accise, ricavi ed entrate proprie, altro. Valori %, anno 2014**



L'analisi delle previsioni contenute nella Delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) relativa all'anno 2014 evidenzia che il contributo della fiscalità diretta (Irap, Irpef) al soddisfacimento del fabbisogno totale indistinto è pari al 33,8%, quello della fiscalità indiretta (IVA) ammonta al 54,0%, quello relativo alla voce "Ricavi ed entrate proprie convenzionali delle Aziende Sanitarie" all'1,9% ed, infine, quello riguardante la voce "Altro" (che si riferisce alla "Partecipazione delle Regioni a Statuto Speciale e delle PA" e al "Fondo Sanitario Nazionale") al 10,4%. Per quanto riguarda l'Irap e l'addizionale Irpef sono riscontrabili marcate differenze tra le ripartizioni: la loro incidenza è molto più elevata nella ripartizione centro-settentrionale a conferma della maggior capacità contributiva delle Regioni centrali e soprattutto meridionali. L'incidenza dell'IVA e delle Accise, invece, è molto più elevata nelle Regioni del Sud, grazie all'applicazione del meccanismo perequativo. Infine, il contributo dei ricavi ed entrate proprie al fabbisogno sanitario indistinto è maggiore nelle Regioni settentrionali e centrali.

**KI 2.6. Risultati di esercizio (al netto delle coperture). Valori pro-capite (€), anni 2010-2014**



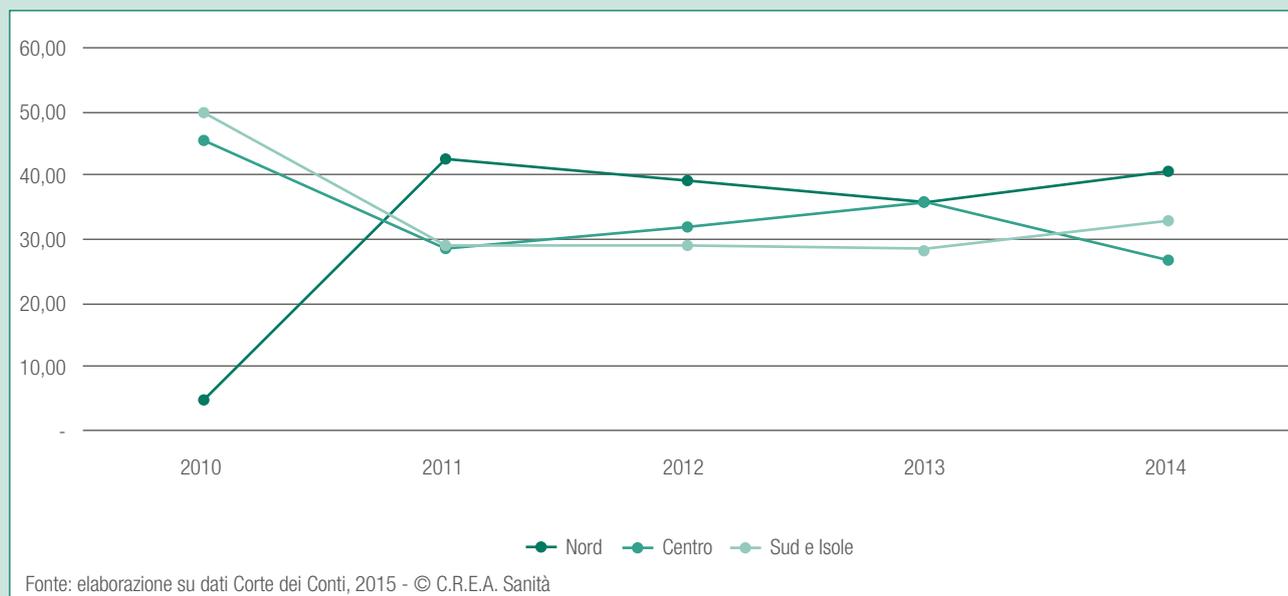
Secondo quanto è possibile desumere dai dati pubblicati dalla Corte dei Conti nell'ambito del "Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica", nel 2014 il disavanzo pro-capite (al netto delle coperture) in Italia, scende a € 12,6 vs. un disavanzo pro-capite pari a € 36,6 nel 2010 (con una riduzione del 65,4%). Giova, peraltro, evidenziare come tra il 2010 ed il 2014 il disavanzo pro-capite subisca una notevole impennata nelle Regioni del Nord (€ 0,8 nel 2010 vs. € 15,2 del 2014), mentre si contrae nella ripartizione centro-meridionale (una riduzione del 76,8% nelle Regioni del Centro ed una dell'89,3% nelle Regioni del Sud). Nel 2014 sono otto le Regioni che presentano ancora un risultato di esercizio pro-capite negativo contro le tredici del 2012 e le quattordici del 2010. In particolare, nel 2014, i disavanzi pro-capite più cospicui sono riportati dalle Province Autonome di Trento e Bolzano (€ 409,7 la prima, € 377,9 la seconda).

### KI 2.7. Trend disavanzi SSN. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2014



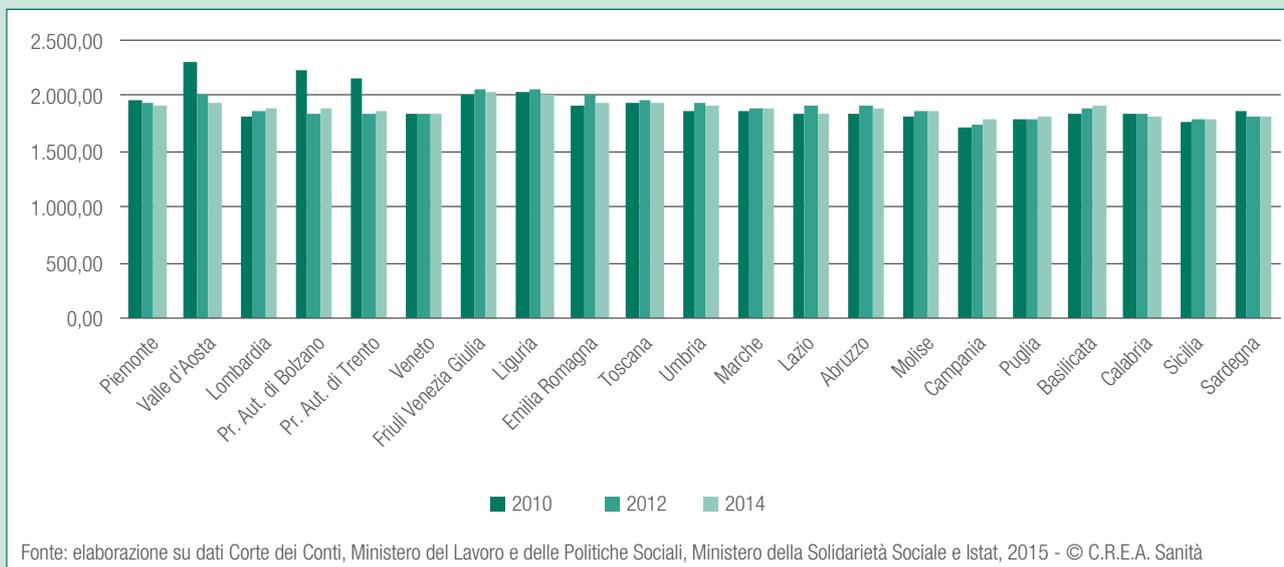
Stando ai dati pubblicati dalla Corte dei Conti nell'ambito del "Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica", qualora escludessimo dall'analisi le Regioni che hanno chiuso l'esercizio registrando un utile, se ne ricava che la perdita di gestione complessiva nel 2014 ammonterebbe a € 1.293,7, mln. con una flessione di oltre 43 punti percentuali rispetto al 2010, anno in cui raggiungeva € 2.297,9 mln.. Si noti, tuttavia, che il *deficit* complessivo ha cominciato a decrescere in maniera assolutamente consistente a partire dal 2012: in effetti, tra il 2010 ed il 2011 aveva riportato un incremento di circa € 1,0 mld. ovvero del 41,8%.

### KI 2.8. Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica (%), anni 2010-2014



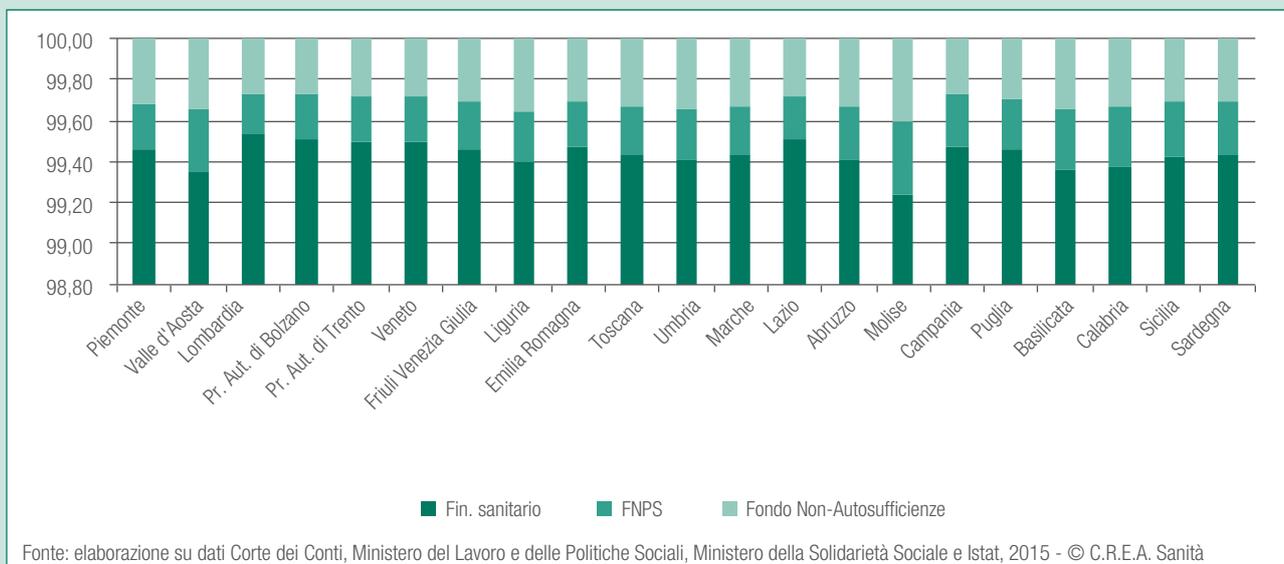
Se escludiamo dall'analisi dei risultati di esercizio le Regioni che hanno registrato un utile, se ne ricava che la perdita di gestione complessiva nel 2014 ammonterebbe a € 1.293,7, mln., di cui il 40,6% realizzato nelle Regioni settentrionali, il 26,7% in quelle centrali ed, infine, il 32,7% in quelle meridionali. La figura evidenzia il cambiamento intervenuto nella composizione territoriale del disavanzo tra il 2010 ed il 2014: è cresciuta sensibilmente la quota di spettanza dell'area settentrionale; è diminuita sensibilmente quella di pertinenza dell'area meridionale (sebbene nuovamente in crescita nell'ultimo anno rispetto a quello precedente); nel Centro, dopo un brusco calo dell'incidenza del disavanzo prodotto localmente sulla perdita complessiva verificatosi nel 2011, si assiste negli anni 2012 e 2013 ad una nuova crescita della propria quota del *deficit* complessivo, per poi riportare nuovamente una decrescita nell'ultimo anno.

KI 2.9. Finanziamento regionale socio-sanitario pro-capite (€), anni 2010-2014



Con il termine finanziamento socio-sanitario ci riferiamo al complesso delle risorse destinate per l'assistenza sanitaria e per il supporto alle persone in condizioni di fragilità, tipicamente anziani e disabili, per lo più non-autosufficienti. Per quanto riguarda il finanziamento socio-sanitario, è possibile osservare come quest'ultimo sia passato da € 1.847,2 nel 2010 a € 1.863,4 (quindi, tra il 2010 ed il 2014 un incremento di quasi un punto percentuale, ovvero dello 0,9%). In particolare, il finanziamento socio-sanitario pro-capite tra il 2010 ed il 2014 è cresciuto in maniera più cospicua che non altrove nelle Regioni del Sud (Nord +0,6%; Centro +0,2%; Sud +1,7%), sebbene nella citata area geografica il finanziamento socio-sanitario pro-capite sia minore rispetto a quello della ripartizione centro-settentrionale. Infine, nel 2014, tra la Regione con il finanziamento socio-sanitario pro-capite più elevato (nello specifico il Friuli Venezia Giulia con € 2.026,5) e quella con il finanziamento più basso (nello specifico la Campania con € 1.778,6) intercorre una differenza di € 247,9, ovvero uno scarto del 13,9%.

KI 2.10. Finanziamento regionale socio-sanitario. Composizione (%), anno 2014



Sempre riferendosi al tema del finanziamento socio-sanitario, nel 2014 esso ammonterebbe complessivamente a € 113.265,7 mln., di cui circa il 99,5% generato dalle risorse destinate all'assistenza di tipo prettamente sanitario ed il residuo 0,5% dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) e dal Fondo per le Non-Autosufficienze. Dall'analisi della composizione del complessivo finanziamento socio-sanitario, non solo a livello di ripartizioni ma anche di singole Regioni, appare oltremodo evidente come il finanziamento della condizione di non-autosufficienza sembri risultare assolutamente modesto, rappresentando una quota irrisoria del finanziamento socio-sanitario considerato nel suo insieme.

performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
cura  
HTA  
investimenti  
sviluppo  
italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
SSN  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
welfare  
crescita  
economia

## *Capitolo 3*

**La spesa:**

**l'evoluzione e l'incidenza sui bilanci regionali**



## Capitolo 3

### La spesa: l'evoluzione e l'incidenza sui bilanci regionali

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

#### 3.1. Il contesto: la spesa sanitaria

Nel 2014 le uscite complessive per assistenza sanitaria sono state pari a € 111,0 mld. (€ 113,4 mld. la spesa dei residenti se includiamo anche gli ammortamenti, la straordinaria e l'intramoenia pari a € 1.866,2 pro-capite) (figura 3.1) in crescita dell'1,0% rispetto all'anno precedente (fonte: Corte dei Conti). Per il secondo anno consecutivo, quindi, il dato si è mantenuto leggermente al di sotto del dato previsto nel Documento di Economia e Finanza (DEF) di aprile 2014 (€ 111,5 mld).

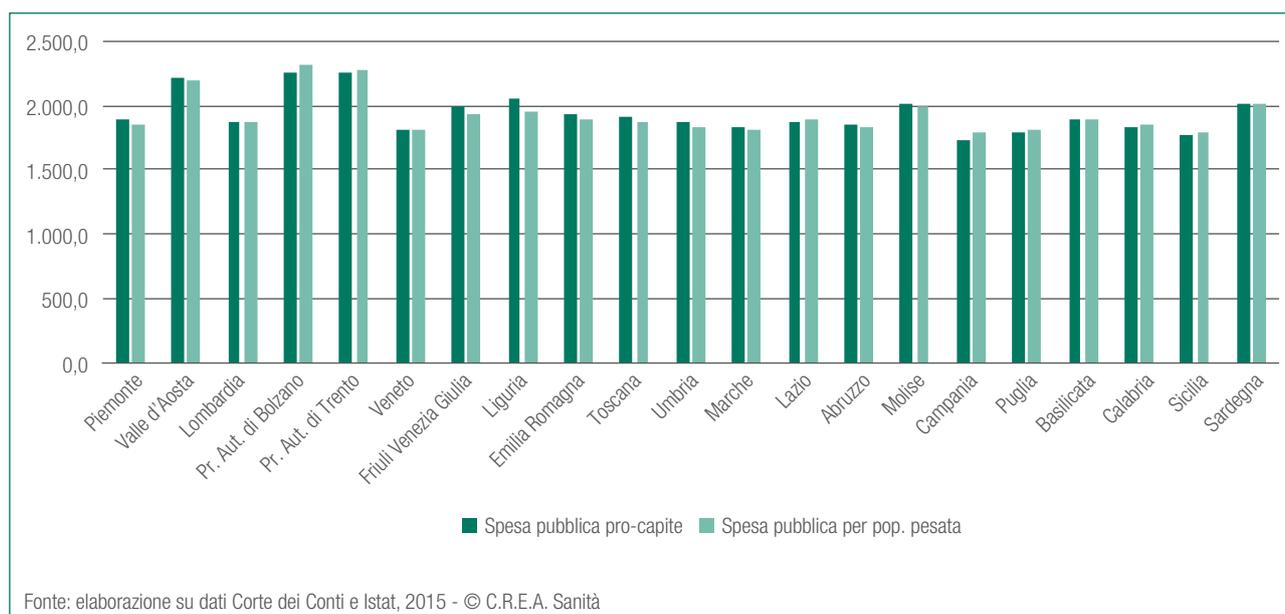
Guardando alle singole voci di spesa, l'assistenza ospedaliera e altri servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici hanno interrotto la flessione facendo registrare un aumento dell'1,0%. Continua a

ridursi, invece, la spesa per il personale (-0,6%), dato condizionato dal blocco del *turnover* nelle regioni in Piano di rientro e dalle politiche di contenimento delle assunzioni per le regioni non in Piano, oltre che alle misure relative ai limiti retributivi, nonché al nuovo regime del trattamento accessorio e al congelamento della vacanza contrattuale.

L'assistenza farmaceutica convenzionata si è ridotta del 2,3%, mentre sono in aumento tutte le altre componenti: +0,4% assistenza medico-generica, +0,6% per ospedaliera privata; assistenza specialistica (+3,1%) ed altra assistenza (+4,9%). In particolare per la specialistica sembra riassorbirsi l'effetto di contenimento della spesa che lo scorso esercizio era stato attribuito alla reintroduzione dei *ticket*.

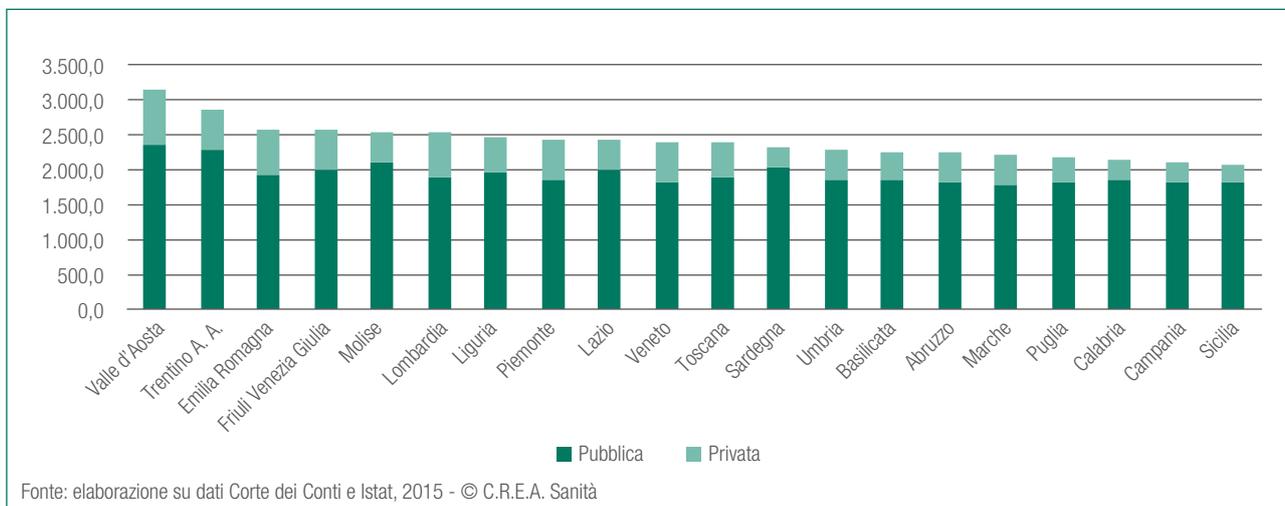
Si noti che in carenza della pubblicazione del dato

Figura 3.1. Spesa sanitaria pubblica dei residenti. Valori pro-capite (€) per popolazione semplice e pesata, anno 2014



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

Figura 3.2. Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013



aggregato ministeriale, a differenza dei precedenti Rapporti, si è fatto riferimento al dato fornito dalla Corte dei Conti: per confronto con i Rapporti precedenti, si segnala che, qualora il dato Ministeriale avesse lo stesso andamento di quello della Corte dei Conti, e non ci fossero assestamenti importanti del dato di spesa riferito al 2012, la spesa sanitaria pubblica si attesterebbe a € 113,7 mld. nel 2013 e € 114,8 mld. nel 2014.

Tra il 2014 ed il 2013 la spesa pubblica pro-capite della popolazione residente è quindi aumentata solamente dello 0,8% in termini nominali.

Per quanto concerne la spesa sanitaria privata, essa, nell'ultimo anno disponibile (2013) è diminuita dell'1,4% passando da € 487,9 a € 481,2.

La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2013, si è quindi attestata a € 2.362,0 in riduzione dell'1,4% rispetto al 2012; in particolare, la componente pubblica ha raggiunto € 1.880,9 mentre quella privata € 481,2 (figura 3.2).

Tra la Regione con la spesa totale pro-capite standardizzata<sup>2</sup> più elevata e quella con la spesa inferiore, la differenza è del 33,5%, corrispondente a € 1.047,7; escludendo dall'analisi le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce ma rimane molto significativa: 18,6% pari a € 479,4.

Dal 2011 nessuna voce di spesa è più aumentata e molte si sono ridotte in modo molto significativo.

La voce che si è contratta di più è quella relativa all'acquisto dei beni non sanitari (-25,8% tra il 2009 ed il 2013) sebbene siano evidenziabili forti differenze tra le varie ripartizioni: si va da una riduzione del 30,7% nelle Regioni settentrionali ad una del 14,6% in quelle meridionali. Anche la spesa totale per il personale, nel periodo analizzato, ha avuto un *trend* decrescente riportando una variazione del -3,1%; tuttavia, se nelle Regioni del Nord il valore dell'indicatore si è mantenuto tendenzialmente stabile (+0,2%), in quelle centro-meridionali è diminuito in modo più considerevole e rispettivamente del -4,8% nelle Regioni del Centro e del -6,8% in quelle delle Sud.

Tra il 2009 ed il 2013 anche le spese relative alle consulenze e alle collaborazioni sono state tagliate (-12,7%); 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 -15,6% a quello minimo delle Regioni Centrali dove la contrazione della citata voce ha sfiorato il -9,0%.

Anche la spesa per l'acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati) ha mostrato una *performance* piuttosto disforme tra le varie ripartizioni: è

<sup>2</sup> La spesa è stata standardizzata pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, contenuti nelle relative delibere CIPE

aumentata del 3,2% nel Sud, mentre si è ridotta nelle rimanenti ripartizioni (Nord -2,8%, Centro -7,8%).

Nel periodo analizzato (2009-2013), benché la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica si sia mantenuta tendenzialmente stabile in tutte le ripartizioni, le sue componenti hanno mostrato *trend* compensanti: la spesa per l'acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (che include la spesa farmaceutica territoriale diretta ed ospedaliera) è cresciuta di circa il 24,0%, come pure è aumentata in modo assolutamente considerevole quella per il File F (+160,6%), mentre si è registrata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata del 19,1%.

Sul fronte del comparto accreditato, mentre la specialistica ambulatoriale ha riportato una crescita del 12,5% (Nord +21,3%, Centro -3,5% e Sud +10,6%), la spesa per l'assistenza ospedaliera si è ridotta del -3,2% a livello nazionale e ben del -7,2% nelle Regioni centrali.

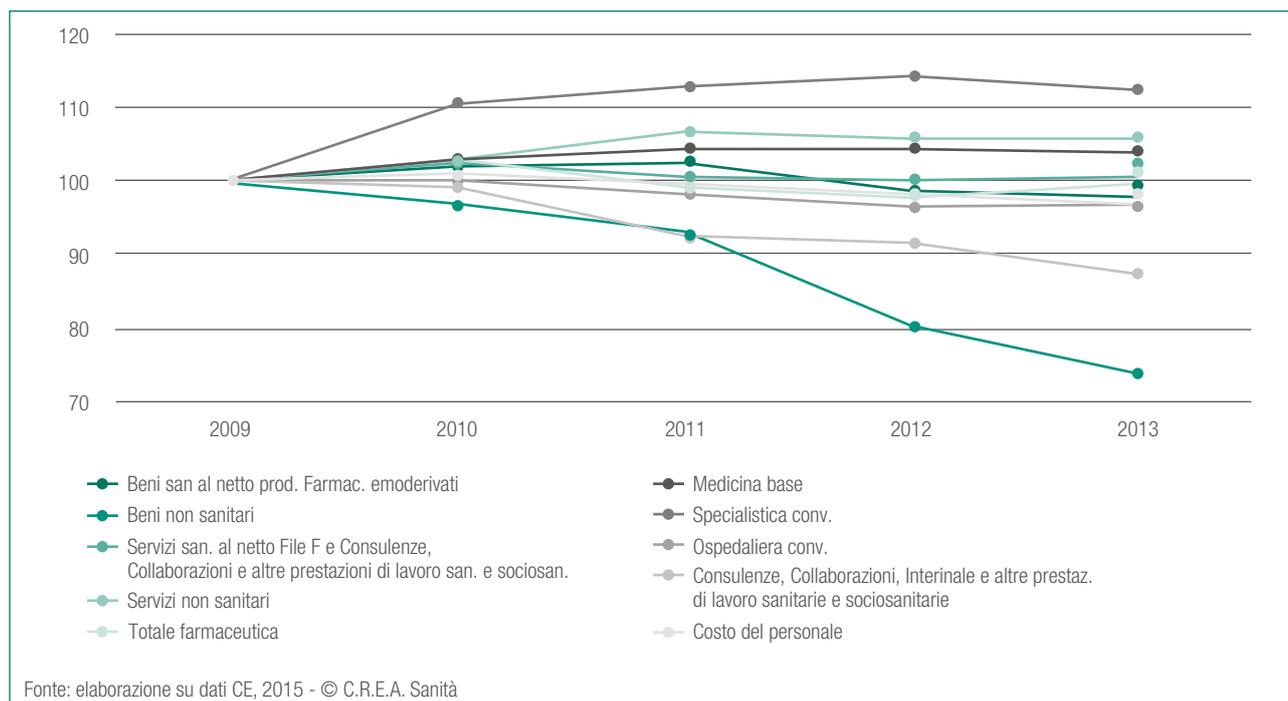
Infine, la spesa per la medicina di base è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +3,9% (Nord 2,7%, Centro 3,4% e Sud 5,4%). Le forti differenze regionali non sembra possano essere attribuite solo all'e-

sistenza di Regioni in Piano di Rientro o alla dimensione dei disavanzi. Ad esempio Lazio e Campania (le due Regioni che storicamente hanno accumulato i maggiori disavanzi) hanno palesato negli anni un comportamento difforme in alcune voci di spesa: relativamente all'acquisto di servizi sanitari al netto del File F, collaborazioni, consulenze, etc. si osserva che la spesa, tra il 2009 ed il 2013, aumenta in Campania (+6,4%) ma diminuisce nel Lazio (-3,4%). Ulteriori discrepanze sono evidenziabili con riferimento alla spesa farmaceutica (+4,2% Lazio, -3,9% Campania), alla specialistica convenzionata (-3,2% Lazio, +11,2% Campania), alla ospedaliera convenzionata (-10,7% Lazio, +9,3% Campania) etc. (figura 3.3, tabella 3.1)

In definitiva, l'analisi dell'evoluzione temporale delle voci di spesa ricavate dai Conti Economici palesa che a livello aggregato, e a partire dal 2011, buona parte dei cennati aggregati economici ha smesso di crescere o è decresciuta in maniera più o meno considerevole, ma con azioni regionali difformi.

Anche sul fronte della spesa sanitaria privata si evidenzia una spiccata variabilità regionale: si passa

Figura 3.3. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013



dal valore massimo di circa € 781,0 in Valle d'Aosta a quello minimo di € 267,9 in Sicilia. In linea generale, nel 2013, la spesa privata pro-capite delle Regioni del Nord è stata superiore a quella delle Regioni meridionali di oltre il 99,0% (€ 614,6 nelle Regioni del Nord *versus* € 308,4 nelle Regioni del Sud); la differenza è andata aumentando considerevolmente nel corso degli anni (era del 58,9% nel 2000, del 59,5% nel 2005 ed, infine, del 45,0% nel 2010) fino ad esplodere nel 2013 (ultimo anno disponibile). Ovviamente il differenziale di spesa sanitaria privata pro-capite è positivamente correlato con il differenziale di reddito: il coefficiente di *Pearson* tra spesa privata e reddito regionale è pari a 85,9%: in

altri termini, ricorre al mercato privato della Sanità chi si può permettere di farlo.

Si tenga, inoltre, presente che tra il 2010 ed il 2013 la spesa sanitaria privata pro-capite è aumentata in maniera piuttosto considerevole (+6,5%); tale risultato, peraltro, è attribuibile, in via esclusiva, alle Regioni della ripartizione settentrionale, che tra il 2010 ed il 2013 hanno riportato un aumento del 21,0%; nelle rimanenti ripartizioni la spesa privata è invece diminuita in maniera piuttosto considerevole: -12,0% nelle Regioni del Sud (si rimanda al capitolo sull'equità per una disamina del fenomeno dell'impoverimento e delle rinunce) (tabella 3.2).

Complessivamente, la spesa sanitaria pubblica

**Tabella 3.1. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni %, anni 2009-2013**

| 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-sanit. | Acquis. Serv. non sanit. | Acquis. servizi al netto File F e Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e sociosanit. |
|-----------------------|---|-----------------|--|--------------------------|---|
| Italia                | -2,13   | -25,81          | 0,44   | 5,94                     | 1,18  |
| Nord                  | -2,77   | -30,73          | -0,51  | 12,09                    | 1,23  |
| Centro                | -7,78   | -21,58          | -1,26  | -5,95                    | -2,02   |
| Sud e Isole           | 3,16  | -14,63          | 2,83   | 5,76                     | 3,17  |
| Piemonte              | -1,36   | -17,71          | -7,18  | 6,72                     | -5,51   |
| Valle d'Aosta         | -15,76  | 0,88            | 5,66   | 1,45                     | 4,82  |
| Lombardia             | -2,81   | -50,60          | 1,39   | 22,30                    | 3,68  |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 5,00  | -7,67           | -2,54  | -0,61                    | -2,26   |
| Pr. Aut. di Trento    | 11,69   | -3,20           | 11,20  | 8,88                     | 10,84   |
| Veneto                | -3,87   | -21,74          | -5,10  | 19,66                    | -1,66   |
| Friuli Venezia Giulia | 7,57  | -18,98          | 2,04   | 6,50                     | 3,16  |
| Liguria               | -12,30  | -28,89          | -0,49  | -10,19                   | -2,22   |
| Emilia Romagna        | -5,17   | -13,04          | 5,15   | 6,40                     | 5,37  |
| Toscana               | -16,78  | -31,70          | 0,98   | -3,74                    | -0,03   |
| Umbria                | -3,97   | -27,79          | 4,47   | 7,59                     | 5,12  |
| Marche                | -11,97  | -16,79          | 2,03   | -0,86                    | 1,65  |
| Lazio                 | 2,82  | -5,64           | -3,43  | -10,77                   | -4,44   |
| Abruzzo               | 8,54  | 1,67            | -2,71  | 18,12                    | -0,14   |
| Molise                | -1,32   | 25,12           | 26,93  | 8,10                     | 24,55   |
| Campania              | 3,14  | -16,68          | 6,42   | -3,59                    | 5,13  |
| Puglia                | 1,74  | -16,38          | -4,91  | 9,03                     | -3,40   |
| Basilicata            | 4,66  | -8,84           | -4,56  | -18,46                   | -6,40   |
| Calabria              | -7,98   | -30,95          | 12,49  | 15,22                    | 12,79   |
| Sicilia               | 6,63  | -18,15          | 2,17%  | 12,22                    | 3,07  |
| Sardegna              | 5,40  | -11,64          | 6,36%  | 6,92                     | 6,46  |

Segue

Tabella 3.1. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni %, anni 2009-2013

| Regioni               | Tot. farmaceutica | Medicina di base -da convenz. | Specialistica conv | Osp. conv | Consulenze, Collaboraz., Interinale e prestaz. sanit. e socio-sanit. | Personale |
|-----------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|--|-----------|
| Italia                | -0,49             | 3,85                          | 12,5               | -3,2      | -12,68   | -3,14     |
| Nord                  | 1,49              | 2,74                          | 21,3               | -4,3      | -12,28   | 0,17      |
| Centro                | 0,31              | 3,38                          | -3,5               | -7,2      | -8,85  | -4,80     |
| Sud e Isole           | -3,22             | 5,41                          | 10,6               | 1,2       | -15,55   | -6,77     |
| Piemonte              | -2,68             | 2,49                          | -1,0               | -5,2      | -28,90   | -3,18     |
| Valle d'Aosta         | -3,49             | 5,27                          | -11,3              | 324,8     | -19,31   | 1,77      |
| Lombardia             | 13,19             | -0,99                         | 42,8               | -6,0      | 11,85  | 0,50      |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 3,85              | 4,36                          | -0,4               | 3,8       | -29,89   | 9,40      |
| Pr. Aut. di Trento    | 1,30              | 7,13                          | 51,4               | 3,5       | -30,09   | 5,09      |
| Veneto                | -1,65             | 3,92                          | -2,3               | -13,3     | -22,05   | 0,41      |
| Friuli Venezia Giulia | -1,63             | 2,78                          | 9,1                | 8,0       | -17,79   | 1,05      |
| Liguria               | -12,12            | 2,23                          | -13,2              | -1,8      | -32,83   | -5,72     |
| Emilia Romagna        | -5,97             | 7,90                          | 19,1               | 11,1      | -12,12   | 2,36      |
| Toscana               | -5,63             | 3,42                          | -11,3              | 7,4       | -3,89  | -2,64     |
| Umbria                | 4,02              | 7,29                          | 19,6               | -4,4      | -21,15   | 1,25      |
| Marche                | -1,12             | 2,13                          | 10,7               | 7,4       | -29,12   | -3,01     |
| Lazio                 | 4,20              | 3,12                          | -3,2               | -10,7     | -4,16  | -8,46     |
| Abruzzo               | -2,13             | 0,60                          | 13,3               | -17,3     | -19,68   | -1,40     |
| Molise                | -6,60             | -1,03                         | 45,4               | 3,6       | -66,02   | -6,09     |
| Campania              | -3,89             | 0,91                          | 11,3               | 9,3       | -1,60  | -14,07    |
| Puglia                | -5,66             | 10,85                         | 22,6               | -3,7      | -46,85   | -7,38     |
| Basilicata            | -7,41             | -5,35                         | 55,0               | 267,3     | -25,96   | -2,03     |
| Calabria              | -2,74             | 4,90                          | -3,4               | -19,2     | -49,34   | -8,43     |
| Sicilia               | -1,69             | 8,61                          | 3,1                | 7,9       | -16,68   | -3,80     |
| Sardegna              | 1,31              | 8,89                          | 10,8               | -6,4      | 1,02   | 3,94      |

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

italiana rimane al di sotto del valore medio dei Paesi dell'Europa a 15; a fronte di una spesa sanitaria corrente pubblica pro-capite media riferita a EU14<sup>3</sup> di € 2.534,7, l'Italia si ferma a € 1.785,5: si tratta di uno scarto del 29,6% (figura 3.4).

Va sottolineato il rapido allargamento del *gap*, che risulta in aumento dell'8,4% rispetto al 2003.

Lo scarto riguardante la spesa corrente privata pro-

capite, invece, si ferma al 25,5%, ma anch'esso in crescita del 9,7% nel decennio.

Complessivamente la spesa sanitaria italiana è al di sotto di EU14 del 28,7% e la crescita del *gap* nel decennio ha raggiunto l'8,8%.

Ovviamente il dato riverbera la crisi economica italiana nel decennio considerato: si consideri che lo scarto del PIL pro-capite fra Italia e EU14 è aumentato

<sup>3</sup> Europa a 15 a cui è stato sottratto il valore relativo all'Italia

Tabella 3.2. Spesa sanitaria privata. Valori pro-capite (€), anni 2000-2013

| Regioni               | 2000   | 2005   | 2010   | 2013   |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|
| Italia                | 428,19 | 466,71 | 451,61 | 481,17 |
| Nord                  | 506,20 | 550,38 | 507,06 | 614,64 |
| Centro                | 453,21 | 494,04 | 502,09 | 473,28 |
| Sud e Isole           | 318,60 | 345,15 | 349,64 | 308,41 |
| Piemonte              | 505,56 | 554,02 | 488,95 | 585,32 |
| Valle d'Aosta         | 454,24 | 512,75 | 649,12 | 781,16 |
| Lombardia             | 515,88 | 555,73 | 459,29 | 638,71 |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 448,84 | 500,71 | 452,22 | 553,31 |
| Pr. Aut. di Trento    | 448,84 | 500,71 | 452,22 | 553,31 |
| Veneto                | 467,11 | 495,75 | 481,23 | 579,23 |
| Friuli Venezia Giulia | 532,13 | 617,57 | 736,58 | 591,53 |
| Liguria               | 459,15 | 511,21 | 524,14 | 568,80 |
| Emilia Romagna        | 555,58 | 604,62 | 599,01 | 662,14 |
| Toscana               | 437,94 | 490,51 | 473,71 | 531,47 |
| Umbria                | 354,52 | 384,20 | 399,65 | 472,13 |
| Marche                | 429,46 | 456,29 | 430,25 | 439,63 |
| Lazio                 | 486,23 | 525,24 | 556,68 | 444,16 |
| Abruzzo               | 344,93 | 355,58 | 391,37 | 409,33 |
| Molise                | 356,28 | 406,89 | 449,68 | 437,96 |
| Campania              | 323,24 | 348,59 | 314,18 | 282,43 |
| Puglia                | 338,61 | 362,82 | 374,63 | 342,90 |
| Basilicata            | 259,37 | 278,27 | 315,85 | 419,40 |
| Calabria              | 342,21 | 382,23 | 401,13 | 298,75 |
| Sicilia               | 285,99 | 312,78 | 342,26 | 267,91 |
| Sardegna              | 317,38 | 346,66 | 331,86 | 305,17 |

Il dato delle Pr. Aut. di Bolzano e Trento si riferisce al dato del Trentino Alto Adige  
Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

nell'ultimo anno del 9,7% (-17,8% nel 2013 vs. -8,1% nel 2003).

In ogni caso il gap della spesa sanitaria tende a raggiungere un livello doppio rispetto a quello del PIL.

A livello ripartizionale, nel 2013 la spesa totale pro-capite nel Meridione è stata in media inferiore di circa il 33,1% a quella EU14, quella pubblica del 28,9%, e quella privata di oltre il 55,2%, a fronte di un PIL pro-capite inferiore del 45,6%. Gli scarti delle Regioni del Nord e del Centro sono, altresì, significativi ma decisamente minori: -22,4% la spesa totale, -25,0% la spesa pubblica e -12,9% quella privata al Nord a fronte di un PIL pro-capite di circa il 3,3% maggiore di quello medio di EU14 e -26,4%, -24,6%, -33,2%, -5,5% rispettiva-

mente per spesa totale, pubblica privata e PIL al Centro (tabella 3.3).

### 3.2. Il peso della spesa sanitaria sulla spesa totale delle Regioni

Il Decreto Legge 78 del 2015 ha recepito l'Intesa siglata il 2 Luglio dal Governo e dalle Regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni sulla spesa sanitaria e sulla revisione del Patto per la Salute 2014-2016, che prevede una riduzione del livello complessivo del finanziamento del SSN pari a € 2,352 mld. per il 2015, € 2,301 mld. per il 2016 ed, infine, € 2,431 mld. per il 2017: si tratta, in definitiva, di una riduzione del Fondo

Figura 3.4. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) Italia vs. EU14, anni 2003 e 2013

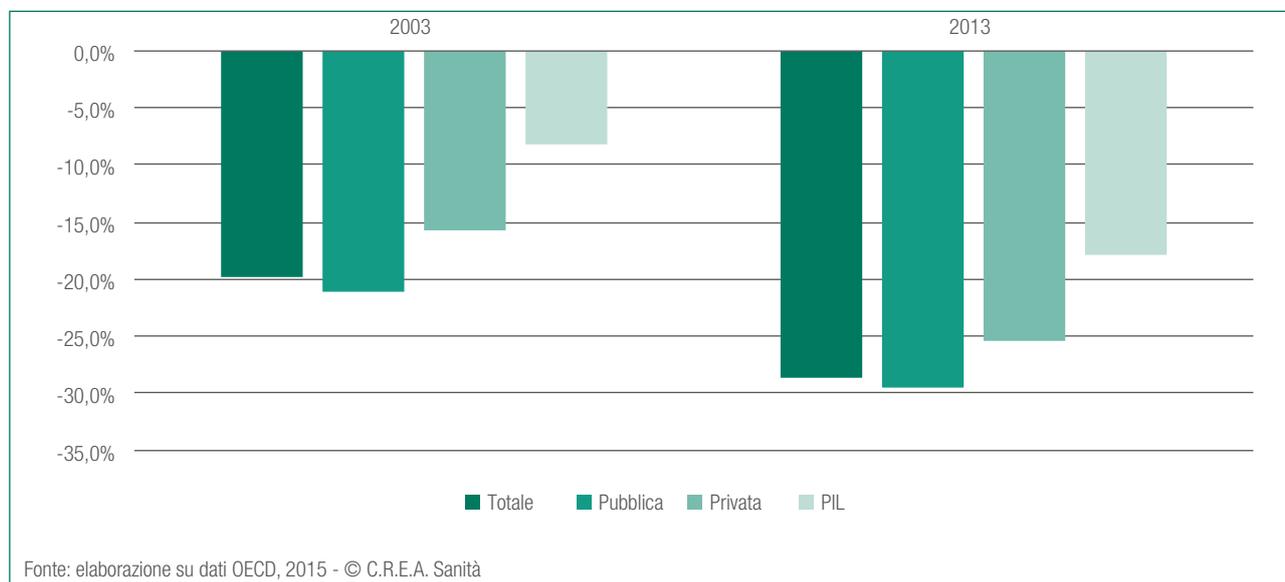


Tabella 3.3. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) ripartizioni geografiche vs. EU14, anno 2013

| Paesi               | 2013         |              |              |         |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|---------|
|                     | Sp. tot. pc. | Sp. pub. pc. | Sp. prv. pc. | PIL pc. |
| Gap Nord vs. EU14   | -22,4%       | -25,0%       | -12,9%       | 3,3%    |
| Gap Centro vs. EU14 | -26,4%       | -24,6%       | -33,2%       | -5,5%   |
| Gap Sud vs. EU14    | -33,6%       | -27,6%       | -55,2%       | -45,6%  |

Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e OECD, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Sanitario Nazionale di circa € 7,0 mld. da attuarsi nel triennio 2015-2017. In particolare, sono previsti tagli alla spesa per l'acquisto di beni e servizi, dispositivi medici e farmaci mediante la rinegoziazione dei contratti di acquisto<sup>4</sup>; per contrastare l'inappropriatezza, invece, è prevista una riduzione sia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale potenzialmente inappropriate che dei ricoveri in regime di riabilitazione ad alto rischio di inappropriatezza; infine, per quanto attiene l'assistenza ospedaliera, è previsto l'azzeramento dei ricoveri in strutture convenzionate con meno di 40 posti letto e la riduzione della spesa per il personale in seguito alla razionalizzazione della rete ospedaliera.

Come noto, il taglio (che nei fatti ha smentito il di poco precedente Patto per la Salute, che prevedeva il reinvestimento in Sanità dei risparmi ottenuti) deriva da una scelta regionale, che ha sancito l'impossibilità di ottenere risparmi sufficienti a valere su voci di spesa non sanitarie.

Di fatto, nel 2013, la spesa corrente regionale totale ammonta a € 2.562,9 pro-capite, un aumento del +2,4% complessivo tra il 2009 e il 2013 (ovvero lo 0,6% medio annuo). L'incremento di spesa nelle Regioni Centrali ha raggiunto il 3,5% medio annuo (risultato per buona parte attribuibile alla Toscana, dove la variazione media annua è stata dell'8,2%). Malgrado ciò il tasso di crescita reale<sup>5</sup>,

<sup>4</sup> Per quanto riguarda i farmaci è prevista la revisione del prontuario e la rinegoziazione del prezzo dei farmaci biotecnologici con brevetto scaduto

<sup>5</sup> Deflazionato dal tasso di inflazione

Tabella 3.4. Spesa corrente pro-capite. Valori nominali e reali (€) e variazioni %, anni 2009-2013

| Regioni               | Anno 2013<br>Valori nominali (€) | Anno 2013<br>Valori reali (€) | Var. media annua<br>nominale 2009-2013 | Var. media annua reale<br>2009-2013 |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|
| Italia                | 2.562,94                         | 2.352,83                      | 0,59                                   | -1,54                               |
| Nord                  | 2.523,44                         | 2.316,57                      | -1,28                                  | -3,37                               |
| Centro                | 2.671,10                         | 2.452,12                      | 3,46                                   | 1,27                                |
| Sud e Isole           | 2.554,13                         | 2.344,73                      | 1,58                                   | -0,57                               |
| Piemonte              | 2.606,20                         | 2.392,54                      | 2,34                                   | 0,17                                |
| Valle d'Aosta         | 9.052,05                         | 8.309,95                      | 1,57                                   | -0,58                               |
| Lombardia             | 2.225,70                         | 2.043,24                      | -1,61                                  | -3,69                               |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 6.723,24                         | 6.172,06                      | -1,54                                  | -3,62                               |
| Pr. Aut. di Trento    | 5.629,28                         | 5.167,78                      | 0,65                                   | -1,48                               |
| Veneto                | 2.058,90                         | 1.890,11                      | 0,43                                   | -1,70                               |
| Friuli Venezia Giulia | 3.648,99                         | 3.349,84                      | -1,26                                  | -3,34                               |
| Liguria               | 2.445,81                         | 2.245,30                      | -0,28                                  | -2,39                               |
| Emilia Romagna        | 2.282,72                         | 2.095,57                      | -6,59                                  | -8,56                               |
| Toscana               | 2.923,92                         | 2.684,22                      | 8,17                                   | 5,88                                |
| Umbria                | 2.370,10                         | 2.175,80                      | 1,06                                   | -1,07                               |
| Marche                | 2.167,23                         | 1.989,56                      | 0,23                                   | -1,89                               |
| Lazio                 | 2.691,20                         | 2.470,57                      | 1,65                                   | -0,50                               |
| Abruzzo               | 2.478,51                         | 2.275,31                      | 4,14                                   | 1,94                                |
| Molise                | 2.698,89                         | 2.477,63                      | 2,66                                   | 0,48                                |
| Campania              | 2.155,65                         | 1.978,92                      | 2,04                                   | -0,12                               |
| Puglia                | 2.060,00                         | 1.891,12                      | 0,79                                   | -1,34                               |
| Basilicata            | 2.431,21                         | 2.231,90                      | 1,04                                   | -1,09                               |
| Calabria              | 2.137,67                         | 1.962,42                      | -0,01                                  | -2,13                               |
| Sicilia               | 3.283,87                         | 3.014,65                      | 1,61                                   | -0,54                               |
| Sardegna              | 3.524,82                         | 3.235,85                      | 1,48                                   | -0,67                               |

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

è negativo di oltre l'1,5% medio annuo, tranne che nella ripartizione centrale in cui rimane positivo (tabella 3.4).

All'interno dei bilanci regionali la spesa corrente delle ASL è pari al 72,9%, in diminuzione rispetto all'anno precedente dell'1,9%.

In termini pro-capite, tra il 2009 e il 2013, la spesa corrente delle ASL è aumentata del 2,0% medio annuo, sebbene tra il 2012 ed il 2013 sia diminuita passando da € 1.894,4 a € 1.868,1 (figura 3.5).

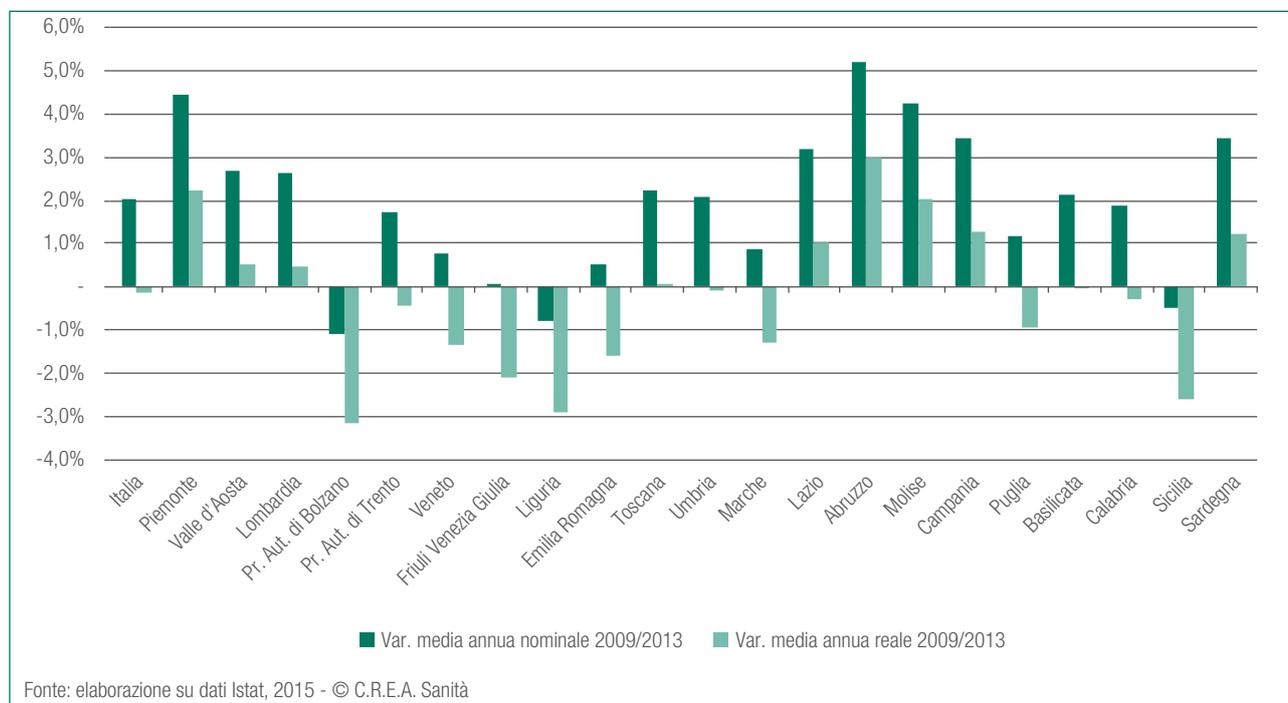
Allo stesso tempo, per quanto concerne le spese per investimenti complessive (comprese, quindi, le

spese per investimenti in Sanità), la tendenza degli ultimi cinque anni è stata quella di una progressiva diminuzione pari al 5,6% medio annuo, sebbene nel 2013 sia apprezzabile una variazione positiva del 4,3% rispetto all'anno precedente.

Nello specifico, la spesa per investimenti in Sanità - benché il dato sia sottostimato, in quanto parte delle spese in conto capitale per la Sanità potrebbero essere contabilizzate direttamente nel bilancio della Regione e non in quelli delle ASL - evidenzia un andamento altalenante:<sup>6</sup> -19,0% tra il 2009 ed il 2010, +35,0% tra

<sup>6</sup> La spesa in conto capitale pro-capite delle ASL diminuisce tra il 2009 ed il 2010 per poi aumentare nel 2011 ed, infine, decrescere nuovamente l'anno successivo

Figura 3.5. Spesa corrente pro-capite nominale e reale delle ASL. Variazioni %, anni 2009-2013



il 2010 ed il 2011 e -35,7% tra il 2011 ed il 2012, per poi più che raddoppiare (+242,0%) nel 2013; in particolare, nel 2013, le spese in conto capitale delle ASL rappresentano oltre il 24,0% delle spese totali per investimenti effettuate dalle Regioni (tabella 3.5).

In definitiva, dunque, le spese correnti delle Regioni al netto delle spese delle ASL sembrano avere un *trend* opposto a quelle effettuate da queste ultime: in effetti, mentre le spese correnti delle ASL crescono fino al 2012 (+4,6% tra il 2009 ed il 2010, +1,6% tra il 2010 ed il 2011 ed, infine, +2,3% tra il 2011 ed il 2012) per poi decrescere, sebbene in misura assai modesta, tra il 2012 ed il 2013, le spese correnti non sanitarie delle Regioni aumentano di oltre nove punti percentuali nell'ultimo biennio (2012-2013), sebbene a fronte di variazioni di segno negativo riportate nei periodi precedenti (-8,7% tra il 2009 ed il 2010, -3,8% tra il 2010 ed il 2011 e -8,0% tra il 2011 ed il 2012).

Sul fronte delle spese in conto capitale, mentre in ambito sanitario, come sopra evidenziato, si è assistito sia a dinamiche espansive che a fasi recessive, a livello non sanitario le Regioni, in tutti i periodi indagati, sem-

brano aver optato per scelte che hanno implicato tagli più o meno ingenti al settore degli investimenti (-12,0% tra il 2009 ed il 2010, -13,0% tra il 2010 ed il 2011, -0,9% tra il 2011 ed il 2012 ed, infine, -14,4% tra il 2012 ed il 2013).

Qualora il confronto venisse effettuato, invece, tra il *trend* delle spese complessive delle ASL (spese correnti più spese in conto capitale) e quello delle spese totali non sanitarie delle Regioni, ne emergerebbe che a fronte di una crescita delle spese sanitarie tra il 2009 ed il 2013 (nello specifico +4,2% tra il 2009 ed il 2010, +2,1% tra il 2010 ed il 2011, +1,5% tra il 2011 ed il 2012 ed, infine, +2,2% tra il 2012 ed il 2013), le spese complessive delle Regioni al netto della sanità hanno riportato variazioni di segno negativo fino al 2012 per poi incrementarsi di un +1,8% tra il 2012 ed il 2013 (tabella 3.6).

Va notato che la richiamata ripresa degli investimenti è accompagnata da un progressivo aumento delle spese per mutui e prestiti; in particolare, sebbene quest'ultimo capitolo di spesa non attenga in via esclusiva al comparto sanitario e non rilevi l'indebita-

**Tabella 3.5. Spese di investimento e spese di investimento delle ASL pro-capite. Variazioni medie annue %, anni 2009-2013**

| Regioni               | Spese inv. Var. media annua 2009/2013 | Spese inv. ASL Var. media annua 2009/2013 |
|-----------------------|---------------------------------------|---|
| Italia                | -5,57                                 | 24,76                                     |
| Nord                  | -3,23                                 | 27,69                                     |
| Centro                | -4,14                                 | 33,58                                     |
| Sud                   | -8,92                                 | 15,46                                     |
| Piemonte              | -17,20                                | -16,02                                    |
| Valle d'Aosta         | -21,47                                | -34,58                                    |
| Lombardia             | -5,91                                 | 9,59                                      |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 2,53                                  | -9,84                                     |
| Pr. Aut. di Trento    | 3,99                                  | 4,48                                      |
| Veneto                | -2,07                                 | 33,03                                     |
| Friuli Venezia Giulia | -19,32                                | -23,31                                    |
| Liguria               | 4,32                                  | 304,23                                    |
| Emilia Romagna        | 12,77                                 | 127,00                                    |
| Toscana               | 4,58                                  | 48,77                                     |
| Umbria                | -7,96                                 | -80,40                                    |
| Marche                | -7,34                                 | -3,86                                     |
| Lazio                 | -6,97                                 | 26,47                                     |
| Abruzzo               | -12,89                                | -8,27                                     |
| Molise                | -16,42                                | 15,87                                     |
| Campania              | -1,88                                 | 232,63                                    |
| Puglia                | -21,89                                | -39,88                                    |
| Basilicata            | -16,11                                | -8,80                                     |
| Calabria              | -7,92                                 | 104,48                                    |
| Sicilia               | -11,22                                | -35,31                                    |
| Sardegna              | -6,26                                 | -6,46                                     |

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

mento complessivo delle Regioni quanto piuttosto si riferisca alle sole obbligazioni di competenza, evidenzia

una chiara tendenza di alcune Regioni ad indebitarsi sempre più (in particolare Lazio, Sardegna e Piemonte).

Esaminando il dato medio si evidenzia che negli ultimi cinque anni la richiamata voce ha subito un incremento medio annuo prossimo al +30,0%, passando da € 59,5 a € 168,3 pro-capite: ma, come evidenziato, il risultato riportato, essendo il frutto di comportamenti estremamente diffusi tra le Regioni, risulta scarsamente rappresentativo della situazione reale; si consideri che da un lato troviamo il Lazio nel quale, tra il 2009 ed il 2013, la spesa pro-capite per mutui e prestiti è cresciuta di oltre il 70,0% medio annuo, mentre sul fronte opposto si posiziona la Campania dove il valore dell'indicatore decresce, nel medesimo periodo, di circa il 18,0% medio annuo.

Se, dunque, ripetessimo il ragionamento al netto delle spese sostenute dal Lazio (al quale nel 2013 sono imputabili il 74,9% delle spese totali per mutui e prestiti) e dalla Campania (l'altra coda della distribuzione) ne ricaveremmo che le spese attribuibili a questa categoria economica aumentano, in termini nominali, in maniera assolutamente modesta riportando una variazione media annua dello 0,9%, ovvero una decrescita reale dell'1,2% (tabella 3.7).

In definitiva, appare evidente come a livello aggregato gli investimenti si accompagnino ad un massiccio ricorso all'indebitamento con la conseguenza di un aumento cospicuo degli oneri collegati; ne consegue che qualora le Regioni non riescano a garantire la copertura dei debiti contratti potrebbe prospettarsi in un prossimo futuro il rischio reale di una riduzione della spesa corrente.

**Tabella 3.6. Spese correnti e di investimento delle ASL e delle Regioni. Variazioni %, anni 2009-2013**

| Spese  | 2009-2010 | 2010-2011 | 2011-2012 | 2012-2013 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Spese correnti delle ASL   | 4,64      | 1,58      | 2,33      | -0,90     |
| Spese di investimento delle ASL                                    | -19,01    | 35,06     | -35,76    | 242,77    |
| Spese totali delle ASL   | 4,17      | 2,10      | 1,55      | 2,25      |
| Spese correnti delle Regioni al netto spese delle ASL              | -8,73     | -3,85     | -8,04     | 9,62      |
| Spese di investimento delle Regioni al netto delle spese delle ASL | -11,96    | -13,06    | -0,87     | -14,40    |
| Spese totali non sanitarie delle Regioni                           | -9,83     | -6,91     | -5,82     | 1,79      |
| Spese per mutui e prestiti   | 22,03     | 18,64     | 39,78     | 38,85     |

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 3.7. Spesa per mutui e prestiti. Valori pro-capite (€) e variazioni medie annue (%), anni 2009-2013

| Regioni               | Anno 2009<br>(€) | Anno 2013<br>(€) | Var. media annua<br>2009/2013 |
|-----------------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| Italia                | 59,55            | 168,35           | 29,67                         |
| Nord                  | 40,81            | 43,78            | 1,77                          |
| Centro                | 103,03           | 662,41           | 59,24                         |
| Sud                   | 59,57            | 53,90            | -2,47                         |
| Piemonte              | 76,80            | 105,93           | 8,37                          |
| Valle d'Aosta         | 355,29           | 356,29           | 0,07                          |
| Lombardia             | 20,78            | 18,72            | -2,57                         |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 43,01            | 49,63            | 3,64                          |
| Pr. Aut. di Trento    | 8,83             | 9,55             | 1,99                          |
| Veneto                | 13,41            | 15,42            | 3,55                          |
| Friuli Venezia Giulia | 205,99           | 153,92           | -7,03                         |
| Liguria               | 53,77            | 64,13            | 4,50                          |
| Emilia Romagna        | 22,56            | 25,71            | 3,32                          |
| Toscana               | 51,45            | 24,08            | -17,29                        |
| Umbria                | 52,25            | 59,00            | 3,08                          |
| Marche                | 51,60            | 52,68            | 0,52                          |
| Lazio                 | 159,44           | 1.352,35         | 70,66                         |
| Abruzzo               | 83,71            | 86,19            | 0,73                          |
| Molise                | 33,43            | 38,10            | 3,33                          |
| Campania              | 67,66            | 30,51            | -18,05                        |
| Puglia                | 39,60            | 45,63            | 3,61                          |
| Basilicata            | 57,90            | 67,96            | 4,09                          |
| Calabria              | 70,54            | 34,06            | -16,64                        |
| Sicilia               | 41,80            | 49,47            | 4,30                          |
| Sardegna              | 106,90           | 165,97           | 11,63                         |

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

### 3.3. Conclusioni

Il *gap* tra la spesa sanitaria corrente totale italiana e quella dei Paesi dell'EU14 è assolutamente considerevole: si tratta di uno scarto che ha raggiunto quasi venticinque punti percentuali, in crescita dell'8,8% rispetto a dieci anni prima; in particolare lo scarto attinente alla componente pubblica tende a sfiorare il 30,0%, mentre sul fronte della privata la distanza tra l'Italia e l'EU14 si ferma al 25,0%.

La spesa sanitaria corrente totale risulta in diminuzione rispetto al 2012 (-1,4%). La spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata evidenzia e conferma quanto già emerso con riferimento al 2012: esistono differenze

regionali elevate e crescenti: lo scarto fra la Valle d'Aosta e la Sicilia è di € 1.047,7 (44,4% della spesa media italiana).

Lo scarto tra la Regione con spesa più elevata e quella con spesa minore è nettamente maggiore per la privata che non per la pubblica: rispettivamente 65,1% contro 23,8%.

Il *gap* è in larga misura l'effetto tangibile della crisi economica che ha ridotto le disponibilità private, e ha spinto a riduzioni di spesa pubblica.

Tra il 2009 ed il 2013 le voci di spesa che si sono ridotte in maniera più consistente sono state le spese relative all'acquisto di beni non sanitari (-25,8%), quelle attinenti alle consulenze (-12,7%) e all'ospedaliera convenzionata (-3,2%).

Da notarsi, in aggiunta, che mentre la farmaceutica pubblica complessiva è rimasta pressoché stabile (-0,5%), compensando la crescita del File F (+160,6%) con una riduzione del -19,1% di quella convenzionata (in generale della territoriale), la spesa per la specialistica convenzionata è cresciuta di circa il +12,5%.

La Legge di Stabilità 2015-2017 si è inserita in questo quadro richiedendo un ulteriore abbattimento della spesa sanitaria prevista di oltre € 7,0 mld. in un triennio.

Come è noto, questo è l'effetto di una scelta regionale, che ha ritenuto non possibile effettuare i risparmi su altre voci di spesa.

Si noti che, nel 2013, la spesa corrente delle ASL rappresenta circa il 73,0% della spesa corrente totale delle Regioni, quindi la spesa regionale non sanitaria risulta comunque significativa e pari a € 41,4 mld. in aumento dell'9,6% rispetto al 2012; si osservi, altresì, che la spesa sanitaria cresce fino al 2012 per poi decrescere l'anno successivo, mentre la spesa corrente non sanitaria mostra un *trend* opposto.

Tornando alla spesa regionale non sanitaria, si registra che per i beni e servizi nel 2013 si sono superati € 6,0 mld., di cui € 2,8 mld. destinati all'acquisto di beni non durevoli; i trasferimenti effettuati a favore delle Aziende regionalizzate, provincializzate, municipalizzate e consortili hanno sfiorato € 2,5 mld.; le spese connesse al funzionamento delle istituzioni regionali, e quelle relative alle consulenze esterne nel 2013 hanno pesato sui bilanci regionali per circa € 1,3 mld.

Ben diverso è poi il peso della Sanità sulle spese in

conto capitale: gli investimenti della ASL incidono per il 24,0% sulle spese totali per investimenti del 2013; anche considerando eventuali investimenti sanitari rimasti in capo alle Regioni è presumibile che la quota rimanga significativamente minore che nelle spese correnti.

Quindi, gli investimenti, anche escludendo quelli delle ASL, ammontano a € 15,6 mld.

Investimenti che, però, si accompagnano ad un massiccio ricorso ai mutui ed ai prestiti, i cui oneri aumentano negli anni considerevolmente: in altri termini appaiono effettuati mediante ricorso all'indebitamento.

Una questione delicata, in prospettiva, è quella della copertura degli investimenti: gli oneri regionali per mutui e prestiti sono rapidamente aumentati, rappresentando ormai l'1,4% della spesa corrente: in caso di incerta copertura, i rischi di ulteriori aumenti di tassazione o riduzione della spesa corrente, ovvero dei servizi, appaiono in definitiva reali.

## Riferimenti bibliografici

Corte dei Conti (anni vari), *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*

Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, [www.istat.it](http://www.istat.it)

Ministero dell'Economia e delle Finanze (anni vari), *Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico*

OECD (2014), *Health Data Statistics*



## *Chapter 3 – Summary*

**Health expenditure:**  
evolution and incidence on regional budgets



## Chapter 3 - Summary

### Health expenditure: evolution and incidence on regional budgets

*Ploner E.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>*

The current gap between Italy's and EU14 Member States total health expenditure is absolutely significant: it is a difference that has nearly reached 29%, with an 8.8% increase with respect to ten years earlier. In particular, the difference pertaining to the public component is getting close to 30.0%, while the distance between Italy and EU14 stops at 25.0% with respect to the private component.

If we look at the geographical allocations, a definite split may be noted between the North and the South of the Country. In the North, in the face of a total expenditure that is 22.4% lower than the EU average value, the GDP is 3.3% higher; in the South, the total spending is 33.6% lower and the GDP is 45.6% lower.

The current total per capita health expenditure proves on the decrease with respect to 2012 (-1.4%), with high regional differences: between the Region with the highest expenditure (Valle d'Aosta) and the Region with the lowest expenditure (Sicilia) the difference amounts to € 1,047.7 (in the face of an Italian average expenditure amounting to € 2,362.0).

The private component of health expenditure accounts for a definitely higher difference with respect to the public component, namely, 65.1% and 23.8%, respectively.

To a considerable extent, the gap is the tangible effect of the economic crisis that has curtailed household budget and, at the same time, has caused a cutback in public expenditure.

Between 2009 and 2013, the items of expenditure that witnessed the greatest cuts have been those related to the purchase of non-health-related goods (-25.8%), those pertaining to specialist consulting (-12.7%) and the expenses related to hospitals accredited by the ITA-NHS (-3.2%).

Besides, it should be noted that while the overall public pharmaceutical expenditure has remained nearly stable (-0.5%), offsetting the increase in spending relative to the more expensive drugs (+160.6%) with a 19.1% reduction of those sold in pharmacies, the expenditure for specialist care (accredited by the ITA-NHS) has increased by approximately 12.5%.

The national government stepped into this context requiring a further curtailment of the funds for the ITA-NHS of € 7.0 billion over a three-year period.

Consider that this is the effect of a regional choice, as the Regions did not consider possible to save on other items of expenditure at their expense.

It should be noted that, in 2013, the current expenditure of the Local Health Authorities (LHAs) represents nearly 73.0% of the total current expenditure of the Regions. Hence, the non-health-related regional expenditure proves to be quite significant, as it amounts to € 41.4 billion, with a 9.6% increase with respect to 2012. Besides, it should be noted that while the healthcare expenditure has increased up to 2012, starting to decrease on the subsequent year, the current non-health-related expenditure shows the opposite trend.

The weight of health on capital expenditure is definitely different: in 2013, the LHA investments have accounted for 24.0% of the total expenses for investments and, even considering any health care investments involving the Regions, it is quite probable that their share will remain significantly lower than in the current expenses.

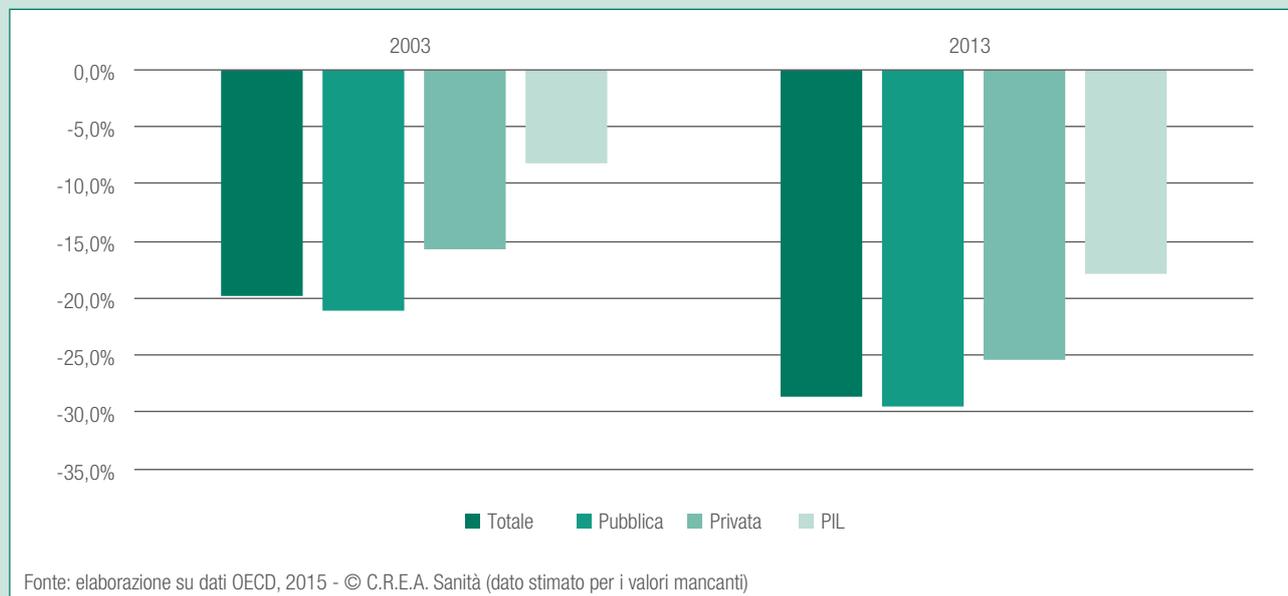
Therefore, even excluding the LHAs investments, they amount to € 15.6 billion. In any event, these investments entail a massive recourse to debts, and their charges will increase to a significant extent over the

<sup>1</sup> CREA Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

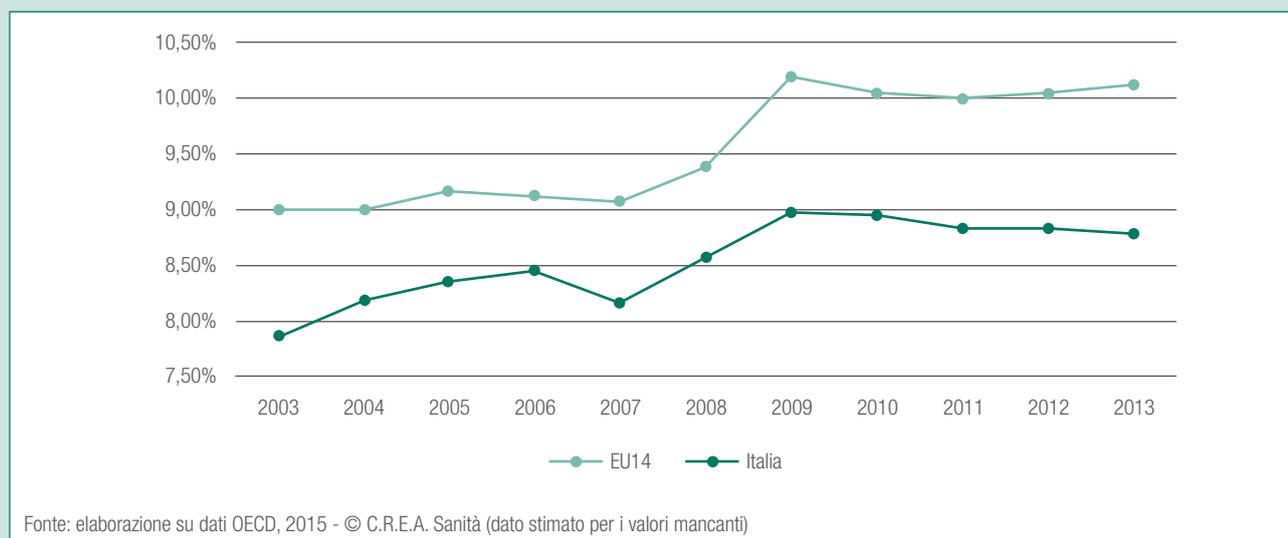
years: in other words, it seems that Regions increasingly are recurring to indebtedness.

Therefore, what appears in perspective a delicate matter is the investment hedging: the regional charges for secured and unsecured loans have in-

creased quite rapidly and currently represent 1.4% of the current expenditure: in case of an uncertain hedging, we run the risk of further increases in taxation or of reductions of the current health expenditure, that is, of the services.

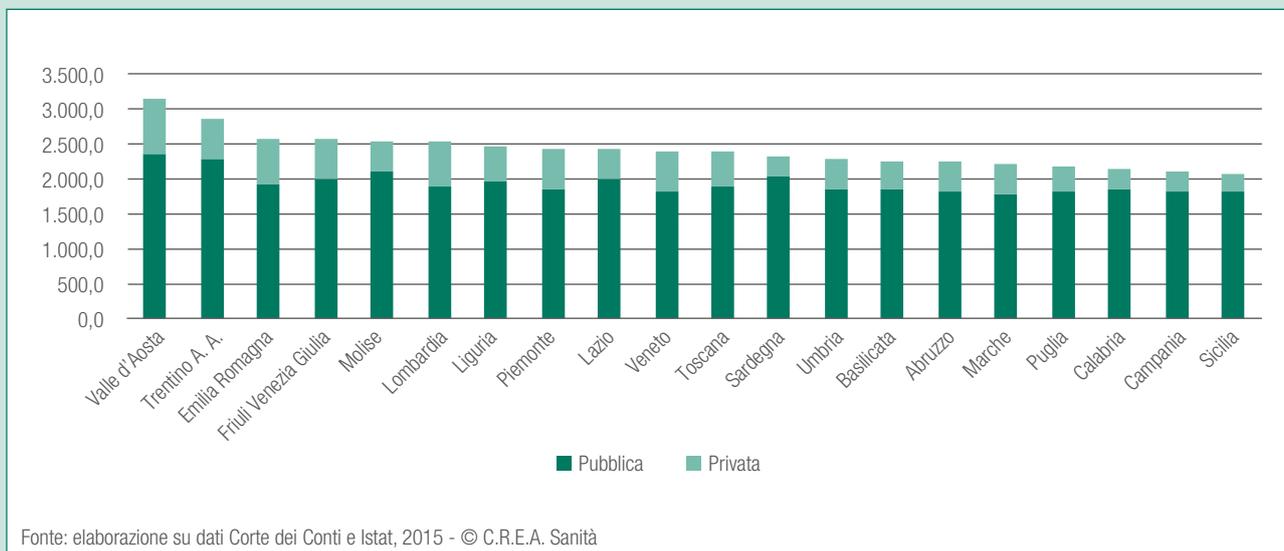
**KI 3.1. Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) Italia vs. EU14, anni 2003 e 2013**


Considerando la parte corrente della spesa (senza considerare dunque gli investimenti), nel 2013 si osserva un *gap* considerevole pari al 28,7% tra l'Italia e l'EU 14 in termini di spesa totale (pubblica e privata). Nello specifico, la spesa sanitaria corrente pubblica italiana rimane al di sotto del valore osservato in media nei Paesi dell'Europa a 14; in termini pro-capite, a fronte di una spesa sanitaria corrente pubblica media riferita a EU14 di € 2.534,7, l'Italia si ferma a € 1.785,5: si tratta di uno scarto del 29,6% in aumento dell'8,4% rispetto al 2003. Lo scarto riguardante la spesa corrente privata pro-capite, invece, si ferma al 25,5%, in crescita del 9,7% nel decennio 2003-2013.

**KI 3.2. Spesa sanitaria totale corrente pro-capite in % PIL – Italia vs. EU14, anni 2003-2013**


In Italia la spesa sanitaria totale corrente pro-capite è pari all'8,8% del PIL nel 2013, valore pressochè stabile rispetto ai due anni precedenti. L'incidenza della spesa sanitaria pro-capite sul PIL in media nei Paesi EU 14 appare invece più consistente: 10,1% nel 2013 in lieve crescita rispetto ai due anni precedenti. Pertanto il *gap* tra spesa sanitaria su PIL Italia vs. EU si sta incrementando negli ultimi anni e probabilmente, dati i tagli alla spesa sanitaria pubblica approvati nel nostro Paese dalla legge di stabilità 2015-2017, la forbice continuerà ad allargarsi.

KI 3.3. Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2013, si è attestata a € 2.362,0 in riduzione dell'1,4% rispetto al 2012; in particolare, la componente pubblica ha raggiunto € 1.880,9 mentre quella privata € 481,2. Tra la Regione con la spesa totale pro-capite standardizzata (pesando la popolazione con i pesi impiegati per il riparto, contenuti nelle relative delibere CIPE) più elevata (Valle d'Aosta) e quella con la spesa inferiore (Sicilia) la differenza è del 33,5%, corrispondente a € 1.047,7; escludendo dall'analisi le Regioni a statuto speciale la differenza si riduce rimanendo comunque considerevole: 18,6% pari a € 479,4.

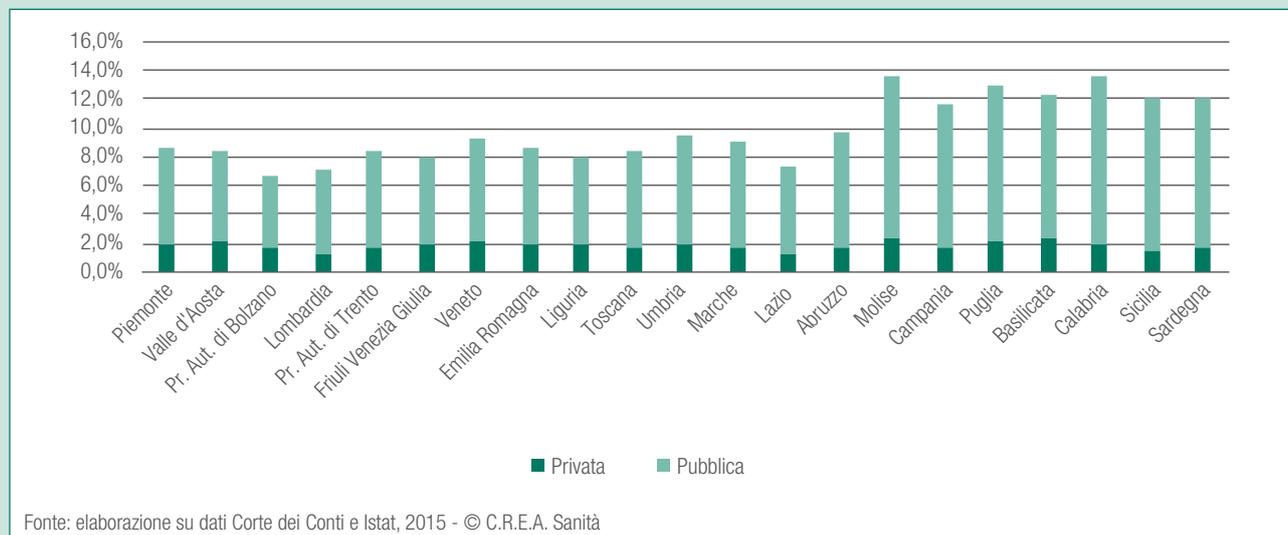
KI 3.4. Spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite. Variazioni % in termini nominali e reali



Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti e Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

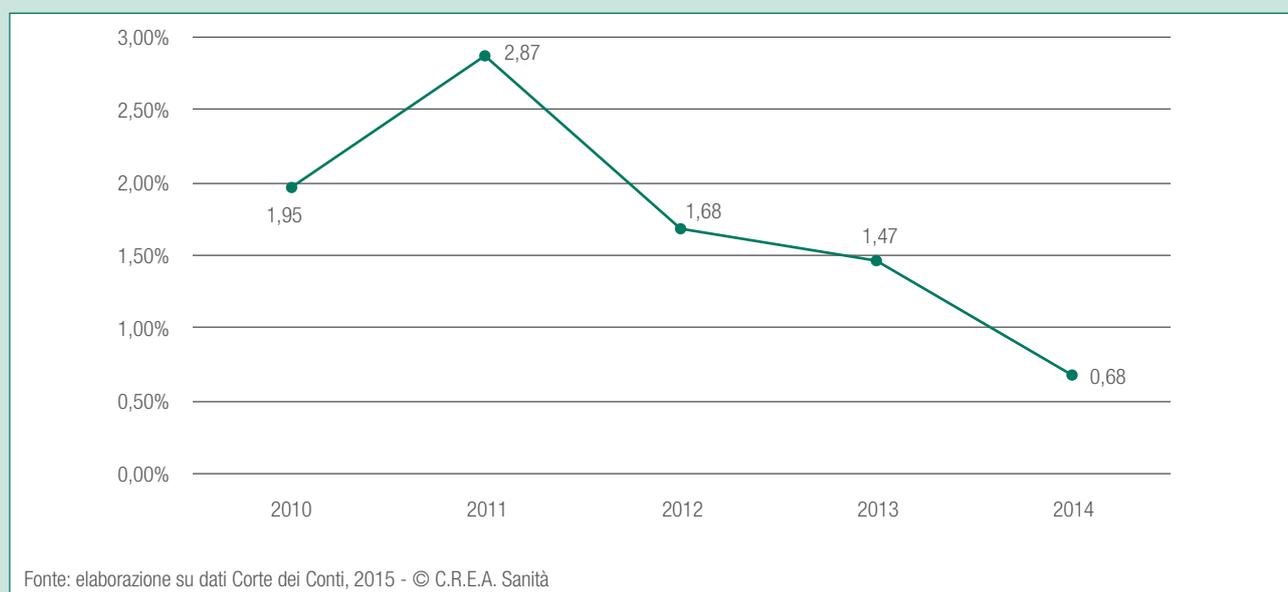
La spesa sanitaria pubblica in termini nominali ha riportato variazioni di segno negativo sia tra il 2010 e il 2011 che tra il 2012 ed il 2013, mentre è cresciuta di un 2,7% tra il 2012 ed il 2013, in termini reali, ossia al netto del tasso di inflazione e supponendo il 2010 come anno base, è diminuita in tutti i periodi analizzati. La spesa sanitaria privata, invece, a fronte di una crescita in termini nominali nei primi due bienni (2010-2011 e 2011-2012), in termini reali comincia a decrescere a partire dal periodo 2011-2012 per arrivare a riportare una contrazione del 2,5% nell'arco temporale 2012-2013.

### KI 3.5. Spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite in % del PIL, anno 2013



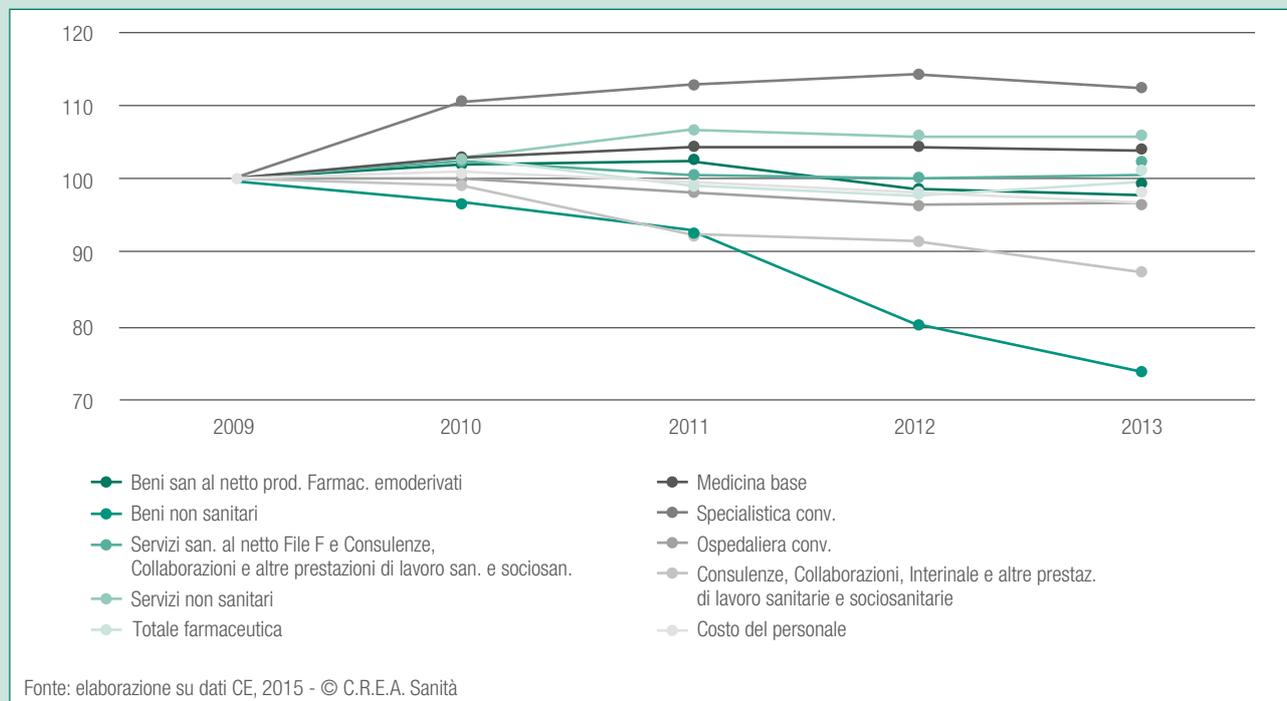
La spesa sanitaria pubblica pro-capite incide in Italia nel 2013 per il 6,9% sul PIL: si passa da un valore medio del 5,8% al Nord ad uno del 10,4% al Sud, segno che il meccanismo equitativo tra le Regioni fa sì che la spesa sanitaria pubblica sia poco legata ai livelli di reddito. Per quel che concerne la spesa sanitaria privata pro-capite questa incide per l'1,8% sul PIL; in questo caso le differenze tra le ripartizioni si attenuano essendo la spesa privata fortemente correlata ai livelli di reddito: 1,9% al Nord, 1,6% al Centro e 1,8% al Sud.

### K.I. 3.6. Disavanzo nazionale in % della spesa sanitaria pubblica, anni 2010-2014



Le manovre di risanamento della finanza pubblica hanno, senza alcun dubbio, dato buoni risultati. Il deficit complessivo (si fa riferimento al risultato di esercizio e, dunque, non solamente alle Regioni che hanno presentato un risultato di esercizio negativo), che nel 2010 rappresentava quasi il 2,0% della spesa sanitaria pubblica, si è ridotto di circa due terzi, riducendosi allo 0,7% della spesa.

KI 3.7. Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013



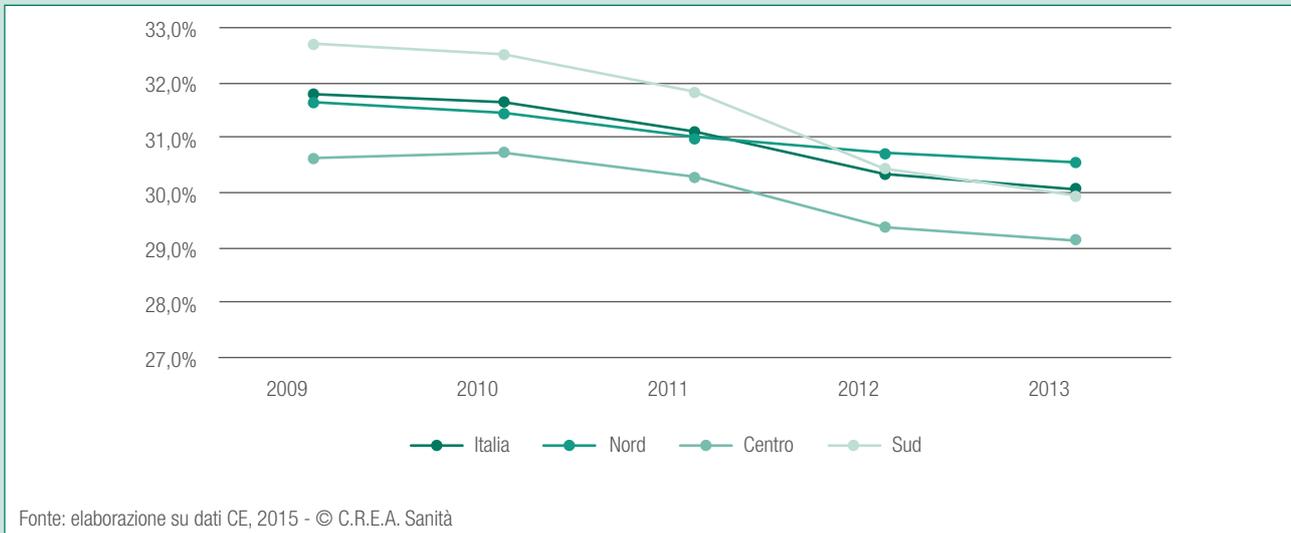
Dal 2011 nessuna voce di spesa è più aumentata e molte si sono ridotte in modo molto significativo.

La voce che si è contratta di più è quella relativa all'acquisto dei beni non sanitari (-25,8% tra il 2009 ed il 2013) seguita dalla spesa relativa alle consulenze e alle collaborazioni che è stata tagliata del -12,7%.

Anche la spesa per l'acquisto di beni sanitari (al netto di prodotti farmaceutici ed emoderivati) si è contratta del 2,2%.

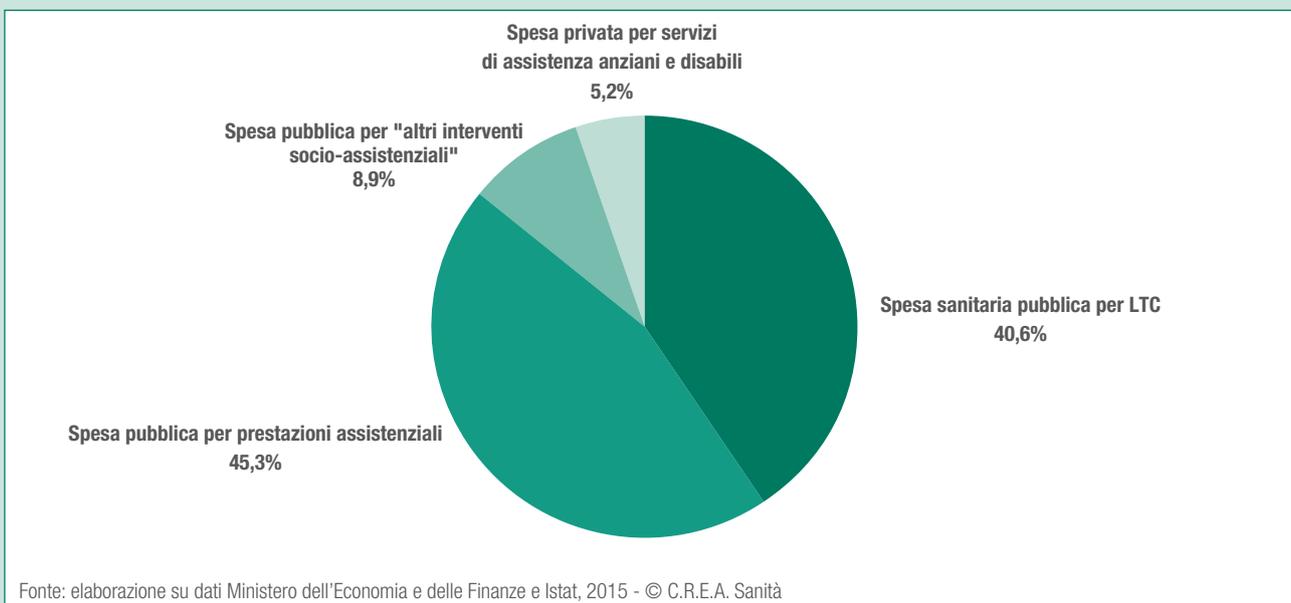
Nel periodo analizzato, benché la spesa complessiva per l'assistenza farmaceutica si sia mantenuta tendenzialmente stabile in tutte le ripartizioni, le sue componenti, hanno mostrato trend assolutamente difformi compensantisi: la spesa per l'acquisto da parte delle strutture pubbliche di farmaci ed emoderivati (che include la spesa farmaceutica territoriale diretta ed ospedaliera) è cresciuta di circa il 24,0%, come pure è aumentata in modo assolutamente considerevole quella per il File F (+160,6%), mentre si è registrata una contrazione della spesa farmaceutica convenzionata del 19,1%.

Sul fronte del comparto accreditato, mentre la specialistica ambulatoriale ha riportato una crescita del 12,5% , la spesa per l'assistenza ospedaliera si è ridotta del -3,2%. Infine, la spesa per la medicina di base è cresciuta leggermente raggiungendo, in media, un +3,9%.

**KI 3.8. Incidenza della spesa per il personale sulla spesa sanitaria pubblica. Valori %, anni 2009-2013**


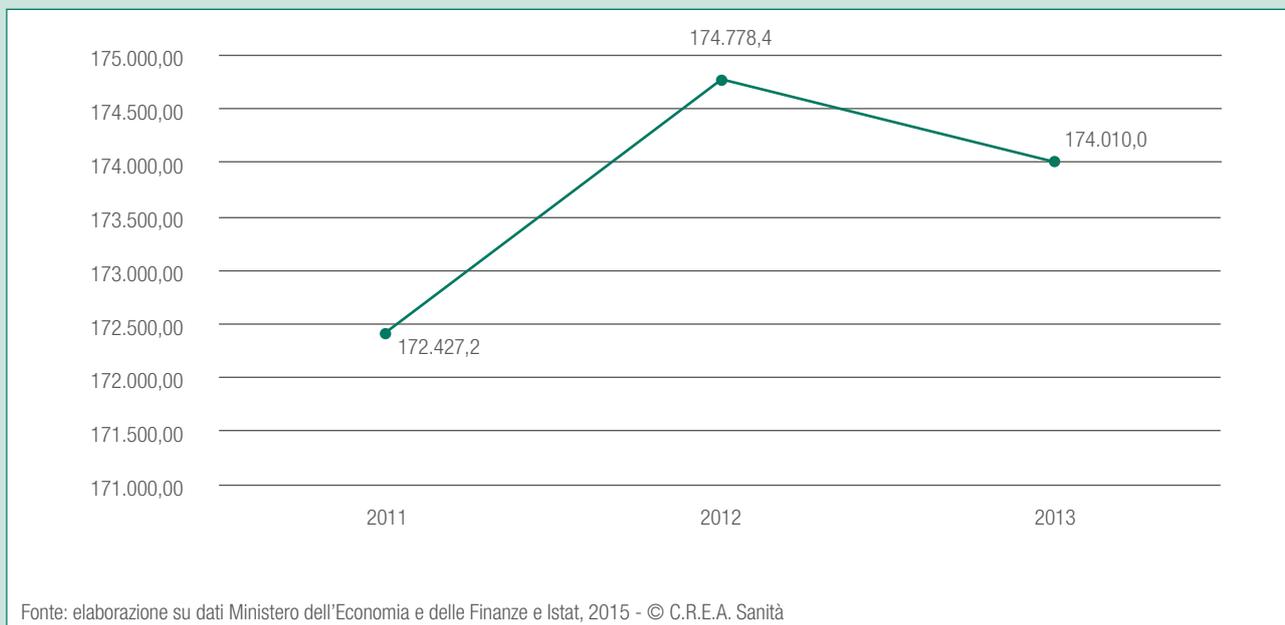
La spesa per il personale incide in media in Italia per il 30,1% sulla spesa sanitaria pubblica: 30,6% al Nord, 29,1% al Centro e 29,9% al Sud. L'incidenza della spesa per il personale è estremamente disomogenea tra le Regioni: si passa dal 49,5% della Provincia Autonoma di Bolzano al 24,4% del Lazio.

In media l'incidenza della spesa per il personale si è andata riducendo negli ultimi 5 anni dell'1,7% a causa del blocco del *turnover* nelle Regioni in Piano di Rientro e dalle politiche di contenimento delle assunzioni per le Regioni non in Piano, oltre che alle misure relative ai limiti retributivi, nonché al nuovo regime del trattamento accessorio e al congelamento della vacanza contrattuale.

**KI 3.9. Spesa totale per la non-autosufficienza. Composizione %, anno 2013**


La spesa pubblica rivolta agli anziani e ai disabili (ovvero ai non-autosufficienti) ovvero la spesa per *Long Term Care* (LTC), include la componente sanitaria, la spesa per prestazioni assistenziali (indennità di accompagnamento e pensioni di invalidità civile) e la spesa per gli interventi socio-assistenziali erogati prevalentemente in natura a livello locale dai Comuni singoli o associati ed infine la spesa privata per gli aiuti formali a cui ricorrono i soggetti non-autosufficienti. Della spesa sanitaria per LTC fanno parte la spesa per l'ADI e quella per l'assistenza residenziale e semiresidenziale. Partendo dal presupposto che la spesa per la non-autosufficienza varia a seconda delle fonti di dati impiegate per determinarla, sulla base di quelle da noi utilizzate (Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat), è risultato che nel 2013 la spesa totale per la non-autosufficienza ammonta a € 34.682,6 mln. di cui il 40,6% costituito dalla spesa sanitaria pubblica per LTC, il 45,3% dalla spesa per prestazioni assistenziali, l'8,9% per la spesa sostenuta dai Comuni a favore dei non auto-sufficienti ed, infine, il 5,2% dalla spesa privata per aiuti formali.

KI 3.10. Spesa socio-sanitaria totale. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013



Nel 2013 la spesa socio-sanitaria totale, la quale abbiamo stimato ammontasse a circa € 174,0 mld., è rimasta tendenzialmente stabile rispetto all'anno precedente (una riduzione dello 0,44%), mentre è cresciuta di quasi un punto percentuale rispetto al 2011. Tra il 2012 ed il 2013 sono diminuite anche la spesa sanitaria pubblica e privata, mentre è aumentata, sebbene in maniera assolutamente contenuta, la spesa pubblica rivolta al sostegno della non-autosufficienza (+1,8%). Infine, nell'ultimo biennio (2012-2013), si è contratta anche la spesa che i soggetti non-autosufficienti devono sostenere per garantirsi degli aiuti.

performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
cura  
HTA  
investimenti  
sviluppo  
italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare  
economia

## *Capitolo 4*

### **La valutazione delle *Performance***

- 4a. Una misura di sintesi del livello equitativo dei SSR
- 4b. Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (II edizione)



## Capitolo 4 La valutazione delle *Performance*

*d'Angela D.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

In ambito sanitario la valutazione delle *Performance* assume un ruolo fondamentale, per effetto sia della meritorietà del bene salute, sia della asimmetria informativa che lo caratterizza.

In entrambi i casi 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.

Il concetto di *Performance* è peraltro di difficile definizione: certamente ha una natura multidimensionale ed è anche ragionevole pensare che l'esito della sua valutazione dipenda dall'ottica nella quale viene svolta, che a sua volta dipende dagli obiettivi della valutazione e quindi dagli interessi di cui i vari *stakeholder* del sistema sanitario sono portatori.

Le dimensioni coinvolte, come detto con "pesi" dipendenti dalla prospettiva del valutatore e dagli obiettivi della valutazione, sono molteplici: gli esiti (clinici ma non solo) sono certamente importanti, ma anche l'appropriatezza assistenziale, l'efficienza dei processi, l'equità delle decisioni e altre potrebbero essere proposte.

Anche le metodologie di valutazione sono di interesse e meritano maggiori approfondimenti: infatti, le tecniche proposte sono molteplici e non sempre ri-

sultano sovrapponibili o anche coerenti in termini di risultati.

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno il capitolo 4 comprende analisi che sintetizzano dimensioni delle *Performance* e in particolare:

- la definizione di un indice sintetico indicativo del livello di equità dei SSR (cap. 4a), ottenuto "aggregando" l'indicatore della quota di famiglie che ricorrono a spese socio-sanitarie *Out Of Pocket (OOP)*, l'indicatore della quota di popolazione che rinuncia alle spese OOP per motivi economici e gli indicatori di impoverimento e "catastroficà" (cap. 4a);
- l'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 (cap. 4b).

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

## Capitolo 4a

### Una misura di sintesi del livello equitativo dei SSR

d'Angela D.<sup>1</sup>

#### 4a.1. Il contesto

Al fine di valutare il grado di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, abbiamo analizzato i consumi socio-sanitari delle famiglie (intendendo con questo termine tutte le spese sostenute privatamente dalle famiglie, rilevate nell'indagine Istat sui Consumi delle famiglie, per farmaci, visite specialistiche, ricoveri, protesi e ausili, dentista, badanti) per rapportarli alla capacità di spesa di queste ultime, valutando anche gli "effetti" dell'applicazione dei sistemi di esenzione e l'"indispensabilità" o meno di alcune tipologie di spesa.

Per fornire un indicatore sintetico che permetta di apprezzare nel tempo l'andamento della dimensione equitativa sono stati "aggregati" l'indicatore della quota di famiglie che ricorrono a spese socio-sanitarie OOP, l'indicatore della quota di popolazione che rinuncia alle spese OOP per motivi economici ed gli indicatori di impoverimento e "catastroficità".

#### 4a.2. I consumi sanitari privati e l'equità del SSN

Il numero di famiglie che ha fatto ricorso a spese socio-sanitarie sostenute privatamente, continua a ridursi rappresentando nel 2013 il 58,3% delle famiglie residenti: quasi 600.000 famiglie in meno (14.940.937 nuclei a fronte dei 15.500.045 del 2012, pari al 61,1%).

Contemporaneamente più di 2,7 milioni di persone, il 5,6% dei residenti (2012), ha rinunciato a curarsi per motivi economici (+0,5 punti percentuali nel biennio 2011-2012).

Il fenomeno delle rinunce ovviamente coinvolge soprattutto gli appartenenti ai quintili medio-bassi e quindi di più nelle Regioni meno ricche: il fenomeno si concentra nel Mezzogiorno, dove il 14,7% dei residenti *over* 15 dichiara di rinunciare a spese OOP, poi nel Centro con il 7,4% ed infine nel Nord, dove solo il 4,2% dei residenti dichiara di rinunciare alle spese sanitarie.

Si riscontrano valori rilevanti in Campania, Puglia, Marche (12,2%, 10,8% e 9,6% dei residenti); minimi nelle PP.AA. di Trento e Bolzano (0,4%), in Veneto (1,5%) e in Friuli Venezia Giulia (1,9%).

Nel 2013 quindi 1,6 milioni di persone in meno hanno sostenuto spese OOP e circa 100.000 persone in più hanno rinunciato a causa degli alti costi.

La spesa socio-sanitaria media annua familiare nel 2013 è stata pari a € 1.119,6, rappresentando il 4,1% dei consumi delle famiglie (4,0% nel 2012); considerando nel computo le sole famiglie che sostengono tale spesa, questa dopo il calo subito nel 2012, è nuovamente aumentata raggiungendo i € 1.922,2 annui (€ 1.869,6 nel 2012).

I farmaci e la specialistica rappresentano le voci di spesa maggiore.

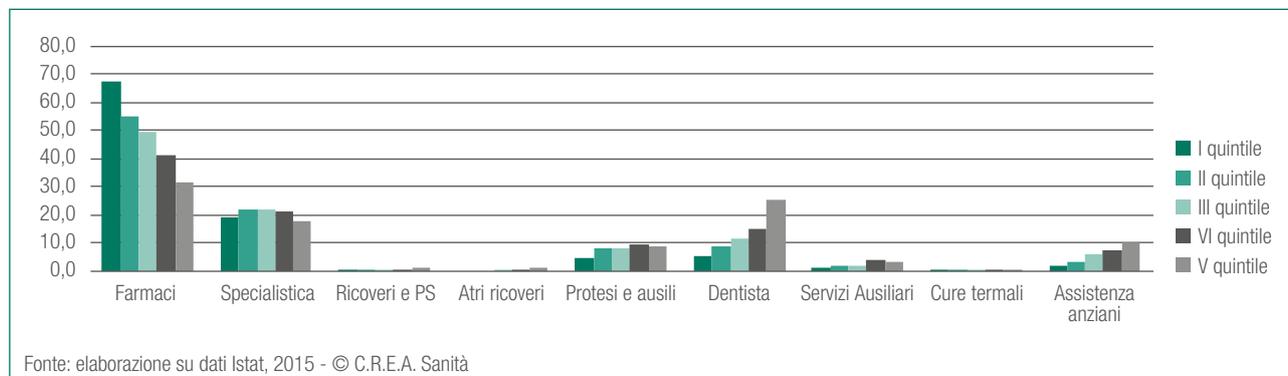
Analizzando i consumi per tipologia, possiamo osservare come a livello regionale la quota di famiglie che effettuano spese OOP per i farmaci oscilla fra il 73,5% del Trentino Alto Adige e il 90,2% della Basilicata; la spesa media effettivamente<sup>2</sup> sostenuta dalle famiglie per i farmaci è correlata positivamente al PIL pro-capite regionale: come era lecito aspettarsi, l'entità di tale spesa è maggiore nelle Regioni più ricche.

Pertanto si notano varie differenze che possono essere legate a aspetti regolatori regionali. Ad esempio,

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

<sup>2</sup> Per spesa effettiva si intende la spesa media riferita alle sole famiglie che hanno consumi per la specifica tipologia.

Figura 4a.1. Spese socio-sanitarie OOP - Composizione % per tipo di spesa e quintile di consumo, anno 2013



considerando le Regioni in piano di rientro dal disavanzo economico-finanziario, osserviamo che in Campania e Calabria, la spesa media effettiva è contenuta, mentre è elevata in Puglia, Sardegna e Sicilia: si potrebbe ipotizzare che in queste ultime il sistema di compartecipazione/esenzione per reddito, presumibilmente modificato per ragioni di bilancio, non tuteli più sufficientemente i cittadini.

Per le prestazioni specialistiche, non solo la spesa effettiva, ma anche la quota di famiglie che vi ricorrono aumenta con l'aumentare del PIL regionale: si passa da un minimo del 17,0% riscontrato in Calabria ad un massimo del 34,9% dell'Emilia Romagna.

Anche in questo caso si notano "anomalie" regionali: ad esempio in Campania e Molise l'entità della domanda è maggiore rispetto a Regioni con simili valori di PIL pro-capite (Sicilia, Puglia e Basilicata).

Anche in termini di spesa le differenze sono significative: in Calabria, Puglia e Sicilia, si osservano livelli di spesa effettiva OOP per specialistica maggiori (€ 1.559,1, € 1.516,2 e € 1.490,8 annui per famiglia) di quelli riscontrati in Regioni con PIL simili quali Campania e Sardegna (€ 1.057,8 e € 1.147,7 rispettivamente).

Quindi, i dati esposti possono rappresentare una conferma indiretta del maggiore ricorso alla spesa specialistica da parte delle famiglie con livelli di istruzione/reddito maggiori; ma su questa tendenza si sovrappongono altre questioni: prima di tutto un maggiore ricorso ai consumi privati nelle Regioni dove presumibilmente la percezione della qualità delle prestazioni è minore

(a causa delle liste di attesa e fenomeni analoghi); in secondo luogo l'impatto dei diversi sistemi di esenzione nella distribuzione della spesa fra le famiglie; infine, l'effetto della maggiore presenza di strutture private, e di conseguenza fenomeni di spiazzamento nei casi in cui la compartecipazione rende la prestazione privata competitiva rispetto a quella pubblica.

Per le altre tipologie di consumo, e in particolare quelle ad esempio per il dentista e per l'assistenza ai disabili, le differenze regionali diventano estremamente rilevanti.

Alla odontoiatria ricorre una quota di famiglie che va dal 2,8% della Sicilia al 15,1% del Trentino Alto Adige; l'assistenza agli anziani passa dal 1,4% delle famiglie residenti in Calabria, Marche e Campania, al 3,1% delle residenti in Emilia Romagna.

Anche in questo caso le determinanti non sono sovrapponibili.

Nel caso delle cure odontoiatriche appare evidente come la quota delle famiglie che vi ricorrono aumenta con le possibilità economiche (medie) a livello regionale.

Anche in termini di spesa, essa è maggiore nelle Regioni più ricche, sebbene bisogna tener presente il potenziale confondimento dovuto ai prezzi, presumibilmente maggiori nelle Regioni a più alto reddito; d'altra parte è una branca specialistica nella quale si può decidere di trattare alcune cose e procrastinarne altre in base alle possibilità economiche del momento.

Nel caso dell'assistenza agli anziani, la quota di famiglie che vi ricorre, a meno di Emilia Romagna, Friuli

Venezia Giulia ed Umbria, non aumenta regionalmente all'aumentare del PIL. E anche l'entità della spesa effettiva sostenuta non sembra correlata con il PIL regionale.

Azzardiamo l'ipotesi che la spiegazione possa risiedere nel fatto che, a differenza di quella per il dentista, non è una tipologia di spesa frazionabile e quindi la distribuzione delle famiglie e della relativa spesa è dicotomica: chi se lo può permettere e chi no, agendo poi diversi livelli di aiuto informale ed efficienza dei servizi pubblici.

Le analisi suggeriscono, quindi, che le determinanti della spesa privata sono molteplici: il reddito, ma anche i prezzi delle prestazioni, la quantità e anche la qualità percepita dei servizi pubblici, la struttura e i livelli delle compartecipazioni e delle esenzioni.

Il fatto che il reddito continui a spiegare una parte dei consumi (socio-)sanitari OOP è indice del persistere di un problema equitativo; ma non si deve dimenticare che nello stesso senso va anche l'effetto della diversa percezione della qualità delle prestazioni pubbliche.

Particolarmente allarmante continua ad essere il fenomeno dell'impossibilità alla complementarietà fornita dalla spesa privata nel caso delle spese odontoiatriche e per gli anziani, che rimangono evidentemente in generale appannaggio delle famiglie maggiormente abbienti.

### 4a.3. Le misure sintetiche di equità dei SSR

A fronte degli andamenti sopra esposti, nel 2013 l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP si è ulteriormente ridotta, pur se in minor misura rispetto al biennio precedente: più di 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite (0,65% delle famiglie residenti, 166.097). Considerando solo quelle che hanno sostenuto spese socio-sanitarie, la quota delle impoverite ha continuato a ridursi perdendo 0,6 punti percentuali rispetto al 2012 e raggiungendo l'1,1% (2,4% nel 2010 e 2,0% nel 2011).

Nello stesso anno ci sono state quasi 40.000 famiglie in meno soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche (831.795 nuclei): il 3,2% delle residenti (3,4% nel 2012). La riduzione del fenomeno ha riguardato soprattutto le

Regioni del Centro e del Sud (1,7% e 4,9% delle famiglie residenti rispettivamente).

Correlando il fenomeno delle rinunce a quello dell'impoverimento a causa delle spese socio-sanitarie OOP si nota una stretta correlazione: all'aumentare della quota di famiglie impoverite aumenta anche la quota delle rinunce alle spese socio-sanitarie per motivi economici. Ad un estremo si trovano Trentino Alto Adige, Veneto e Friuli Venezia Giulia, con basse quote di rinunce e di famiglie impoverite, all'altro estremo invece Campania, Puglia e Calabria, con le più alte quote di rinunce e impoveriti.

Questo conferma che anche l'impoverimento dipende dal fattore reddito, e quindi che le politiche in atto non riescono a tutelare adeguatamente le famiglie più fragili.

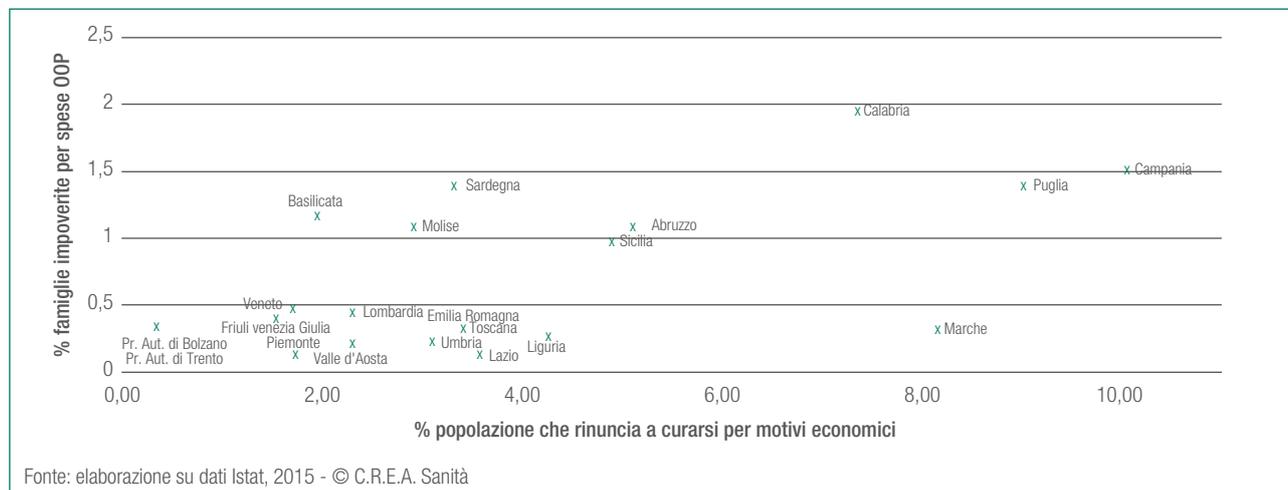
Correlando il fenomeno delle rinunce a quello delle famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche, che ricordiamo sono i casi in cui le spese per la sanità mensili superano il 40% della complessiva *Capacity To Pay* (la CTP di una famiglia rappresenta la differenza tra la spesa totale sostenuta e le spese di sussistenza, convenzionalmente identificate con la soglia di povertà assoluta), emerge invece che la relazione è debole.

In altri termini il problema delle spese catastrofiche non sembra dipendere dalla carenza di reddito, quanto dal fatto che alcune prestazioni ad alto costo (quali odontoiatria e spese per gli anziani) non sono adeguatamente coperte dal sistema pubblico.

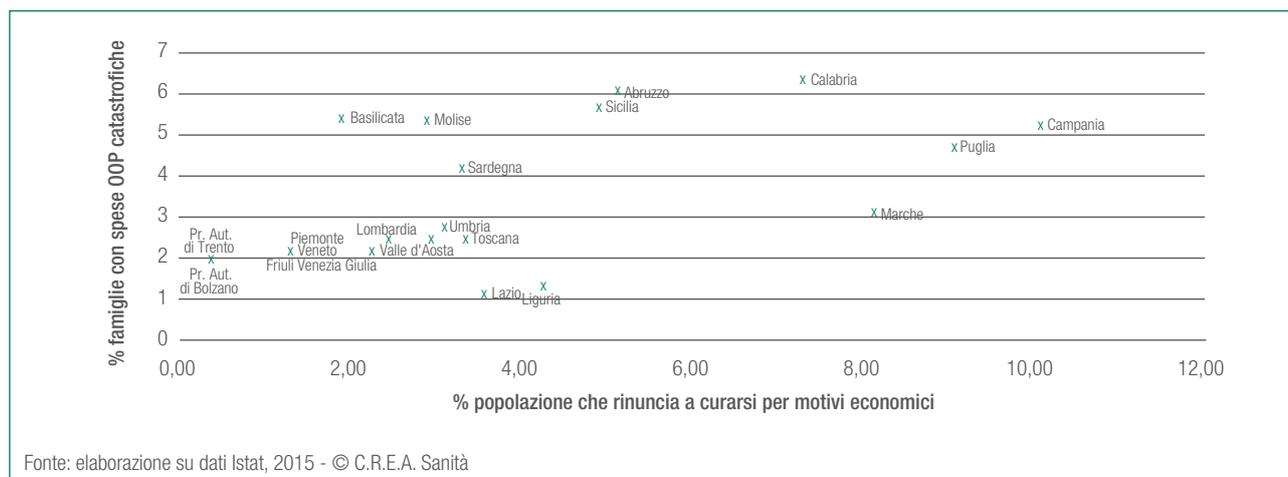
Le analisi sopra condotte evidenziano un limite importante degli indicatori proposti: la loro riduzione può infatti non indicare necessariamente un miglioramento equitativo, quanto un aumento del fenomeno delle rinunce.

Poiché, quindi, evidentemente gli indicatori sopra riportati non consentono singolarmente di fare una valutazione globale del grado di risposta dei sistemi regionali alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, abbiamo provato, senza pretesa di scientificità, per effetto del sovrapporsi negli indicatori di alcune "fenomenologie", a calcolare una media dei tre indicatori: percentuale di popolazione che rinuncia a spese sanitarie a causa dei costi, percentuale di famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP e percentuale di

**Figura 4a.2. % famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP vs % popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici, anno 2013**



**Figura 4a.3. % famiglie con spese socio-sanitarie OOP catastrofiche vs % popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici, anno 2013**



famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche.

L'indicatore, espresso in numero indice (100=Italia), varia dal 33 del Trentino Alto Adige al 206 della Campania. Quattro Regioni si posizionano agli ultimi posti con un valore superiore a 150 (Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo), ai primi tre posti il Trentino Alto Adige, il Veneto ed il Friuli Venezia Giulia con un valore inferiore a 55.

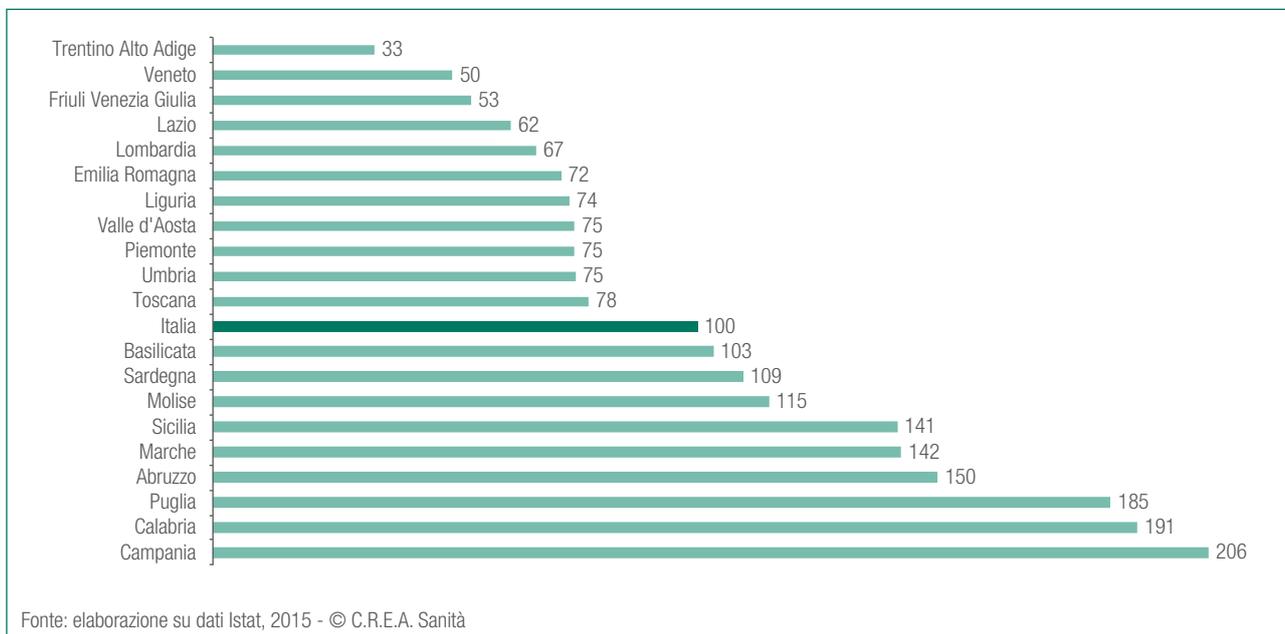
Rapportando il valore dell'indice alla spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata, sembrerebbe che i problemi di equità di riscontrino soprattutto nelle Regioni con un più basso valore di spesa sanitaria pubblica pro-ca-

pite; ed il più basso PIL di queste Regioni non consente evidentemente una "compensazione" del fenomeno da parte dei cittadini. L'unica eccezione è rappresentata dall'Umbria che, pur presentando un livello di spesa pubblica basso, prossimo a quello di Puglia, Campania, Calabria, sembra garantire una buona tutela ai cittadini in termini di equità.

#### 4a.4. Conclusioni

Se da un lato la ripresa dei consumi delle famiglie riscontrata nel 2013 fa ben sperare per una ripresa

Figura 4a.4. Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia=100)



economica del Paese, dall'altro, l'aumento della quota destinata al socio-sanitario (4,1% nel 2013 e 4,4% nel 2014<sup>3</sup>) allarma poiché evidentemente rappresentativa di una sofferenza del SSN nell'erogazione dei LEA.

In termini di impatto equitativo nel 2013, l'incidenza del fenomeno di impoverimento per spese socio-sanitarie OOP e della catastroficità hanno continuato a ridursi: quasi 100.000 famiglie in meno rispetto al 2012 risultano impoverite e 40.000 in meno soggette a spese catastrofiche; ma non si può omettere che 1,6 milioni di persone in meno rispetto al 2012 hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP e che più del 5% della popolazione rinuncia a priori a sostenerle per motivi economici.

In termini di risposta del sistema alla tutela dei cittadini dai rischi economici derivanti dalla malattia, le PP.AA. di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto sembrano essere le Regioni con la miglior risposta, Campania, Calabria, Puglia e Abruzzo si posizionano invece agli ultimi posti.

Sono chiamate a rinunciare prevalentemente le fami-

glie dei quintili medio-bassi, che spendono prevalentemente per farmaci, visite ed esami diagnostici (80-90% delle spese socio-sanitarie OOP).

L'entità della spesa privata OOP per farmaci e specialistica aumenta con la ricchezza delle Regioni ma sembrerebbe che in Puglia e in Sicilia il sistema di esenzione non tuteli sufficientemente i cittadini nel ricorso a queste spese; il fenomeno sembra invece contenuto in Campania e Calabria per il ricorso ai farmaci, e in Campania e Sardegna per la specialistica.

Dalla correlazione esistente tra il fenomeno delle rinunce e l'impoverimento, assente invece con la catastroficità, si evidenzia come il problema sia da individuarsi nell'incidenza di ampie quote di popolazione a basso reddito e non il costo delle prestazioni.

Allo stesso tempo i problemi equitativi sono strettamente legati ai livelli di spesa pubblica pro-capite, confermando l'importanza del servizio sanitario pubblico in termini equitativi, e problemi di riparto delle risorse.

I dati preliminari dell'ISTAT riferiti al 2014 riportano un aumento della spesa OOP del 14,5%: consideran-

<sup>3</sup> La spesa per consumi delle famiglie, Anno 2014, ISTAT

do che i recenti provvedimenti adottati (Manovra Sanità) prevedono un taglio pari a € 2,35 mld. del Fondo, si pone il problema di quanta parte della manovra si configuri come un miglioramento di efficienza e quanta configuri inasprimenti delle compartecipazioni.

Nel secondo caso sarebbe opportuno che le compartecipazioni alla spesa venissero “scaricate” in modo selettivo, ovvero sui cittadini che hanno maggiori risorse: in caso contrario impoverimenti e rinunce rischiano di ri-aumentare significativamente.

Riemerge quindi l'irrisolto problema della corretta rilevazione del reddito, in assenza della quale le politiche di esenzione rischiano di rappresentare un fattore di forte iniquità.

Da ultimo, un *trend* in significativa crescita della spesa OOP sicuramente aprirà la strada a nuovi scenari, peraltro già evidenti: in particolare il ricorso alle forme complementari di assicurazione sanitaria (fondi sanitari integrativi, fondi contrattuali, Società di Mutuo Soccorso, polizze assicurative).

Ma è altrettanto evidente che la complementarietà

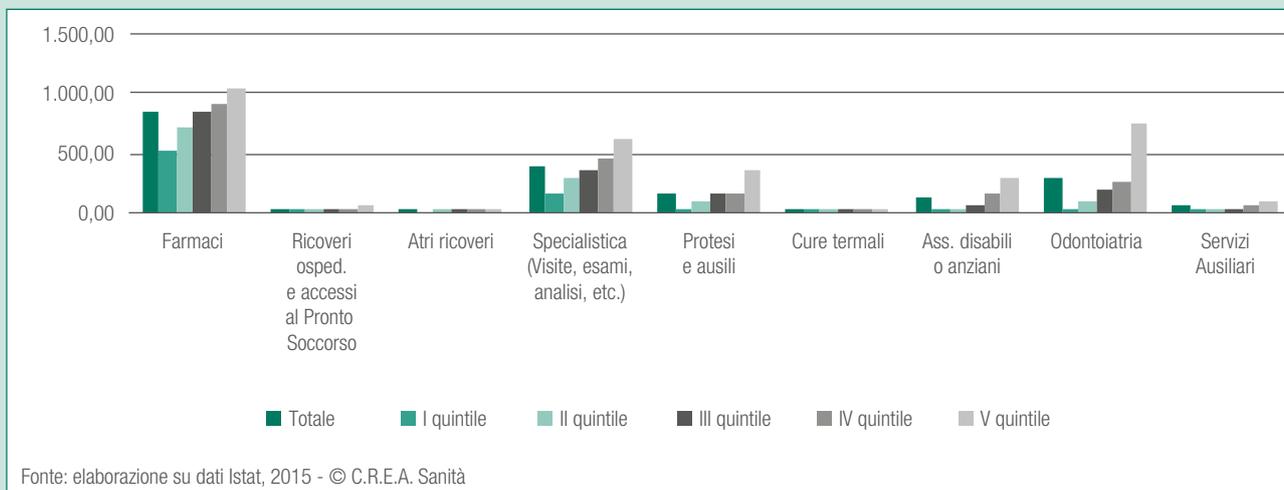
contiene una significativa quota di duplicazione delle prestazioni, oltre ad una sovrapposizione dovuta alla copertura delle compartecipazioni.

A questo punto però si porrà un'altra questione che richiede una urgente riflessione: in assenza di un quadro complessivo e coerente che contenga i due pilastri (base e complementare) di assistenza, i cittadini saranno disposti a pagare di fatto due volte (prima con la tassazione e poi con il contributo alla sanità complementare) per ottenere l'accesso ai servizi sanitari?

### Riferimenti bibliografici

1. ISTAT, microdati indagine sui consumi delle famiglie, anni 2008-2013
2. ISTAT, microdati indagine EUSILC, anni 2008-2012
3. ISTAT, dati PIL regionali, anno 2014
4. Ministero della Salute, dati di spesa sanitaria, anno 2014
5. ISTAT, Report 'La spesa per consumi delle famiglie', anno 2014
6. Manovra Sanità, Luglio 2015

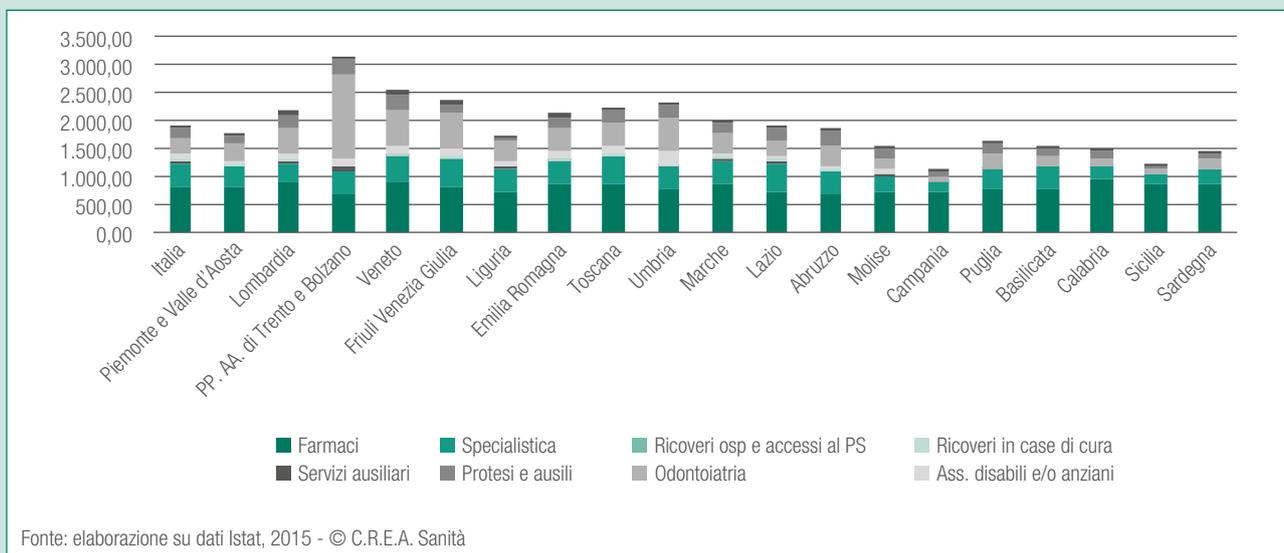
KI 4a.1. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie per tipologia e quintile di consumo. Valori assoluti (€), anno 2013



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

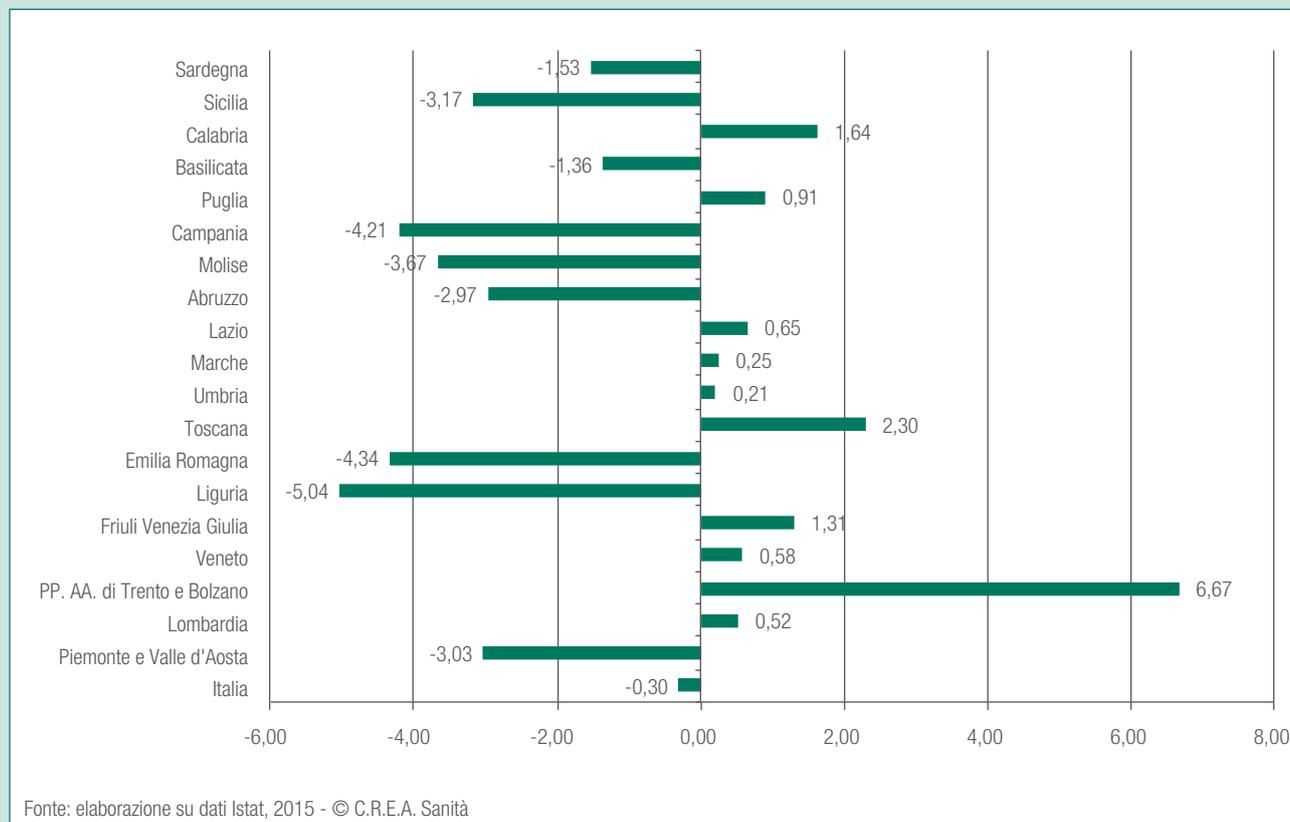
Nel 2013 la spesa socio-sanitaria annua delle famiglie che spendono privatamente per la sanità è pari a € 1.922,2. I farmaci rappresentano la voce di spesa maggiore (€ 836,5), seguiti dalla specialistica (€ 400,4) e dalle cure odontoiatriche (302,1). Il valore e la composizione della spesa varia ovviamente con le capacità di consumo delle famiglie: i farmaci e la specialistica rappresentano l'88,2% ed il 79,7% dei consumi socio-sanitari delle famiglie dei quintili medio-bassi; il 67,7% ed il 51,2% rispettivamente per le famiglie del IV° e V° quintile. L'odontoiatria, con una spesa che oscilla dalle € 32,5 annue per le famiglie del I° quintile alle € 761,4 per quelle del V° si comporta evidentemente come bene di "lusso".

KI 4a.2. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie. Valori assoluti (€), anno 2013

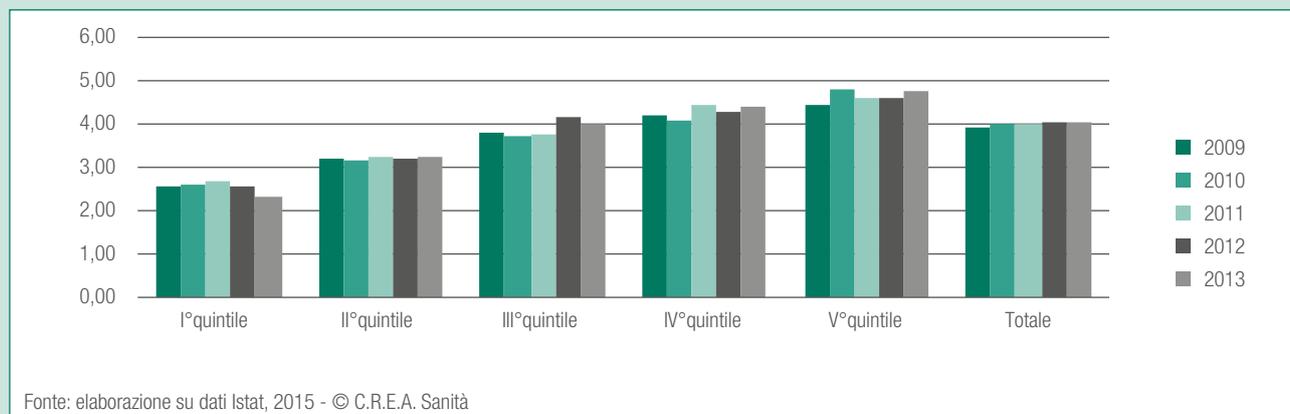


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2013 la spesa media annua sostenuta dalle famiglie italiane che spendono per la sanità è pari a € 1.922,17, oscillando da un minimo di € 1.092,81 della Campania ad un massimo di € 3.119,73 del Trentino Alto Adige. In nove Regioni le famiglie spendono più della media nazionale (Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Marche e Lazio). Campania, Sicilia e Sardegna risultano essere invece le Regioni nelle quali le famiglie spendono meno per la sanità. Ad eccezione del Trentino Alto Adige, dove la spesa per il dentista rappresenta la prima voce di spesa, i farmaci rappresentano la prima voce di spesa di tutte le famiglie.

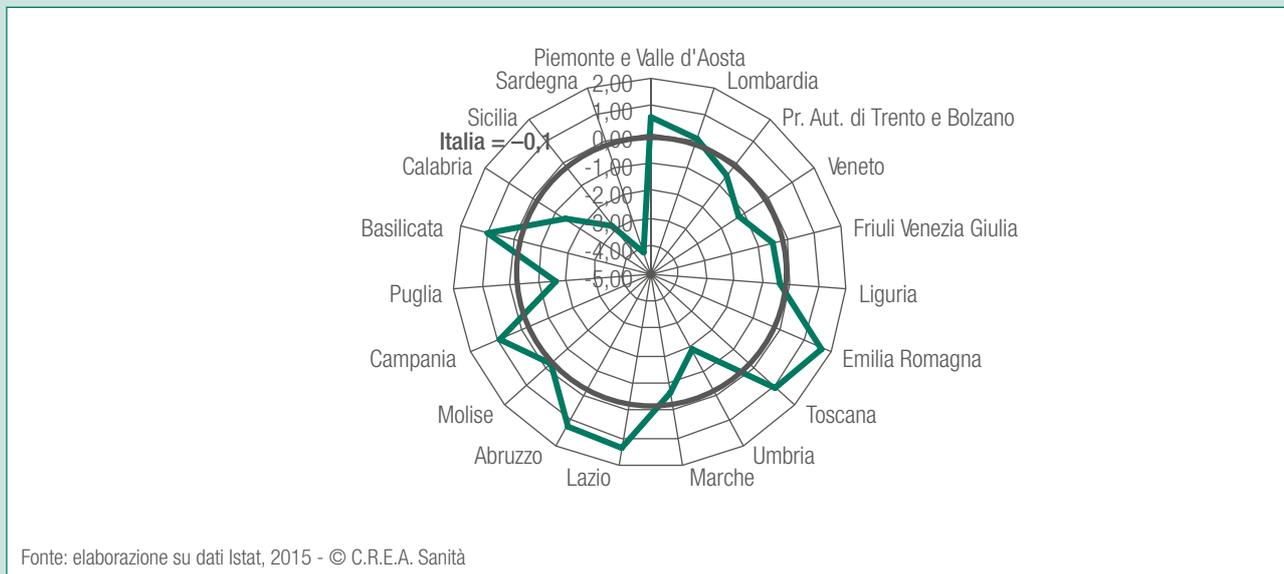
KI 4a.3. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie. Variazioni %, anni 2013/2009

Considerando le sole famiglie che hanno sostenuto spese socio-sanitarie *Out Of Pocket*, nel periodo 2009-2013, la spesa per questa voce ha subito una riduzione con una variazione media annua del -0,30%. La riduzione ha riguardato soprattutto le Regioni del Sud, ed Emilia Romagna e Liguria (-4,34% e -5,04% rispettivamente); un aumento importante della spesa privata si è invece riscontrato in Trentino Alto Adige (+6,67%) e Toscana (+2,3%); di minor entità è l'aumento registrato in Calabria (+1,64%), Friuli Venezia Giulia (+1,31%) e Puglia (+0,91%). Pressoché invariata è rimasta invece la spesa sanitaria delle famiglie residenti in Marche e Umbria.

KI 4a.4. Quota della spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* delle famiglie sul totale dei consumi. Valori %, anni 2009-2013

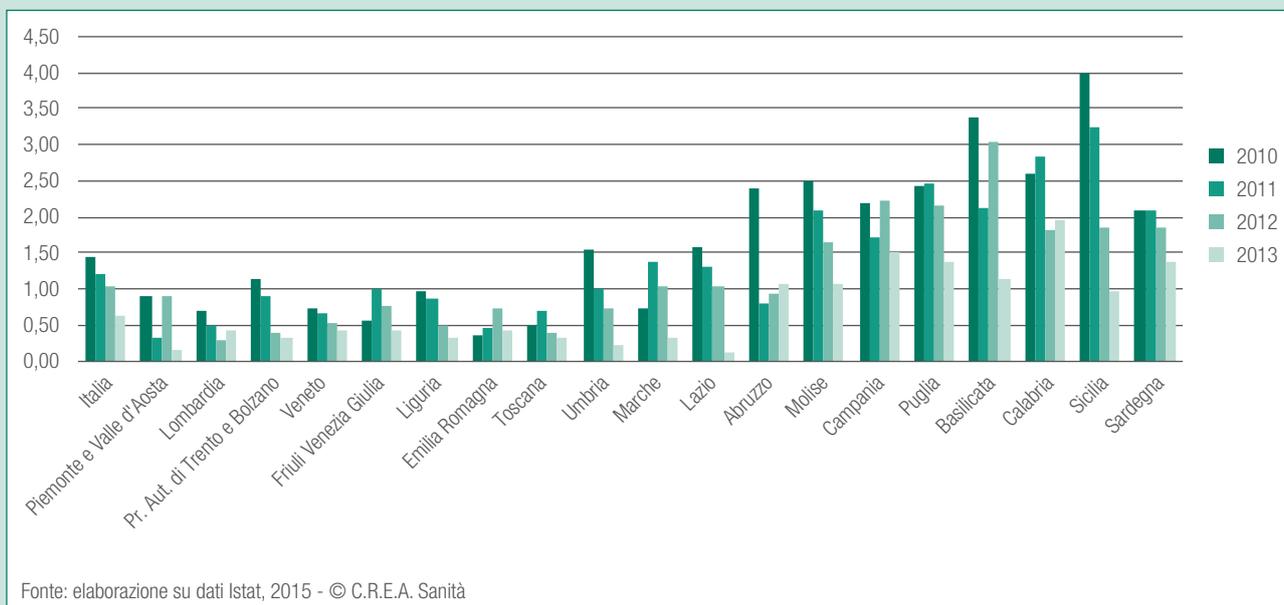
Nel 2013 la spesa socio-sanitaria annua delle famiglie rappresenta il 4,1% dei loro consumi, variando da un minimo pari al 2,3% nelle famiglie appartenenti al primo quintile di consumo ad un massimo pari al 4,8% in quelle appartenenti all'ultimo quintile. Dopo il blocco riscontrato nel triennio 2010-2012, in cui il socio-sanitario rappresentava il 4,0% dei consumi delle famiglie, nel 2013 la quota è sensibilmente aumentata raggiungendo il 4,1%: aumento che ha riguardato soprattutto le famiglie del II°, IV° e V° quintile; importante è invece stata la riduzione nelle famiglie del I° quintile (-0,3 punti percentuali).

KI 4a.5. Quota famiglie con spese socio-sanitarie *Out Of Pocket*. Variazioni %, anni 2013/2008



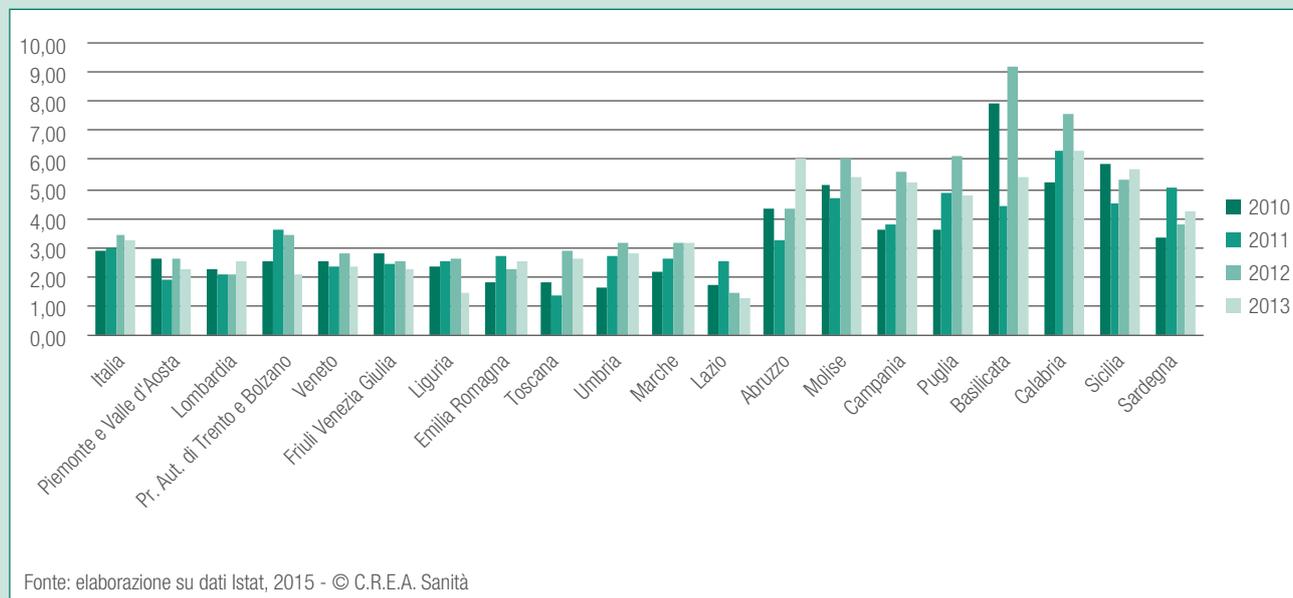
Dal 2008 al 2013 il numero di famiglie che hanno sostenuto spese socio-sanitarie OOP si è ridotto con una variazione media annua dello -0,1%. In 11 Regioni c'è stata una riduzione: significativa in Sardegna (-4,22%), Sicilia (-2,82%) e Calabria (-1,37%). Nelle restanti 8 Regioni c'è stato invece un incremento: soprattutto in Emilia Romagna (+1,68%), Lazio (+1,35%) e Abruzzo (+1,24%).

KI 4a.6. Quota famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie *Out Of Pocket*. Valori %, anni 2010-2013



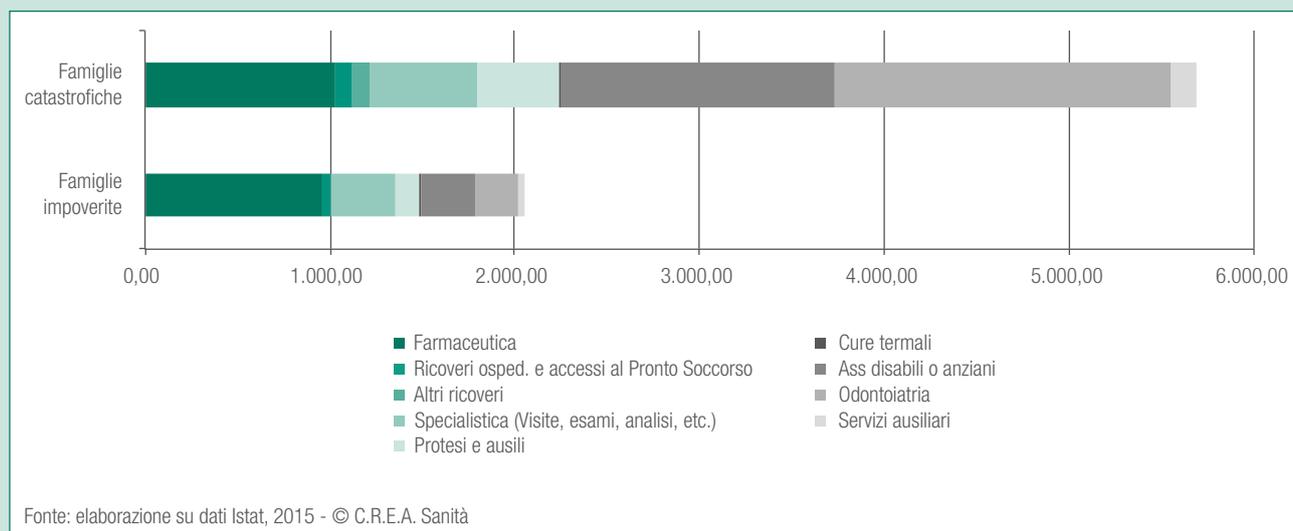
Nel 2013 in Italia 166.077 famiglie si sono impoverite a causa di spese socio-sanitarie OOP (0,65% delle residenti). Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (1,61%), poi quelle del Nord (0,43%) e del Centro (0,25%). La Calabria risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (1,94%), il Lazio quella più indenne (0,14%). L'incidenza del fenomeno dal 2010 al 2013 si è ridotta di 0,8 punti percentuali, ed in tutte le Regioni, ad eccezione dell'Emilia Romagna che ha invece registrato un piccolo aumento passando da 0,36% (2010) a 0,41% (2013).

KI 4a.7. Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie *Out Of Pocket* catastrofiche. Valori %, anni 2010-2013



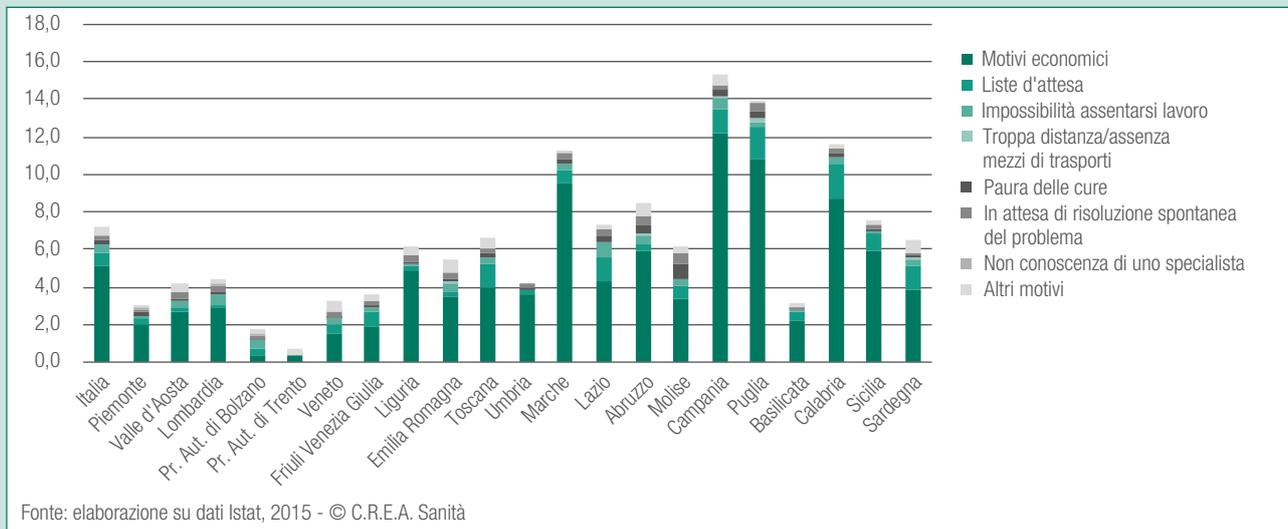
Nel 2013 in Italia 831.795 famiglie sono soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche (3,24% delle residenti). In analogia con il fenomeno dell'impoverimento, colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,85%), poi quelle del Nord (2,80%) e del Centro (1,80%). La Calabria risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,35%), il Lazio quella più indenne (1,30%). Nel 2013, dopo una crescita dal 2,92% del 2010 al 3,43% del 2012, il fenomeno si è ridotto a livello medio nazionale, colpendo il 3,24% delle famiglie, ed è invece continuato ad aumentare in Regioni quali Lombardia, Emilia Romagna, Abruzzo, Sicilia e Sardegna.

KI 4a.8. Spesa socio-sanitaria *Out Of Pocket* annua delle famiglie impoverite e catastrofiche. Valori assoluti (€), anno 2013



Nel 2013 in Italia le famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie spendono mediamente € 2.055,62 per la sanità: € 955,87 per i farmaci, € 353,96 per la specialistica, € 295,71 per le badanti e € 231,11 per il dentista. Le famiglie soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche spendono annualmente in media € 5.686,16 per la sanità: il 31,8% per il dentista, i 28,0% per farmaci e specialistica ed il 25,9% per le badanti.

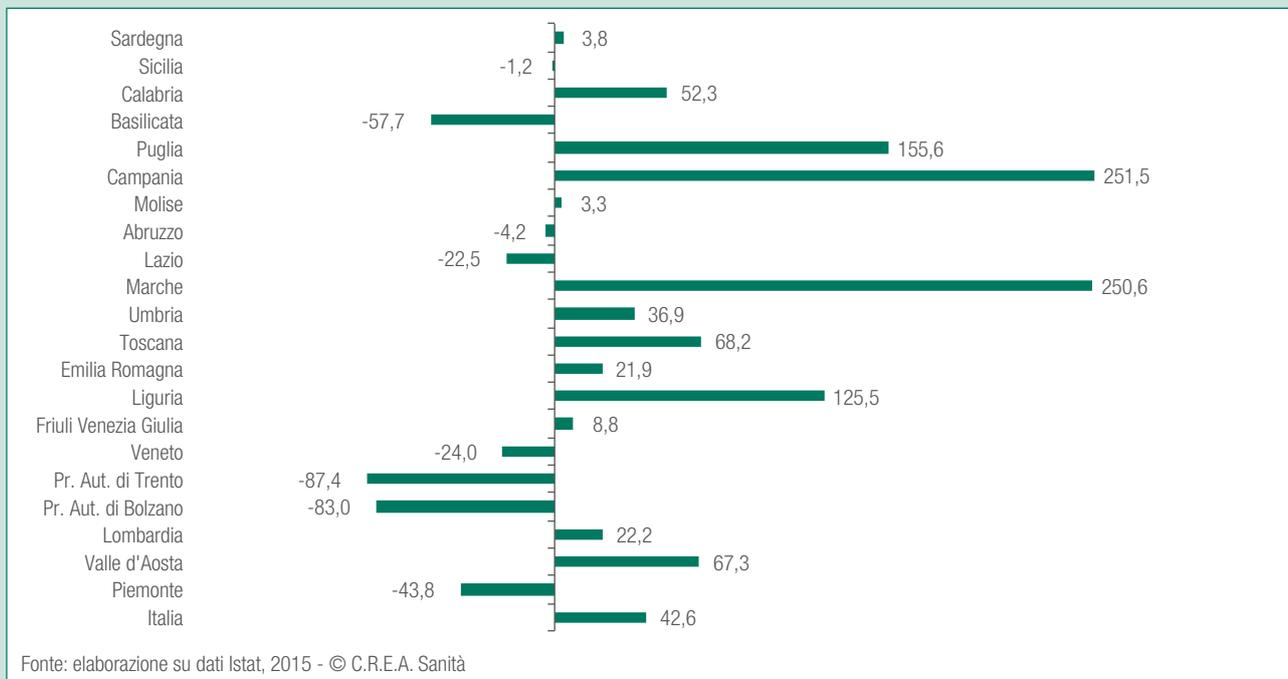
KI 4a.9. Quota di persone che rinuncia alle cure - per tipo di rinuncia. Valori %, anno 2012



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Nel 2012 in Italia il 7,2% dei residenti ha rinunciato a curarsi: il 5,1% lo ha fatto per motivi economici, lo 0,8% a causa delle liste d'attesa, lo 0,4% poiché impossibilitato ad assentarsi dal lavoro, lo 0,3% sperava in una risoluzione spontanea del problema, lo 0,2% per paura delle cure mediche. Nelle Regioni del Sud si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%): l'8,5% dei residenti rinuncia per motivi economici e l'1,2% per le liste d'attesa. Al Centro rinuncia il 7,4% (4,8% per motivi economici e 1,1% per le liste d'attesa) dei residenti ed al Nord il 4,1% (2,6% per motivi economici, 0,4% per impossibilità ad assentarsi dal lavoro e 0,3% per le liste d'attesa).

KI 4a.10. Persone che rinunciano alle cure per motivi economici. Variazioni %, anni 2012/2011



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Nel biennio 2011-2012 il numero di residenti che ha rinunciato a curarsi si è ridotto dello -0,5% (la rinuncia per motivi economici è l'unica ad essere aumentata del +42,6%; +82,5% nelle Regioni del Sud). Il fenomeno si è ridotto del -21,7% nelle Regioni del Nord, del -2,8% in quelle del Centro; è invece aumentato del +16,8% in quelle del Sud. La maggior riduzione si è riscontrata nelle PP.AA. di Trento e Bolzano e in Piemonte; il maggior aumento in Campania (+130,8%) e nelle Marche (+111,2%). In Emilia Romagna e Calabria il fenomeno è rimasto pressoché invariato. Considerando le rinunce per motivi economici, nel biennio 2011-2012, queste sono aumentate del +42,6%: Campania, Marche, Puglia e Liguria risultano essere le Regioni più colpite dal fenomeno (+251,5%, +250,6%, +155,6% e +125,5% rispettivamente).

## Capitolo 4b

### Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (II edizione)

d'Angela D.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

#### 4b.1. Il progetto

Negli ultimi anni l'attenzione verso l'*accountability* delle politiche pubbliche, e quindi anche di quelle sanitarie, è cresciuta enormemente, con lo sviluppo di diversi sistemi e metodi.

Il progetto "Una misura di *Performance* dei SSR", realizzato dal gruppo di ricerca del C.R.E.A. Sanità (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) – Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" si propone di sviluppare una metodologia per misurare la *Performance* (in termini di soddisfazione per i servizi, di esiti clinici, di esiti sociali, economici, etc.) dei SSR, integrando e mediando la visione dei differenti *stakeholder* del sistema: si tratta, quindi, di un esperimento di "ingegneria sociale", potenzialmente utile nel supportare la formazione di indirizzi per le politiche sanitarie pubbliche.

La metodologia sviluppata consiste nella trasposizione del paradigma dell'analisi delle decisioni, proprio della teoria del *Project Management*, nell'ambito sanitario, e in particolare della valutazione delle *Performance*.

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.

La scelta di utilizzare esperti riteniamo sia giustificabile non solo per ragioni di implementabilità del metodo (la complessità dei metodi di elicitazione non permette applicazioni massive su popolazioni ampie o relativi campioni rappresentativi ampi), sia per la natura complessa della Sanità, che notoriamente implica rilevanti

asimmetrie informative. Ricorrere a "soggetti qualificati", ma portatori di visioni diverse del sistema, comprese quelle proprie degli utenti (ovvero della domanda) è sembrato, quindi, un ragionevole compromesso.

In un *meeting* collegiale, tenutosi a Roma l'1 Ottobre 2014, 38 esperti provenienti da tutt'Italia, e afferenti a cinque Categorie, 'Utenti' (Associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), 'Professioni sanitarie' (Medici di famiglia, ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza 118, infermieri, farmacisti), '*Management* aziendale' (Direttori generali, sanitari e amministrativi), 'Istituzioni' (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco) e 'Industria medicale', hanno fornito le loro valutazioni, adiuvari da un sistema informatico sviluppato ad hoc.

I componenti del *panel* sono stati prima coinvolti nella scelta delle Dimensioni di *Performance*, quindi nella scelta di indicatori che le rappresentino; quindi, ancora, nella elicitazione del valore sociale che gli esperti attribuiscono ai livelli dei vari indicatori; ed, infine, dei livelli di sostituibilità che gli esperti ritengono esistere fra i diversi possibili esiti.

Come detto, il processo di elicitazione è stata 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 computer, che ha raccolto le sue risposte, poi elaborate e aggregate dal *team* di ricerca.

La logica adottata si fonda quindi sull'idea che gli *stakeholder* del sistema perseguano obiettivi (Dimensioni) plurimi, a cui attribuiscono, in base alle loro personali preferenze, un grado di utilità diversificato.

Ogni *stakeholder* sconta, sempre in base alle sua

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

soggettive preferenze, un saggio marginale di sostituzione degli obiettivi diverso, tale da poter in qualche modo compensare (in modo non necessariamente “lineare”) una peggiore *Performance* su un obiettivo, con una maggiore *Performance* sugli altri (e viceversa).

In pratica stiamo asserendo che, nella nostra visione di *Performance*, non tutti gli obiettivi forniscono in via di principio la stessa utilità sociale, e che i risultati su uno dei plurimi obiettivi può in via di principio essere, almeno parzialmente, compensato dai risultati su un altro: un esempio evidente potrebbe essere una maggiore spesa in “cambio” di migliori esiti.

Come detto, l’approccio metodologico non è evidentemente di per sé nuovo, replicando il processo decisionale su cui si basa tutta la teoria della domanda sviluppata nelle scienze economiche.

Per quanto di nostra conoscenza, è invece originale l’applicazione al settore sanitario, ove la ricerca delle misure di *Performance* si è per lo più basata su funzioni di composizione definite (spesso in modo non trasparente) a priori, e quasi sempre da una tecnostruttura istituzionale o comunque di esperti: in tal modo si assume, però, un assoluto paternalismo, e/o un rapporto di agenzia perfetto, tale per cui le preferenze sviluppate dal lato dell’offerta rappresentano perfettamente quelle della domanda, ovvero degli utilizzatori dei servizi. Un siffatto approccio è certamente corretto per la autovalutazione della propria *Performance* da parte dei responsabili, ai vari livelli, dell’erogazione dei servizi, ma non può in via di principio esserlo, in una logica di sussidiarietà, per quantificare la *Performance* sociale.

L’idea, evidentemente alternativa, del presente lavoro è quella di elicitare le preferenze soggettive degli *stakeholder*, da cui stimare una funzione di utilità capace di produrre un *ranking* delle *Performance* a livello di SSR rappresentativa della *Performance* sociale.

La scelta del metodo è basata su varie considerazioni, in parte anticipate, che elenchiamo di seguito.

In primo luogo, osserviamo che qualsiasi metodo di composizione adottato implicitamente assume un sistema di “pesi” attribuiti agli indicatori. A titolo di esempio, metodi statistici possono adottare “pesi” proporzionali agli scarti dalla media degli indicatori standardizzati, ov-

vero alla variabilità; metodi qualitativi possono adottare “pesi” arbitrari scelti dal costruttore del modello; persino metodi grafici adottano implicitamente un sistema di “pesi”: a titolo di esempio, il noto metodo dei “bersagli” proposto dall’Istituto Superiore S. Anna, implica in prima istanza pesi uguali per tutti gli indicatori (rimandando a successive ed esterne valutazioni la loro eventuale prioritizzazione), e come “misura” (semplificando) la distanza lineare dell’indicatore dal centro del bersaglio.

Il nostro tentativo è quello di non imporre implicitamente a priori il sistema di pesi. Nel nostro modello i “pesi” sono, infatti, frutto dell’elicitazione del sistema di preferenze degli *stakeholder*: sono, quindi, soggettivi, ma non arbitrari.

Inoltre, trasparenza vuole che il sistema di “pesi” sia reso esplicito, in quanto da essi dipende il risultato finale: l’elicitazione delle utilità relative, adottata nel seguito, garantisce che il sistema dei “pesi” sia completamente esplicito e quindi come tale anche “criticabile”.

Ci basiamo sull’analogia con la teoria della domanda, in quanto la natura pubblica del servizio ci sembra debba mettere al centro del sistema di interessi prima di tutti i cittadini e gli altri “utilizzatori” del sistema: le loro preferenze riteniamo rappresentino l’ingrediente fondamentale per un sistema di valutazione dei SSR nella logica dell’*accountability*.

## 4b.2. Risultati

In particolare i componenti del *panel* hanno selezionato 12 indicatori su un *set* di 30, afferenti a quattro dimensioni di *Performance*: Sociale, Economico-finanziaria, Esiti e Appropriatazza (Tabella 4b.1)

Nell’esercizio condotto, i partecipanti hanno prescelto tre indicatori per rappresentare la Dimensione ‘Sociale’: ‘Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici’, ‘Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico impoverite a causa di spese sanitarie *Out of pocket*’ e ‘Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie *Out of pocket*’. Questi sono risultati essere i più importanti (fra i 9 proposti) per tutte e cinque le categorie.

Tabella 4b.1. Indicatori di *Performance*

| Prospettiva           | Indicatore   |
|-----------------------|--|
| Sociale<br>(Equità)   | % famiglie con anziani in carico impoverite                              |
|                       | % famiglie con due figli piccoli impoverite                              |
|                       | % famiglie impoverite con spese Out of pocket                            |
| Economico-finanziaria | Spesa sanitaria totale pro-capite pesata                                 |
|                       | Spesa pro-capite per investimenti fissi in sanità e assistenza sociale   |
|                       | % di disavanzo su FSR  |
| Esiti                 | Tasso di mortalità evitabile   |
|                       | Speranza di vita libera di disabilità (75+)                              |
|                       | Persone molto soddisfatte dall'assistenza medica ospedaliera             |
| Appropriatezza        | Tasso di ricovero per BPCO, diabete e scompenso per residenti 50-74 anni |
|                       | % anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)              |
|                       | Quota ricoveri ospedalieri ordinari con DRG inappropriati                |

Fonte: elaborazione su dati televoter del panel, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

I tre più votati (fra 15) per la Dimensione 'Economico-finanziaria' sono stati: 'Spesa sanitaria totale pro-capite pesata', 'Spesa sanitaria pubblica pro-capite' e 'Spesa per *ticket* pro-capite'; mentre i primi due occupano uno dei primi tre posti per ogni categoria, l'ultimo è preferito soprattutto dalle 'Professioni sanitarie' e dagli 'Utenti'; 'Management aziendale', 'Professioni sanitarie' e 'Industria medicale' preferiscono invece 'Spesa farmaceutica ospedaliera pubblica pro-capite pesata - numeri indice' (le prime due) e 'Quota % disavanzo regionale' la terza.

Per la Dimensione 'Esiti', 'Tasso di mortalità per tumore del colon, del retto e dell'ano', 'Quota % bambini in sovrappeso' e 'Tasso di mortalità per tumore alla mammella' sono risultati i tre indicatori più votati fra 19 proposti.

Il primo e il terzo sono i primi due più votati da 'Istituzioni', 'Management aziendale' e 'Professioni sanitarie'; 'Utenti' e 'Industria medicale' sembrano invece dare più importanza alle patologie croniche.

L'indicatore 'Quota % bambini in sovrappeso' occupa invece il secondo posto in tutte le Categorie.

Infine, per la Dimensione 'Appropriatezza' i tre indicatori prescelti (fra 11 proposti) sono risultati: 'Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati', 'Quota % di adesione agli *screening* femminili (mammografia 40+ e *pap-test* 25-34)' e 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)'.

Il primo è stato il più votato da 'Istituzioni', 'Utenti' ed 'Industria medicale'; 'Professioni sanitarie' e 'Management aziendale' hanno invece dato la precedenza rispettivamente a 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)' e 'Quota % di anziani in ADI sul totale della popolazione anziana (65+)', mettendolo al secondo posto.

L'indicatore 'Quota % di adesione agli *screening* femminili (mammografia 40+ e *pap-test* 25-34)' è stato ritenuto il più importante dalle 'Istituzioni' (primo posto), occupa invece il secondo posto in tutte le altre Categorie.

Il 'Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morbillo, rosolia e parotite)' è ritenuto il più importante per 'Istituzioni' e 'Utenti' (primo posto), occupa il secondo posto per 'Management aziendale' e 'Industria medicale', il terzo per le 'Professioni sanitarie'.

Il *panel*, avvalendosi di specifici *software* implementati dal *team* di ricerca del C.R.E.A. Sanità, dopo avere scelto per ogni dimensione di *Performance* gli indicatori che meglio le rappresentino, ha poi elicitato il valore sociale dei diversi indicatori, ed infine l'eventuale sostituibilità che gli esperti ritengono ci sia fra i diversi possibili esiti.

Nel secondo *step*, quindi, è stato chiesto ai partecipanti di esprimere la loro funzione di valore; in altri termini, per ognuno degli indicatori prescelti, l'utilità attribuita

ai valori che l'indicatore può assumere (dal minimo al massimo teorico, che sono stati associati ad una utilità espressa in una scala 0-1).

Il minimo e massimo sono determinati a priori in funzione dei valori effettivi (rispettivamente peggiore e migliore) determinati a livello regionale.

Ai singoli componenti del *panel* è stato chiesto di indicare un numero da 0 (assimilabile all'utilità del peggiore risultato nazionale) a 100 (assimilabile all'utilità del migliore risultato nazionale), in corrispondenza di cinque specifici valori intermedi assunti da ogni indicatore.

Un elemento da far rilevare è che la funzione di valore non ha vincoli analitici: ad esempio non necessariamente il valore deve assumere una funzione di valore lineare. Anzi l'aspettativa a priori era che non lo fosse, perché è sembrato ragionevole che a livelli diversi dell'indicatore, l'utilità marginale ottenibile da ulteriori miglioramenti/peggioramenti possa essere del tutto diversa: ad esempio, un lieve miglioramento da una situazione già vicina all'ottimale, potrebbe avere un "valore" diverso dallo stesso miglioramento ottenuto a partire da una situazione critica, e viceversa.

La funzione di valore ottenuta per il primo indicatore prescelto, ovvero 'Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico impoverite a causa di spese sanitarie *Out of pocket*' (Dimensione sociale), presenta un andamento sigmosoidale per tutte le categorie.

Valori dell'indicatore superiori a quello in corrispondenza della Regione di rango 6 (nell'apprezzamento del valore numerico si consideri, anche nel seguito, che le funzioni sono interpolate) sono considerati quasi equivalenti, ovvero l'utilità marginale ottenibile con miglioramenti dell'indicatore oltre il livello predetto sono ritenuti poco significativi.

Sull'altro versante, valori compresi tra la peggiore e la Regione di rango 3 sono considerati "ugualmente" inaccettabili, con una "utilità" in media molto bassa e pari a 0,2: fa parziale eccezione il gruppo delle "Professioni sanitarie" che ritiene il livello in corrispondenza della Regione di rango 3 accettabile (utilità pari a 0,4).

I valori intorno alla mediana della distribuzione crescono con un "rendimento" decrescente man mano che migliora l'indicatore: l'andamento è comune a tutte le

categorie, tranne che per il *management* per il quale si inverte.

Come già rilevato l'anno scorso, le funzioni di valore elicitate risultano coerenti e in linea con le aspettative a priori costruite in base alla constatazione degli interessi di cui i diversi gruppi di *stakeholder* sono portatori.

In particolare si conferma che gli indicatori della dimensione 'Sociale' seguono una logica tipica dell'approccio alla teoria della giustizia distributiva; quelli della dimensione 'Economico-finanziaria' coerentemente con gli assunti economici seguono un andamento coerente con l'assunto dell'utilità marginale decrescente; le funzioni di valore delle dimensioni 'Esiti' e 'Appropriatezza' hanno un andamento sostanzialmente lineare: solo i reali "produttori", ovvero i 'Professionisti sanitari' esprimono strutture di preferenze che sono più orientate a riconoscere una "produttività" marginale decrescente degli interventi sanitari; viceversa è tendenzialmente opposta l'opinione dei rappresentanti dell' 'Industria medicale' sulla produttività degli interventi.

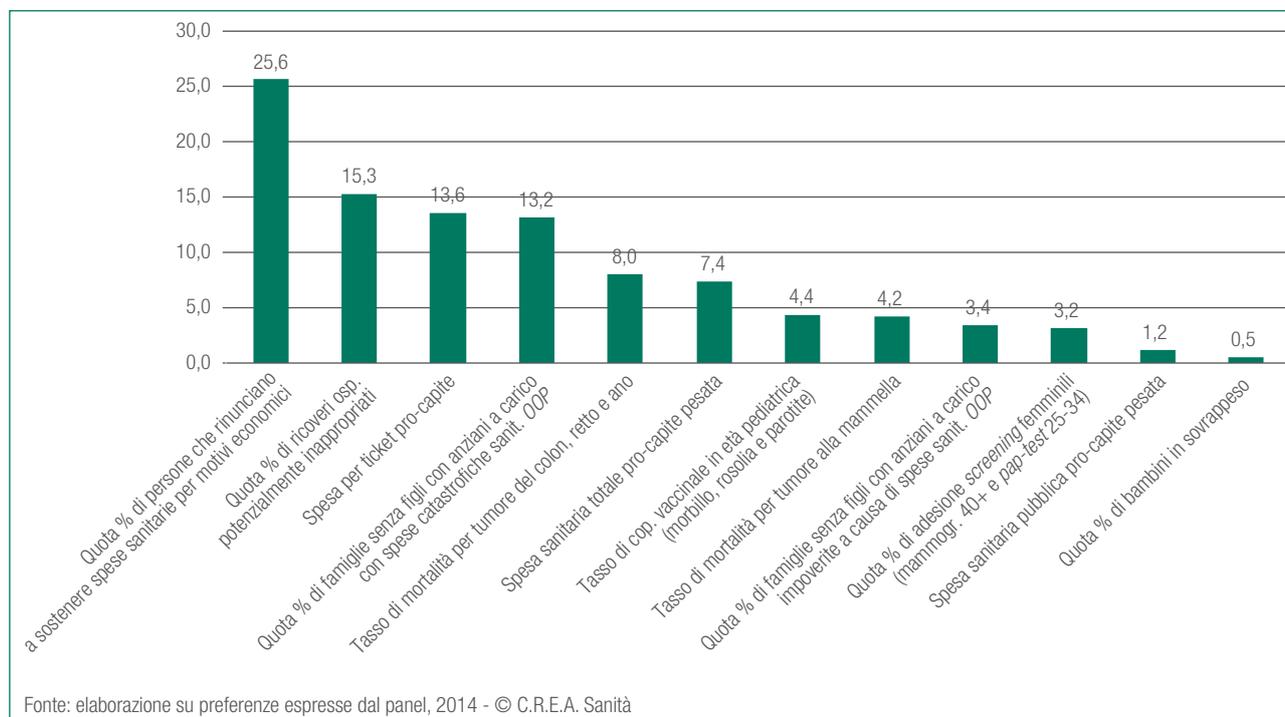
Sulla base delle preferenze relative espresse è stato possibile nel terzo *step* definire "i tassi di sostituibilità", non solo tra i singoli indicatori, ma anche fra le relative Dimensioni di *Performance*.

Complessivamente i primi quattro indicatori, 'Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici', 'Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati', 'Spesa per *ticket* pro-capite' e 'Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie *Out of pocket*', contribuiscono alla *Performance* dei SSR per oltre il 67%. Quelli che contribuiscono meno, complessivamente pesando per poco meno del 5% sono 'Quota % di adesione agli *screening* femminili (mammogr. 40+ e *pap-test* 25-34)', 'Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata' e 'Quota % bambini in sovrappeso' (Figura 4b. 1).

Anche in questo caso le preferenze appaiono significativamente diverse per categoria di *stakeholder*.

Prendendo in analisi i singoli indicatori, la 'Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati' è quello che per le 'Istituzioni' e gli 'Utenti' contribuisce in maggior misura alla *Performance* (34,0% e 29,1% rispettivamente); peraltro 'Utenti' e 'Istituzioni' sono le

Figura 4b.1. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR (%)



uniche Categorie che attribuiscono un “peso” elevato all’inappropriatezza dei ricoveri.

Per le ‘Professioni sanitarie’ e il ‘Management aziendale’ lo è in maggior misura l’indicatore ‘Spesa sanitaria totale pro-capite pesata’ (23,3% e 12,1% rispettivamente); per l’‘Industria’ contribuisce in maggior misura l’indicatore ‘Quota % di adesione agli screening femminili (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)’ (13,8%).

Possiamo interpretare i risultati notando che le ‘Professioni sanitarie’ ritengono di dover rispondere anche a obiettivi di natura gestionale, ovvero contenere la spesa, sebbene garantendo esiti, appropriatezza e attenzione verso gli anziani fragili.

Si evince che il ‘Management aziendale’ ritenga, come già era apparso evidente l’anno scorso, e come è ovviamente logico per il ruolo ricoperto, che gli sia affidata la dimensione dell’efficienza a tutti i livelli: in primis rappresentata da spesa ed appropriatezza, ma cresce, e diventa primaria l’attenzione verso gli esiti delle cure.

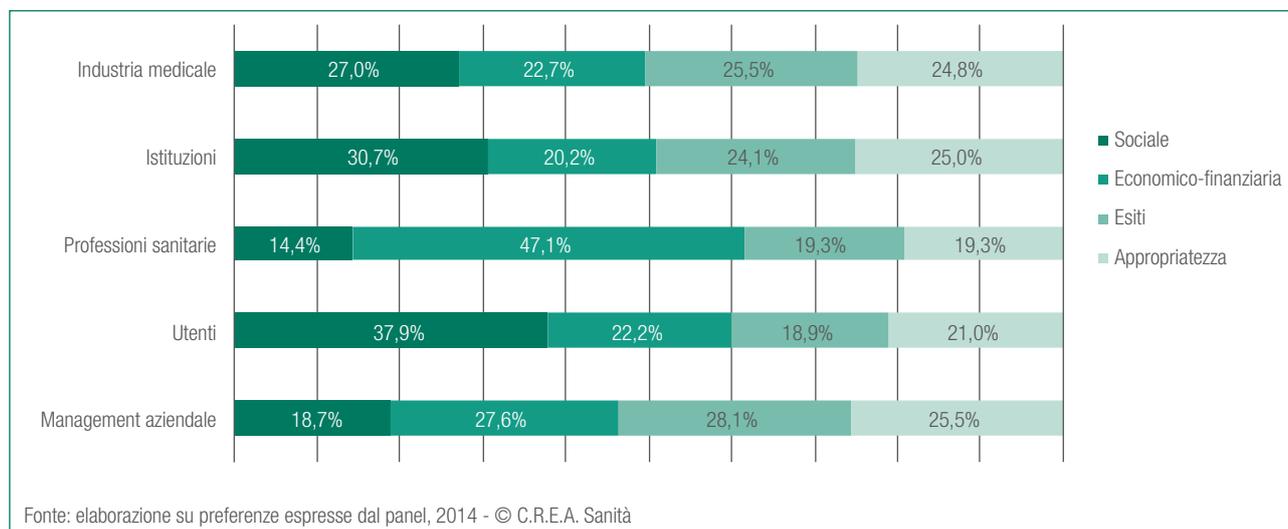
Le ‘Istituzioni’ ritengono che la Performance dei SSR dipenda in maggior misura dalla appropriatezza, rappresentata dalla quota di ricoveri inappropriati (34,0%),

attribuendo pesi omogenei a tutti gli altri indicatori selezionati. Questa Categoria, rispetto a quanto riscontrato nella prima edizione, sembra essersi avvicinata alla visione degli ‘Utenti’, allontanandosi da quella delle ‘Professioni sanitarie’ (in verità sono queste ultime che in questa seconda edizione hanno notevolmente aumentato il “peso” attribuito della Dimensione ‘Economico-finanziaria’).

La Categoria ‘Industria medica’ è quella che dà un maggiore “peso” effettivo alla prevenzione, seguito dall’impoverimento delle famiglie con anziani a causa delle spese sanitarie.

In sintesi, in questa seconda edizione è leggermente aumentato il contributo della Dimensione ‘Sociale’ alla Performance, raggiungendo il 44,0% (37,4% nella precedente), e fortemente quello della ‘Economico-finanziaria’, che ha raggiunto il 33,0% a fronte del 20,5% della precedente. È anche leggermente aumentato il contributo della dimensione ‘Esiti’ con il 9,4% (8,9% nella precedente), mentre si è invece ridotto di più del 50% il contributo dell’‘Appropriatezza’ raggiungendo il 13,6%, a fronte del 33,2% dello scorso anno (Figura 4b.2)

Figura 4b.2. Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per Categoria



Per la Categoria ‘Utenti’ le Dimensioni ‘Sociale’ ed ‘Economico-finanziaria’ contribuiscono per più del 60% alla Performance di un sistema sanitario (37,9% e 22,2% rispettivamente); le altre Dimensioni, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’, seguono rispettivamente con 18,9% e 21,0%.

Un peso “importante” alla Dimensione ‘Sociale’ viene dato anche dalle altre Categorie (30,7% per le ‘Istituzioni’, 28,1% per il ‘Management aziendale’ e 27,0% per l’Industria medicale), ad eccezione delle ‘Professioni sanitarie’ per le quali contribuisce solo per 14,4%, sebbene tutta concentrata sull’indicatore che considera gli anziani.

Per quest’ultima Categoria la Dimensione ‘Economico-finanziaria’ contribuisce per il 47,1% alla Performance, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’ in egual misura (19,3%).

Per la Categoria del ‘Management aziendale’, la dimensione ‘Esiti’ contribuisce in maggior misura per il 28,1%, seguita da quella ‘Economico-finanziaria’ con il 27,6%, da quella ‘Appropriatazza’ con il 25,5% ed infine da quella ‘Sociale’ con il 18,7%.

Una situazione di sostanziale omogeneità dei contributi, che conferma quanto già riscontrano nella precedente edizione, si riscontra per la Categoria ‘Industria medicale’: ‘Sociale’ per il 27,0%, ‘Esiti’ per il 25,5%, ‘Appropriatazza’ per il 24,8% ed ‘Economico-finanziaria’ per il 22,7%.

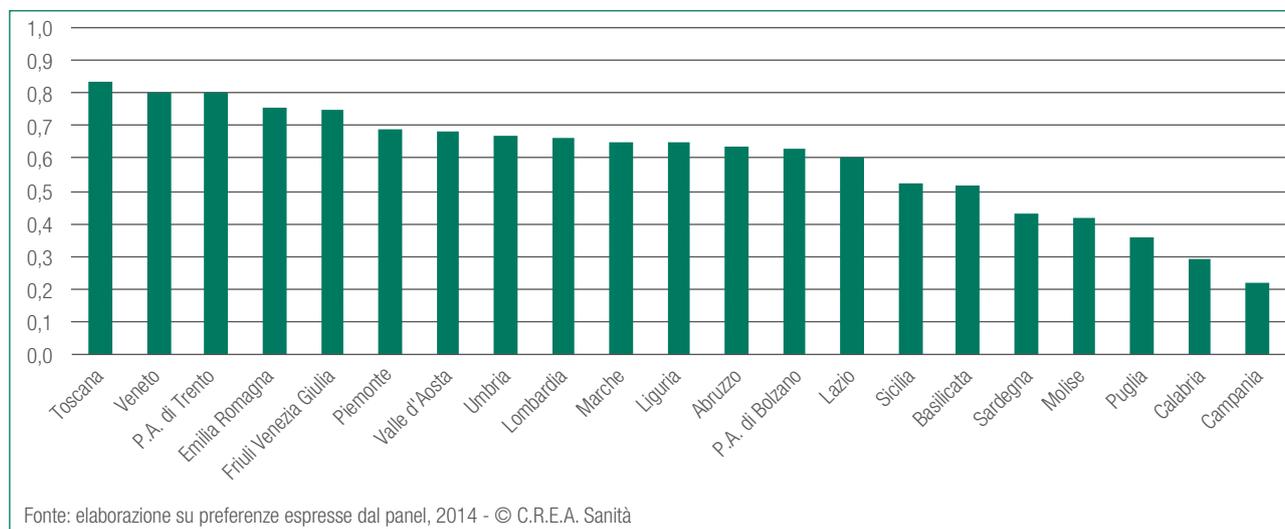
Prendendo in analisi la Categoria delle ‘Istituzioni’, la Dimensione ‘Sociale’ contribuisce alla Performance

del SSR per il 30,7%, seguita dalla Dimensione ‘Appropriatazza’ per il 25,0%; Dimensione ‘Esiti’ per il 24,1% e dalla Dimensione ‘Economico-finanziaria’ viene ultima con il 20,2%.

Dall’analisi della misura della Performance ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di stakeholder rappresentate nel Panel di Esperti, l’indice oscilla da un massimo di 0,83 ad un minimo di 0,21: il primo valore è associato al SSR della Toscana ed il secondo a quello della Regione Campania (Figura 4b. 3).

A cinque SSR è associato una misura di Performance superiore a 0,70 (70% della Performance massima teoricamente ottenibile); a nove SSR (Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, Umbria, Lombardia, Marche, Liguria, Abruzzo, Lazio e P.A. di Bolzano) un valore superiore a 0,60; e a sette, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania, un valore inferiore o circa pari a 0,50.

Una mera “interpretazione grafica” sembra far emergere 5 Regioni “complessivamente eccellenti” (Toscana, Veneto, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Piemonte) un folto gruppo di Regioni “con Performance complessive in media accettabili”, e un gruppo di Regioni con Performance complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, ad eccezione della Basilicata.

Figura 4b.3. Misura di *Performance* dei SSR

Anche in questa edizione, come discusso nel paragrafo precedente, è risultato evidente come differenti *stakeholder* sono portatori di diverse valutazioni delle *Performance* dei SSR.

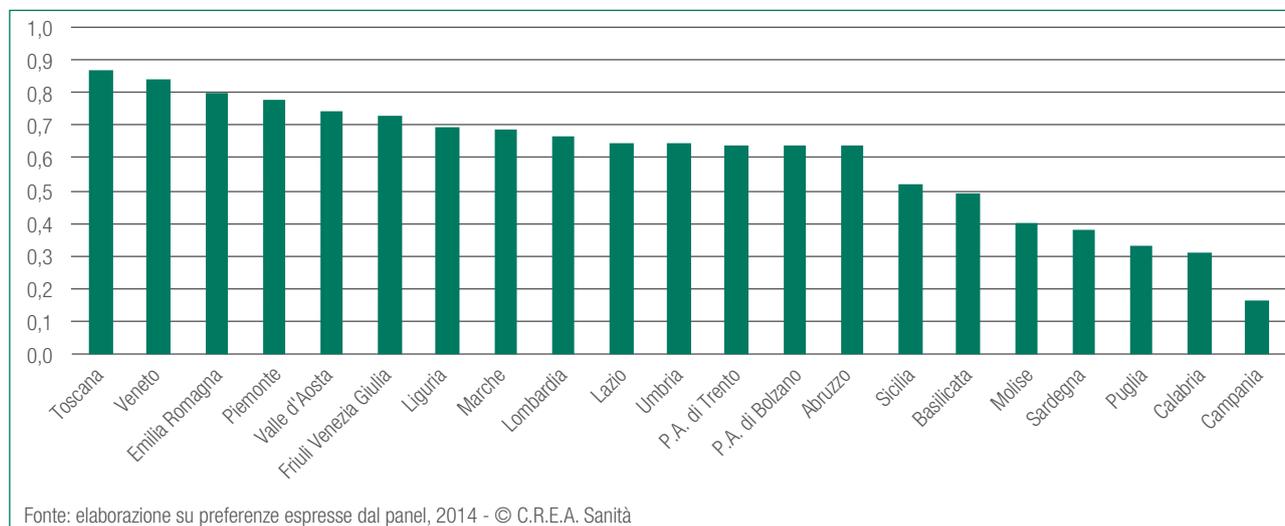
Si riportano di seguito i *ranking* ottenuti distinti per Categoria.

#### 4b.2.1. Misura di *Performance* SSR categoria 'Utenti'

Per la Categoria 'Utenti', la misura di *Performance* dei SSR varia dallo 0,88 del Veneto allo 0,17 del SSR

campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana ed Emilia Romagna hanno una misura di *Performance* compresa tra 0,80 e 0,88 (Figura 4b.4).

Nella prospettiva della categoria 'Utenti' i SSR emiliano e piemontese recuperano una posizione diventando rispettivamente terzo e quarto. Veneto e Toscana invertono le loro posizioni diventando rispettivamente primo e secondo. Il SSR laziale recupera due posizioni. Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Puglia, Calabria e Campania.

Figura 4b.4. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Utenti'

#### 4b.2.2. Misura di *Performance* SSR categoria 'Professioni sanitarie'

Secondo la Categoria 'Professioni sanitarie' la misura di *Performance* varia dallo 0,88 della Toscana allo 0,21 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,63; Toscana, P.A. di Trento, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna compreso tra 0,81 e 0,88 (Figura 4b.5)

Rispetto alla valutazione complessiva Veneto e P.A. di Trento invertono le loro posizioni diventando rispettivamente terza e seconda; così come Piemonte ed Emilia Romagna che diventano rispettivamente quarta e quinta. Si invertono le ultime due posizioni di Campania e Calabria (penultima e ultima rispettivamente).

Nella prospettiva dei 'Professionisti sanitari' il SSR molisano recupera una posizione (da terz'ultimo a quart'ultimo), quello laziale ne perde una (da tredicesimo a quattordicesimo).

#### 4b.2.3. Misura di *Performance* SSR categoria 'Industria medicale'

Per la categoria 'Industria medicale', la misura di *Performance* varia dallo 0,84 di Toscana e Veneto allo 0,20 del SSR calabrese. Solo tre Regioni hanno un va-

lore di *Performance* inferiore allo 0,30: Puglia, Campania e Calabria (Figura 4b.6).

Toscana e Veneto detengono le prime tre posizioni con un indice pari a 0,84.

In questa prospettiva l'Emilia Romagna recupera una posizione diventando terza, ed i SSR calabrese e siciliano ne perdono una diventando rispettivamente ultimo e sedicesimo.

#### 4b.2.4. Misura di *Performance* SSR categoria 'Management aziendale'

Per la categoria 'Management Aziendale' la misura di *Performance* varia dallo 0,80 del Veneto allo 0,24 del SSR calabrese. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana, P.A. di Trento, Piemonte ed Emilia Romagna hanno valori compresi tra 0,73 e 0,80 (Figura 4b.7).

Veneto e Toscana, Piemonte ed Emilia Romagna, Campania e Calabria invertono le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.

#### 4b.2.5. Misura di *Performance* SSR categoria 'Istituzioni'

Per la categoria delle 'Istituzioni', la misura di *Per-*

Figura 4b.5. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'

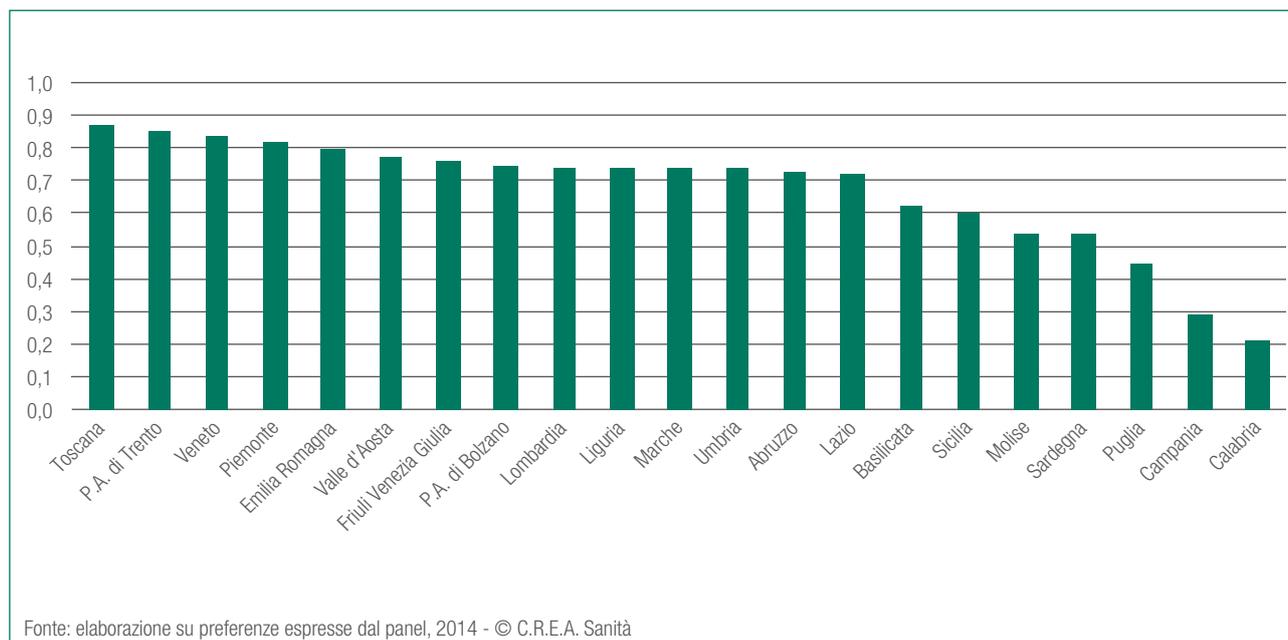
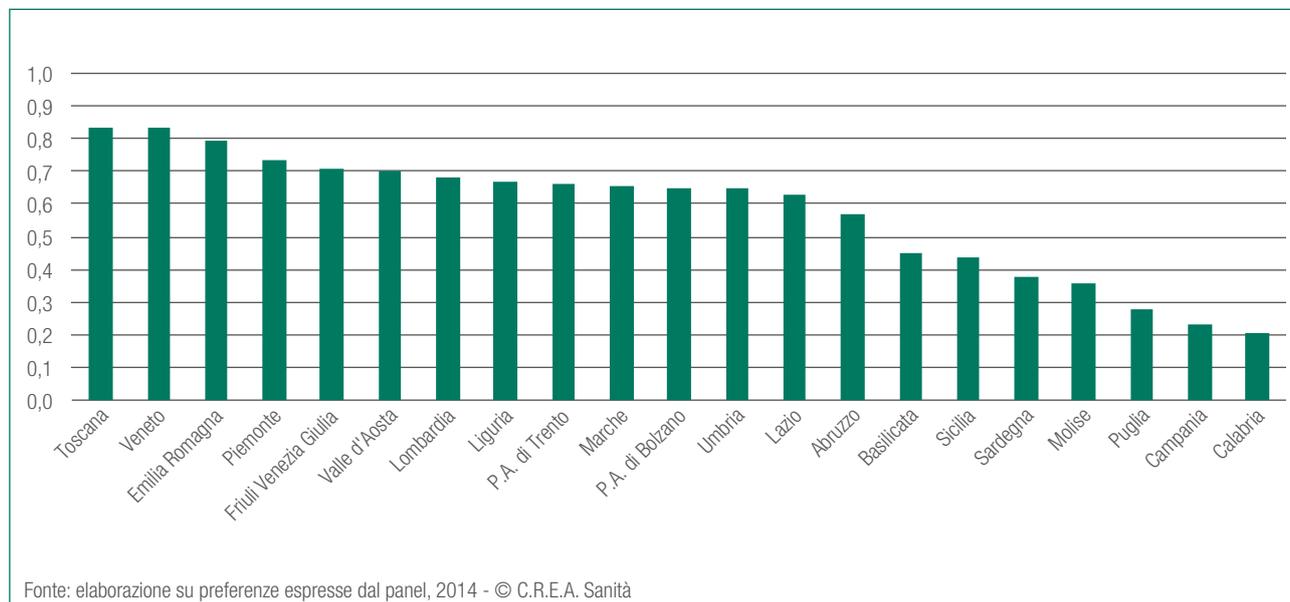
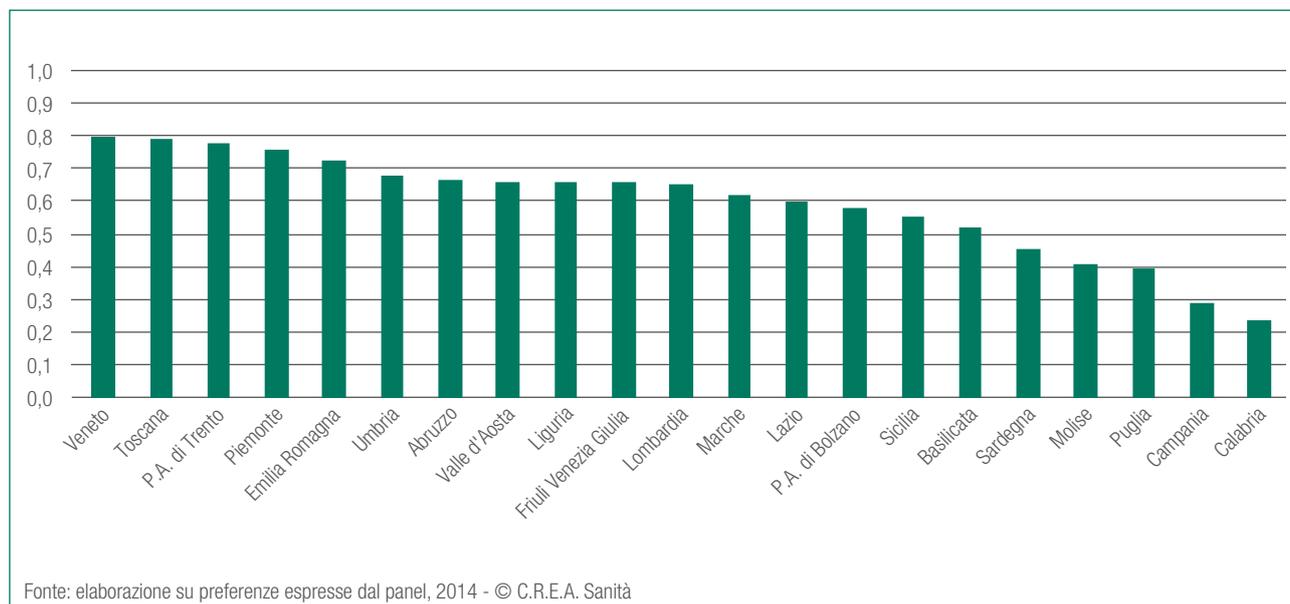


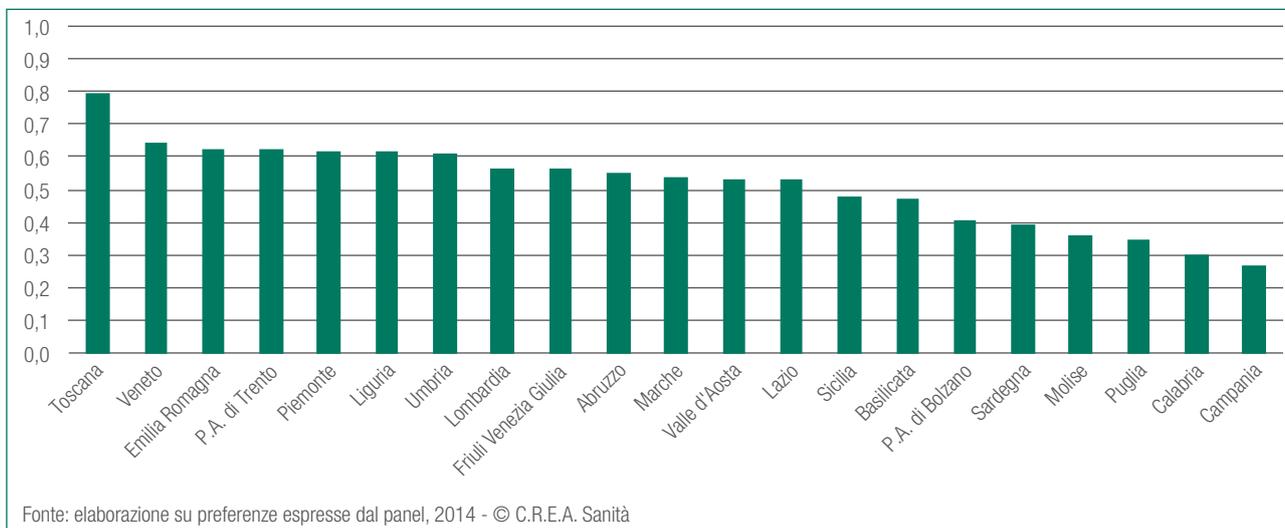
Figura 4b.6. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Industria medicale'Figura 4b.7. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Management aziendale'

formance varia dallo 0,80 della Toscana allo 0,27 del SSR campano. Subito dopo la Toscana, seguono con misure di *Performance* pressoché simili (da 0,61 a 0,65) sei SSR: Veneto, Emilia Romagna, P.A. di Trento, Piemonte, Liguria e Umbria. Le ultime quattro Regioni, Molise, Puglia, Calabria e Campania, hanno invece indici di *Performance* inferiori a 0,40 (Figura 4b.8).

La Toscana conserva la prima posizione per questa categoria, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna.

Il SSR emiliano recupera una posizione rispetto alla valutazione complessiva, quello ligure ne recupera cinque diventando sesto.

Le ultime quattro mantengono invariate le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.

Figura 4b.8. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Istituzioni'

### 4b.3. Riflessioni e contributi alla politica sanitaria

Anche in questa seconda applicazione del metodo i risultati ottenuti confermano come le misure di *Performance* non sono neutrali, dipendendo dalle prospettive dei diversi *stakeholders* del sistema: a riprova di ciò, sebbene rimangano sostanzialmente costanti le “classi di merito”, i *ranking* regionali variano al variare della categoria.

Questo risultato ci sembra confermi l'importanza di considerare le differenti visioni e eventualmente di “mediarle” in una prospettiva sociale.

Come detto le “classi di merito” si confermano: alcuni SSR risultano occupare stabilmente sempre le stesse posizioni, indipendentemente dalla prospettiva della categoria; per altre si è detto come la posizione sia variabile a seconda della categoria presa in analisi.

Il progetto “Una misura di *Performance* dei SSR” ha l'ambizione di portare un contributo su due elementi sostanziali negli esercizi di valutazione della *Performance*: il primo è l'importanza di considerare la multi-dimensionalità degli obiettivi: nelle politiche sanitarie tali obiettivi sono molteplici e il “rendere conto”, intrinseco nel concetto di *accountability*, richiede la trasparenza sul focus dell'analisi; il secondo, e fondamentale elemento,

è quello della prospettiva adottata: persone o gruppi di interesse (*stakeholder*) diversi, possono legittimamente avere idee (preferenze) diverse in termini di priorità degli obiettivi.

Per rispondere alle esigenze citate, il *team* di ricerca di C.R.E.A. Sanità ha cercato con questo progetto di implementare un metodo basato sulla elicitazione delle preferenze degli *stakeholder*, mutuato dalla logica della teoria economica, e già reso operativo in approcci tipici delle decisioni multiattributo.

In questa seconda edizione del progetto (anno 2014) si è in particolare evidenziato e confermato che:

- le prospettive dei diversi *stakeholder* non sono effettivamente sovrapponibili;
- 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;
- il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* sono fortemente difforni e, di nuovo, dipendenti dalle preferenze di cui i diversi *stakeholder* sono portatori.

Il confronto fra le due annualità, al di là di alcuni cambiamenti nei *ranking* regionali, permette di apprezzare come il contributo che le varie Dimensioni di analisi danno alla *Performance* varia anche all'evoluzione del

contesto politico in cui si trova il Paese, e quindi le Regioni.

Non appare un caso che per un verso nel secondo anno di analisi si esaspera il contributo alla *Performance* complessiva della dimensione ‘Economico-finanziaria’, ma cresce anche fortemente l’attenzione verso gli esiti, in ossequio al contestuale passaggio delle Regioni in Piano di rientro ad una nuova fase in cui assume importanza, oltre al risanamento finanziario, anche la verifica del rispetto dei LEA.

In qualche modo appare coerente con questa visione l’importanza, più virtuale che effettiva, attribuita agli indicatori di prevenzione, che indica come in una fase di risorse fortemente limitate gli investimenti passano spesso, purtroppo, in secondo piano.

In termini numerici, riepilogando quanto emerso da questa seconda applicazione del metodo, si ha che:

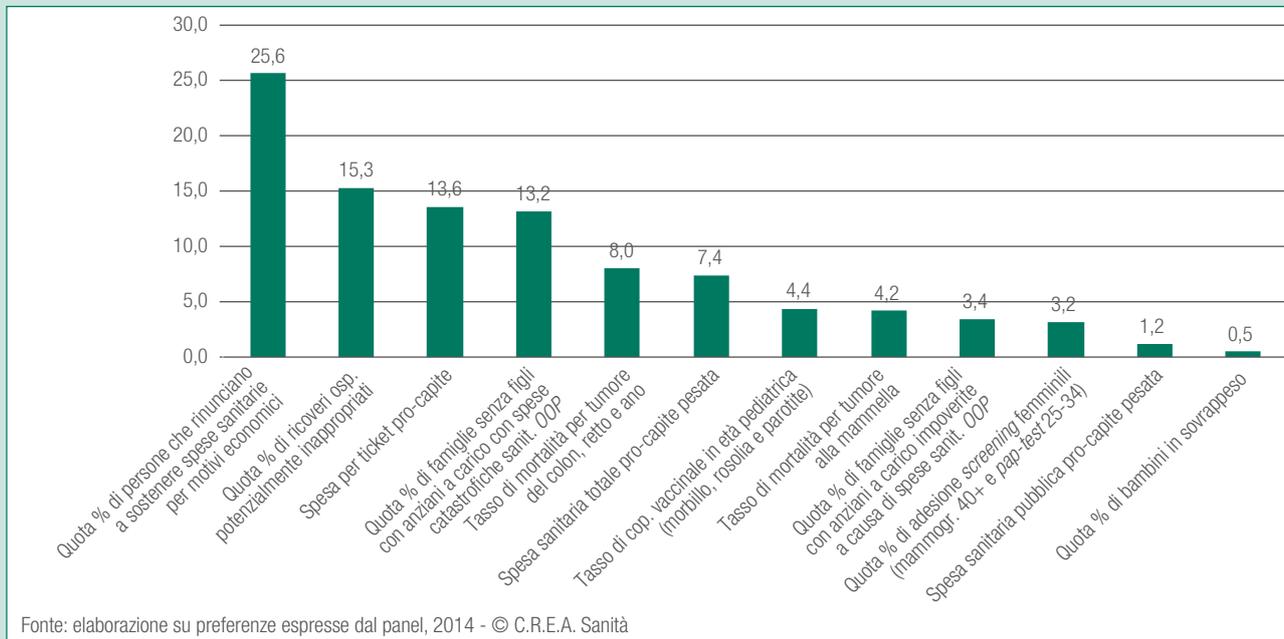
- il valore attribuito alle determinazioni degli indicatori segue logiche razionali; nello specifico, negli indicatori di tipo ‘Sociale’ ed ‘Economico-finanziario’ si percepisce come valori sotto una certa soglia sono considerati inaccettabili, e superate soglie di “buona *Performance*” il beneficio aggiuntivo viene valutato rapidamente decrescente; per gli indicatori di ‘Appropriatezza’ ed ‘Esiti’ sono invece stati definiti degli andamenti lineari, ovvero al migliorare del valore dell’indicatore migliora proporzionalmente quello della *Performance*;
- il contributo della Dimensione ‘Sociale’ è molto forte per ‘Utenti’ (37,9%), ‘Istituzioni’ (30,7%) ed ‘Industria medicale’ (27,0%); quella ‘Economico-finanziaria’ ha un ruolo importante soprattutto per le ‘Professioni sanitarie’ (47,1%) e il ‘*Management* aziendale’ (27,6%); la Dimensione ‘Appropriatezza’ fornisce un contributo importante per le Categorie ‘*Management* aziendale’ (25,5%), ‘Istituzioni’ (25,0%) e ‘Industria Medica’ (24,8%); gli ‘Esiti’ pesano in minor misura per ‘Utenti’ (18,9%) e ‘Professioni sanitarie’ (19,3%);
- rispetto alla precedente edizione è aumentato il “peso” del ‘Sociale’ nella *Performance*, probabilm-

mente a causa della evidente difficoltà che stanno incontrando i cittadini in questo periodo nell’accesso ai servizi dei SSR; ma ancor di più è aumentato il peso dell’Economico-finanziario; in particolare aumenta il “peso” attribuito dalle ‘Professioni sanitarie’ alla dimensione ‘Economico-finanziaria’, probabilmente risentendo del fatto che questi ultimi sono sempre più chiamati a “far quadrare i conti” già nelle loro unità operative, siano esse di servizi (farmacia, etc.), di area clinica, ospedaliera o territoriali;

- i *ranking* della misura di *Performance* dei SSR dipendono dagli indicatori individuati e dalla prospettiva utilizzata; in generale, la misura della *Performance* ottenuta dall’analisi, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di *stakeholder* rappresentate nel *panel* di esperti, da un massimo di 0,83 ad un minimo di 0,22 (nel range 0-1): il primo valore è associato al SSR della Toscana e il secondo a quello della Regione Campania. A cinque SSR è associato una misura di *Performance* superiore a 0,70 (70% della *Performance* massima teoricamente ottenibile); a nove SSR (Friuli Venezia Giulia, Valle d’Aosta, Umbria, Lombardia, Marche, Liguria, Abruzzo, Lazio e P.A. di Bolzano) un valore superiore a 0,60, con le ultime tre su un piano leggermente inferiore alle altre; sette Regioni, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania, ottengono un valore inferiore a 0,60. Una mera “interpretazione grafica” sembra far emergere 5 Regioni “complessivamente eccellenti” (Toscana, Veneto, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Piemonte) un folto gruppo di Regioni “con *Performance* complessive in media accettabili”, e un gruppo di Regioni con *Performance* complessive progressivamente peggiori, che comprende tutto il meridione, ad eccezione della Basilicata.

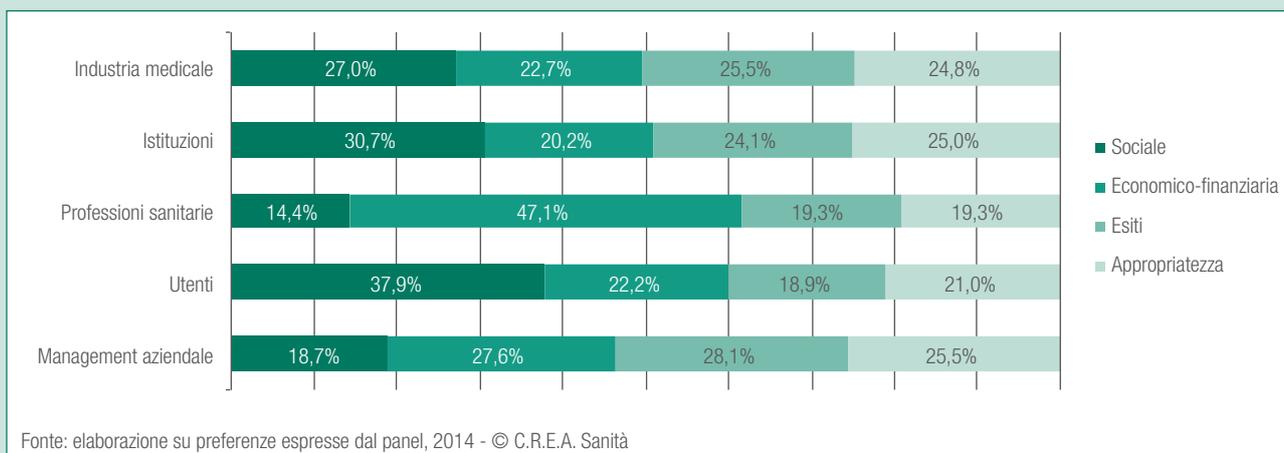
Ci sembra, in conclusione, che la misura proposta, sebbene con i limiti sopra esposti, possa rappresentare uno strumento finalizzato ad incentivare il miglioramento e la crescita delle istituzioni sanitarie, nonché ad orientarne gli interventi di politica sanitaria.

KI 4b.1. Progetto “Una misura di Performance dei SSR” (II edizione). Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR. Valori %, anno 2014



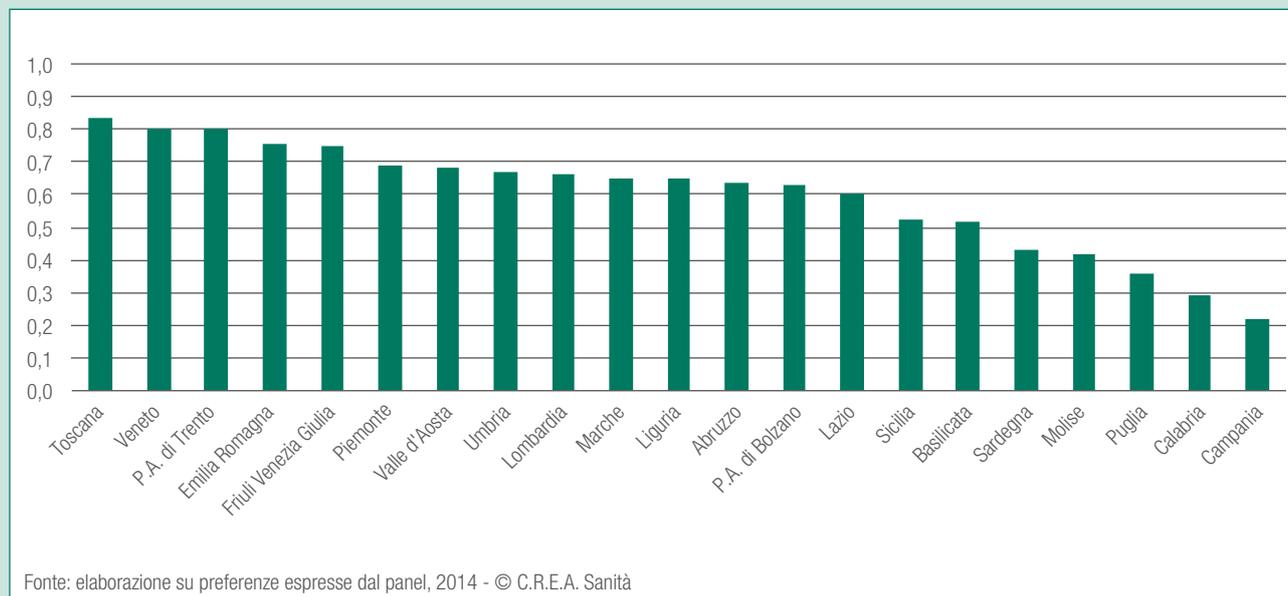
Con riferimento al Progetto “Una misura di Performance dei SSR” (II edizione), di cui si è parlato nella monografia del capitolo 4b, sulla base delle preferenze relative espresse è stato possibile costruire “i tassi di sostituibilità”, non solo tra i singoli indicatori, ma anche fra le relative Dimensioni di Performance. Complessivamente i primi quattro indicatori, ‘Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici’, ‘Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati’, ‘Spesa per ticket pro-capite’ e ‘Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie Out of Pocket’, contribuiscono alla Performance dei SSR per oltre il 67%. Quelli che contribuiscono meno, complessivamente pesando per poco meno del 5% sono ‘Quota % di adesione agli screening femminili (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)’, ‘Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata’ e ‘Quota % bambini in sovrappeso’.

KI 4b.2. Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR - Per categoria di stakeholder. Valori %, anno 2014



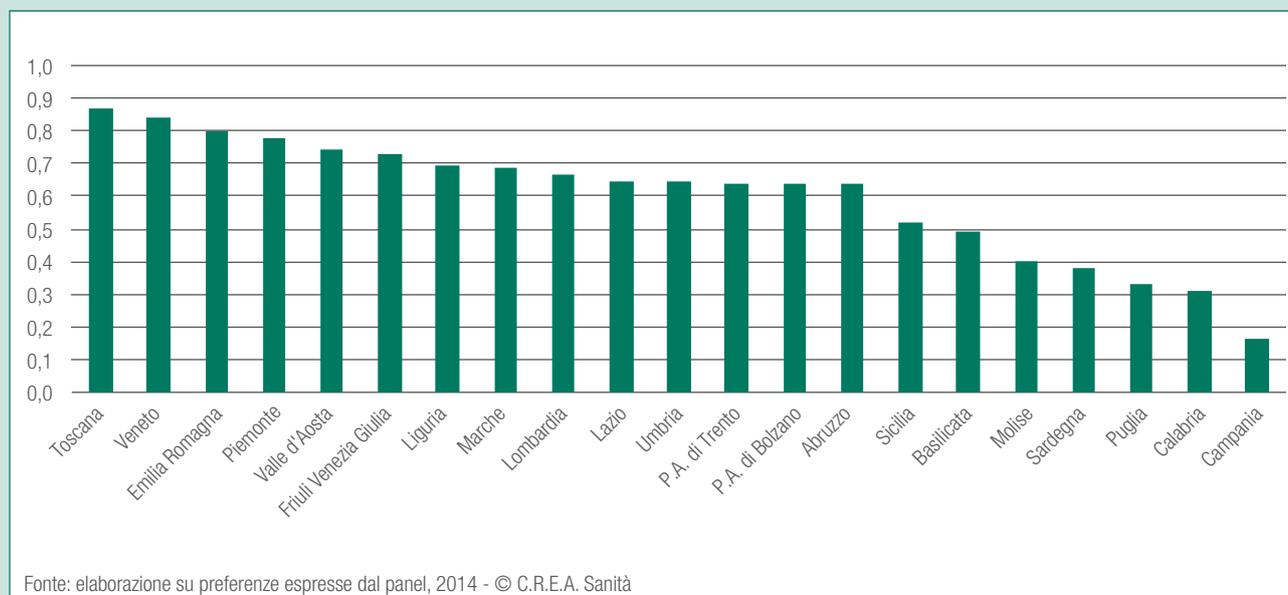
Per la Categoria ‘Utenti’ le Dimensioni ‘Sociale’ ed ‘Economico-finanziaria’ contribuiscono per più del 60% alla Performance di un sistema sanitario (37,9% e 22,2%); le altre Dimensioni, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’, seguono rispettivamente con 18,9% e 21,0%. Un peso “importante” alla Dimensione ‘Sociale’ viene dato anche dalle altre Categorie (30,7% per le ‘Istituzioni’, 28,1% per il ‘Management aziendale’ e 27,0% per l’industria medicale), ad eccezione delle ‘Professioni sanitarie’ per le quali contribuisce solo per 14,4%, sebbene tutta concentrata sull’indicatore che considera gli anziani. Per quest’ultima Categoria la Dimensione ‘Economico-finanziaria’ contribuisce per il 47,1% alla Performance, ‘Esiti’ ed ‘Appropriatazza’ in egual misura (19,3%). Per la Categoria del ‘Management aziendale’, la dimensione ‘Esiti’ contribuisce in maggior misura per il 28,1%, seguita da quella ‘Economico-finanziaria’ con il 27,6%, da quella ‘Appropriatazza’ con il 25,5% ed infine da quella ‘Sociale’ con il 18,7%.

#### KI 4b.3. Misura di *Performance* dei SSR. Valori assoluti, anno 2014



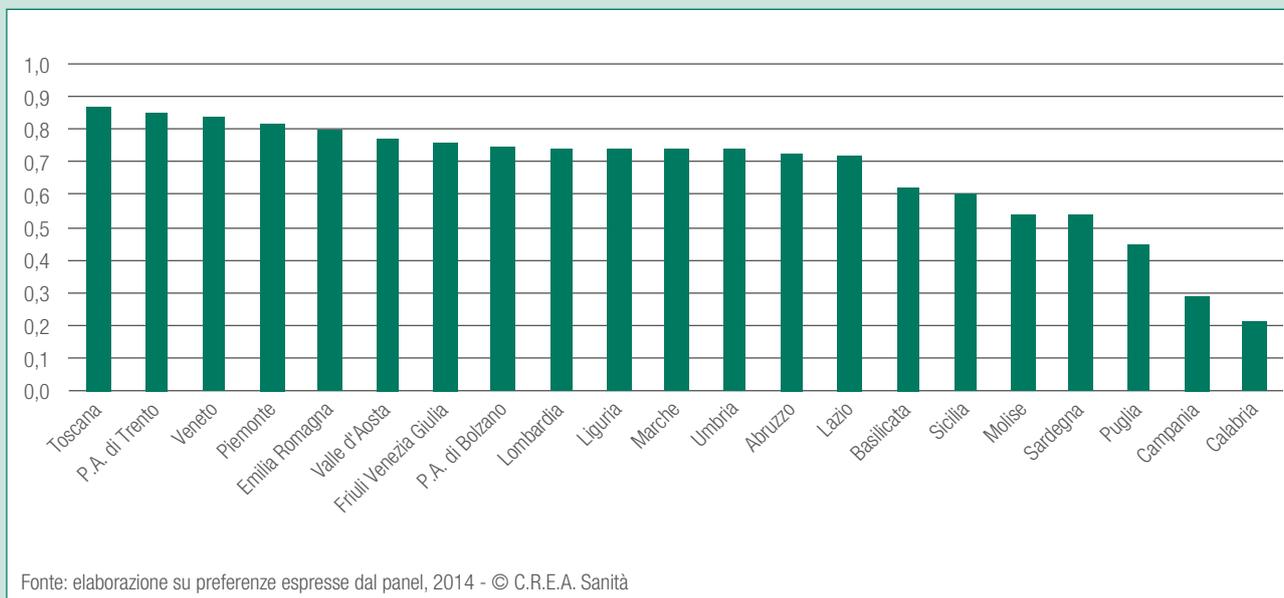
Dall'analisi della misura della *Performance* ottenuta, sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le Categorie di *stakeholder* rappresentate nel Panel di Esperti, l'indice oscilla da un massimo di 0,83 ad un minimo di 0,22: il primo valore è associato al SSR della Toscana ed il secondo a quello della Regione Campania. A cinque SSR è associato una misura di *Performance* superiore a 0,70 (70% della *Performance* massima teoricamente ottenibile); a nove SSR (Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Umbria, Lombardia, Marche, Liguria, Abruzzo, Lazio e P.A. di Bolzano) un valore superiore a 0,60; e a sette, Sicilia, Basilicata, Sardegna, Molise, Puglia, Calabria e Campania, un valore inferiore o circa pari a 0,50.

#### KI 4b.4. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Utenti'. Valori assoluti, anno 2014



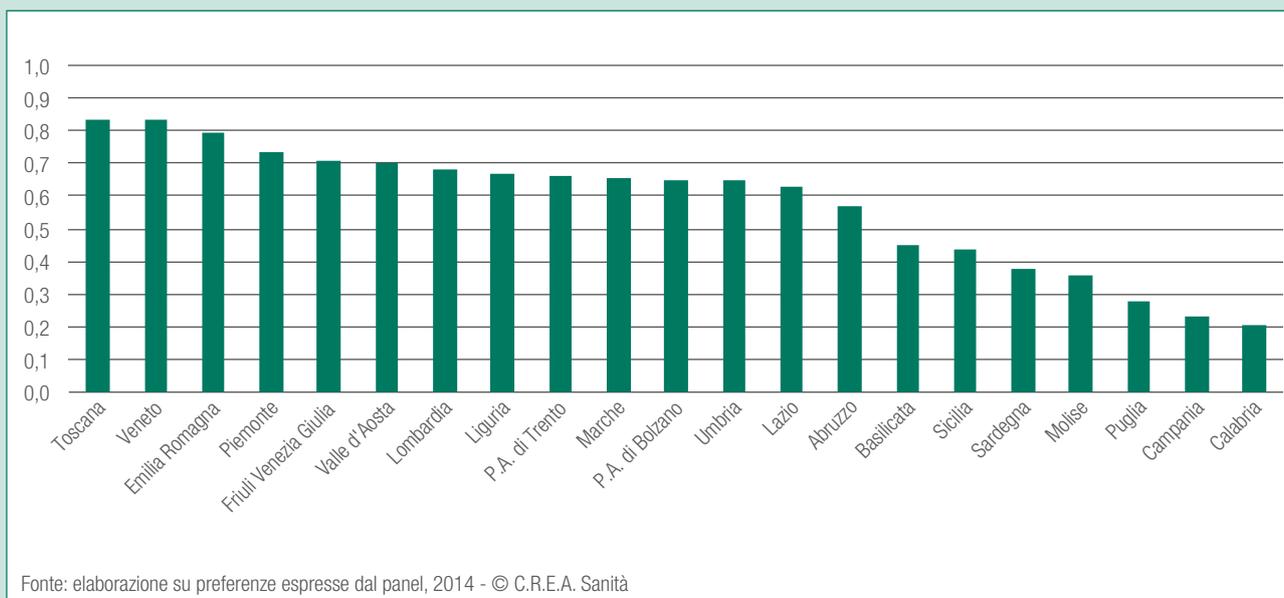
Per la categoria 'Utenti', la misura di *Performance* dei SSR varia dallo 0,88 del Veneto allo 0,17 del SSR campano. Tutti delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana ed Emilia Romagna hanno una misura di *Performance* compresa tra 0,80 e 0,88. Nella prospettiva della Categoria 'Utenti' i SSR emiliano e piemontese recuperano una posizione diventando rispettivamente terzo e quarto. Veneto e Toscana invertono le loro posizioni diventando rispettivamente primo e secondo. Il SSR laziale recupera due posizioni. Restano invece invariate le ultime tre posizioni di Puglia, Calabria e Campania.

KI 4b.5. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'. Valori assoluti, anno 2014

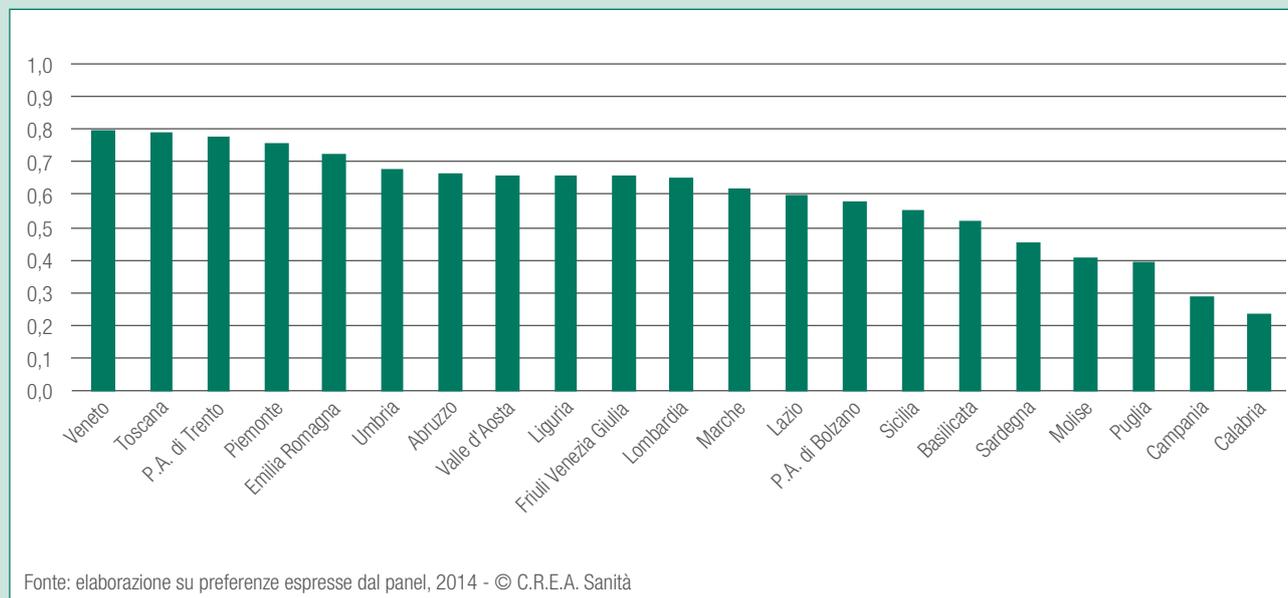


Secondo la Categoria 'Professioni sanitarie' la misura di Performance varia dallo 0,88 della Toscana allo 0,21 del SSR campano. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,63; Toscana, P.A. di Trento, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna compreso tra 0,81 e 0,88. Rispetto alla valutazione complessiva Veneto e P.A. di Trento invertono le loro posizioni diventando rispettivamente terza e seconda; così come Piemonte ed Emilia Romagna che diventano rispettivamente quarta e quinta. Si invertono le ultime due posizioni di Campania e Calabria (penultima e ultima rispettivamente). Nella prospettiva dei 'Professionisti sanitari' il SSR molisiano recupera una posizione (da terz'ultimo a quart'ultimo), quello laziale ne perde una (da tredicesimo a quattordicesimo).

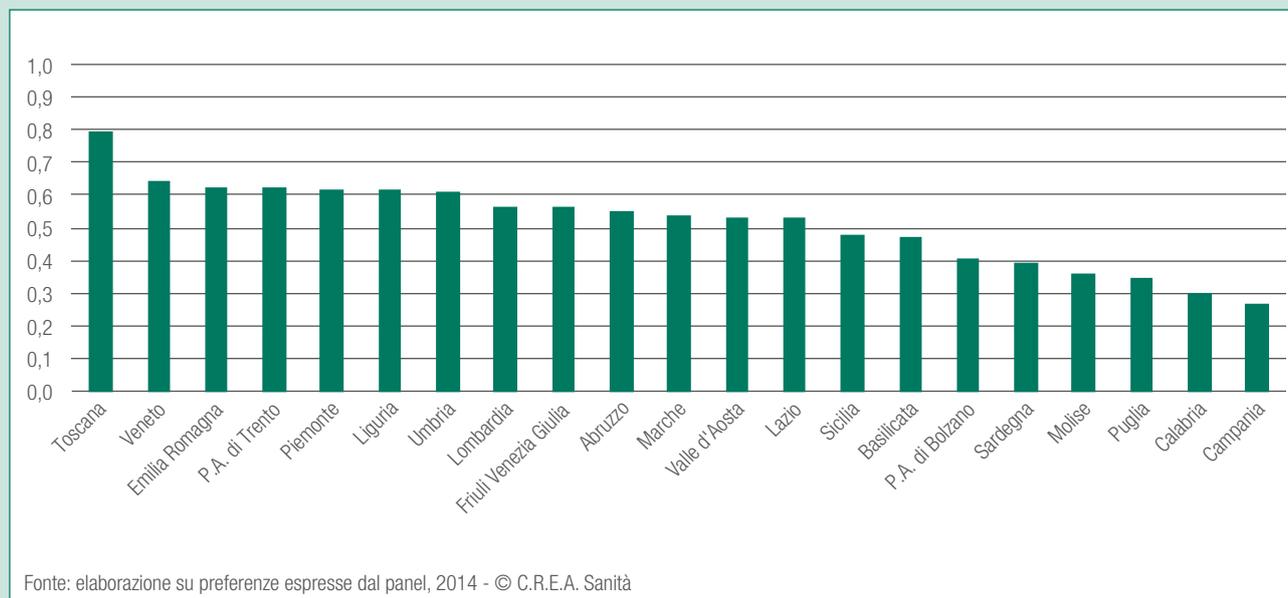
KI 4b.6. Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Industria medicale'. Valori assoluti, anno 2014



Per la categoria 'Industria medicale', la misura di Performance varia dallo 0,84 di Toscana e Veneto allo 0,20 del SSR calabrese. Solo tre Regioni hanno un valore di Performance inferiore allo 0,30: Puglia, Campania e Calabria. Toscana e Veneto detengono le prime tre postazioni con un indice pari a 0,84. In questa prospettiva l'Emilia Romagna recupera una posizione diventando terza, ed i SSR calabrese e siciliano ne perdono una diventando rispettivamente ultimo e sedicesimo.

KI 4b.7. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Management Aziendale'. Valori assoluti, anno 2014

Per la categoria 'Management Aziendale' la misura di *Performance* varia dallo 0,80 del Veneto allo 0,24 del SSR calabrese. Tutti i SSR delle Regioni del Sud hanno un indice inferiore a 0,55; Veneto, Toscana, P.A. di Trento, Piemonte ed Emilia Romagna hanno valori compresi tra 0,73 e 0,80. Veneto e Toscana, Piemonte ed Emilia Romagna, Campania e Calabria invertono le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.

KI 4b.8. Misura di *Performance* dei SSR - Categoria 'Istituzioni'. Valori assoluti, anno 2014

Per la Categoria delle 'Istituzioni', la misura di *Performance* varia dallo 0,80 della Toscana allo 0,24 del SSR calabrese. Subito dopo la Toscana, seguono con misure di *Performance* pressochè simili (da 0,65 a 0,63) sei SSR: Veneto, Emilia Romagna, P.A. di Trento, Piemonte, Liguria e Umbria. Le ultime quattro Regioni, Molise, Puglia, Calabria e Campania, hanno invece indici di *Performance* inferiori a 0,40. La Toscana conserva la prima posizione per questa Categoria, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna. Il SSR emiliano recupera una posizione rispetto alla valutazione complessiva, quello ligure ne recupera cinque diventando sesto. Le ultime quattro mantengono invariate le loro posizioni rispetto alla valutazione complessiva.





# *Chapter 4 – Summary*

## **Performance evaluation**

**4a. A synthesized measure of the equity level of the Regional Health Services**

**4b. An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (II edition)**



## Chapter 4 - Summary Performance evaluation

*d'Angela D.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

In the field of healthcare, assessment of *Performance* 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 of *Performance* 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: results (clinical, but not only clinical) are certainly important, but so are care appropriateness, process efficiency, decision fairness and others that may be proposed.

Even assessment methods are 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 *Performance* dimensions and in particular:

- the definition of a single index indicating the equity level of RHSs (Regional Health Services, chapter 4a), obtained by “aggregating” the indicator for the share of families who resort to *Out Of Pocket (OOP)* social-healthcare expenditure, the indicator for the share of the population that abstains from OOP for economic reasons and indicators for impoverishment and “catastrophic” (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).

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome.

## Chapter 4a - Summary

### A synthesized measure of the equity level of the Regional Health Services

*d'Angela D.<sup>1</sup>*

The Italian National Health Service (ITA-NHS) may be classified as a universalistic-type social insurance that aims not only at promoting the health of the population but also - and fundamentally - at insuring the individuals against the onset of the economic burdens resulting from diseases.

Drawing inspiration from the proposal made by the World Health Organization<sup>2</sup>, we have endeavored to evaluate the level of response of the system in terms of safeguarding people against the economic risks arising from illness in the recent economic recession phases.

In particular, we have analyzed the social and health costs privately sustained by households with a view to relating them to the capacity to pay of the latter, also evaluating the “effects” of the application of the systems of copayments exemptions copayments, also considering whether a few expense typologies are “indispensable” or not.

Furthermore, with a view to providing a synthetic indicator that might allow appreciating the trend over time of the equity-related dimension, we have “aggregated” the indicator of the share of households that have recourse to Out Of Pocket - OOP social and healthcare expenses with the indicator of the share of the population that give up OOP expenses for economic reasons and the indicators of impoverishment and “catastrophic payments”.

If, on the one hand, the growth in household consumption reported in 2013 may well herald an economic recovery of the Country, on the other hand the increase in the share intended for social and health care (4.1% in 2013 and 4.4% in 2014, according to ISTAT - Na-

tional Institute of Statistics data) is disquieting, since it evidently represents a want in providing the Minimum Health Care Levels (MHCL) from the NHS.

In terms of equity-related impact, in 2013 the incidence of both impoverishment phenomena for social and health care OOP expenses and catastrophic payments has kept on decreasing. With respect to 2012, there are nearly 100,000 fewer impoverished households and 40,000 fewer households meeting with catastrophic expenses. However, it may not be neglected that, always with respect to 2012, there are 1.6 million fewer individuals that have sustained OOP social and health care expenses and that over 5% of the population gives them up a priori for economic reasons.

In terms of response of the system to the protection of the population against economic risks arising from illness, it would seem that the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, as well as Friuli Venezia Giulia and Veneto, are the Regions with the best response, while Campania, Calabria, Puglia and Abruzzo instead rank at the bottom.

Those giving up are for the most part households in the medium-low quintiles that pay prevalently for drugs, visits and diagnostic exams (80-90% of the social and health care OOP expenses).

The private OOP expenditure for drugs and specialist visits increases with the average income of the Regions population, though it would seem that the system of copayments exemptions in Puglia and Sicilia does not ensure a sufficient protection of the individuals in the recourse to these expenses. On the other hand, the phenomenon would seem to be limited in Campania

<sup>1</sup> CREA Sanità, “Tor Vergata” Rome University.

<sup>2</sup> WHO proposed the integration between the classical ex ante measures on the financing side, and the ex post factors (burden space), based on the comparison between out of pocket (OOP) health costs sustained by families and their capacity to pay (CTP)

and Calabria with respect to the recourse to drugs consumption, and in Campania and Sardegna with respect to the recourse to specialist visits.

The correlation existing between the phenomenon of renunciation and impoverishment, which is instead absent with respect to catastrophic payments, definitely shows that the problem lies in the incidence of extensive shares of low-income population rather than in the cost of the services.

At the same time, equity issues are closely connected with the levels of per capita public spending, and this confirms the importance of the public health service redistribution, and problems relative to the allocation of the resources.

The 14.5% increase in OOP expenses reported in the ISTAT preliminary data relative to 2014, together with the € 2.35 billion ITA-NHS funding cut provided for by

recent measures gives rise to the problem of how much of the maneuver is going to prove an efficiency-related improvement and how much is going to prove a further exacerbation of the cost-sharing arrangements.

Considering the latter scenario, it would seem advisable for the cost sharing burden to be shouldered by those having greater resources since, otherwise, there is the risk that impoverishment and renunciations will increase once again to a considerable extent.

Quite naturally, this gives rise to the problem of an appropriate income recognition as, otherwise, there is the risk that the copayments exemption policies will turn into a strong factor of iniquity.

In perspective, a significant growth of the OOP expense is likely to go along with a greater recourse to complementary forms of health insurance, the growth of which in recent years has become already evident.

## Chapter 4b - Summary

### An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (II edition)

*d'Angela D.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

The chapter reports the results of the second 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 for subsequent composition.

The application of this method, on an experimental basis, has involved a panel of 38 experts, belonging to 5 different categories of stakeholders ("Users", "Healthcare professions", "Medical industry", "Management" and "Institutions").

The selected (a priori) dimensions of performance are:

- outcome;
- appropriateness;
- economic and financial;
- social (fairness).

Allowing a 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, Toscana ranks first, in the overall assessment and in "Healthcare Professionals", "Institutions" and "Industry" stakeholders; Veneto in "User" and "Management" perspectives. At the opposite side of the scale, the region of Calabria ranks last, leaving the bottom position to Campania for "Users" and "Institutions".

In the overall assessment, the perspective of the "Management" and "Institutions" implies a smaller gap between the best and worst regional values (greater than 0.41 in a scale 0-1); instead, the gap is larger with regard to the perspective of the "Users" and "Healthcare professionals" (minimum value of 0.10 for "Users").

The contribution to the overall performance of the "Outcome" dimension is almost negligible for the "Users", "Healthcare Professionals" and "Institutions", and increases only for the "Management", probably because the former believe that the differences in the regional results are not a critical factor.

The contribution of the "Economic and Financial" dimension is paradigmatic, being very low for the "Institutions", and, instead, a priority for the "Healthcare professionals" (47.1% of the overall Performance).

The "Social" dimension is linked to equity, and plays an key role in the measurement of the performance for "Users" (37.9%) and "Institutions" (30.7%), lower for the other categories.

Finally, the dimension of "Appropriateness" provides

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome.

an important contribution to performance for “Management” (25.5%), “Institutions” (25.0%) and “Medical industry” (24,8%); the lowest contribution is for “Health-care professionals” (19.3%).

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.



performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
HTA  
cura  
investimenti  
sviluppo  
italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare  
economia

## *Capitolo 5*

### **Prevenzione:**

la questione (aperta) della spesa in Italia  
e le strategie nazionali e internazionali



## Capitolo 5

### Prevenzione: la questione (aperta) della spesa in Italia e le strategie nazionali e internazionali

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

#### 5.1. Introduzione

Che la prevenzione assuma un ruolo centrale nella Sanità pubblica ed in particolare nel contrasto alle malattie e altri rischi per la salute dei cittadini, è da tempo riconosciuto sia a livello internazionale che nazionale.

Sono molti i documenti in cui si ribadisce l'importanza delle strategie di prevenzione da adottare; si pensi a *Europe 2020*, il Terzo programma dell'Unione Europea per la Salute (2014-2020), oppure al "Piano d'azione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020"<sup>2</sup>.

In sostanza, le strategie di prevenzione dell'OMS e della Commissione Europea si sono mosse, fin dagli anni 2000, seguendo due filoni principali:

- il contrasto ai fattori di rischio modificabili;
- il contrasto alle malattie trasmissibili prevenibili da vaccino.

Dalle stime effettuate dall'OMS risulta che in Italia la perdita di quasi il 70% degli anni di vita sia imputabile alle patologie cerebro-cardiovascolari e ai tumori, così come accade nella maggior parte dei Paesi europei (*Health a Glance* 2014). Appare dunque prioritario cercare di ridurre l'incidenza di tali malattie o perlomeno ritardarne l'insorgenza. La prevenzione permette di acquisire anni di vita in buona salute, riducendo potenzialmente i costi di assistenza sanitaria, rappresentando quindi un investimento, che in alcuni casi si può tradurre in un costo evitato. La soluzione da perseguire richiede un approccio multidisciplinare: politico, sanitario, economico, legale, sociologico.

Se si analizzano le strategie adottate nel nostro Paese, notiamo tra le linee programmatiche del Ministero della Salute la «valorizzazione delle *policies* relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata». In particolare, nell'"Atto di indirizzo per l'anno 2016" la prevenzione è la prima delle macroaree su cui andranno a incidere le scelte strategiche della politica sanitaria del triennio 2016-2018, in termini di opportunità e vincoli. In particolare, nel documento si evince la volontà di porre attenzione "al bilanciamento delle attività di prevenzione delle malattie trasmissibili (soprattutto di rilevanza epidemica) e di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili". Questo sembra preludere al nuovo piano di prevenzione vaccinale, e alla priorità dell'azione di promozione della salute, da effettuarsi intervenendo sui quattro principali fattori di rischio modificabili di malattie croniche (alimentazione scorretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol). L'approccio del programma strategico nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari" (approvato con DPCM 4 maggio 2007), che mira a promuovere la salute non solo rinforzando le capacità degli individui (*empowerment*), ma anche modificando il contesto di vita delle persone, vuole quindi essere "intersettoriale" e trasversale.

Tra gli strumenti più rilevanti citiamo il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che si occupa di promozione della salute e prevenzione delle malattie, prevedendo che ogni Regione predisponga e approvi un proprio Piano (Piano Regionale della Prevenzione – PRP). Ad oggi, tutte le Regioni ne sono dotate.

Il PNP 2014-2018, approvato nel novembre 2014,

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

<sup>2</sup> Di cui si è argomentato in: Giordani C., Spandonaro F. (2014), "Prevenzione: lo stato dell'arte su interventi di popolazione e promozione di stili di vita salutari", in 10° Rapporto Sanità, a cura di C.R.E.A. Sanità, 2014

in continuità con gli anni precedenti illustra dieci macro-obiettivi:

1. ridurre il carico delle malattie non trasmissibili;
2. prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
3. promuovere il benessere mentale di bambini e giovani;
4. prevenire le dipendenze;
5. prevenire gli incidenti stradali;
6. prevenire gli incidenti domestici;
7. prevenire infortuni e malattie professionali;
8. ridurre le esposizioni ambientali dannose;
9. ridurre la frequenza delle malattie infettive prioritarie;
10. attuare il Piano nazionale integrato dei controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive è rappresentato dalla vaccinazione; il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2012-2014 (in attesa che venga approvato il nuovo Piano proposto dal Ministero della Salute e in attesa del parere della Conferenza Stato-Regioni) costituisce in tale ambito il documento di riferimento. Il Piano si prospetta come guida alla pianificazione delle strategie di sanità pubblica per la promozione della salute, ponendo tra gli obiettivi specifici la garanzia dell'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale.

Anche il Patto per la Salute 2014-2016, siglato nel luglio 2014, non dimentica l'importanza strategica delle attività di prevenzione, destinandovi € 200 mln. annui e prevedendo la destinazione del 5 per mille della quota vincolata per il PNP all'attività di supporto al Piano da parte dei *network* regionali dell'Osservatorio nazionale *screening, Evidence-based prevention*, Associazione italiana registri tumori (AIRT).

Ancora, si ricorda l'azione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), nato nel 2004 come organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza e prevenzione oltre che di risposta alle emergenze, finanziato con uno stanziamento complessivo per il 2015 di € 9.003.521.

Nel seguito ci si concentrerà sulla determinazione della spesa per prevenzione, sia a livello nazionale che internazionale, e sul fenomeno delle vaccinazioni.

## 5.2. La spesa per la prevenzione in Italia e nel contesto internazionale

Fino al 2014 i dati diffusi da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) sulla spesa in prevenzione vedevano l'Italia in fondo alla classifica. Al nostro Paese veniva attribuita una percentuale dello 0,5% (quota di spesa in prevenzione e salute pubblica su spesa sanitaria corrente), contro il 3,9% della Svezia, e il 6,4% della Nuova Zelanda, questo nonostante i dati ufficiali nazionali parlassero del 4,2% (come argomentato nel prosieguo).

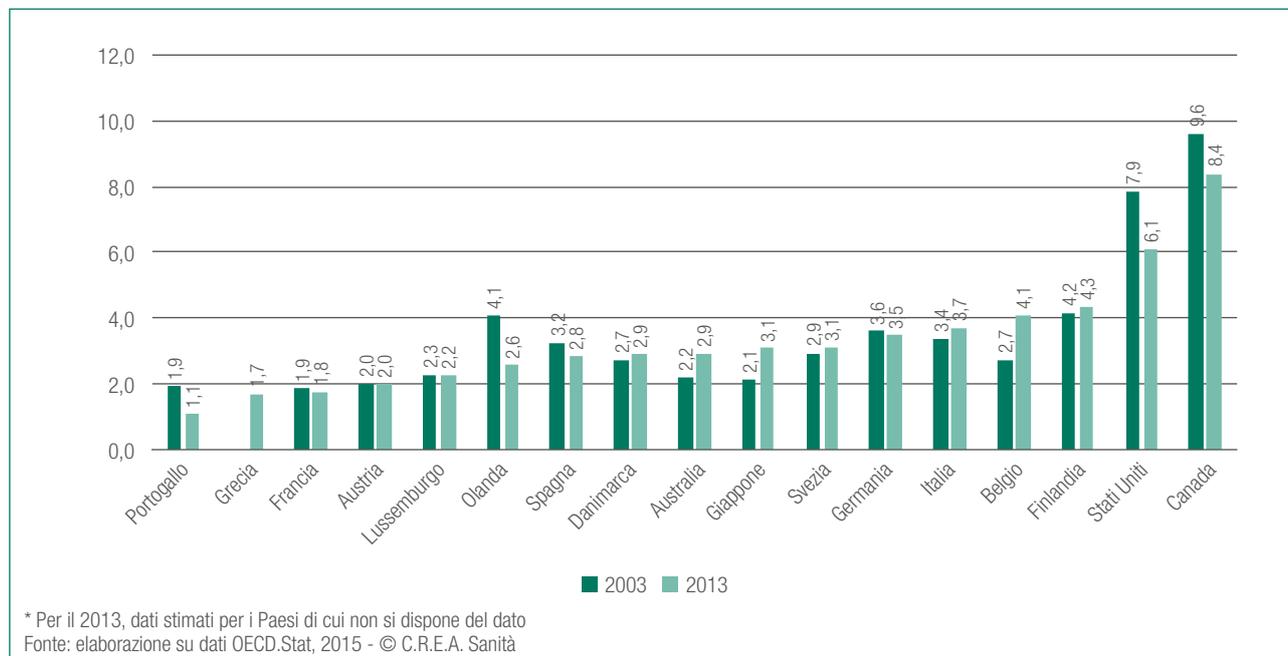
Nel luglio 2015 OECD - in seguito alla implementazione del nuovo "*System of Health Accounts 2011*" - ha fornito una nuova *release* del *database online* (in corso di verifica), ed in base ad essa il dato relativo alla spesa per programmi di prevenzione e salute pubblica nei Paesi OECD è stato corretto. Nella figura 5.1 si riporta la nuova elaborazione (considerando il settore pubblico, non essendo stato il dato del privato fornito da molti Paesi), in base alla quale l'Italia non sarebbe più 'fanalino di coda'.

La spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica (sulla spesa sanitaria pubblica corrente) nel 2013 sarebbe dunque pari nel nostro Paese al 3,7% (3,4% nel 2003), e tra i Paesi europei di cui si dispone dei dati solo Belgio (4,1%) e Finlandia (4,3%) registrerebbero una percentuale maggiore (in ambito extraeuropeo, anche USA (6,1%) e Canada (8,4%), sebbene il dato del Nord America non sembri confrontabile, contenendo presumibilmente anche i costi delle attività svolte dalla medicina generale). Fanalino di coda sarebbe il Portogallo con 1,3%, seguito da Grecia (1,7%), Francia (1,8%) e Austria (2,0%).

Si tratta di risultati che ribaltano le considerazioni fatte fino allo scorso anno, e riconoscono al nostro Paese lo sforzo realizzato, anche se non si può non evidenziare come il contrasto alla crescita della spesa sanitaria negli ultimi anni abbia ridotto gli investimenti in questo campo<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Come ampiamente argomentato nel X Rapporto Sanità a cura di C.R.E.A. Sanità - Università di Roma "Tor Vergata"

**Figura 5.1. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013\***



In particolare appare evidente che pur con una quota di spesa, per esempio, analoga a quella tedesca, essendo ormai la nostra spesa sanitaria notevolmente inferiore a quella europea, la spesa pro-capite in prevenzione italiana, rimane decisamente inferiore a quella media EU.

Si rileva, ancora, come il dato OECD non sia del tutto sovrapponibile all'indicatore rilevato a livello nazionale in tema di prevenzione: in Italia, il Ministero della Salute fornisce il costo relativo al livello essenziale di assistenza (Lea) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli<sup>4</sup>.

Sebbene gli ultimi Patti per la Salute ribadiscano come il 5% del Fondo Sanitario Nazionale debba essere utilizzato per garantire questo Lea, di fatto, per il 2013 ci si attesterebbe<sup>5</sup> ad una percentuale di spesa pubblica inferiore (4,19%, pari a circa €4,83 mld.). Nel 2012 la percentuale era del 4,1%, pari a circa € 4,8 mld.

Utilizzando le percentuali rilevate da Agenas ed i costi da CE forniti dal Ministero della Salute, viene illustrata nella figura 5.2. la stima della composizione della spesa per il Lea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" per il 2013:

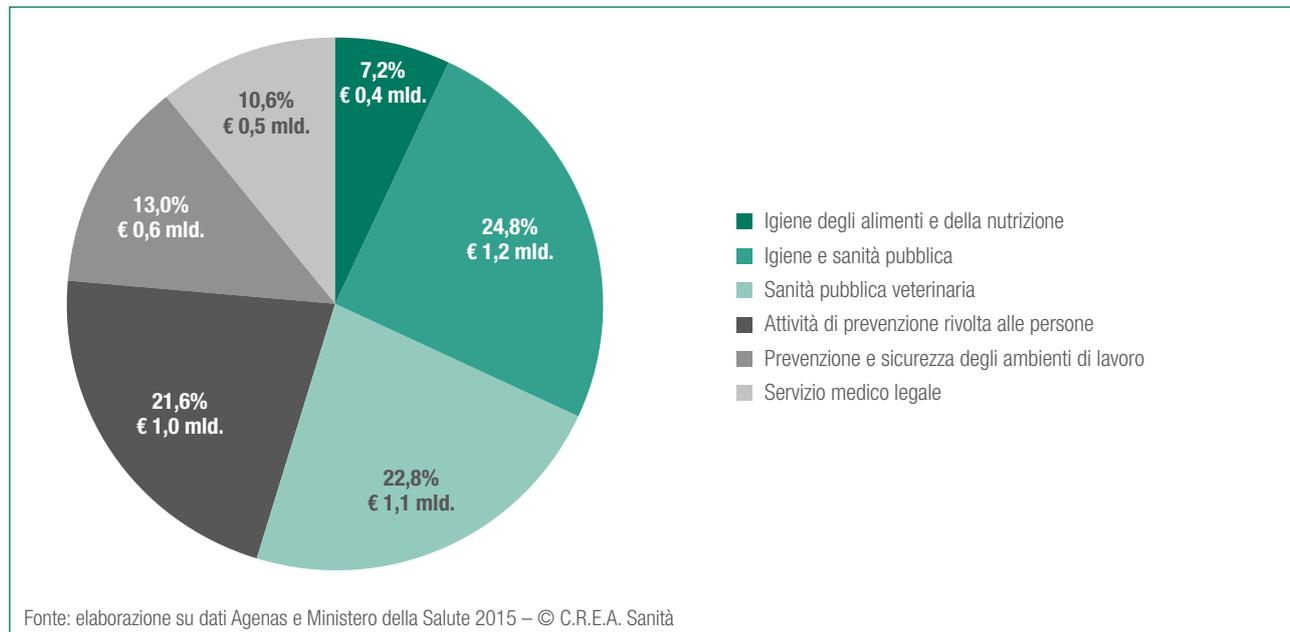
- la percentuale maggiore viene destinata ad attività di igiene e sanità pubblica<sup>6</sup> (24,8%, pari circa a € 1,2 mld.); si spendono poi:

<sup>4</sup> Si comprendono aree di intervento quali: sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali), tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, salute animale e igiene urbana veterinaria, sicurezza alimentare (tutela della salute dei consumatori), sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche (inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*), sorveglianza e prevenzione nutrizionale, valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche

<sup>5</sup> In base ai dati di spesa derivanti dai CE forniti dal Ministero della Salute e alle percentuali indicate da Agenas in "Andamento della spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014"

<sup>6</sup> Profilassi delle malattie infettive e diffuse, tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale e degli ambienti di vita

**Figura 5.2. Ripartizione della spesa sanitaria per livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Valori % e assoluti (€ mld.), anno 2013**



- circa € 1,1 mld. (22,8%) in sanità pubblica veterinaria<sup>7</sup>,
- € 1,0 mld. per attività di prevenzione rivolte alle persone<sup>8</sup> (21,6%),
- € 0,6 mld. per attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro<sup>9</sup> (13,0%),
- € 0,5 mld. per servizio medico legale (10,6%)<sup>10</sup>,
- € 0,4 mld. igiene degli alimenti e della nutrizione (7,2%)<sup>11</sup>.

Passando alla disamina dei costi regionali (figura 5.3), è possibile rilevare la permanenza di una forte eterogeneità territoriale.

Considerando che il valore di riferimento per il Lea stabilito dal Ministero è pari a € 85 pro-capite, nel 2012

(ultimo anno disponibile per il dettaglio regionale) solo 10 Regioni lo rispettano, la maggior parte del Centro-Nord; la disparità è piuttosto evidente: si segnalano in testa, sebbene la confrontabilità del dato non sembri assoluta, Valle d'Aosta con € 156,6 pro-capite, P.A. Bolzano con € 108,1 e Sardegna con € 101,9. In fondo: Friuli V.G. (€ 53,6), P.A. Trento (€ 66,3) e Veneto (€ 69,7).

Nel 2012 il valore Italia si attesta a € 81,6.

Rispetto al 2010, sono 9 le Regioni che vedono aumentare il costo pro-capite per il Lea in esame nel 2012: si segnala il +42,0% della Liguria e il +19,4% del Lazio. Il costo nelle restanti Regioni subisce un decremento: il più alto (-16,8%) in Basilicata, che ha portato la Regione sotto il valore di riferimento.

<sup>7</sup> Sanità animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale

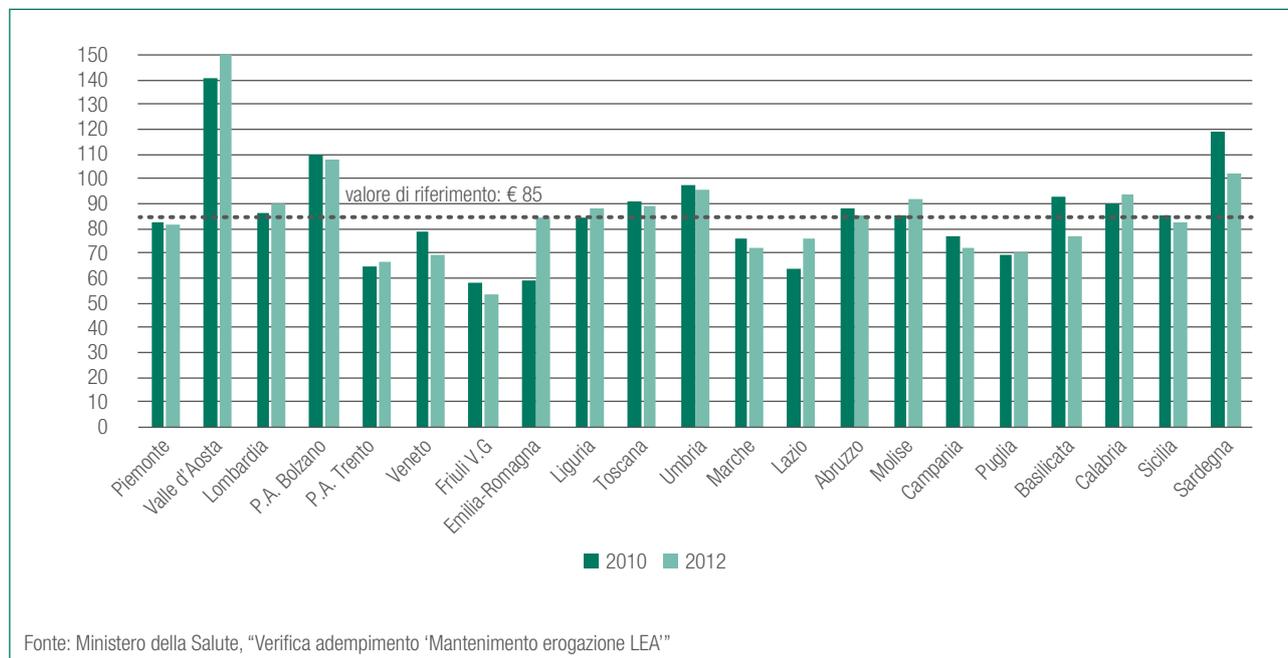
<sup>8</sup> Vaccinazioni obbligatorie e vaccini, programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva, prestazioni specialistiche e diagnostiche obbligatorie per legge o in occasione di epidemie

<sup>9</sup> Individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro

<sup>10</sup> Certificazioni di idoneità sanitaria, accertamenti medico-legali nei confronti dei dipendenti pubblici, idoneità allo svolgimento di particolari mansioni lavorative

<sup>11</sup> Es. Controlli igienico-sanitari su alimenti e bevande, fitofarmaci, additivi e coloranti, prodotti dietetici, prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare, etc.

Figura 5.3. Costo assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2012



### 5.3. Le coperture vaccinali in Italia e nel contesto internazionale

Stando ai dati OMS, la mortalità negli *under5* è passata da 12,6 milioni di decessi nel 1990 a 6,6 nel 2012 e le stime ipotizzano di arrivare a 4,3 nel 2015 con una copertura media globale del 90% contro le principali malattie infettive.

Il Ministero della Salute conferma che "la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (*herd immunity*)"<sup>12</sup>.

Pertanto, è in crescita il fenomeno della *Vaccine Hesitancy* (in italiano, "esitazione vaccinale", termine che comprende i concetti di indecisione, incertezza, ritardo, riluttanza); il tema è complesso e strettamente legato ai differenti contesti, con diversi determinanti: periodo storico, aree geografiche, situazione politica. Un gruppo

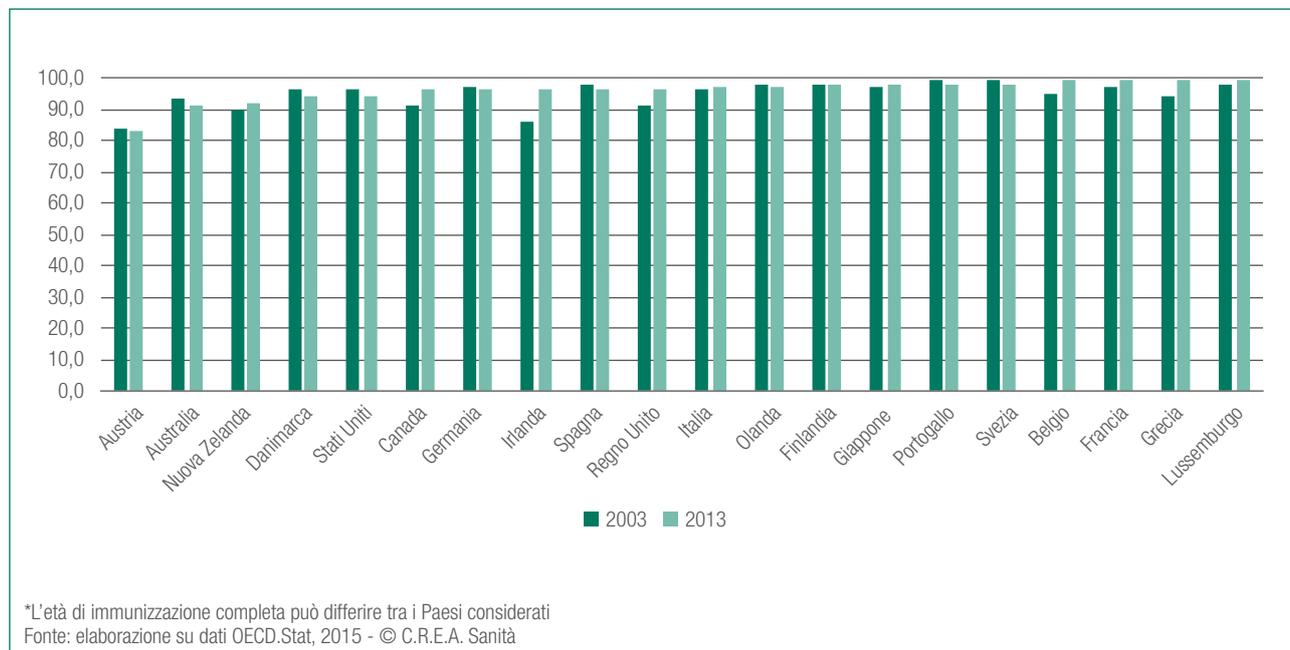
di lavoro creato sul tema dall'OMS nel 2012 (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*) ha raccolto i risultati sulla rilevanza del fenomeno nel raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati, pubblicando ad agosto 2015 un articolo dedicato interamente all'esitazione vaccinale, dal titolo "*WHO Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy*", sulla rivista "*Vaccine*".

Il gruppo di lavoro ha formulato una definizione dell'esitazione vaccinale come un "ritardo nell'adesione o come rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali". Le raccomandazioni finali contenute nel documento si concentrano in tre categorie principali: capire i determinanti della *Vaccine Hesitancy*; evidenziare gli aspetti organizzativi che facilitano l'adesione; valutare gli strumenti necessari per contrastare questo fenomeno.

A luce di quanto sopra, la figura 5.4 mostra come si pone il nostro Paese nel contesto internazionale (EU15 e altri *big* Paesi OECD) con riferimento alle coperture vaccinali pediatriche a un anno (nello specifico, contro DTP - Difterite, Tetano, Pertosse), confrontando il 2003 con l'anno 2013.

<sup>12</sup> Fonte: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

**Figura 5.4. Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi\* di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2003 e 2013**



Tenendo in debito conto che non tutti i Paesi hanno lo stesso calendario vaccinale, e che si considerano i bimbi *under1*, sono 5 i Paesi che nel 2013 non raggiungono il 95% di copertura (Austria, Australia, Nuova Zelanda, Danimarca e Stati Uniti), mentre l'Italia stando a questi dati raggiungerebbe il 97%. In testa alla classifica, col 99% Belgio, Francia, Grecia e Lussemburgo.

Con riferimento al quadro nazionale, il Ministero della Salute raccoglie i dati relativi alle coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi, mostrando come le stesse siano, per quasi tutti gli antigeni, subendo un calo piuttosto significativo. La figura 5.5 mostra i valori 2013 e 2014, evidenziando il fenomeno (cresce, e di quasi 3 punti per 100 abitanti, solo la copertura vaccinale contro la varicella). Anche osservando il *trend* dal 2003 (v. *key indicator* 5.10 in fondo al capitolo), si può notare come le coperture vaccinali pediatriche in esame siano in calo, soprattutto nell'ultimo triennio.

Oltre a questo, colpisce la marcata variabilità regionale, e il fatto che ancora troppe Regioni non raggiungano per nessun antigene la soglia accettabile di copertura (95%).

Le figure dalla 5.6 alla 5.8 mostrano a livello regionale

le coperture vaccinali pediatriche suddivise per antigene, aggiornate al 2014.

In particolare, nel 2014 a fermarsi ad una soglia inferiore per tutti gli antigeni sono (con approssimazioni per eccesso) 8 Regioni, tutte del Nord (Valle d'Aosta, Province Autonome di Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia) tranne che Marche, Campania e Sicilia. La Puglia è molto prossima alla soglia (mancano i dati della Sardegna).

Tra le malattie prevenibili con vaccino c'è anche l'influenza, le cui epidemie stagionali causano ogni anno malattie gravi e decessi negli anziani e nei soggetti con malattie croniche. Alcuni studi statunitensi parlano di \$ 5 md. di costi diretti (principalmente ospedalizzazioni, prestazioni ambulatoriali, terapie) l'anno e di \$ 16,3 md. di costi indiretti (perdite di produttività).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenterebbe un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

Figura 5.5. Coperture vaccinali in età pediatrica in Italia, per singolo antigene. Valori per 100 abitanti (al 24° mese), 2013-2014

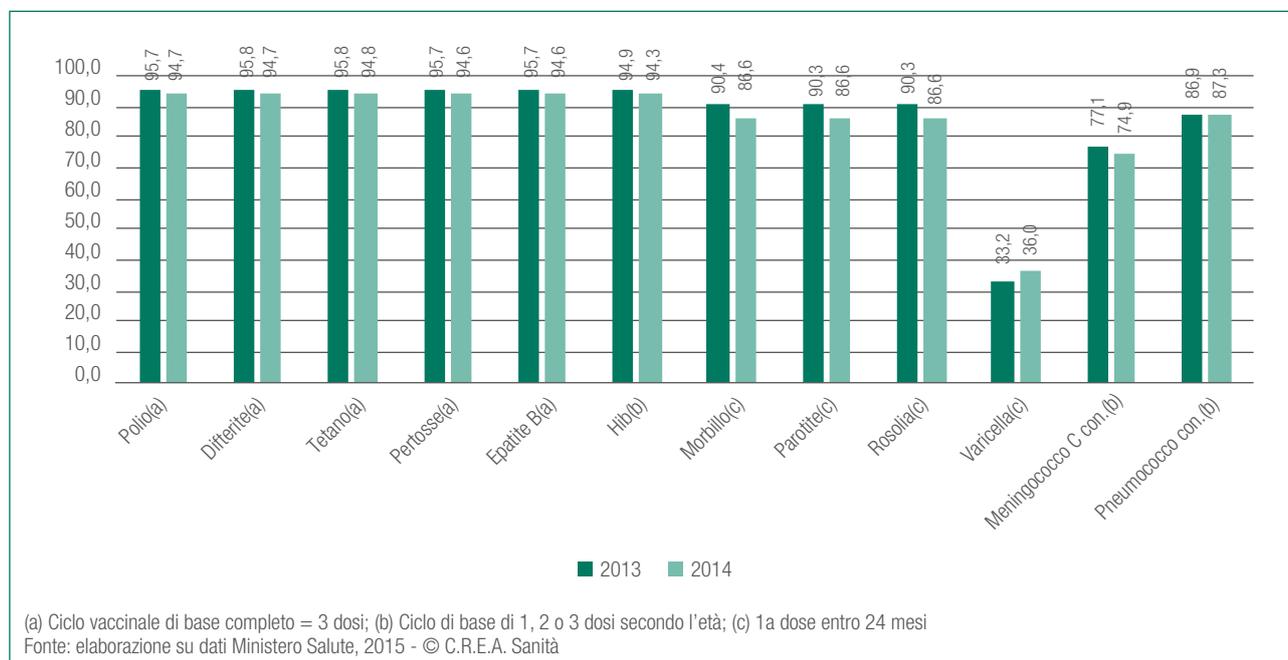
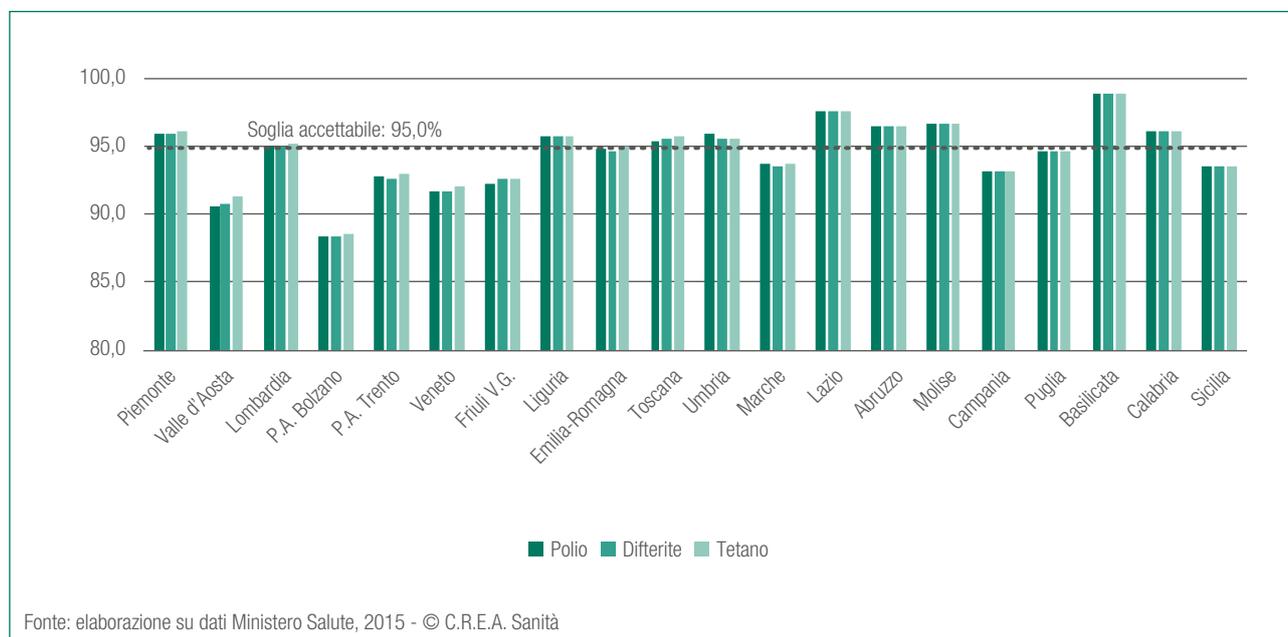


Figura 5.6. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) contro polio, difterite, tetano in Italia, anno 2014



Per ciò che concerne l'individuazione dei gruppi a rischio rispetto alle epidemie di influenza stagionale, ai quali la vaccinazione va offerta in via preferenziale, esiste una sostanziale concordanza, in ambito europeo, sul fatto che principali destinatari dell'offerta di

vaccino antinfluenzale stagionale debbano essere le persone di età pari o superiore a 65 anni, nonché le persone di tutte le età con alcune patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza.

Figura 5.7. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro epatite B, pertosse, Hib in Italia, anno 2014

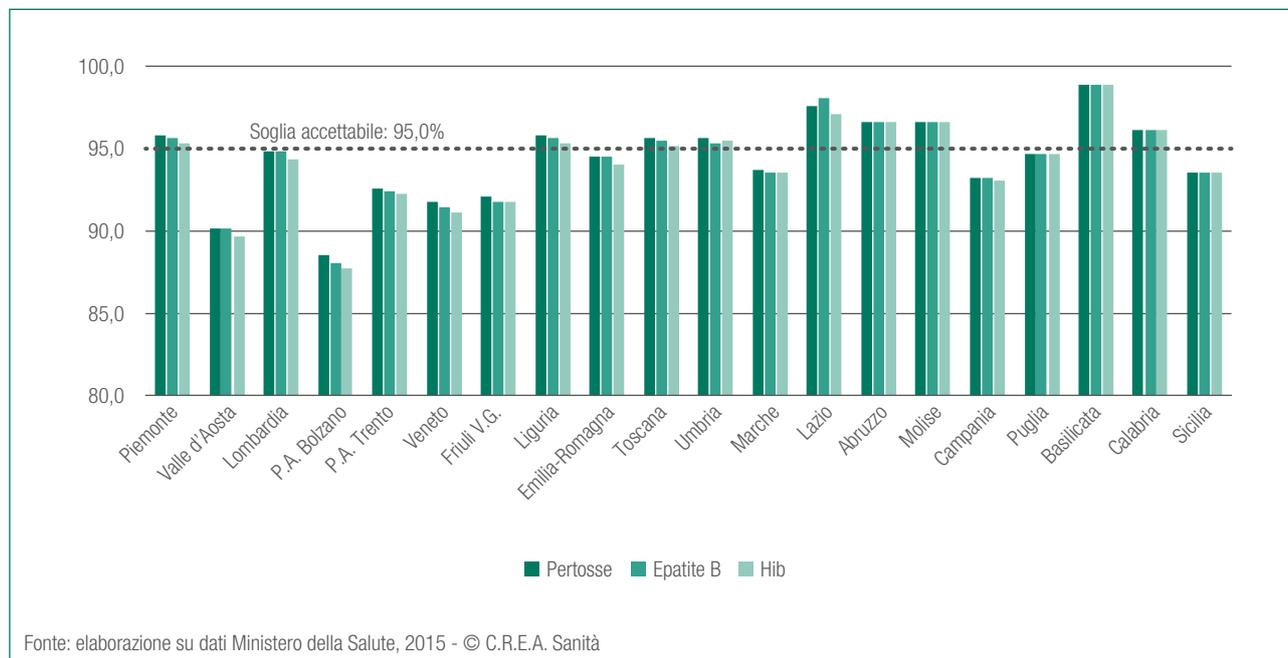
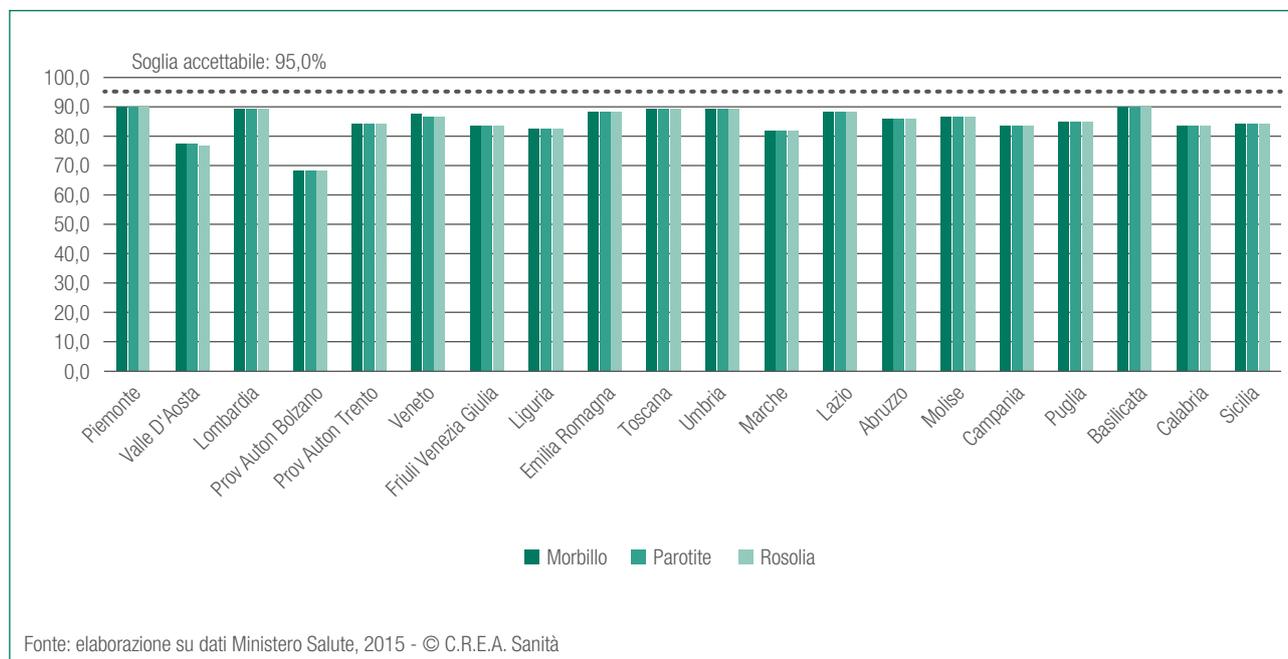


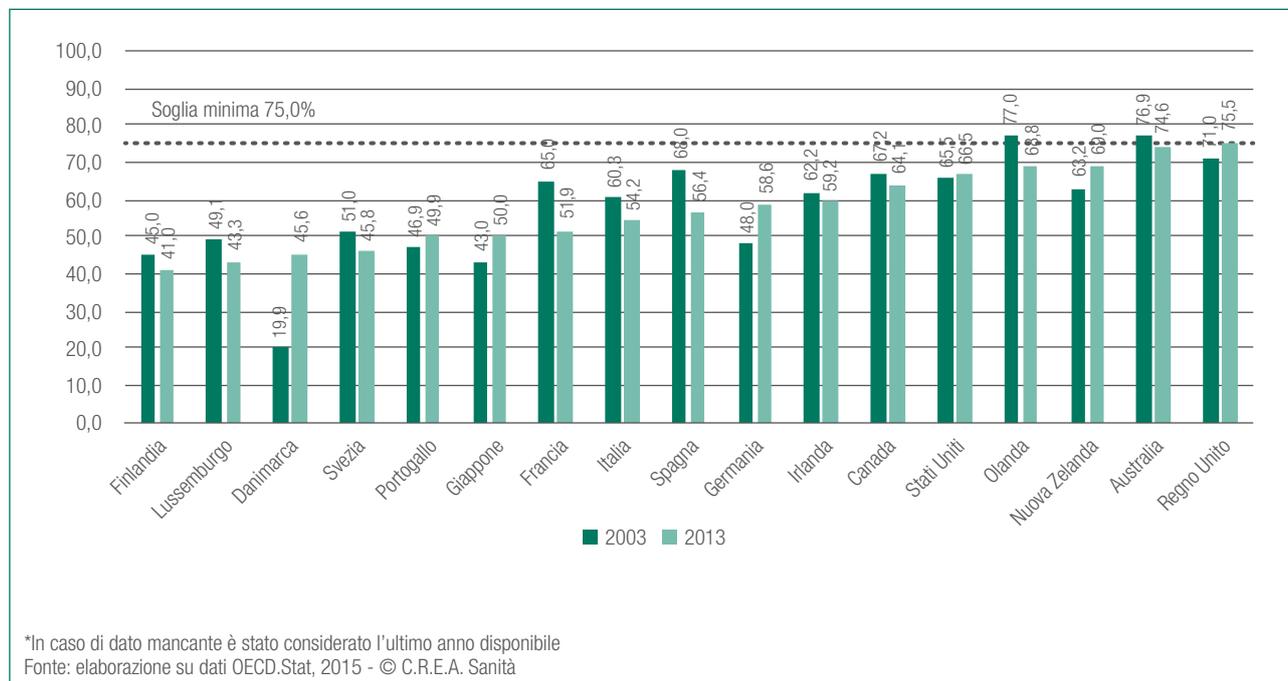
Figura 5.8. Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi (prima dose) contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) in Italia, anno 2014



Per quanto sopra gli obiettivi della campagna vaccinale stagionale, per tutti i gruppi *target*, sono i seguenti:

- il 75% come obiettivo minimo perseguibile;
- il 95% come obiettivo ottimale.

I dati illustrati nella figura 5.9 evidenziano la difficoltà dei Paesi europei e *big OECD* a raggiungere il *target* di copertura vaccinale negli *over65* suggerito dalla raccomandazione. La generalizzata diminuzione rispetto al

Figura 5.9. Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani *over65* in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2003 e 2013\*

2003 è evidente. Secondo lo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), il calo delle vaccinazioni può essere dovuto ai dubbi sulla loro efficacia e alla paura degli effetti collaterali (*Vaccine Hesitancy*), ma anche ai costi del vaccino.

Secondo i dati OECD, in Europa e in altri Paesi membri solo il Regno Unito e l'Australia raggiungono la soglia del 75% nel 2013. L'Italia si assesta al 54,2% (in calo di 6 punti percentuali rispetto al 2003). Ultima la Finlandia con il 41,0%. Si nota un calo del tasso di copertura nell'ultimo decennio nella maggior parte dei Paesi. Tra quelli in cui si registra invece una crescita significativa abbiamo la Danimarca (+25,7%), la Germania (+10,6%), la Nuova Zelanda (+5,8%) e il Regno Unito (+4,5%).

In Italia, stando ai dati del Ministero della Salute, tra la stagione influenzale 1999/2000 e quella 2014/2015 si nota un *trend* in calo delle coperture vaccinali tra gli anziani *over 65* a partire dalla stagione 2005/2006, con momenti di ripresa alternati a momenti di nuovo calo. Si segnala un decremento del -6,8% nelle coperture nella stagione 2014-2015 rispetto alla precedente. In particolare, il valore Italia si attesta al 54,2% per la stagione 2012-2013 (coerentemente col dato OECD), sale

al 55,4% per il 2013-2014 per scendere al 48,6% nella stagione 2014-2015. La figura 5.10 analizza la situazione territoriale.

Anche osservando le realtà regionali si ha la conferma di come la vaccinazione degli anziani *over65* sia in netto calo nella stagione influenzale 2014-2015, allontanandosi dalla soglia minima perseguibile del 75,0%. In particolare, a parte l'Umbria con il 61,8%, nessuna Regione raggiunge neanche il 55,0%, e sono ben 14 quelle che non arrivano neanche al 50,0% (ma il Lazio è in prossimità con 49,5%). Il valore Italia si ferma al 48,6% (contro il 55,4% della stagione precedente). Per quanto concerne la vaccinazione contro il papilloma virus umano (Hpv) per contrastare il cancro della cervice uterina, introdotta nel 2007 con Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2007, stando ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, a distanza di quasi otto anni dall'avvio della copertura vaccinale per ciclo completo di vaccino sembra essersi stabilizzata, senza mostrare l'incremento atteso nelle nuove coorti invitate: si è ancora lontani dal raggiungimento dell'obiettivo stabilito del 95% (con tre dosi di vaccino). Continua inoltre ad essere evidente una forte variabilità regionale, che contrasta con la necessità

Figura 5.10. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) in Italia, anni 2012-2014

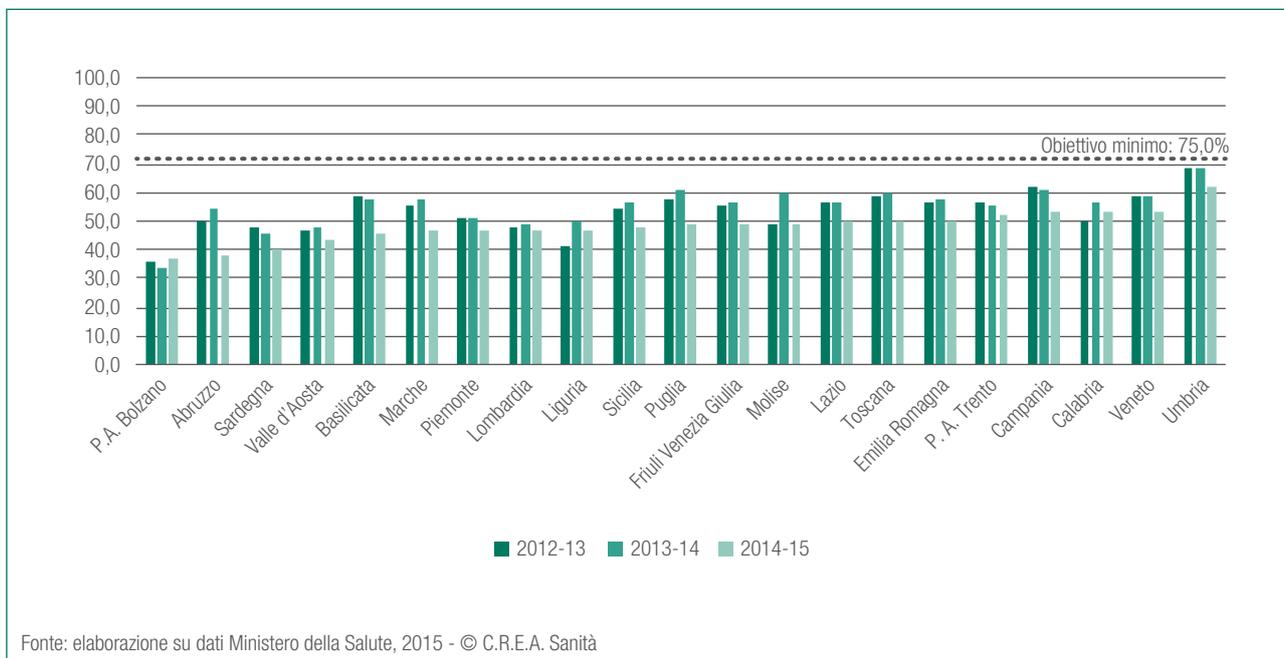
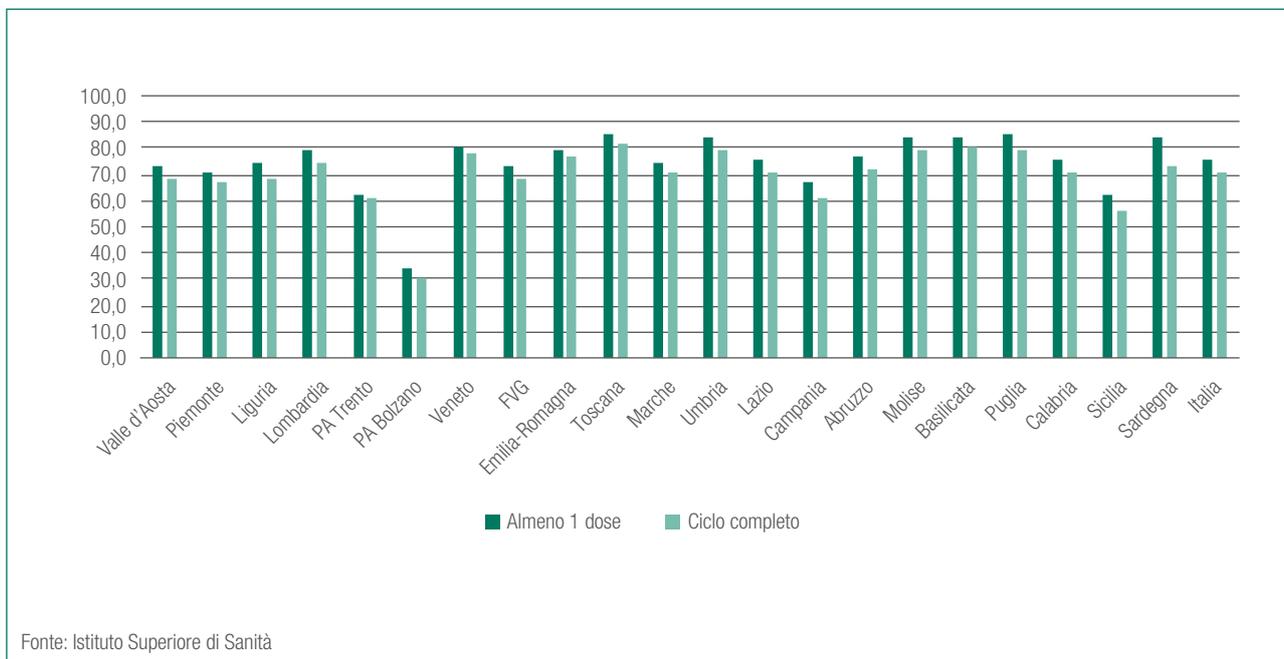


Figura 5.11. Coperture vaccinali (%) del target primario del programma vaccinale contro l'HPV al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000



di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Con riferimento alla coorte di ragazzine nate nel

2000, al 2014 in Italia ne risultano vaccinate con ciclo completo il 71,1% e con almeno una dose il 75,8%. La variabilità regionale per le prime varia tra il 30,9% della P.A. di Bolzano all'82,0% della Toscana (figura 5.11).

Passando a meningococco e pneumococco, in Italia nel 2014 sono stati segnalati 952 casi di malattia invasiva da pneumococco e 163 da malattia invasiva da meningococco (Dati di sorveglianza delle malattie batteriche invasive aggiornati al 12 agosto 2015). La vaccinazione viene consigliata a tutti i nuovi nati.

Nella tabella 5.1 vengono mostrate le coperture vaccinali a 24 mesi per gli anni 2009-2014; i dati mostrano un calo nelle coperture vaccinali anti-meningococco C coniugato nell'ultimo anno in ben 14 Regioni (si segnala il -8% delle Marche), così come nelle coperture anti pneumococco coniugato. La variabilità regionale risulta evidente.

A fronte delle coperture vaccinali sopra descritte, nel 2013 sembra sia stato speso – come nell'anno precedente - circa € 1 mld. (il 21,6% dei costi per Lea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica") per l'attività di prevenzione rivolta alle persone, di cui circa il 30 % per

vaccini obbligatori e raccomandati (pari a poco più di € 290 mln. nel 2014, come si argomenterà di seguito); il resto viene "spalmato" tra:

- programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione collettiva (nei *key indicators* in fondo al capitolo vengono mostrate, per il triennio 2011-2013 le coperture dei test preventivi: pap-test o HPV nelle donne 25-64enni (a livello nazionale 41% all'interno dei programmi di *screening*), mammografia donne 50-69enni (51% in programmi), ricerca sangue occulto o colonscopia nelle persone 50-69enni (32%);
- prestazioni specialistiche e diagnostiche per la tutela della salute collettiva obbligatorie per legge o disposte localmente in situazioni epidemiche.

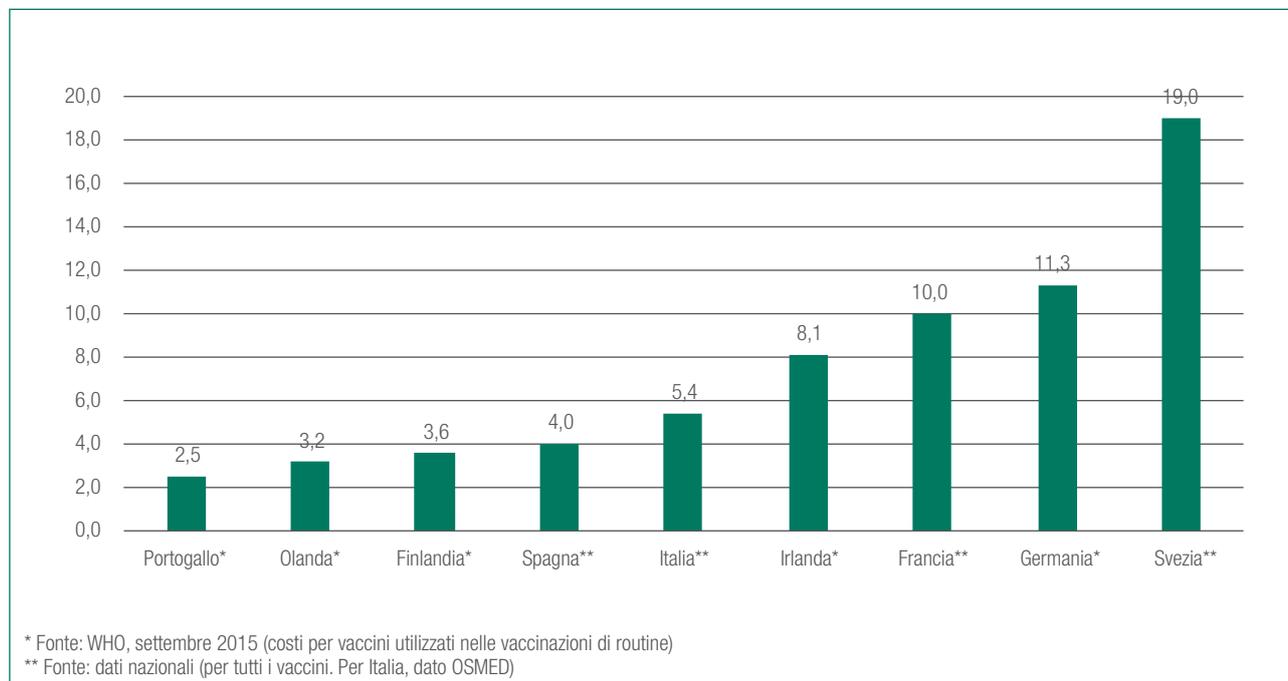
Con riferimento alla spesa per vaccini, sarebbe utile poter effettuare una comparazione internazionale: in assenza di dati omogenei nella figura 5.12 si è provato

**Tabella 5.1. Copertura vaccinale a 24 mesi per vaccino anti-Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato, anni 2009-2014**

| Regioni               | Meningococco C |      |      | Pneumococco coniugato |      |      |
|-----------------------|----------------|------|------|-----------------------|------|------|
|                       | 2009           | 2013 | 2014 | 2009                  | 2013 | 2014 |
| Piemonte              | 22,8           | 88,6 | 86,8 | 27,8                  | 92,7 | 92,3 |
| Valle D'Aosta         | 84,4           | 83,3 | 77,8 | n.d.                  | 89,7 | 84,4 |
| Lombardia             | 53,9           | 69,1 | 79,4 | 58,5                  | 83,7 | 79,4 |
| P. A. Bolzano         | 50,5           | 60,8 | 61,3 | 40,2                  | 78,8 | 80,7 |
| P. A. Trento          | 68,8           | 82,8 | 81,7 | 85,1                  | 87,6 | 87,1 |
| Veneto                | 92,4           | 92,3 | 88,1 | 87,5                  | 88,4 | 85,6 |
| Friuli Venezia Giulia | n.d.           | 82,0 | 82,6 | n.d.                  | 86,5 | 82,4 |
| Liguria               | 84,9           | 85,6 | 83,1 | n.d.                  | 93,7 | 92,2 |
| Emilia Romagna        | 93,2           | 91,2 | 88,3 | 94,3                  | 94,1 | 92,5 |
| Toscana               | 87,2           | 90,2 | 87,8 | n.d.                  | 94,0 | 93,8 |
| Umbria                | 71,1           | 89,5 | 86,5 | n.d.                  | 94,9 | 94,2 |
| Marche                | 40,5           | 84,9 | 76,6 | 45,5                  | 93,4 | 89,7 |
| Lazio                 | n.d.           | 69,2 | n.d. | n.d.                  | 89,2 | 91,3 |
| Abruzzo               | 29,1           | 54,1 | 62,2 | n.d.                  | 56,1 | 83,6 |
| Molise                | n.d.           | 71,9 | 74,2 | n.d.                  | 96,0 | 94,6 |
| Campania              | n.d.           | n.d. | 42,7 | n.d.                  | n.p. | 76,6 |
| Puglia                | 72,0           | 81,1 | 77,8 | 85,4                  | 92,9 | 93,5 |
| Basilicata            | 84,9           | 86,8 | 86,3 | 96,3                  | 98,7 | 98,5 |
| Calabria              | 63,4           | 67,5 | 66,2 | 75,3                  | 44,5 | 92,0 |
| Sicilia               | 30,8           | 61,4 | 60,2 | 90,7                  | 92,9 | 91,7 |
| Sardegna              | n.d.           | 58,5 | n.d. | n.d.                  | 64,8 | n.p. |
| Media nazionale       | n.d.           | 77,1 | 74,9 | n.d.                  | 86,9 | 87,3 |

Fonte: elaborazione su dati Epicentro-ISS e Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Figura 5.12. Spesa per vaccini pro-capite (€), Paesi EU15, anno 2013 (o ultimo disponibile)



a mettere insieme le informazioni reperite da WHO<sup>13</sup> e da fonti nazionali<sup>14</sup> per l'anno 2013.

Pur con tutte le cautele del caso, risulterebbe che in Italia si spendano € 5,4 pro-capite per vaccini, con una forbice che va da € 19 pro-capite della Svezia agli € 2,5 del Portogallo.

Il dato Italia è stato tratto dal Rapporto OsMed. Nel 2014 sono stati spesi complessivamente € 291,1 mln. (pari a € 4,79 pro-capite, 1,09% della spesa farmaceutica totale e 0,26% della spesa sanitaria), registrando un calo rispetto al 2013 (€ 321,8 mln., pari a € 5,39 pro-capite, 1,24% della spesa farmaceutica e 0,29% della spesa sanitaria).

A livello di tipologia di vaccino (figura 5.13), emerge la prevalenza degli pneumococcici, seguiti dal vaccino esavalente.

La spesa complessiva delle Regioni per vaccini per il

2013 ammonterebbe, stando ai dati ministeriali, a € 330 mln. (€ 322 mln. secondo OsMed), con una significativa disomogeneità territoriale mostrata nella figura 5.14.

Nel 2013 quattro Regioni superano € 18 pro-capite<sup>15</sup>, 3 del Sud Italia (Sicilia, Basilicata e Puglia), più il Friuli Venezia Giulia. Le altre, approssimando per eccesso, si attestano intorno a € 15,0 (media Italia pari a € 15,7); sono ancora al di sotto Sardegna, Liguria, Marche, Abruzzo, Valle d'Aosta ed Emilia-Romagna.

Il costo è diminuito rispetto al 2012 in 11 Regioni (tutte del Centro-Nord tranne Sardegna e Puglia), mentre è aumentato in tutte le altre (stabile in Umbria).

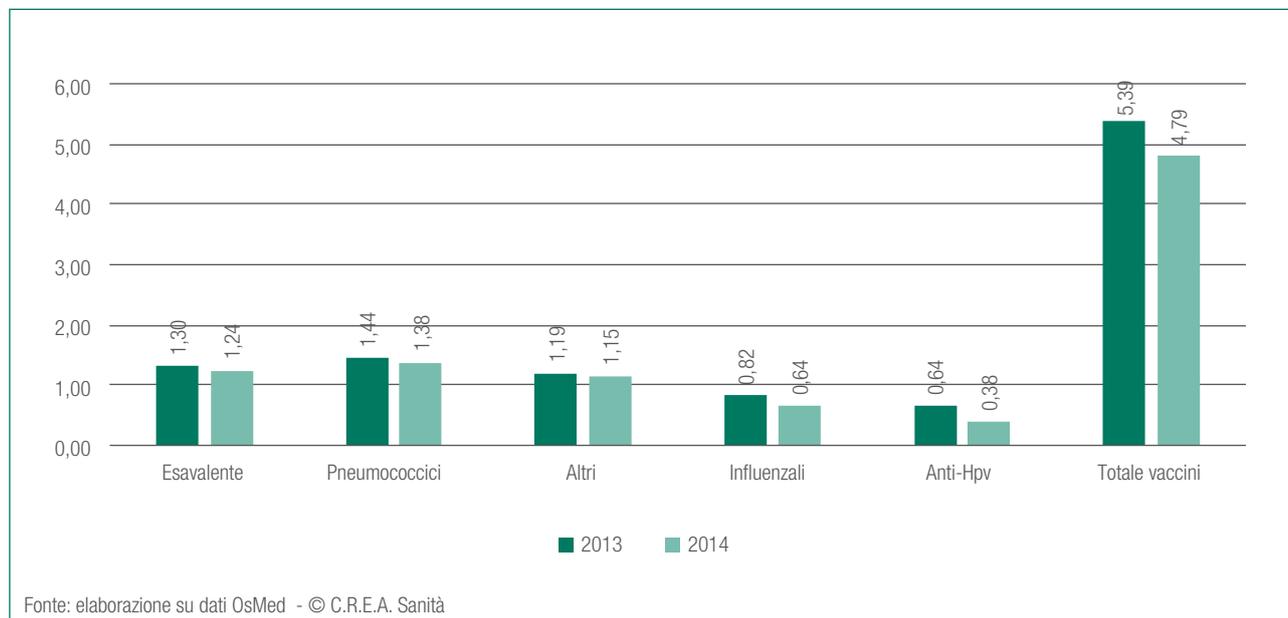
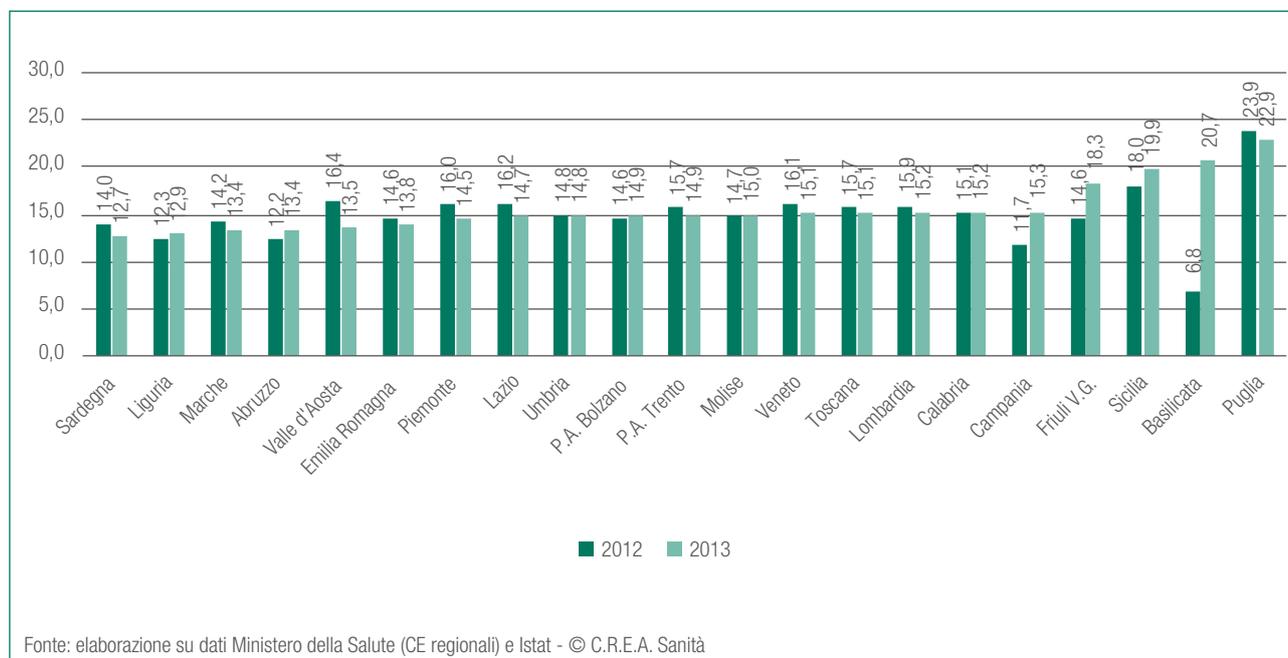
Coerentemente col fatto che per i vaccini antinfluenzali (in maggioranza per *over65*) si spende mediamente a livello nazionale quasi la metà che per il vaccino esavalente (pediatrico), le Regioni che registrano un costo pro-capite per *under14* e *over65* più alto sono per lo

<sup>13</sup> [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators)

<sup>14</sup> Italia: OSMED; Francia: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); Spagna: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI); Svezia: Statistiska Centralbyran

<sup>15</sup> Considerando la popolazione *under 14* e *over 65*

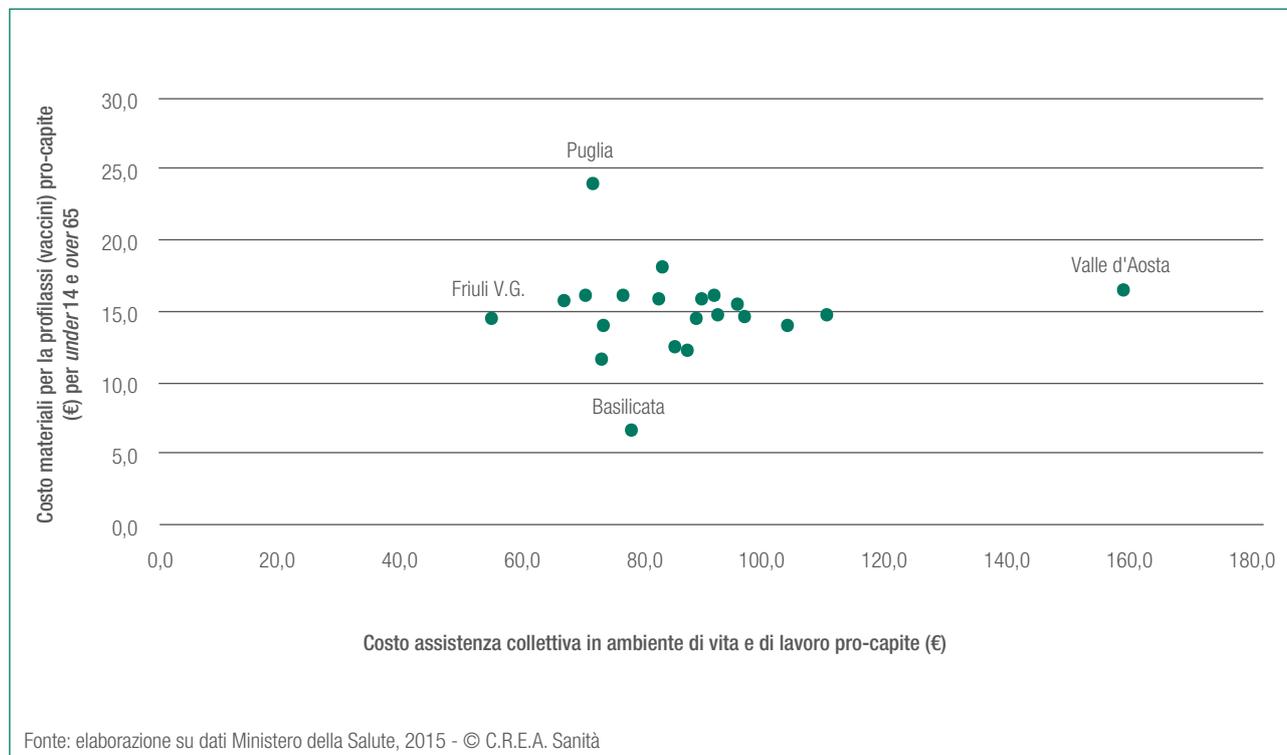
Figura 5.13. Spesa per vaccini in Italia, per tipologia. Valori pro-capite (€), anni 2013 e 2014

Figura 5.14. Spesa sanitaria per materiali per la profilassi (vaccini). Valori pro-capite (€) per popolazione *under14* e *over65*, anni 2012 e 2013

più quelle meridionali, con una quota prevalente di *under14*. Le Regioni che registrano una spesa più alta in prevenzione collettiva e sanità pubblica non necessariamente spendono di più per i vaccini; sembra infatti

che tra le due grandezze non ci sia una correlazione positiva, come mostrato nella figura 5.15; si evidenziano piuttosto vari casi "isolati," come Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata e Friuli Venezia Giulia.

Figura 5.15. Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro vs. costo pro-capite per vaccini nelle Regioni italiane, anno 2012



### 5.4. Conclusioni

Con una popolazione che invecchia rapidamente, come quella italiana, tra le azioni atte a garantire la sostenibilità del sistema non possono mancare le attività di prevenzione con cui eliminare o ritardare l'insorgenza di alcune patologie, ovvero contenere o ritardarne le complicazioni.

Il concetto è riconosciuto anche a livello internazionale: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevenzione permette di acquisire anni di vita in buona salute, riducendo potenzialmente i costi di assistenza sanitaria, rappresentando dunque un investimento, traducibile in alcuni casi in costi evitati. L'analisi e le proposte di strategie di prevenzione, in base ad un approccio multidisciplinare che appare quanto mai necessario, si rinvengono in numerosi documenti di programmazione nazionale e internazionale, che rappresentano degli indirizzi a cui fare riferimento per poi agire concretamente nella loro attuazione.

Nel confronto con l'Europa ed altri Paesi, l'OECD sembra finalmente nel 2015, in seguito ad interventi di aggiornamento e correzione sul database, aver riconosciuto merito all'investimento fatto nel nostro Paese nel campo della prevenzione: 3,7% la spesa in programmi di prevenzione e salute pubblica in percentuale della spesa sanitaria pubblica corrente (rispetto allo 0,5% rilevato fino allo scorso anno), anche se la spesa in valore assoluto risulta limitata, in linea con il gap che caratterizza la spesa sanitaria italiana rispetto a quella dei Paesi EU14.

Nonostante il riconoscimento in ambito internazionale, sta di fatto che a livello nazionale (e in modo particolare in alcune Regioni) la spesa in prevenzione come sopra intesa risulta ancora al di sotto del 5% del Fondo Sanitario Nazionale fissato negli ultimi Patti per la Salute. Inoltre, aspetto interessante è la composizione di tale spesa: per il 2013 con un totale di circa € 4,8 mld. spesi nel nostro Paese secondo i dati forniti da Agenas e dal Ministero della Salute, si stima un costo di

circa € 1,2 mld per attività di igiene e sanità pubblica, € 1,1 mld. in sanità pubblica veterinaria, € 1,0 mld. per attività di prevenzione rivolte alle persone, € 0,6 mld. per prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, € 0,5 mld. per servizio medico legale e € 0,4 mld. per igiene degli alimenti e della nutrizione.

Tra le attività di prevenzione rivolte alle persone, rientrano le vaccinazioni. Per l'acquisto dei vaccini si spendono in Italia nel 2014 € 291 mln. (OsMed), pari a circa € 4,79 pro-capite, ma non è possibile risalire alla suddivisione dei restanti circa € 700 mln. tra le altre attività (es. programmi di *screening*).

In base ai dati esistenti, difficili da reperire in maniera esaustiva e confrontabile a livello internazionale, la spesa per vaccini in Italia sembrerebbe essere piuttosto inferiore rispetto ad altri Paesi (es. Francia con €10,0 pro-capite, Germania con € 11,3 e Svezia con € 19,0).

La spesa inferiore riflette un fenomeno che negli ultimi anni sembra essere in preoccupante crescita: il calo generalizzato delle vaccinazioni, anche di quelle obbligatorie, ed anche rispetto ad altri Paesi. In particolare, nel 2014 c'è concorde rilevazione di un calo nelle vaccinazioni pediatriche, con forti disparità all'interno del territorio nazionale (ma con eccezioni più virtuose), ma anche ad esempio delle vaccinazioni anti-influenzali a favore degli anziani e dei soggetti a rischio (tutte le Regioni sono al di sotto della soglia minima perseguibile del 75,0% con riferimento agli anziani *over 65*).

Il fenomeno della *Vaccine Hesitancy* (definita da WHO come "ritardo nell'adesione o rifiuto della vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi vaccinali") sembra essere reale e supportato dai dati rilevati. Non di poco conto l'incidenza della cattiva informazione, soprattutto in Rete, non supportata da evidenze scientifiche. La corretta comunicazione diventa dunque un fattore essenziale, e necessita di una rete strutturata e ben organizzata che comprenda tutti gli *stakeholders*.

## Riferimenti bibliografici

- Agenas (2015) - Andamento spesa sanitaria nazionale e regionale 2008-2014
- Ambrosetti – The European House (2014), *Meridiano Sanità, Rapporto 2014*
- Commissione Europea e OECD (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*
- Istat (2015), [www.istat.it](http://www.istat.it)
- Istituto Superiore di Sanità - ISS (2014), *Sistema di sorveglianza PASSI*, [www.iss.it](http://www.iss.it)
- Ministero della Salute (2015), [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Ministero della Salute (2015), Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie – CCM, *Programma 2015*
- Ministero della Salute (2014), *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*
- Ministero della Salute (2014), *Verifica adempimento 'Mantenimento erogazione LEA'*, anni 2011 e 2012
- OECD - Organisation for Economic and Co-operation Development (2014), "Health spending continues to stagnate in many OECD Countries", in *Health Working Paper No. 68*, april 2014
- OECD (2015), *Statistics on OECD.Stat*
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), *Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020*
- OsMed (anni vari), Rapporto "L'uso dei farmaci in Italia", vari anni
- Osservatorio Nazionale *Screening* (2015), *I programmi di screening in Italia*
- Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanzattiva – Osservatorio civico sul federalismo in Sanità, *Rapporto 2013*
- WHO – Regional Office for Europe (2014), "New WHO analysis shows alarming rates of overweight children", *Press release Copenhagen and Athens*, 25 February 2014
- WHO-UNICEF (2014), *Analysis of Immunization Financing Indicators of the WHO-UNICEF (2014) Joint Reporting Form (JRF), 2006-2012*, June 2014





## *Chapter 5 – Summary*

### **Prevention:**

the (open) debate about expenditure in Italy,  
national and international strategies



## Chapter 5 - Summary

### Prevention: the (open) debate about expenditure in Italy, national and international strategies

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

Among the actions aimed at warranting system sustainability with a rapidly aging population, like the Italian one, there cannot be a lack of prevention actions for eliminating or delaying diseases – or their complications.

The concept is recognized at an international level: according to the World Health Organization (WHO), prevention extends one's life expectancy in good health, potentially reducing healthcare costs and therefore representing an investment that in some cases can be translated into expenditure avoidance. Analysis and proposals for prevention strategies, based upon a multidisciplinary approach that seems more necessary than ever, can be found in many national and international programme documents that provide addresses of reference and then concrete steps towards implementation. At the international level, one must take into consideration *Europe 2020* that is the Third EU Health Programme (2014-2020), or the "WHO Global Action Plan for the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) 2013-2020". At the national level, according to the Ministry of Health's "Guidelines for the Year 2016", strategic choices of healthcare policies for the triennium 2016-2018 should be concentrated on prevention. We wish also to mention the Piano Nazionale della Prevenzione (PNP, National Prevention Plan), which deals with health promotion and disease prevention: it contemplates that each Region drafts and approves its own Regional Prevention Plan; and the Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV, National Plan for Preventive Vaccination), a guideline for public healthcare planning strategies in the promotion of health. One of its specific objectives is guaranteeing active and free provision of immunizations for the general population. Even the 2014-2016 Patto

per la Salute (Health Pact, a document for healthcare programming by the Italian Ministry of Health), approved in July 2014, does not overlook the strategic importance of prevention activities: allotting for that € 200-million per year, as well as providing further resources to the National Screening Observatory, the *Evidence-based prevention* and the Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT, The Italian Network of Cancer Registries).

The OECD (Organisation for Economic and Co-operation Development) in 2015 seems to have finally recognized the true investments carried out in our country in the field of prevention (following updating and correction procedures on the *database*): 3.7% expenditure in prevention and public health programmes is the percentage of current public healthcare expenditure (compared to 0.5% recorded until last year); of the European countries with available data, only Belgium (4.1%) and Finland (4.3%) apparently register a higher percentage compared to Italy (outside Europe, so do USA (6.1%) and Canada (8.4%), although the North America figure does not seem to be fully comparable as it presumably also contains expenditure for activities conducted by general practitioners). Bringing up the rear seems to be Portugal with 1.3%, followed by Greece (1.7%), France (1.8%) and Austria (2.0%).

Nevertheless the absolute value of expenditure seems limited, but it is in line with the *gap* that characterizes Italian healthcare expenditure compared to that of EU14 countries.

At national level (and particularly in some Regions) prevention expenditure as intended above is still below 5% of the Fondo Sanitario Nazionale (National Healthcare Fund), the target established in recent Patto per la

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

Salute. Moreover, an interesting aspect is the composition of the said expenditure: for the year 2013 with a total of approximately € 4.8-billion spent in Italy according to the figures provided by Agenas (Italian Agency for Regional Health Services) and the Ministry of Health, an expenditure of approximately €1.2-billion was estimated for public hygiene and healthcare activities, € 1.1-billion for veterinary public healthcare, € 1.0-billion for prevention activities addressed to persons, € 0.6-billion for prevention and safety on the workplace; € 0.5-billion for medical examiner services and € 0.4-billion for food and nutrition hygiene.

Immunizations fall into the category of prevention activities addressed to people. Italian expenditure for vaccines during the year 2014 was € 291-million, equal to approximately € 4.79 per capita; but it is impossible to determine the subdivision of the remaining approx. € 700-million amongst the other activities (i.e. *screening* programmes).

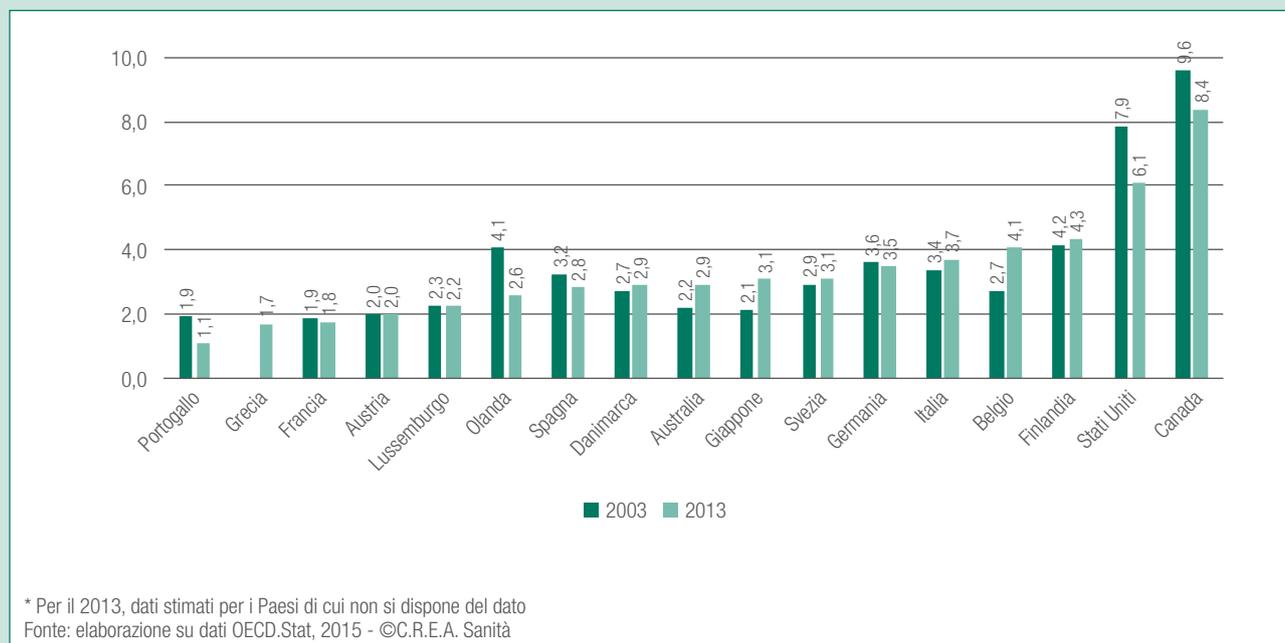
Based upon the existing data, although comparison can be partially biased, expenditure for vaccines in Italy would seem rather lower compared to that in other countries (i.e. France with €10.0 per capita, Germany with € 11.3 and Sweden with € 19.0).

Lower spending reflects a phenomenon that over the past few years seems to be on a serious rise: the general decline of vaccinations, even the mandatory ones, and

even compared to other countries. In particular, the year 2014 registered an unanimous recognition of there being a fall in pediatric immunizations, with strong disparity within the national territory (but with more virtuous exceptions); this is also the case for influenza vaccinations in favour of the elderly and of subjects at risk: all Regions are below the minimum threshold of 75.0% with reference to the elderly *over the age of 65*). Regarding vaccination against human papillomavirus (HPV), introduced since 2007, after almost eight years coverage per complete cycle of vaccine it appears to have stabilized, without demonstrating the expected increase in new cohorts invited: we are still far from reaching the established target of 95% (envisaging three doses of vaccine). Moreover there is continuing evidence of a strong variability between Regions in Italy. Finally, there is also a fall in 24-month anti-meningococcal C conjugate and anti-pneumococcal conjugate vaccine coverage.

Therefore, the *Vaccine Hesitancy* phenomenon (defined by WHO as “delay or refusal of vaccination, despite availability of vaccination services”) seems to be real and supported by the data collected. The incidence of not correct information is significant, especially on the Internet, namely information not supported by scientific evidence. Correct communication therefore becomes an essential factor and needs a structured and well-organized process that includes all *stakeholders*.

**KI 5.1. Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute collettiva - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013\***



A livello internazionale (EU a 15 e alcuni grandi altri Paesi OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*) questo indicatore osserva la spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica calcolata in % della spesa sanitaria pubblica corrente per gli anni 2003 e 2013.

Nel luglio 2015 OECD - in seguito alla implementazione del nuovo “*System of Health Accounts 2011*” – ha fornito una nuova release del *database online* (in corso di verifica), ed in base ad essa il dato relativo alla spesa per prevenzione e salute pubblica nei Paesi OECD è stato corretto. Nella figura 5.1 si riporta la nuova classifica (considerando il settore pubblico, non essendo stato il dato del privato fornito da molti Paesi), in base alla quale l'Italia non sarebbe più ‘fanalino di coda’ (fino al 2014 gli veniva attribuita una percentuale dello 0,5%).

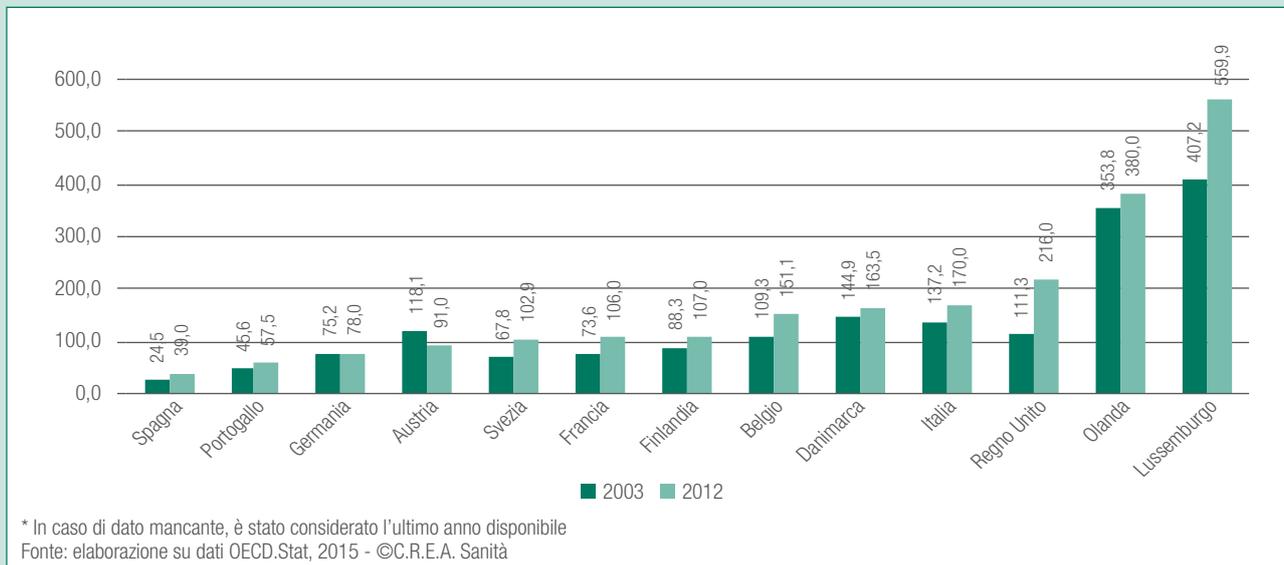
In base ai nuovi dati, nel 2013 in Italia la spesa pubblica per la prevenzione e la salute collettiva si attesta al 3,7% della spesa pubblica corrente (in aumento di 0,3 punti percentuali e con una stima per il 2014 che prevede un leggero ulteriore incremento).

Tra i Paesi europei considerati, solo Belgio e Finlandia registrano una % maggiore (4,1% e 4,3% rispettivamente), in aumento rispetto al 2003. Fanalino di coda il Portogallo, che in base alle stime sembrerebbe arrestarsi a 1,1%. Seguono la Grecia (1,7%) e la Francia (1,8%).

È d'obbligo evidenziare che in alcuni Paesi (es. USA e Canada) il valore include le attività di prevenzione personale svolte in medicina generale, che in altri Paesi (es. Italia e Spagna) vengono calcolate all'interno delle spese per ‘curative care’ e non sono dunque comprese nell'indicatore in analisi.

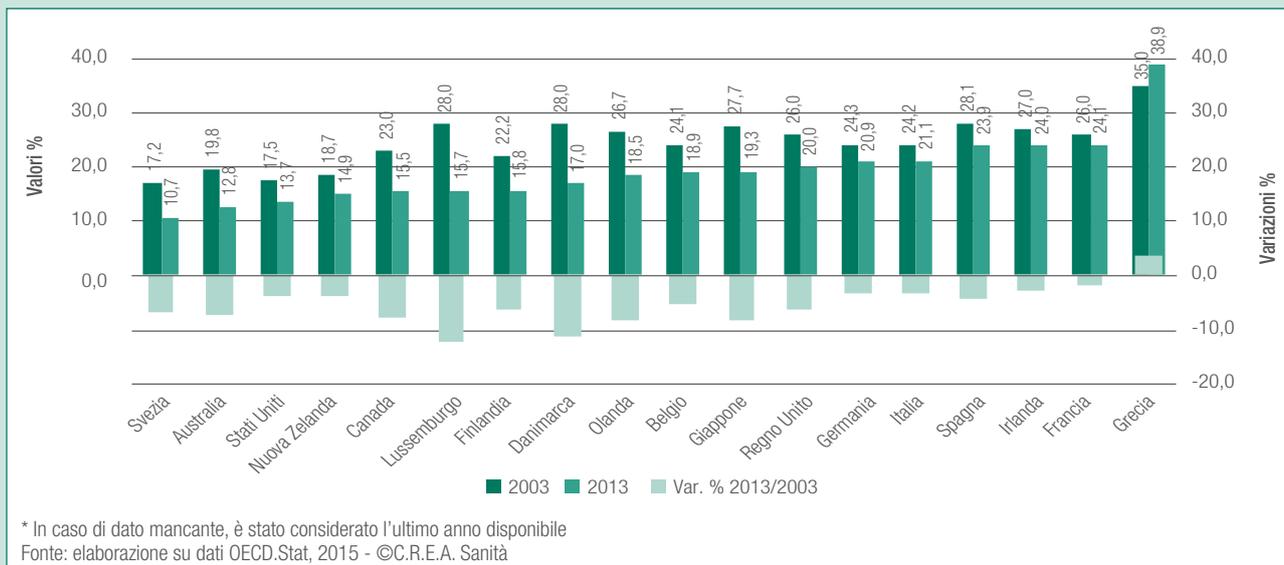
Resta dunque in alcuni casi la non confrontabilità del dato in base ai diversi metodi di rilevazione, così come appare evidente il ritardo con cui i Paesi spesso forniscono i dati, quando non risultano invece inadempienti.

K.I. 5.2. Spesa corrente pubblica in protezione ambientale, EU15 e altri Paesi OECD. Valori pro-capite (€), anni 2003 e 2012\*



La spesa per protezione ambientale include tutte le attività (pubbliche) dirette a prevenire, ridurre ed eliminare l'inquinamento e ogni altro danno all'ambiente causato dai processi di produzione o consumo. Un esempio importante di queste attività è rappresentato dal riciclo dei materiali. Analizzando il contesto internazionale (EU15 e altri grandi Paesi OECD) In Italia nel 2012 la spesa corrente pubblica per protezione ambientale ammonta a € 170 pro-capite (€ 137,2 nel 2003). Fanalino di coda la Spagna (con € 39,0), mentre il Paese più virtuoso (tra quelli di cui si dispone dei dati) è il Lussemburgo con ben € 560, seguito da Olanda (€ 380 pc) e Regno Unito (€ 216). Rispetto al 2003, tutti i Paesi registrano un aumento della spesa (tranne l'Austria con - 23,0%); si segnala il +94,0% del Regno Unito (l'Italia si attesta a + 24,0%).

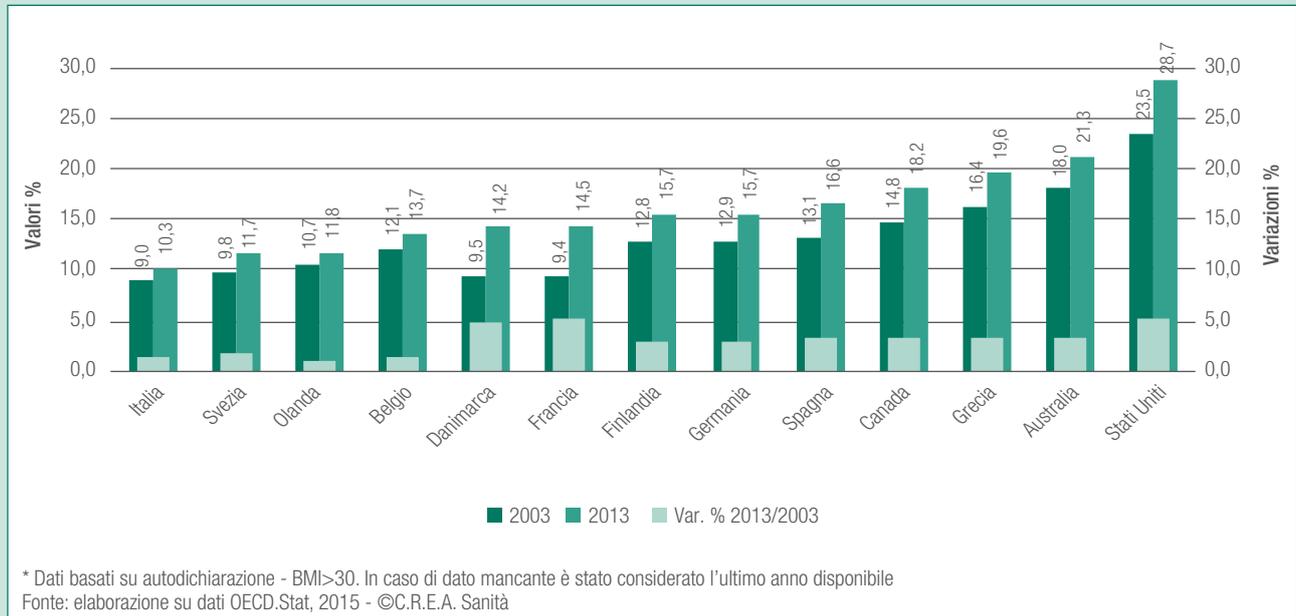
KI 5.3. Persone over15 che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori e variazioni %, anni 2003 e 2013\*



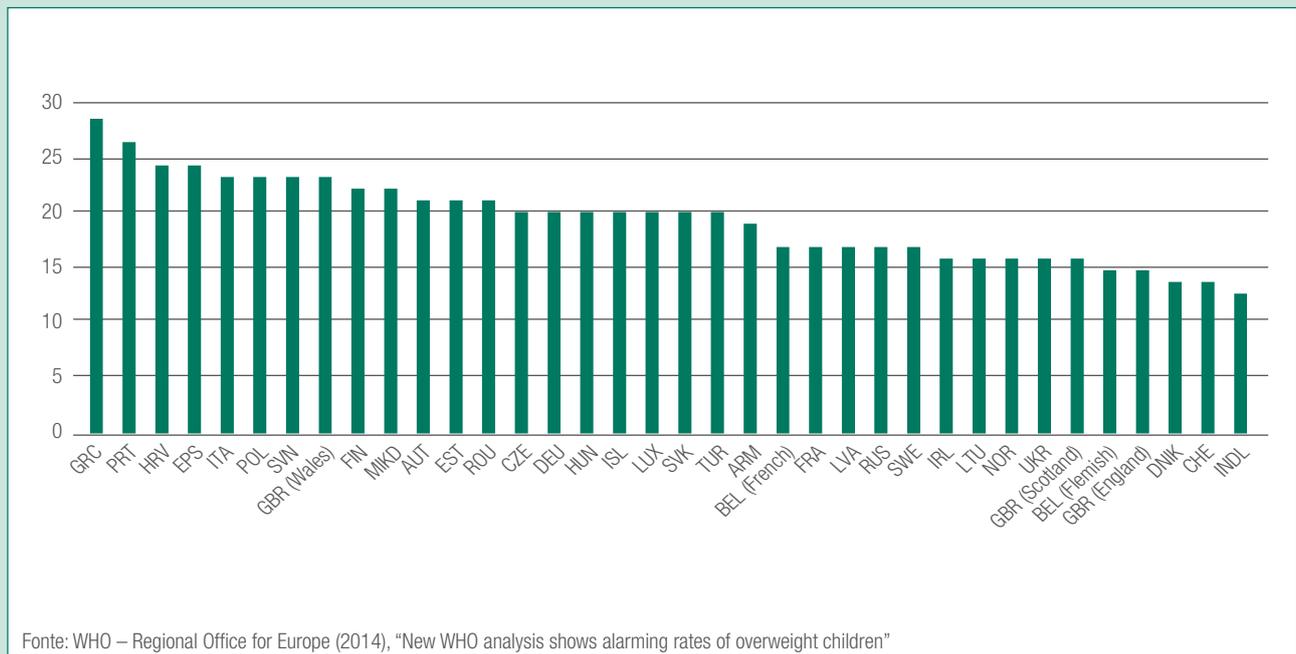
Il consumo di tabacco è una delle maggiori cause di tumore nel mondo. La prevenzione resta strumento fondamentale: sono circa 6 milioni i decessi ogni anno per malattie correlate (700.000 solo nella Unione Europea) (ISS, 2014). Stando ai dati forniti da OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*, nel 2013 tra i Paesi EU15 (e altri grandi Paesi OECD) di cui si dispone dei dati, l'Italia presenta una delle % più alte di fumatori tra gli over 15 (21,1%), anche se in calo (-3,1%) nell'ultimo decennio. Peggio del nostro Paese la Spagna (23,9%), l'Irlanda (24,0%), la Francia (24,1%), anche se tutte con un trend in diminuzione rispetto al 2003, con la Grecia fanalino di coda (38,9%, oltretutto in aumento del +3,9% nell'ultimo decennio). La più virtuosa è la Svezia che si ferma al 10,7% (con un -6,5% rispetto al 2003).

Sempre considerando le variazioni tra 2003 e 2013, a parte la Grecia, il cui aumento è stato segnalato, gli altri Paesi considerati registrano tutti un calo della percentuale di fumatori giornalieri over15: si segnala in particolare il -12,3% del Lussemburgo ed il -11,0% della Danimarca.

KI 5.4a. Prevalenza di obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Valori e variazioni %, anni 2003 e 2013\*

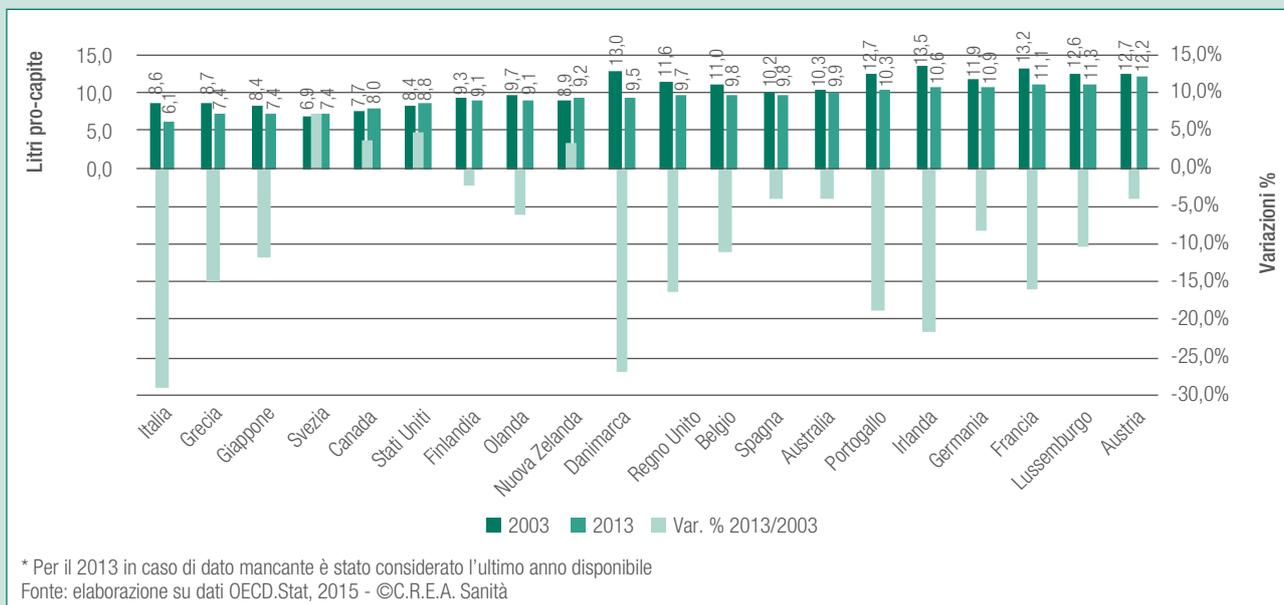


KI 5.4b. Prevalenza (%) di sovrappeso tra i 13enni in vari Paesi - WHO, 2009-2010



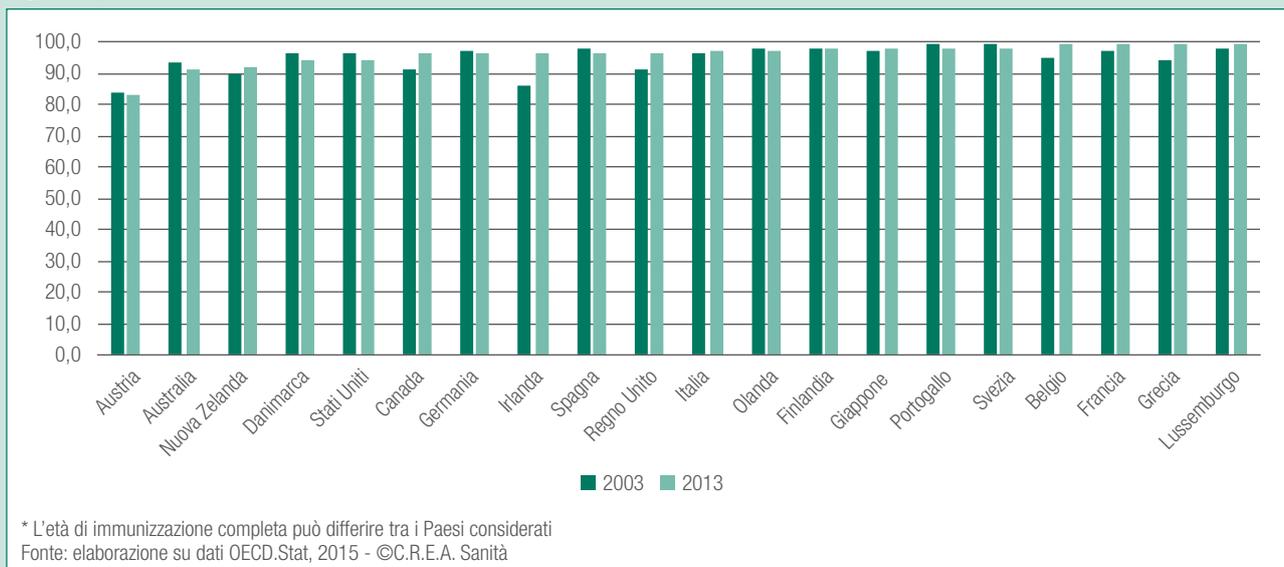
Essere in eccesso ponderale (in sovrappeso oppure obesi) aumenta il rischio di patologie croniche quali infarto del miocardio, ictus, ipertensione, diabete mellito, osteoartrosi, alcuni tumori (ISS). Tra i Paesi dell'Europa a 15 di cui si dispone del dato ed alcuni altri Paesi OECD, la situazione italiana, tra gli adulti, sembra essere tra le migliori (pur registrando un aumento dal 2003): nel 2013 tra gli *over 15* la prevalenza di obesi (BMI>30KG/M2) nel nostro Paese è pari a 10,3% (+1,3% nell'ultimo decennio), fanalino di coda gli Stati Uniti (28,7%, con un +5,2% dal 2003). Si nota come l'aumento interessi tutti i Paesi considerati. Si segnala il +5,1% della Francia e il +4,7% della Danimarca. Sebbene la situazione italiana tra gli adulti appaia tra le migliori in Europa, non è altrettanto buono il dato che riguarda i bambini: secondo WHO, la prevalenza di sovrappeso in Italia tra i 13enni è tra il 20% e il 25%, occupando il quinto posto su oltre 35 Paesi considerati.

KI 5.5. Consumo di alcol di persone over 15, EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite e variazioni %, anni 2003 e 2013\*

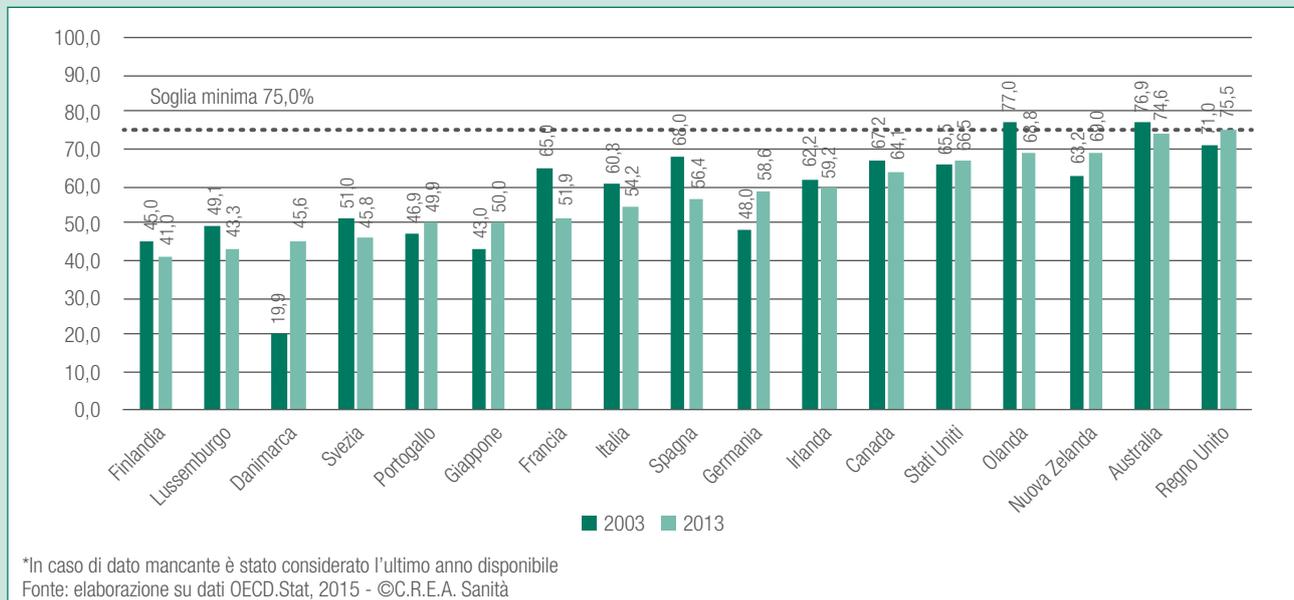


La prevenzione è attività fondamentale anche per evitare l'abuso di alcol, problema di salute pubblica: secondo l'ISS, causa il 3,8% di tutte le morti in Europa (per incidenti, cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica), con costi che supererebbero l'1,0% del PIL. Il nostro Paese da questo punto di vista sembra essere tra i più virtuosi in Europa, stando ai dati forniti da OECD (aggiornati a luglio 2015): tra i Paesi di cui si dispone del dato, nel 2013 si registra in Italia la quantità più bassa di alcol in litri pro-capite consumati all'interno di EU15 (6,1 litri con un -29,1% rispetto al 2003). Seguono Grecia, Giappone e Svezia con 7,4. Fanalino di coda l'Austria, con oltre 12 litri pro-capite (-3,9%). Rispetto al 2003, tra i Paesi considerati nel 2013 hanno aumentato il consumo di alcol Svezia, Canada, Stati Uniti e Nuova Zelanda. Gli altri Paesi hanno registrato un calo, più o meno consistente: si segnala il -26,9% della Danimarca, il -21,5% dell'Irlanda e il -18,9% del Portogallo.

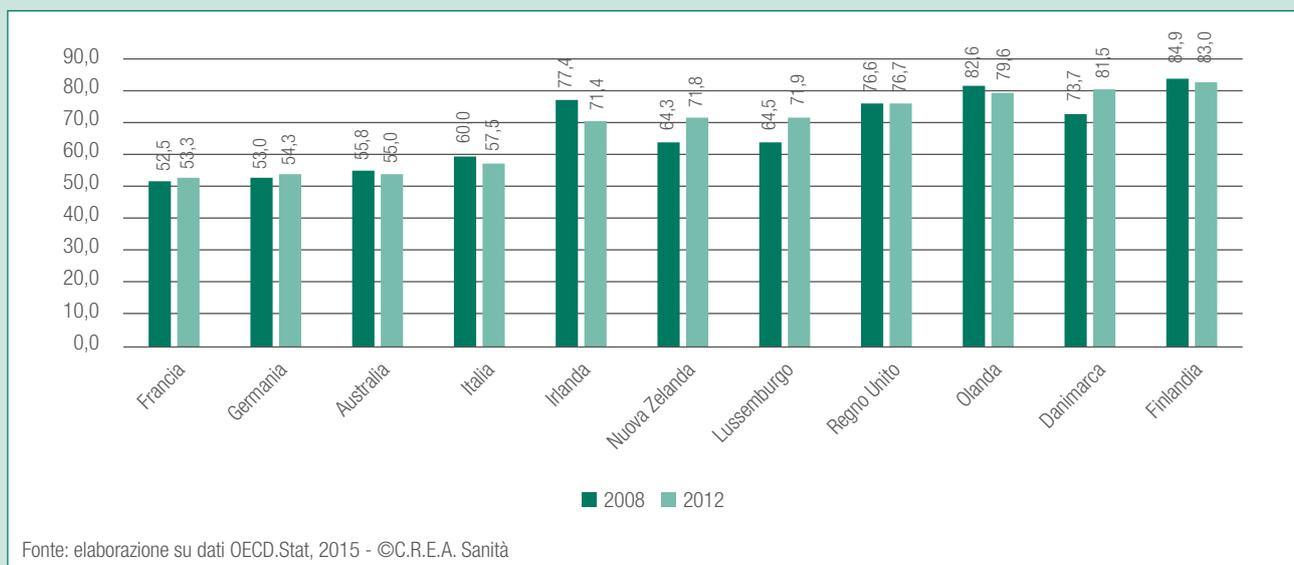
KI 5.6. Copertura vaccinale (%) nei bambini a un anno per 3 dosi\* di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse). Paesi EU15 e altri big OECD, anni 2003 e 2013



Questo indicatore considera le coperture vaccinali nei bimbi ad un anno per 3 dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse in EU15 e altri Paesi OECD. Considerando che l'età di immunizzazione completa può differire tra i Paesi considerati, secondo i dati OECD nel 2013 la percentuale raggiunta in Italia ammonterebbe a 97% (96 nel 2003). Tra i Paesi di cui si dispone di dati, sarebbero 9 a registrare una percentuale uguale o maggiore. Arriverebbero al 99% Belgio, Francia, Grecia, Lussemburgo (tutte in aumento nell'ultimo decennio). In fondo alla classifica 2013, con una percentuale inferiore al 95%, Austria, Australia, Nuova Zelanda, Danimarca e Stati Uniti.

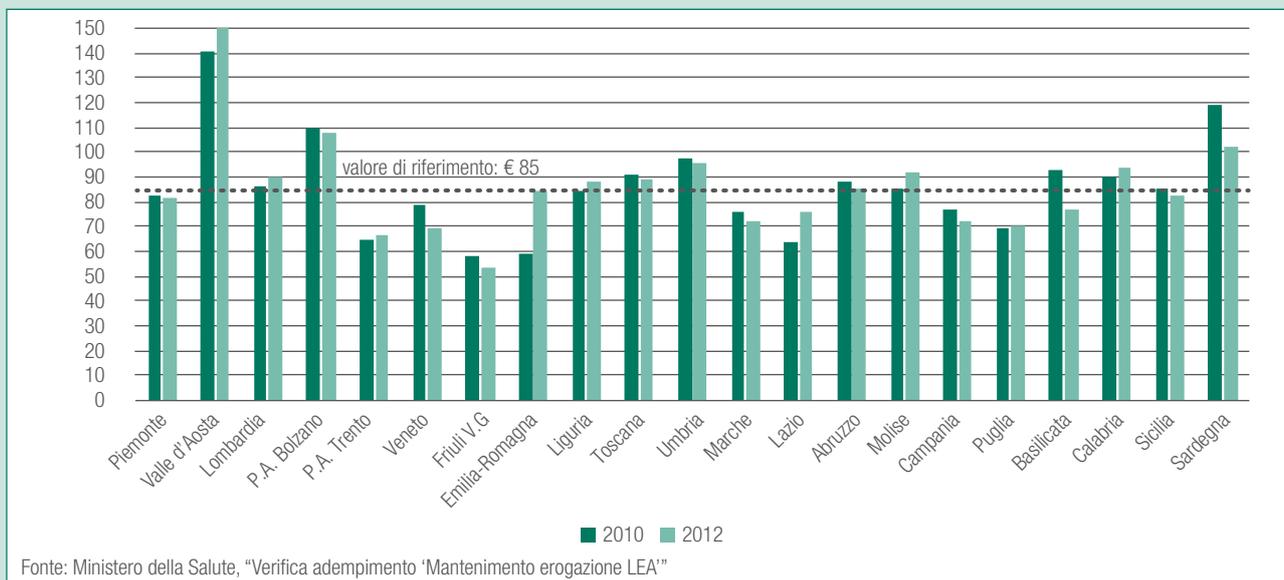
**KI 5.7. Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale per anziani *over65* in EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013\***


In base alle raccomandazioni 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, in Europa a 15 e in altri Paesi membri OECD solo il Regno Unito raggiunge la soglia di copertura della popolazione anziana (*over 65*) nel 2013. L'Australia è molto vicina (74,6%). L'Italia si assesta al 54,2% (in calo di 6 punti percentuali rispetto al 2003, anche se si prevede un sia pur lieve aumento nel 2014). Fanalino di coda la Finlandia con il 41,0% (anch'essa in calo del 4%). Si nota un calo del tasso di copertura nell'ultimo decennio nella maggior parte dei Paesi. Si segnala quello della Francia (-13,1%) e della Spagna (-11,6%). Tra quelli in cui si registra invece una crescita importante, la Danimarca (+25,7%), la Germania (+10,6%), la Nuova Zelanda (+5,8%) e il Regno Unito (+4,5%).

**KI 5.8. Donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di *screening*, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2008 e 2012**


Questo indicatore illustra in base ai dati forniti da OECD la percentuale di donne che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di *screening*. Il dato Italia (57,5% nel 2012, in calo rispetto al 60,0% del 2008) può differire dalle rilevazioni nazionali che sono state condotte attraverso una *survey* (indicatore 5.15). Nel 2012 sono 7 i Paesi che registrano una percentuale maggiore rispetto al nostro: superano l'80,0% la Danimarca (81,5%, in crescita rispetto al 73,7% del 2008) e la Finlandia (83,0%, in calo rispetto all'84,9% del 2008). Non superano il 55,0% Francia (53,3), Germania (54,3) e Australia (55,0), le prime due in crescita rispetto al 2008.

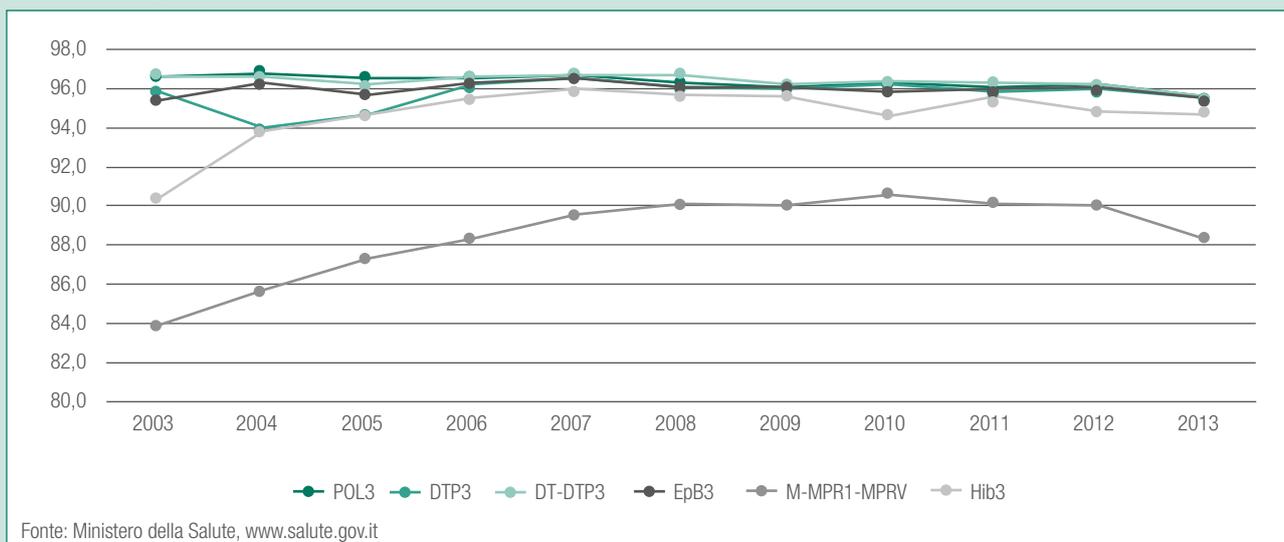
KI 5.9. Costo assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2012



L'indicatore misura le risorse dedicate dalla Regione alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale). Considerando che il Ministero della Salute ha stabilito in € 85 il valore pro-capite di riferimento, nel 2012 solo 10 Regioni lo rispettano, la maggior parte del Centro-Nord (erano 11 nel 2010: l'Emilia Romagna nel frattempo ha raggiunto la soglia, mentre la Sicilia e la Basilicata sono andate sotto). Si nota una certa disparità: la forbice va da € 53,6 pro-capite del Friuli Venezia Giulia a € 156,6 della Valle d'Aosta.

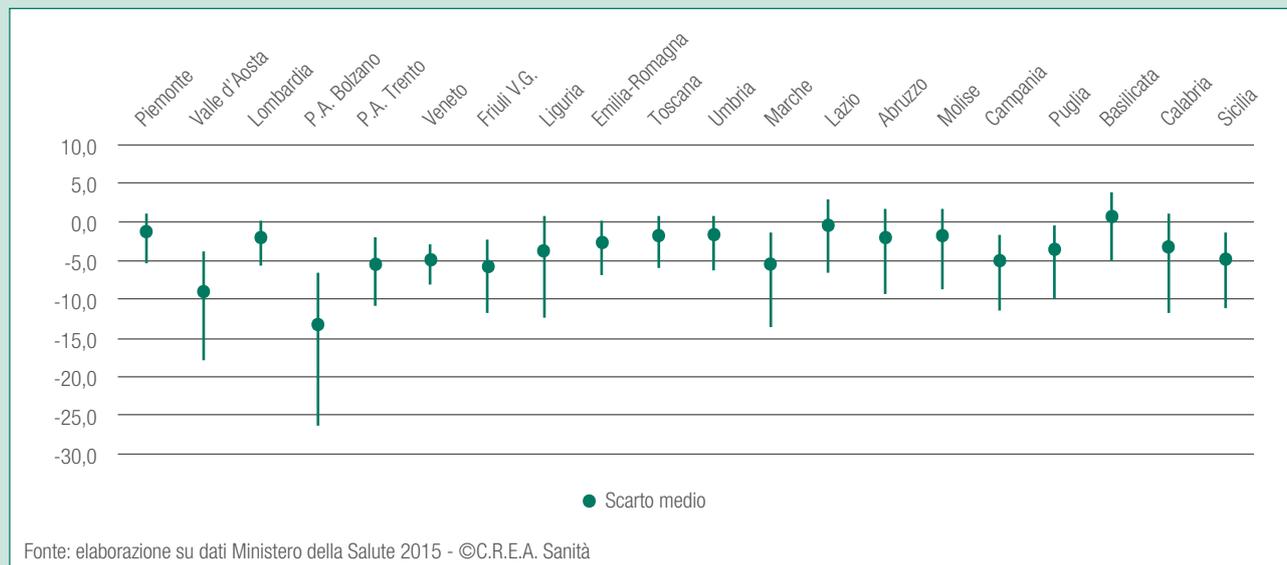
Sempre nel 2012 sono 9 le Regioni che vedono aumentare il costo pro-capite rispetto al 2010: si segnala il +42,0% della Liguria e il +19,4% del Lazio. Il costo nelle restanti Regioni subisce un decremento: il più alto (-16,8%) in Basilicata, che come detto ha portato la Regione sotto il valore di riferimento.

KI 5.10. Copertura vaccinale (%) nei bambini al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e per una dose di MPR in Italia, anni 2003-2013



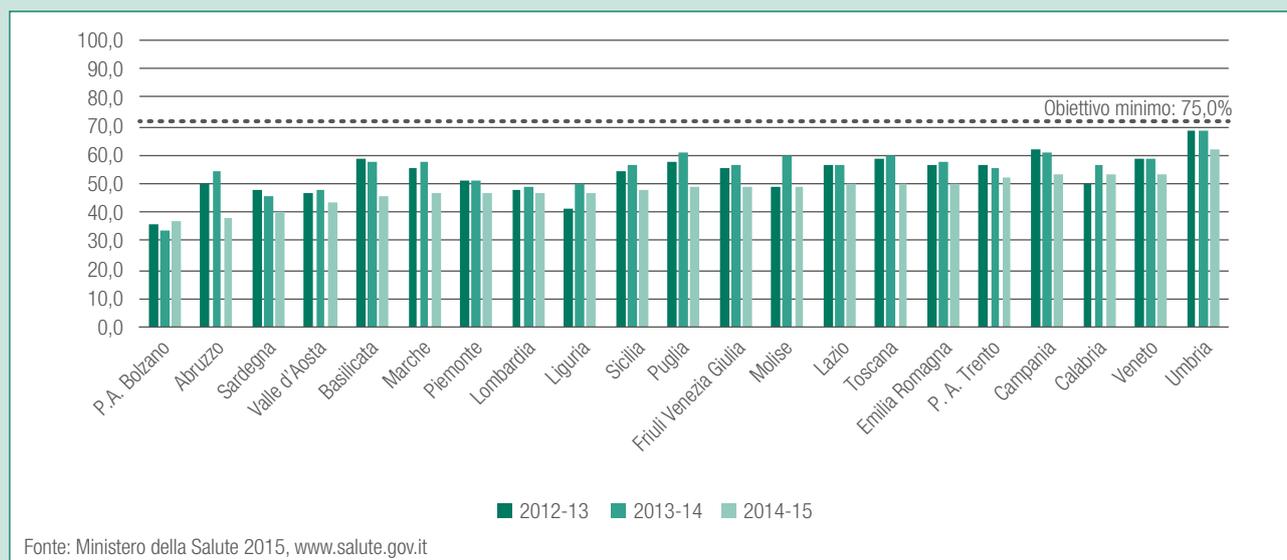
I dati relativi alle attività vaccinali per il calcolo delle coperture in età pediatrica (a 24 mesi, intese come numero di cicli vaccinali completati nei bambini nati due anni prima dell'anno di riferimento) vengono aggiornati dal Ministero della Salute secondo quanto trasmesso dalle Regioni e Province autonome. Essi si riferiscono alla maggior parte delle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente alla popolazione, in accordo con il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV), per proteggerla da importanti malattie infettive come: poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse, emofilo influenzae b (Hib), morbillo, parotite e rosolia. Osservando il trend dal 2003 al 2013, si può notare come le coperture vaccinali pediatriche in esame siano in calo, soprattutto nell'ultimo triennio. Nel 2013 rispetto al 2012 si segnala il calo annuo di 1,7 punti percentuali del vaccino M-MPR1-MPRV.

**KI 5.11. Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) minimi, massimi e medi dalla soglia (95%), anno 2014**



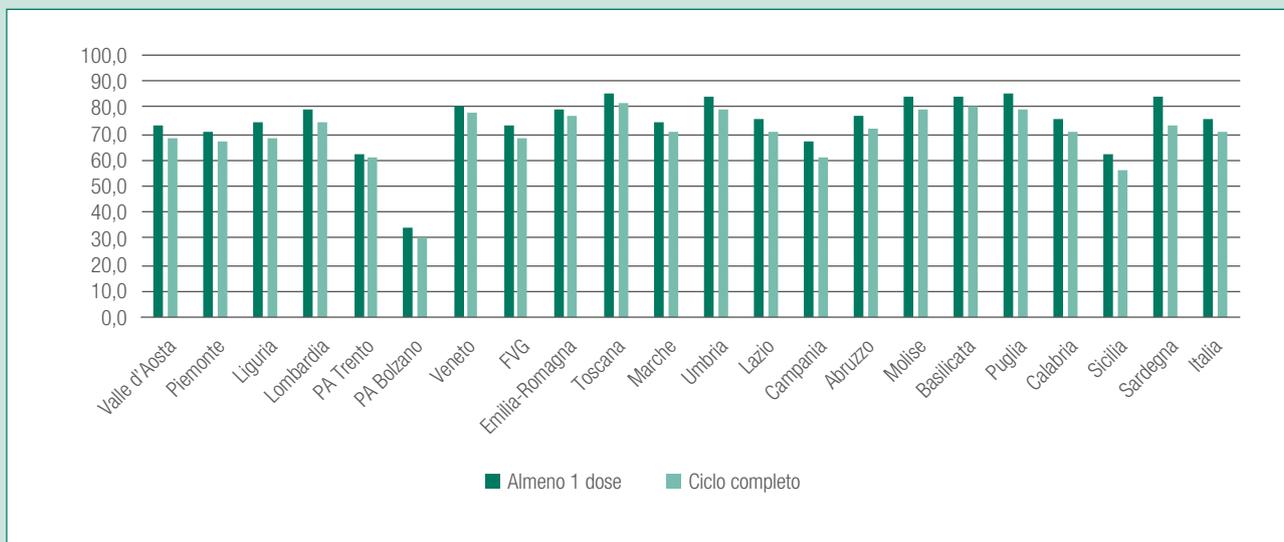
Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 prevede il 95% come soglia minima da raggiungere per le coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib, morbillo, parotite e rosolia. Questo indicatore prende in esame, per l'anno 2014, tutti gli scarti registrati dalle Regioni italiane nelle coperture per tutti gli antigeni sopra citati rispetto alla soglia raccomandata, mostrando nella figura lo scarto massimo, lo scarto minimo e quello medio registrati. E' così facile osservare come siano 8 le Regioni (la maggior parte del Nord) a fermarsi, per tutti gli antigeni, ad una soglia inferiore a quella raccomandata (hanno cioè tutti scarti negativi): Valle d'Aosta, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Campania e Sicilia. La Puglia è molto prossima alla soglia.

**KI 5.12. Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65. Anni 2012-2014**



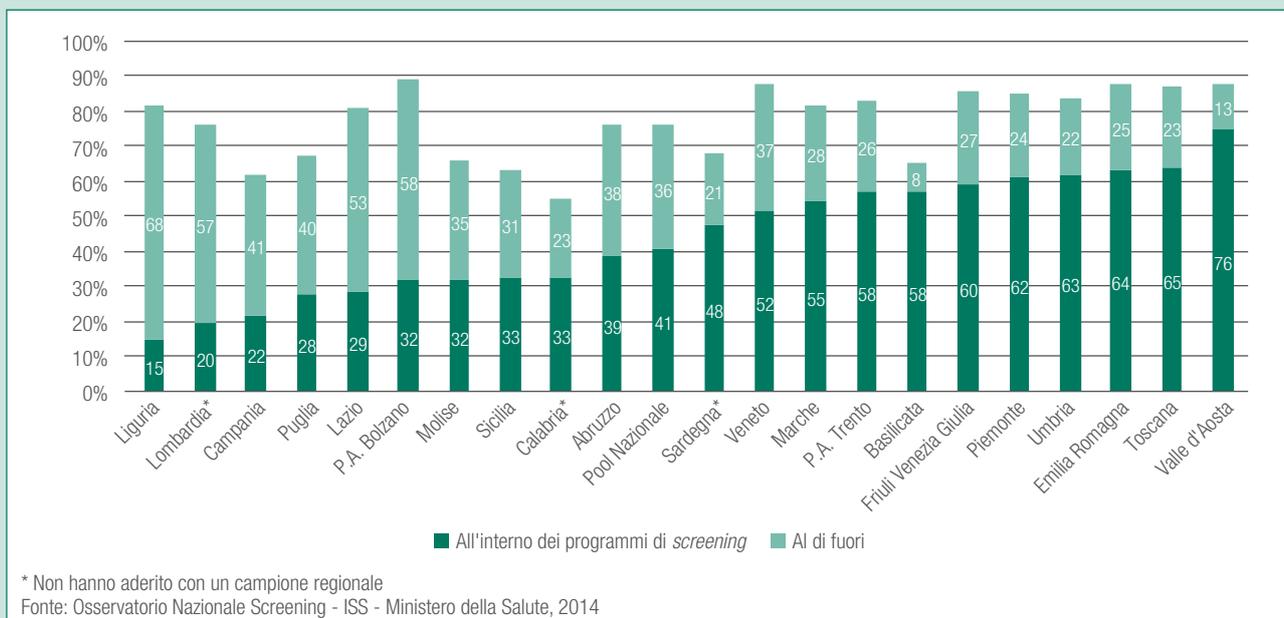
Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 conferma per la vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni e nei gruppi a rischio una copertura del 75% come obiettivo minimo perseguibile e del 95% come obiettivo ottimale. In base ai dati ministeriali, osservando le realtà regionali italiane si evince come la vaccinazione degli anziani over 65 sia in netto calo nella stagione influenzale 2014/2015, con evidenti disparità territoriali: posto che, a parte l'Umbria con il 61,8%, nessuna Regione raggiunge neanche il 55,0%, sono ben 14 quelle che non raggiungono neanche il 50,0% (ma il Lazio è in prossimità al 49,5% e la Toscana al 49,9%). Il valore Italia si ferma al 48,6% (contro il 55,4% della stagione precedente).

KI 5.13. Coperture vaccinali (%) del target primario del programma vaccinale contro l'HPV al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000



Stando ai dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità, dopo quasi 8 anni dall'avvio del programma di immunizzazione, la copertura vaccinale per ciclo completo di vaccino contro il papilloma virus umano (Hpv) sembra essersi stabilizzata intorno al 71%, senza mostrare l'incremento atteso nelle nuove coorti invitate. Continua a essere evidente una variabilità tra i dati regionali, che contrasta con la necessità di garantire in modo uniforme a tutta la popolazione un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale che rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Con riferimento alla coorte di ragazzine nate nel 2000, al 2014 in Italia ne risultano vaccinate con ciclo completo il 71,1% e con almeno una dose il 75,8%. La variabilità regionale per le prime varia tra il 30,9% della P.A. di Bolzano e l'82,0% della Toscana.

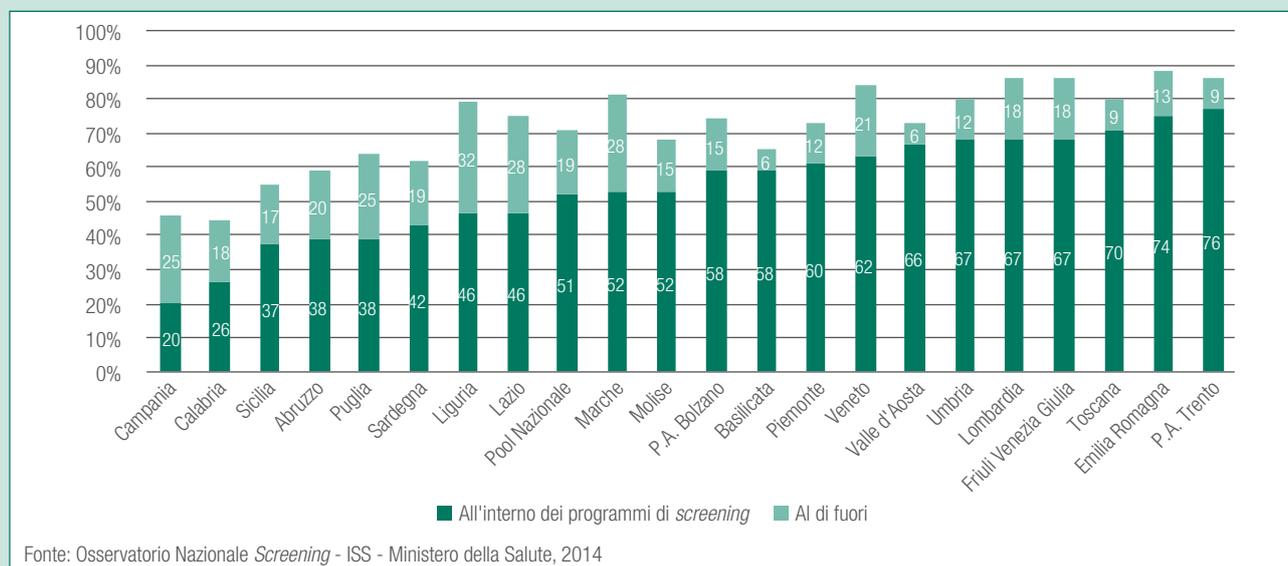
KI 5.14. Copertura test preventivo cervicale (pap-test o HPV) - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2011-2013



\* Non hanno aderito con un campione regionale  
Fonte: Osservatorio Nazionale Screening - ISS - Ministero della Salute, 2014

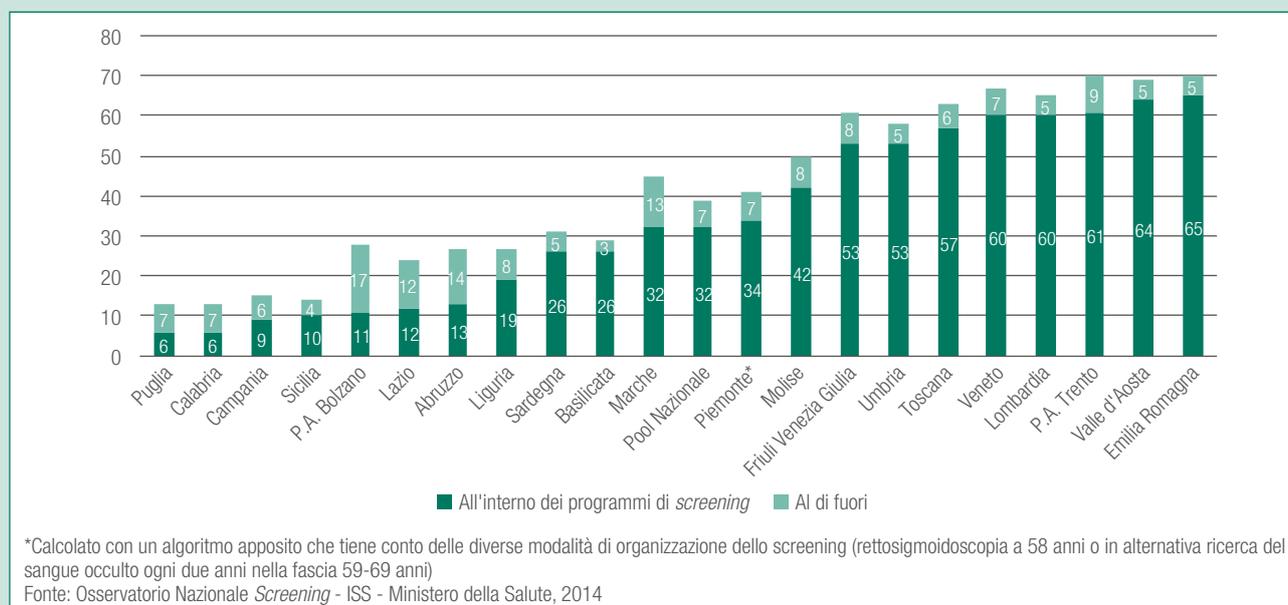
Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante donne tra i 25 ed i 64 anni abbiano eseguito un pap test o un esame dell'Hpv preventivo negli ultimi tre anni (precedenti l'indagine), sia all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel triennio 2011-2013 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 77%, con forti differenze regionali (range: 56% Calabria - 90% P.A. Bolzano). Considerando la % di donne che hanno effettuato l'esame all'interno dello screening, il range va dal 15% della Liguria al 76% della Valle d'Aosta (41% nazionale); considerando la % di donne che lo hanno eseguito al di fuori, si passa dall'8% della Basilicata al 68% della Liguria (36% nazionale). In entrambi i casi, la copertura è in lieve aumento tra il 2008 e il 2013. La % di chi ha eseguito l'esame al di fuori dei programmi è in leggera diminuzione dal 2011, probabilmente anche per effetto della crisi economica.

KI 5.15. Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni. Valori %, anni 2011-2013



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante donne 50-69enni abbiano eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni, sia all'interno dei programmi di *screening* organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel triennio 2011-2013 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 70%, con differenze significative tra le Regioni (*range*: 44% Calabria - 87% Emilia-Romagna). Considerando la % di donne che hanno effettuato l'esame all'interno dei programmi di *screening*, il *range* va dal 20% della Campania al 76% della P.A. Trento (51% nazionale); considerando la % di donne che lo hanno eseguito al di fuori, si passa dal 6% di Basilicata e Valle d'Aosta al 32% della Liguria (19% nazionale). In entrambi i casi, la copertura è in lieve aumento tra il 2008 e il 2013.

KI 5.16. Esame per la prevenzione dei tumori colorettrali nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2011-2013



Il sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'ISS informa su quante persone nella fascia di età 50-69 anni abbiano eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto (sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni), sia all'interno dei programmi di *screening* organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl, sia al di fuori. Si stima che nel periodo 2011-2013 la percentuale totale a livello nazionale sia pari al 39%, con differenze significative tra le Regioni (*range*: 13% Puglia e Calabria - 70% Emilia-Romagna). Considerando chi ha effettuato l'esame all'interno dello *screening* organizzato, il *range* va dal 6% di Puglia e Calabria al 65% dell'Emilia Romagna (32% nazionale); considerando coloro che lo hanno eseguito al di fuori dei programmi, si passa dal 3% della Basilicata al 17% della P.A. di Bolzano.



performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità regioni  
europa salute cura  
health HTA  
investimenti federalismo  
sviluppo selettività  
sostenibilità welfare  
equità crescita  
Italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia

# *Capitolo 6*

**Assistenza ospedaliera:  
i ricoveri ripetuti in Italia. Anno 2014**



## Capitolo 6

### Assistenza ospedaliera: i ricoveri ripetuti in Italia. Anno 2014

Manno V.<sup>1</sup>, Galadini M.<sup>2</sup>, Granella P.<sup>2</sup>, Conti S.<sup>1</sup>, Carle F.<sup>2</sup>

#### 6.1. Introduzione

Il numero dei ricoveri ospedalieri nel nostro Paese sta seguendo negli ultimi anni un *trend* in discesa, per attestarsi nel 2014 a circa nove milioni e mezzo (9.526.832), principalmente per effetto delle politiche di riduzione dell'inappropriatezza dell'ospedalizzazione e di trasferimento ad altri *setting* assistenziali (Ministero della Salute, 2015).

Nell'ambito dello studio dell'ospedalizzazione, una particolare attenzione va riservata al fenomeno dei cosiddetti "ricoveri ripetuti" o "re-ospedalizzazioni", ovvero dei ricoveri successivi al primo (il cosiddetto "ricovero indice") che avvengano entro una finestra temporale, che per convenzione internazionale viene fissata in 28-30 giorni (Hansen L.O. *et al.*, 2011; Ministero della Salute, 2008). Si tratta di un fenomeno, efficacemente sintetizzato dall'espressione inglese "*revolving door phenomenon*" (letteralmente, fenomeno della porta girevole), che in un'ottica di descrizione della qualità dell'assistenza ospedaliera, presenta criticità: si ritiene infatti che una re-ospedalizzazione avvenuta in un breve lasso di tempo sia un evento che, oltre ad indicare una ridotta qualità dell'assistenza, a tutto detrimento della salute del paziente, determini uno spreco economico, particolarmente deprecabile in un tempo di risorse dedicate alla sanità limitate e da utilizzare al meglio. Molti studi sui ricoveri ripetuti sono stati svolti in vari Paesi, peraltro caratterizzati da sistemi sanitari differenti; tra di essi citiamo alcuni che hanno riguardato il fenomeno nella sua globalità (Hansen L.O. *et al.*, 2011; Blunt I. *et al.* 2015; Kristensen S.R., Bech M. and Quentin W., 2015; Boutwell A. and Hwu S., 2009; Marks C., Loehrer S.

and McCarthy D., 2013; Jencks S.F., Williams M.V. and Coleman E.A., 2009; Mittler J.N. *et al.*, 2013; Centers for Medicare and Medicaid Services, 2014) ed altri riferiti a specifiche patologie/diagnosi (Gheorghiadu M. *et al.*, 2013; Kikuchi H., 2013; Howie-Esquivel J. and Dracup K., 2007; Duffy S. *et al.*, 2015). Studi sui ricoveri ripetuti sono stati effettuati anche nel nostro Paese, dedicati a specifiche patologie/discipline (Greco C. *et al.*, 2015; Barbadoro P. *et al.*, 2015; Fabbian F. *et al.*, 2015), a fasce di età selezionate (Valent F., Clagnan E. and Zanier, L., 2012), a singole regioni (Valent F., Clagnan E. and Zanier, L., 2012) o insiemi di esse (Bianco A. *et al.*, 2012; Ministero della Salute, 2008).

#### 6.2. Materiali e metodi

In questo capitolo vengono analizzati i dati delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) verificate in Italia nel 2014, provenienti dall'Archivio Nazionale delle Dimissioni Ospedaliere residente presso il Ministero della Salute.

Sono stati presi in considerazione i ricoveri in regime ordinario, escludendo le seguenti discipline di dimissione, di cui elenchiamo la denominazione ed il relativo codice: Anatomia ed istologia patologica (03), Medicina Legale (27), Medicina Termale (41), Farmacologia Clinica (55), Anestesia e Rianimazione (82), Detenuti (97), Cure Palliative/Hospice (99).

Il totale dei ricoveri esaminati assomma ad oltre 7 milioni (7.016.435).

Sono stati considerati ripetuti i ricoveri con data di ricovero entro i 30 giorni dalla data di dimissione del ricovero indice; eventuali ricoveri dello stesso soggetto,

<sup>1</sup> Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità (ISS)

<sup>2</sup> Ufficio VI, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

successivi ai 30 giorni dalla dimissione del ricovero indice, sono stati considerati nuovi ricoveri indice; il ricovero corrispondente al trasferimento presso un altro istituto di cura è stato considerato un nuovo ricovero indice, indipendentemente dal tempo trascorso dal ricovero precedente. Sono state considerate solo le dimissioni avvenute entro il 30 novembre 2014, essendo la finestra temporale di 30 giorni.

I ricoveri ripetuti, dal cui conteggio è stato escluso il ricovero indice, sono stati, nel 2014, oltre trecentomila (315.924).

In questo capitolo sono state esaminate in particolare le discipline di dimissione che hanno dato luogo ad un numero consistente di ricoveri ripetuti, scegliendo come soglia il numero di 10.000. Esse sono le seguenti, di cui indichiamo denominazione e codice: Cardiologia (08), Chirurgia generale (09), Medicina generale (26), Ortopedia e traumatologia (36), Ostetricia e ginecologia (37), Psichiatria (40), Urologia (43), Oncologia (64). Non sono stati considerati i ricoveri per la disciplina Pediatria.

Per ciascuna di queste discipline sono stati calcolati il numero totale dei ricoveri, il numero e la percentuale di ricoveri ripetuti; in primo luogo il fenomeno dei ricoveri ripetuti, intesi nell'accezione e per le discipline selezionate, è stato descritto per genere.

Per valutare le differenze per genere tra le proporzioni di ricoveri ripetuti sul totale è stato utilizzato un test del  $\chi^2$ .

L'altro rilevante parametro demografico rispetto al quale il fenomeno è stato analizzato è l'età; sono state considerate tre fasce: 15-64 anni, 65-74 e 75 anni ed oltre.

Per confrontare le distribuzioni nelle tre classi di età si è proceduto al calcolo della statistica Pearson  $\chi^2$  (Conover W.J., 1999; Fienberg S.E., 1980); una volta verificata la presenza di differenze significative tra le classi di età, si è proceduto a effettuare confronti 2x2 tra le classi in modo di specificare ulteriori differenze.

### 6.3. Risultati

La Tabella 1 contiene una prima descrizione dei ricoveri ripetuti per le discipline selezionate, che nel loro complesso sono stati 240.677, su un totale di 4.003.134 ricoveri (6%), considerando la popolazione di età di 15 anni ed oltre, senza distinzione di genere.

#### 6.3.1. I ricoveri ripetuti analizzati per genere

Essendo il genere la prima rilevante caratteristica demografica, i dati della Tabella 1 sono stati disaggregati tra uomini e donne (Tabella 2) ed è stata saggiata la differenza tra le proporzioni di ricoveri ripetuti.

Per il loro complesso e per ciascuna disciplina si è riscontrata una differenza significativa ( $p < 0,0001$ ).

Le proporzioni di ricoveri ripetuti sono sempre più alte tra gli uomini che tra le donne, ad eccezione dell'Urologia.

#### 6.3.2. I ricoveri ripetuti analizzati per età

Avendo riscontrato una significativa differenza di genere nel fenomeno dei ricoveri ripetuti, la successi-

**Tabella 6.1. Distribuzione dei ricoveri ripetuti (n>10.000) per disciplina - età 15 anni ed oltre, uomini e donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014**

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 26 - Medicina generale         | 67.234            | 960.465         | 7,0%                |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  | 44.782            | 755.915         | 5,9%                |
| 09 - Chirurgia generale        | 38.361            | 781.146         | 4,9%                |
| 64 - Oncologia                 | 27.741            | 118.221         | 23,5%               |
| 08 - Cardiologia               | 18.675            | 419.937         | 4,4%                |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 15.558            | 610.231         | 2,5%                |
| 43 - Urologia                  | 14.994            | 251.626         | 6,0%                |
| 40 - Psichiatria               | 13.332            | 105.546         | 12,6%               |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

**Tabella 6.2. Confronto delle distribuzioni dei ricoveri ripetuti tra uomini e donne - per disciplina - età 15 anni ed oltre - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014**

| Disciplina                     | Uomini          |                     | Donne           |                     |
|--------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|
|                                | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
| 08 - Cardiologia               | 265.358         | 4,6                 | 154.579         | 4,1                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 384.551         | 5,3                 | 396.595         | 4,5                 |
| 26 - Medicina generale         | 471.201         | 7,5                 | 489.264         | 6,5                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 272.822         | 2,8                 | 337.409         | 2,4                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  |                 |                     | 755.915         | 5,9                 |
| 40 - Psichiatria               | 54.048          | 13,6                | 51.498          | 11,6                |
| 43 - Urologia                  | 199.643         | 5,9                 | 51.983          | 6,2                 |
| 64 - Oncologia                 | 60.455          | 24,0                | 57.766          | 22,9                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

**Tabella 6.3. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per genere e classi di età, Ricoveri in regime ordinario, anno 2014**

| Classi di età | Uomini          |                     | Donne           |                     |
|---------------|-----------------|---------------------|-----------------|---------------------|
|               | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
| 15-64         | 770.349         | 5,9                 | 1.329.523       | 5,8                 |
| 65-74         | 403.049         | 6,8                 | 326.036         | 5,7                 |
| 75+           | 534.717         | 6,8                 | 639.450         | 5,7                 |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

**Tabella 6.4. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 15-64 anni, uomini - Ricoveri in regime ordinario - anno 2014**

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 08 - Cardiologia               | 4.199             | 97.055          | 4,3                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 9.631             | 209.189         | 4,6                 |
| 26 - Medicina generale         | 7.713             | 124.783         | 6,2                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 5.130             | 183.171         | 2,8                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  |                   |                 | 4,0                 |
| 40 - Psichiatria               | 7.037             | 49.237          | 14,3                |
| 43 - Urologia                  | 4.514             | 80.522          | 5,6                 |
| 64 - Oncologia                 | 7.345             | 26.367          | 27,9                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

va analisi per età è stata condotta separatamente per uomini e donne.

Per le tre classi di età in esame sono stati calcolati il totale dei ricoveri, il numero di quelli ripetuti e la relativa proporzione; i risultati sono presentati per il complesso delle discipline selezionate nella Tabella 3 e analiticamente per le discipline nelle Tabelle 4, 5 e 6 per gli uomini, 7, 8 e 9 per le donne.

Per saggiare se il fenomeno dei ricoveri ripetuti varia con l'età, si è dapprima analizzato il complesso delle discipline selezionate, ponendo a confronto, sempre separatamente per uomini e donne, le proporzioni nelle tre classi, avvalendosi della statistica Pearson  $\chi^2$ ; i confronti sono risultati entrambi significativi ( $p < 0,0001$ ).

Per gli uomini, la fascia di età 15-64 anni presenta una proporzione di ricoveri ripetuti minore di quelle che

Tabella 6.5. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 65-74 anni, uomini - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 08 - Cardiologia               | 3.734             | 77.666          | 4,8                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 5.308             | 87.746          | 6,0                 |
| 26 - Medicina generale         | 8.097             | 102.893         | 7,9                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 1.170             | 45.273          | 2,6                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  |                   |                 | 0,0                 |
| 40 - Psichiatria               | 259               | 3.304           | 7,8                 |
| 43 - Urologia                  | 3.789             | 65.194          | 5,8                 |
| 64 - Oncologia                 | 4.888             | 20.967          | 23,3                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

Tabella 6.6. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 75 anni ed oltre, uomini - Ricoveri in regime ordinario - anno 2014

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 08 - Cardiologia               | 4.338             | 90.637          | 4,8                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 5.493             | 87.616          | 6,3                 |
| 26 - Medicina generale         | 19.586            | 243.525         | 8,0                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 1.294             | 44.378          | 2,9                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  |                   |                 | 0,0                 |
| 40 - Psichiatria               | 77                | 1.507           | 5,1                 |
| 43 - Urologia                  | 3.451             | 53.927          | 6,4                 |
| 64 - Oncologia                 | 2.288             | 13.121          | 17,4                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

Tabella 6.7. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 15-64 anni, donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 08 - Cardiologia               | 1.463             | 37.900          | 3,9                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 9.663             | 232.737         | 4,2                 |
| 26 - Medicina generale         | 4.766             | 98.948          | 4,8                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 2.752             | 132.376         | 2,1                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  | 43.022            | 724.297         | 5,9                 |
| 40 - Psichiatria               | 5.515             | 44.167          | 12,5                |
| 43 - Urologia                  | 1.896             | 28.282          | 6,7                 |
| 64 - Oncologia                 | 7.584             | 30.816          | 24,6                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

si osservano nelle età più anziane, che non sono significativamente diverse tra loro.

Nelle donne invece, la fascia di età 15-64 anni presenta una proporzione di ricoveri ripetuti maggiore di quelle osservate nelle età più anziane, peraltro non significativamente diverse tra loro. Se non si considera la

disciplina Ostetricia e ginecologia che dà luogo da sola a più della metà dei ricoveri femminili totali (724.297 su 1.329.523), non si osservano differenze statisticamente significative tra le tre classi di età (le proporzioni di ricoveri ripetuti nelle tre classi divengono rispettivamente 5,6%, 5,7% e 5,7%).

Tabella 6.8. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 65-74 anni, donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 08 - Cardiologia               | 1.646             | 38.871          | 4,2                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 3.710             | 73.391          | 5,1                 |
| 26 - Medicina generale         | 5.177             | 78.340          | 6,6                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 1.920             | 82.766          | 2,3                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  | 1.063             | 19.815          | 5,4                 |
| 40 - Psichiatria               | 311               | 4.897           | 6,4                 |
| 43 - Urologia                  | 690               | 11.372          | 6,1                 |
| 64 - Oncologia                 | 3.919             | 16.584          | 23,6                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

Tabella 6.9. Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 75 anni ed oltre, donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014

| Disciplina                     | Ricoveri ripetuti | Totale ricoveri | % Ricoveri ripetuti |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| 08 - Cardiologia               | 3.295             | 77.808          | 4,2                 |
| 09 - Chirurgia generale        | 4.556             | 90.467          | 5,0                 |
| 26 - Medicina generale         | 21.894            | 311.976         | 7,0                 |
| 36 - Ortopedia e traumatologia | 3.292             | 122.267         | 2,7                 |
| 37 - Ostetricia e ginecologia  | 696               | 11.803          | 5,9                 |
| 40 - Psichiatria               | 133               | 2.434           | 5,5                 |
| 43 - Urologia                  | 654               | 12.329          | 5,3                 |
| 64 - Oncologia                 | 1.717             | 10.366          | 16,6                |

Fonte: elaborazione degli autori su dati del Ministero della Salute

Si è poi passati ai confronti per età relativi alle singole discipline selezionate.

Per gli uomini le proporzioni di ricoveri ripetuti per le singole discipline sono risultate sempre significativamente diverse nelle tre classi di età, con alcune eccezioni: i ricoveri ripetuti per la disciplina Ortopedia e traumatologia che non mostrano differenze significative per età, quelli per le discipline Cardiologia, Medicina generale e Chirurgia generale che non presentano differenze significative tra le due classi di età più anziane (65-74 anni e 75 ed oltre) e quelli per la disciplina Urologia che non presentano differenze significative tra le prime due classi di età.

Per le donne, le proporzioni di ricoveri ripetuti nella maggior parte delle discipline differiscono significativamente per età; fanno eccezione i ricoveri ripetuti per le discipline Cardiologia, Chirurgia generale, Ortopedia e traumatologia e Psichiatria, che non presentano differenze significative tra le età più anziane.

## 6.4. Commenti

Il fenomeno dei ricoveri ripetuti è oggetto di attenzione da parte delle autorità sanitarie di molti Paesi, che per cercare di contenerlo studiano le varie strategie che si basano sia su politiche di incentivi/disincentivi alle strutture ospedaliere che di promozione di tutta una serie di misure che riguardano la “prevenzione” dei ricoveri ripetuti e coinvolgono pazienti e strutture.

Sono stati infatti studiati (Hansen L.O. *et al.*, 2011; Boutwell A. and Hwu S., 2009) interventi da realizzare sia durante il ricovero che dopo la dimissione, coinvolgendo in primis il paziente, gli *staff* di medici ed altre figure professionali sanitarie; tali interventi si riferiscono a quanto avviene prima della dimissione (quali stesura di un documento molto particolareggiato di cosa fare a domicilio, compresa la terapia farmacologica che non si avvalga di farmaci ospedalieri, programmazione di appuntamenti ambulatoriali di *follow-up*, ecc.), che

dopo (presa in carico tempestiva e *follow-up*, anche solo telefonico, possibilmente con linee dedicate, visite domiciliari da parte dello *staff* infermieristico per verificare l'aderenza alla terapia e lo stato clinico del paziente); una particolare attenzione va rivolta allo stabilire un continuum tra ospedale e territorio.

La conoscenza del fenomeno dei ricoveri ripetuti, in termini di caratteristiche demografiche (genere, età) e di discipline può fornire un utile contributo all'impostazione di politiche da attuare nel nostro Paese per cercare di limitare il fenomeno.

La differenza osservata nel fenomeno tra uomini e donne indica l'utilità di organizzare strategie mirate ai due generi.

Dai risultati della presente analisi emerge inoltre che tali strategie debbono riguardare i ricoveri per varie discipline.

Una ulteriore indicazione che scaturisce dai risultati è che il fenomeno dei ricoveri ripetuti aumenta con l'età, in modo significativo tra gli uomini. Per quanto riguarda le donne tale andamento non si osserva se non si considera la disciplina ostetricia e ginecologia, che determina un significativo maggior numero di ricoveri ripetuti nella classe di età 15-64 anni.

Una particolare attenzione va dunque posta sulle misure che risultino più appropriate per le persone anziane, la cui numerosità come è noto è in espansione, dato il progressivo invecchiamento della popolazione.

## Riferimenti bibliografici

- Barbadoro, P. *et al.* (2015), "Emergency Department Non-Urgent Visits and Hospital Readmissions Are Associated with Different Socio-Economic Variables in Italy". *PLoS One*, 15;10(6):e0127823
- Bianco, A. *et al.* (2012), "Hospital readmission prevalence and analysis of those potentially avoidable in southern Italy", *PLoS One*, 7(11):e48263
- Blunt, I. *et al.* (2015), "Classifying emergency 30-day readmissions in England using routine hospital data 2004–2010: what is the scope for reduction?", *Emerg Med J*, 32(1):44-50
- Boutwell, A. and Hwu, S. (2009), "Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence". Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement
- Centers for Medicare and Medicaid Services (2014), "Readmissions Reduction Program", <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/acuteinpatientpps/readmissions-reduction-program.html>, Page last Modified: 08/04/2014 3:53 PM
- Conover, W.J. (1999), *Practical Nonparametric Statistics*, 3rd ed. New York: Wiley
- Duffy, S. *et al.* (2015), "Risk of death by comorbidity prompting rehospitalization following the initial COPD hospitalization", *JCOPDF*, 2(1): 17-22
- Fabbian, F. *et al.* (2015), "The crucial factor of hospital readmissions: a retrospective cohort study of patients evaluated in the emergency department and admitted to the department of medicine of a general hospital in Italy", *Eur J Med Res*, 27;20:6
- Fienberg, S.E. (1980), *The Analysis of Cross-Classified Categorical Data*, 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press
- Gheorghiadu, M. *et al.* (2013), "Rehospitalization for Heart Failure: Problems and Perspectives", *J Am Coll Cardiol*, 61(4):391-403
- Greco, C. *et al.* (2015). "Trends of mortality and heart failure after acute myocardial infarction in Italy from 2001 to 2011", *Int J Cardiol*, 184:115-21
- Hansen, L.O. *et al.* (2011), "Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review", *Ann Intern Med*, 155:520-8
- Howie-Esquivel, J.; Dracup, K. (2007), "Effect of Gender, Ethnicity, Pulmonary Disease, and Symptom Stability on Rehospitalization in Patients With Heart Failure", *Am J Cardiol*, 100(7):1139–44
- Jencks, S.F.; Williams, M.V., and Coleman, E.A. (2009), "Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program", *N Engl J Med*, 360(14):1418-28
- Kikuchi, H. (2013), "Efficacy of continuous follow-up for preventing the involuntary readmission of psychiatric patients in Japan: A retrospective cohort study", *Int J Soc Psychiatry* 59(3):288-95
- Kristensen, S.R.; Bech, M. and Quentin, W. (2015), "A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States", *Health Policy*, 119(3):264–73

- Marks, C.; Loehrer, S., and McCarthy, D. (2013), "Hospital readmissions: Measuring for Improvement, Accountability and Patients", The Commonwealth Fund and Institute for Healthcare Improvement, September
- Ministero della Salute (2008). *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Primi indicatori ministeriali. Anno 2008*. Ministero della Salute, Laboratorio Management e Sanità e Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (a cura di). [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_1239\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1239_allegato.pdf)
- Ministero della Salute (2015), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2014*, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ufficio VI (a cura di), giugno 2015, pp. 378
- Mittler, J.N. et al. (2013), "Turning Readmission Reduction Policies into Results: Some Lessons from a Multistate Initiative to Reduce Readmissions", *Popul Health Manag*, 16(4):255-60
- Valent, F.; Clagnan, E. and Zanier, L. (2012), "Individual and health care factors, and one-year hospital readmission of elderly patients in Friuli Venezia Giulia, Northeastern Italy", *Epidemiol Prev*, 36(5):273-9





# *Chapter 6 – Summary*

**Hospital care:  
rehospitalizations in Italy in 2014**



## Chapter 6 - Summary

### Hospital care: rehospitalizations in Italy in 2014

*Manno V.<sup>1</sup>, Galadini M.<sup>2</sup>, Granella P.<sup>2</sup>, Conti S.<sup>1</sup>, Carle F.<sup>2</sup>*

In the analysis of the hospitalization, a special focus is necessary on “rehospitalizations”, i.e. successive hospitalizations after the first hospitalization (called “index hospitalization”) within an internationally accepted conventional period of 28-30 days. When describing the quality of hospital care, rehospitalizations may be indicative of criticalities: it is believed, in fact, that readmission after a short while indicates low-quality care, to the detriment of the patient’s health, and entails a waste of funds, which is particularly deplorable at a time of limited financial resources for health care, which need to be better employed.

Following there are the most important results obtained from an analysis of the official data on hospital discharges in Italy, in 2014, produced by the Ministry of Health. All ordinary discharges have been taken into account, having excluded certain specialties: Anatomy and histology, Legal medicine, Spa medicine, Clinical pharmacology, Anaesthesia and resuscitation, Detainees and Palliative care/Hospices. Discharges total over 7 million (7,016,435).

All discharges within 30 days from the date of discharge subsequent to the index hospitalization were considered rehospitalizations; any discharges of the same subject after 30 days from the date of discharge subsequent to the index hospitalization were considered new index hospitalization; transfer to another health facility was considered a new index hospitalization, regardless of the time passing from the previous hospitalization.

In 2014, there were over three hundred thousand (315,924) rehospitalizations, within the meaning above, excluding the index hospitalizations.

In particular, the hospital discharge specialties were examined leading to a large number of rehospitalizations

(threshold established at 10,000): Cardiology, General surgery, General medicine, Orthopedics and traumatology, Obstetrics and Gynaecology, Psychiatry, Urology and Oncology.

The rehospitalizations of adult subjects (aged 15+) have been studied by gender and age group (15-64, 65-74 and 75+ years), based on the calculation, for each selected specialty, of total number of hospitalizations, number and type of rehospitalizations; comparisons by gender and age were made on the basis of appropriate statistical tests.

Summarising the results obtained, a total of 240,677 rehospitalizations were analysed, out of a total of 4,003,134 hospitalizations (6%). Overall and for each specialty, they feature significant differences between men and women, with rehospitalizations rates consistently higher among men than women, except in the case of urology.

Men aged 15-64 years feature a lower percentage of rehospitalizations, compared to the older age groups, which are similar.

Instead, women aged 15-64 years feature a higher percentage of rehospitalizations, compared to the older age groups, which are rather similar. If we leave out “Obstetrics and gynaecology” – which alone accounts for more than half the total female discharges, 724,297 out of 1,329,523 – no statistically significant differences can be observed between the three age groups (the percentage of rehospitalizations in the three age groups are 5.6%, 5.7% and 5.7%, respectively).

Age comparisons for the single specialty have highlighted predominantly significant differences.

In short, rehospitalizations are now under the spot-

<sup>1</sup> Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità (ISS)

<sup>2</sup> Ufficio VI, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

light of the health authorities in a number of countries, with various strategies being considered to cut down their number, based either on incentive/disincentive measures for the hospitals or the promotion of measures focusing on the “prevention” of rehospitalizations, involving patients and hospitals.

Further knowledge of rehospitalizations, in terms of their demographics (gender, age) and hospital discharge specialties, can be helpful for the effective implementation of policies capable of reducing their number.

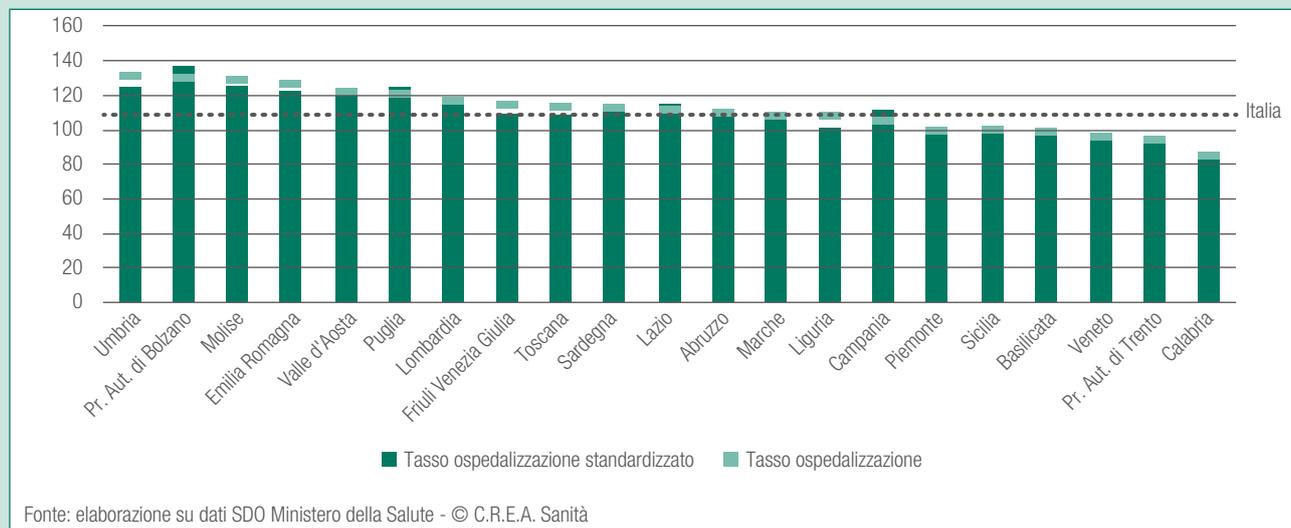
The difference in rehospitalizations observed between men and women indicates the expediency of organising gender-specific strategies.

Based on the results of the present analyses, it emerges that the strategies should concern hospitalisation for different specialties.

A further indication is that rehospitalizations tend to increase with age, especially among men. This trend is not observed among women, however, except in the case of obstetrics and gynaecology, which determines a significantly higher number of rehospitalizations in the 15-64 year age group.

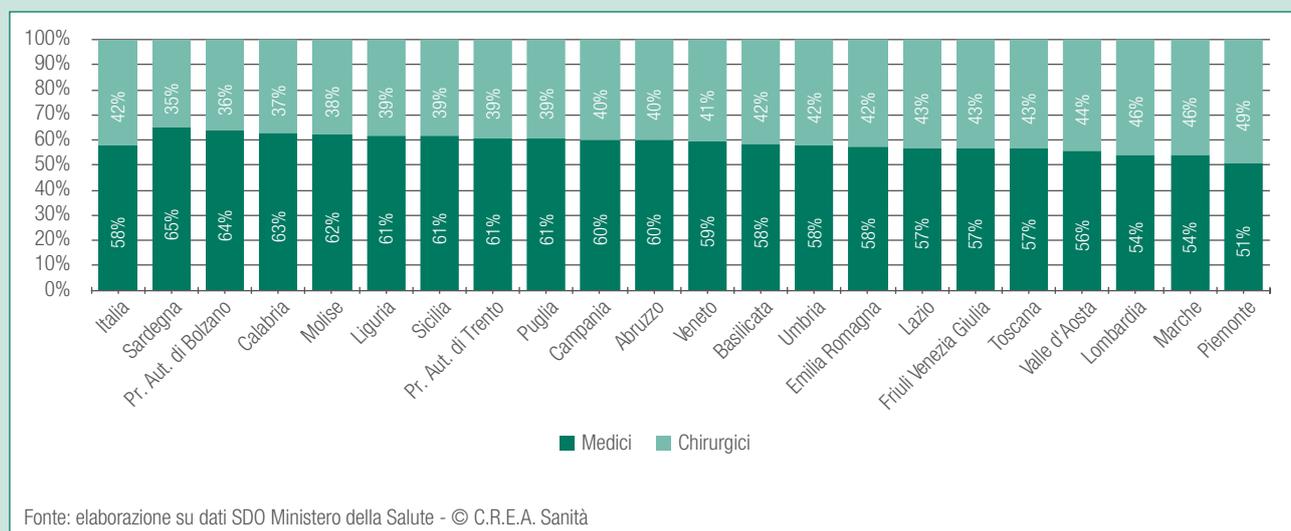
Therefore, there should be a special focus on the most appropriate measures for elderly people, whose numbers are increasing, given the progressive ageing of the population.

KI 6.1. Tassi di ospedalizzazione acuti ordinari - Valori per 1.000 abitanti, anno 2013



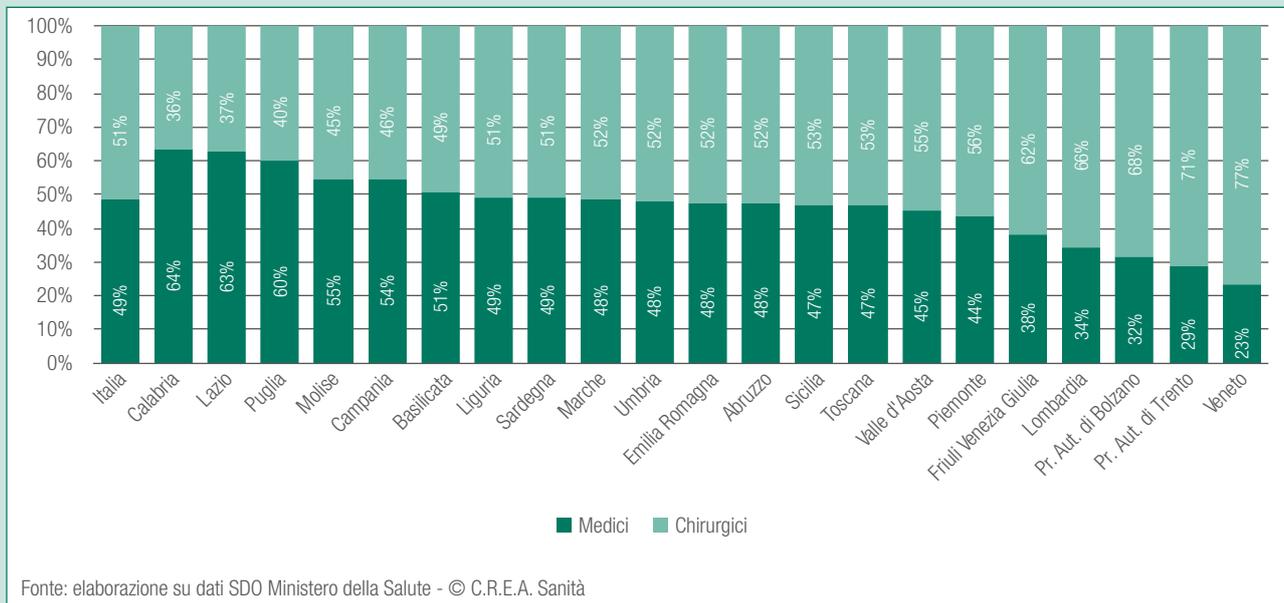
Nel grafico vengono rappresentati i valori dei tassi di ricovero sia rispetto al valore reale sia considerando una popolazione standardizzata. Il tasso standardizzato ci permette così di annullare gli effetti demografici tra le Regioni. Il tasso di ricovero più elevato si ha in Umbria (131 ricoveri ogni 1.000 ab.). Il tasso più basso è quello della Calabria (85 ricoveri ogni 1.000 ab.). Introducendo la standardizzazione, la Calabria rimane con il tasso più basso, mentre la Regione con il tasso di ricovero standardizzato più alto è la Pr. Aut. di Bolzano (137 ricoveri ogni 1.000 ab.).

KI 6.2. Composizione regionale ricoveri ordinari per tipologia di DRG. Valori %, anno 2013



Il grafico rappresenta, per il regime ordinario, la composizione dei ricoveri rispetto alla tipologia di DRG. Complessivamente in Italia si hanno il 58% di ricoveri con DRG medici e il 42% chirurgici. La Sardegna presenta il maggior numero di casi medici (65% medici contro 35% chirurgici), mentre il minor numero di DRG medici si riscontra in Piemonte (51% contro 49%).

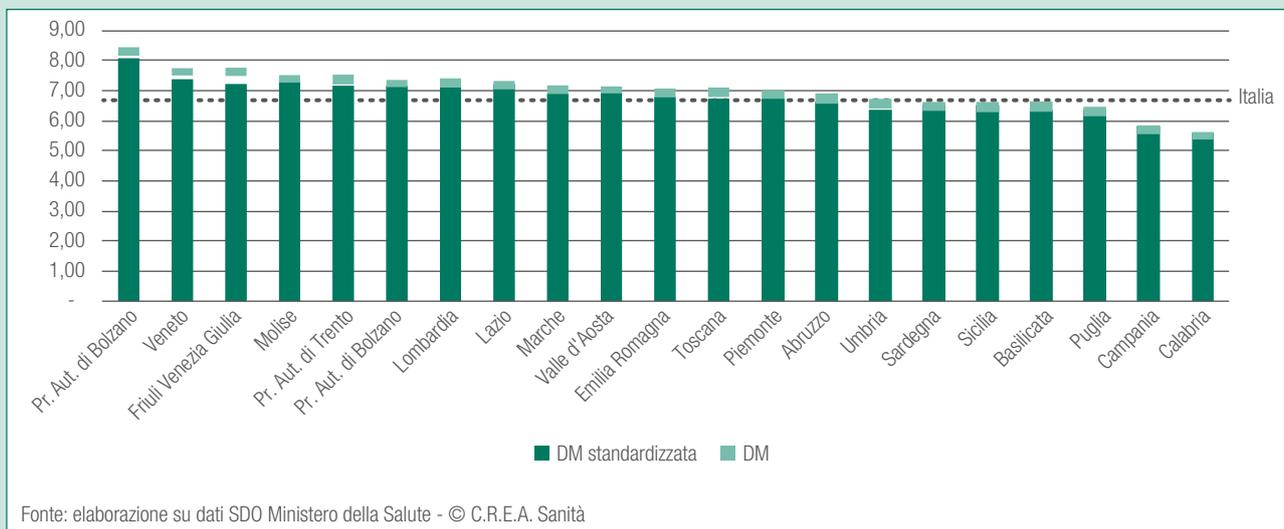
KI 6.3 - Composizione regionale ricoveri diurni per tipologia di DRG. Valori %, anno 2013



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

Il grafico rappresenta, per regime diurno, la composizione dei ricoveri rispetto alla tipologia di DRG. Complessivamente in Italia si hanno il 49% di ricoveri con DRG medico e il 51% chirurgico. La Calabria presenta il maggior numero di casi medici (64% medici contro 36% chirurgici), mentre il minor numero di DRG medici in regime diurno si riscontra in Veneto (23% contro 77%).

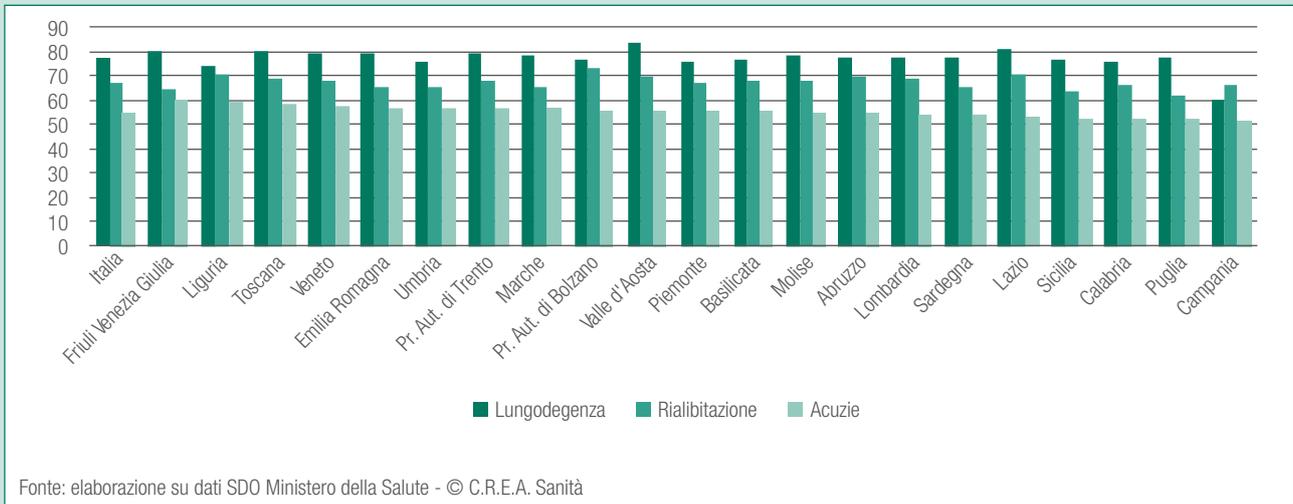
KI 6.4. Degenza media - Valori assoluti, anno 2013



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

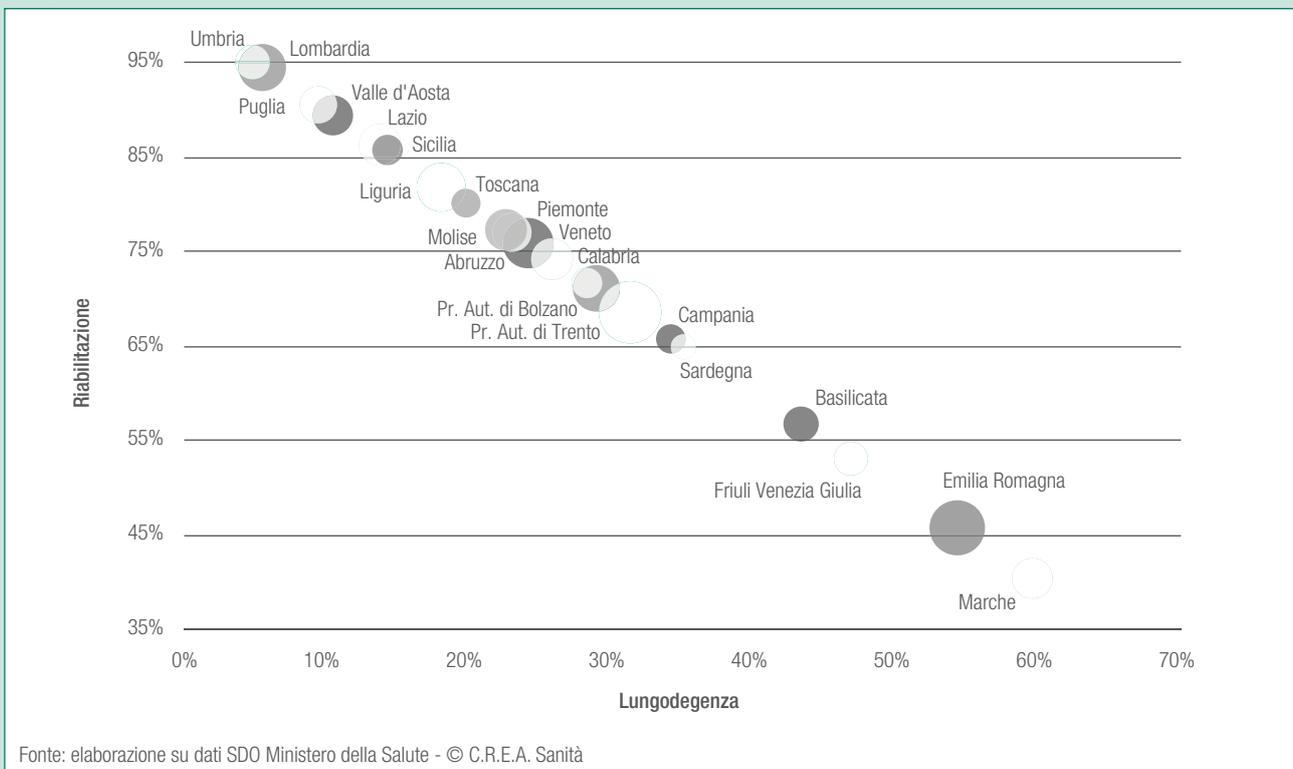
L'indicatore rappresenta il numero di giornate medie di degenza per ciascun ricovero in regime ordinario. Anche per questo indicatore si è proceduto alla standardizzazione al fine di annullare gli effetti demografici tenendo conto del numero di ricoveri medi per classe di età. La regione con la DM più elevata è il Veneto (8,26 giornate medie di degenza). La Calabria invece presenta la degenza media più bassa (5,49 giornate). L'effetto della standardizzazione è un effetto lieve. La Calabria e il Veneto mantengono le loro posizioni di Regioni con minima e massima degenza media, passando però ad un valore pari a 5,60 giornate la Calabria e il Veneto a 8,09 giornate.

**KI 6.5. Età media ricoveri per tipologia di attività in regime ordinario, anno 2013**



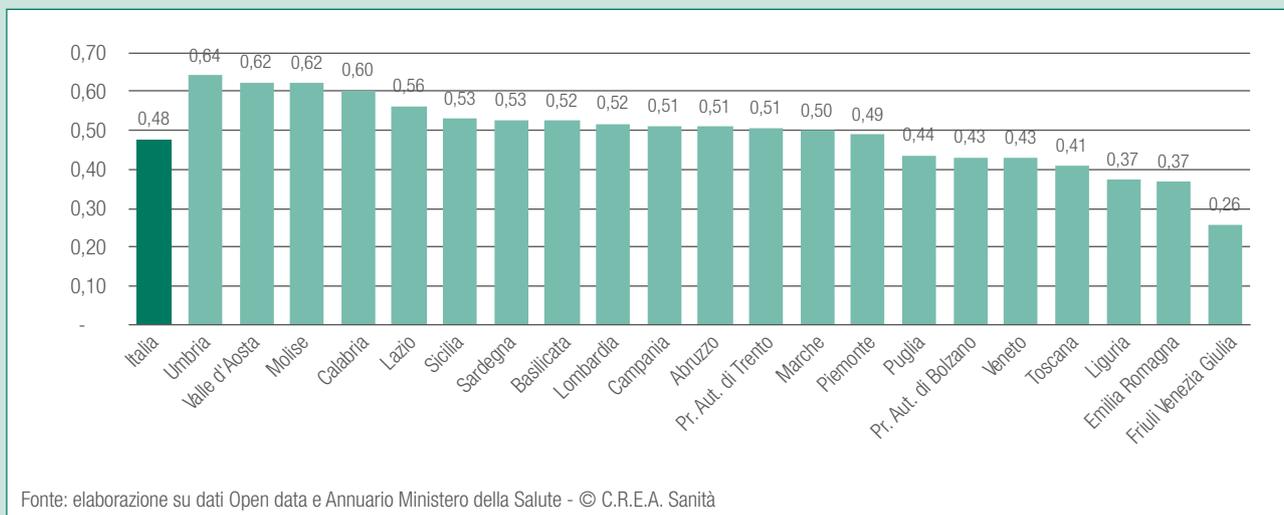
Il grafico rappresenta l'età media per ciascuna tipologia di attività di ricovero. La lungodegenza è la tipologia in cui l'età media risulta superiore. Nello specifico della lungodegenza la Regione in cui l'età è più elevata è la Valle d'Aosta (84 anni). L'età media in riabilitazione più alta è presente invece in Pr. Aut. Bolzano (73 anni). In acuzie i ricoveri con età media superiore si registrano in Friuli Venezia Giulia (60 anni).

**KI 6.6. Ricoveri ospedalieri per tipologia di attività, riabilitazione e lungodegenza, in relazione al tasso di ospedalizzazione. Valori % e per 1.000 abitanti, anno 2013**



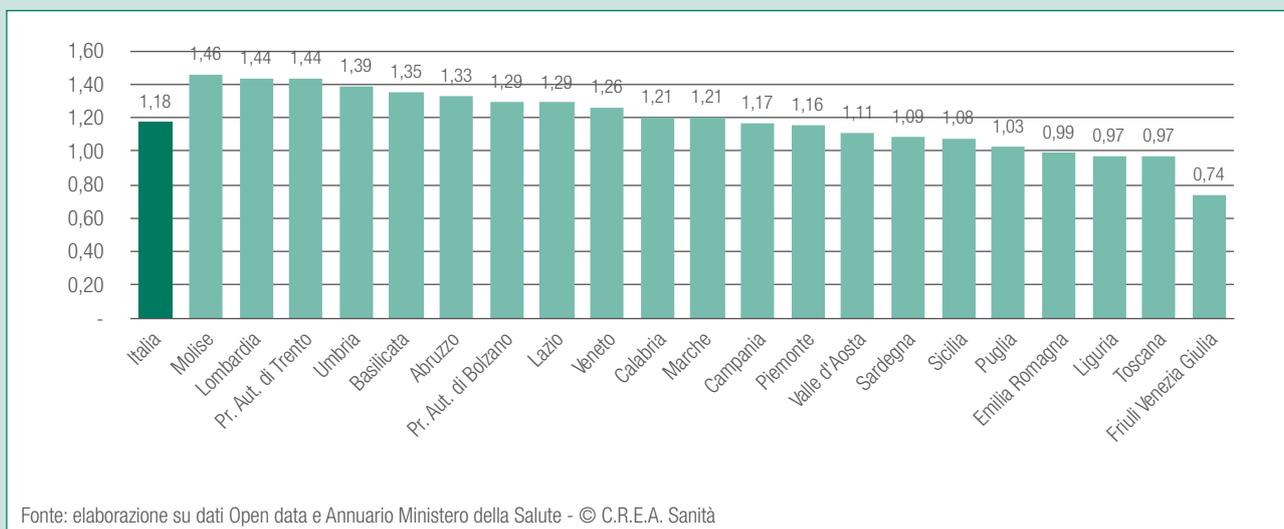
L'indicatore esprime come a livello regionale si distribuiscono le dimissioni tra attività di riabilitazione e di lungodegenza, mostrando anche il tasso di ospedalizzazione di ciascuna Regione relativamente ai ricoveri in regime di riabilitazione e lungodegenza (il tasso di ospedalizzazione è rappresentato dalla dimensione delle bolle). La Regione Marche è quella che in assoluto usufruisce di più della lungodegenza (60% dei ricoveri non in acuzie). Mentre la Lombardia è quella che ha il maggior numero di ricoveri in riabilitazione (94%).

KI 6.7. Numero di medici per posto letto, anno 2011



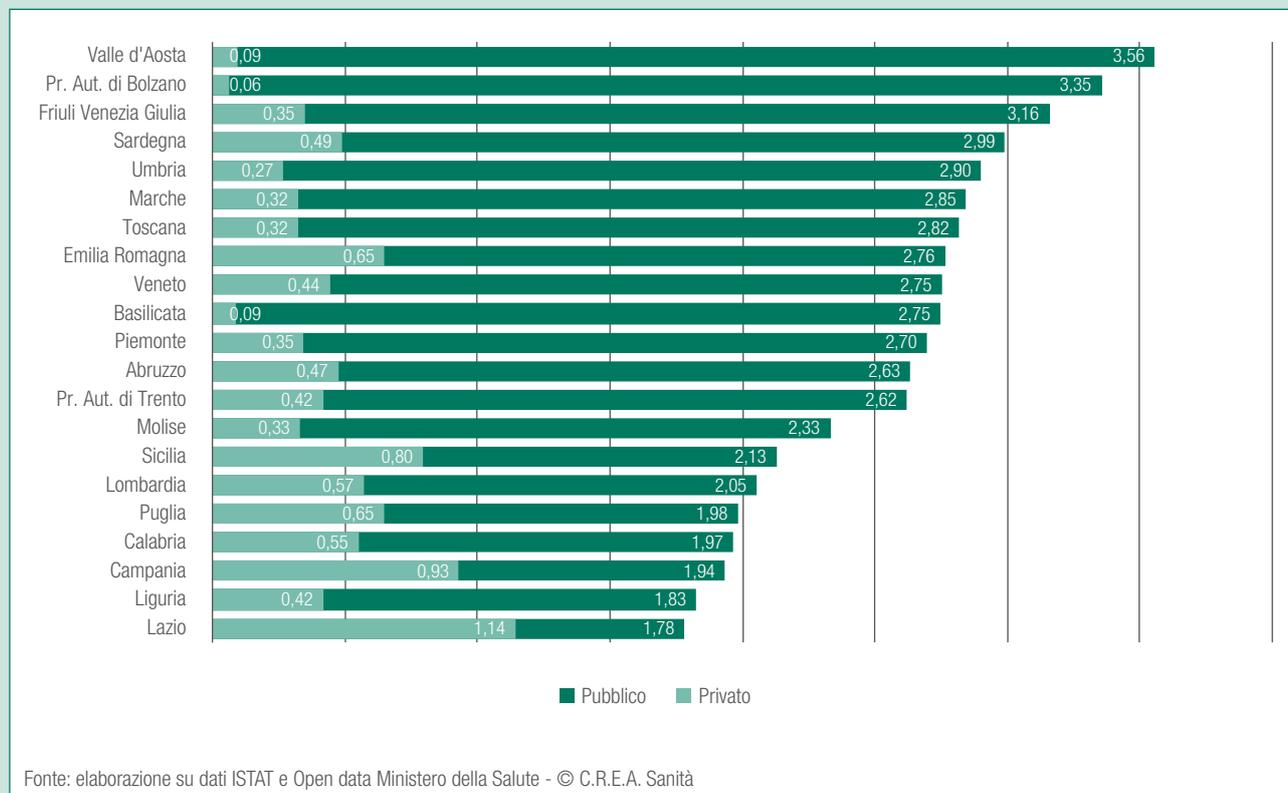
L'indicatore riporta il numero di medici per posto letto, considerando, a seconda della tipologia di attività, un diverso peso per i posti letto. Il peso è stato costruito in base al valore giornaliero della produzione ed è legato alla tipologia di attività. In Italia il rapporto tra medici e posti letto è in media di 0,48 unità ogni posto letto. La Regione che ha il più alto numero di medici per ciascun letto è l'Umbria (0,64), mentre il Friuli è la Regione con il rapporto medico/letto più basso (0,26).

KI 6.8. Numero di infermieri per posto letto, anno 2011



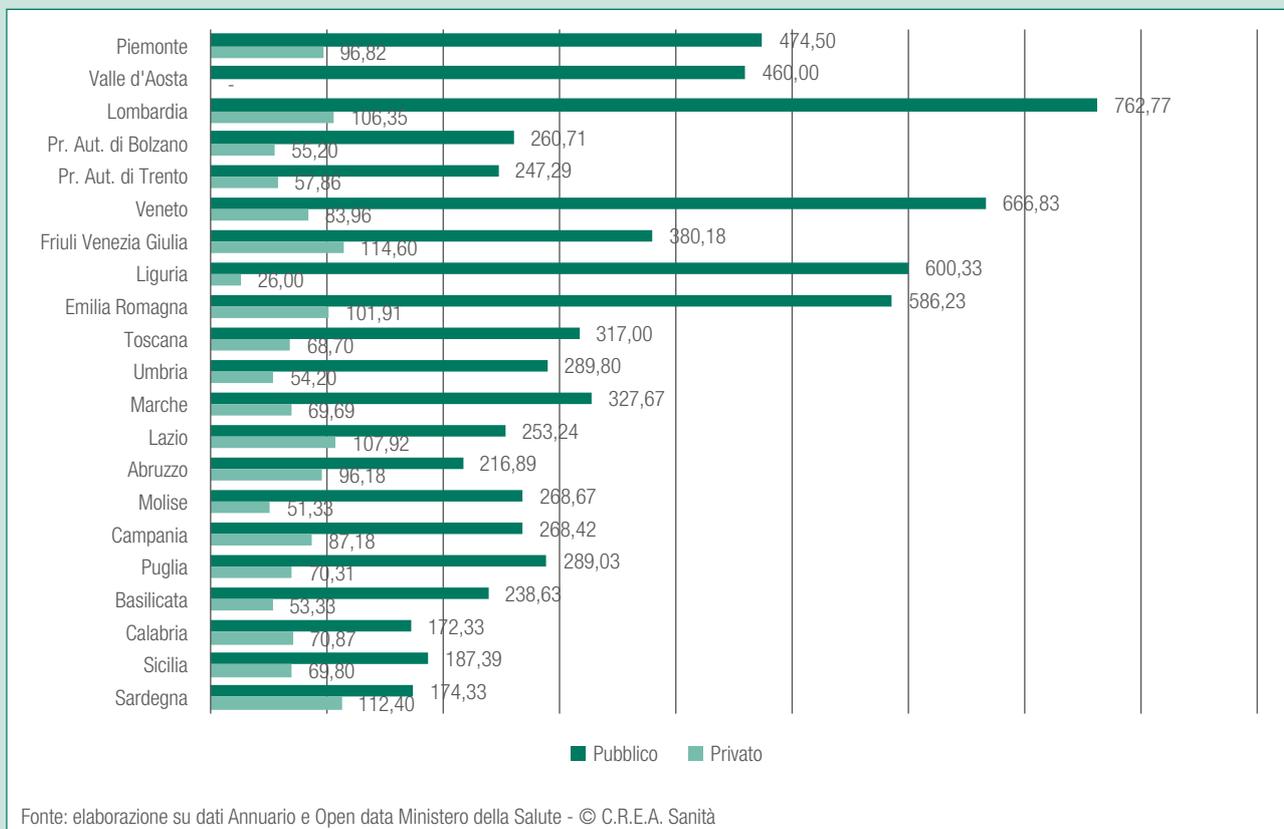
L'indicatore riporta il numero di infermieri per posto letto, considerando, a seconda della tipologia di attività, un diverso peso per i posti letto. Il peso è stato costruito in base al valore giornaliero della produzione ed è legato alla tipologia di attività. In Italia il rapporto tra infermieri e posti letto è in media di 1,18 unità ogni posto letto. La Regione che ha il più alto numero di infermieri per ciascun letto è il Molise (1,46), mentre il Friuli è la Regione con il rapporto infermiere/letto più basso (0,74).

## KI 6.9. Posti letto in acuzie per abitante. Valori per 1.000 abitanti, anno 2013



La dotazione di PL per abitante è molto diversa da Regione a Regione. Nello specifico stiamo considerando i soli posti letto in acuzie. A livello nazionale, complessivamente tra pubblico e privato, la dotazione di posti letto è di 2,94 per abitante. La Valle d'Aosta ha più posti letto pubblici per abitante di tutte le altre Regioni (3,56 per ogni 1.000 ab.) Chi invece ne ha di meno è il Lazio (1,78 per ogni 1.000 ab.). Per il privato si parla di valori più alti nel Lazio (1,14 per ogni 1.000 ab.) mentre la Pr. Aut. di Bolzano è quella che ha meno posti letto privati (0,06 ogni 1.000 ab.).

KI 6.10. Posti letto per struttura. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012



Nel numero dei posti letto per struttura sono incluse tutte le strutture e tutti i posti letto disponibili, quindi sia quelli delle strutture che effettuano ricoveri in acuzie che in riabilitazione e in lungodegenza. In Italia in media i posti letto nelle strutture pubbliche sono 338, mentre nelle private sono 88 per ciascuna struttura. Le strutture pubbliche di più grandi dimensioni si trovano in Lombardia, con 763 posti letto per struttura e le più piccole in Calabria 172 posti letto. Nel privato la Regione con il numero di posti più elevato è la Sardegna che ne ha 112 per ciascuna struttura e di contro quella che ha le strutture più piccole è la Liguria con 26 posti letto per struttura.

performance  
accesso  
scenari  
appropriatazza  
innovazione  
efficienza  
integrazione  
bisogni  
SSN  
empowerment  
regioni  
responsabilità  
europa  
salute  
HTA  
health  
investimenti  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
sviluppo  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia  
welfare  
crescita

# *Capitolo 7*

**Assistenza residenziale:  
domanda e strategie d'offerta**



## Capitolo 7

### Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta

Pastorelli G.<sup>1</sup>

#### 7.1. Introduzione

I sistemi sanitari sono orientati ad un processo di riorganizzazione che mira alla massima specializzazione dei servizi ospedalieri, da dedicarsi ai soli eventi acuti ed agli interventi diagnostici e terapeutici ad elevata complessità, potenziando di conseguenza l'assistenza primaria per tutti gli interventi deospedalizzabili: obiettivo decretato anche in Italia nelle premesse del D.M n. 70 del 2 Aprile 2015 di razionalizzazione delle rete ospedaliera.

Un ruolo importante nell'ambito della assistenza primaria lo riveste l'assistenza residenziale, luogo privilegiato della *long term care* (peraltro insieme alla assistenza domiciliare), che rappresenta un bisogno in continuo aumento dovuto alle modificazioni sociali e demografiche: l'invecchiamento della popolazione, la riduzione della potenzialità dell'assistenza informale e le relative conseguenze economico-finanziarie che inficiano la sostenibilità del SSN.

Si consideri che, nell'ordinamento italiano, per prestazione residenziale e semi-residenziale si intende "il complesso integrato di interventi, funzioni ed attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non-autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione" (fonte: Ministero della Salute).

Nello specifico l'assistenza residenziale rappresenta un complesso di interventi di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogati lungo tutto l'arco delle 24 ore, che si caratterizza, di norma, come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non-autosufficienti (anziani, disabili, persone con patologie

psichiatriche e malati terminali) in condizioni di cronicità e/o di relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

L'assistenza semi-residenziale è, invece, un'attività assistenziale che si svolge in un "Centro Diurno", una struttura quindi che si propone come intervento alternativo alla completa residenzializzazione, in situazioni in cui non è possibile rimanere in piena autonomia al proprio domicilio.

#### 7.2. Offerta

Nel 2012 (ultimo dato reso disponibile dal Ministero della Salute nell'annuario statistico), le strutture che in Italia hanno offerto servizi di assistenza residenziale e semi-residenziale sono state complessivamente 9.313 (figura 7.1), di cui 70% (figura 7.1) strutture residenziali (1.518 pubbliche e 5.008 private accreditate<sup>2</sup>) e 30% strutture semi-residenziali (999 pubbliche e 1.788 private accreditate).

Dal punto di vista della natura giuridica della struttura il 73% delle strutture è privato accreditato e solo il 21% pubblico (6.796 contro 2.517).

Nel periodo 2002-2012 (figura 7.2), si osserva una sostanziale stabilità del numero per tutte le tipologie di struttura, tranne che per le residenziali private, che quasi raddoppiano (+81%).

A livello regionale (figura 7.3) si apprezza come sia stato generale l'incremento delle strutture private, concentrato tuttavia in Abruzzo (+1.325%, da 4 a 57), Valle d'Aosta (+650%, da 2 a 15), Pr. Aut. di Bolzano (+359%, da 17 a 78) e Puglia (+329%, da 70 a 300), mentre risulta meno accentuato nelle Marche (+8%), nel Veneto e in Toscana (+26%).

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

<sup>2</sup> Nel prosieguo per private si intende private accreditate

Figura 7.1. Strutture per carattere di residenzialità e per natura giuridica. Valori % e valori assoluti, anno 2012

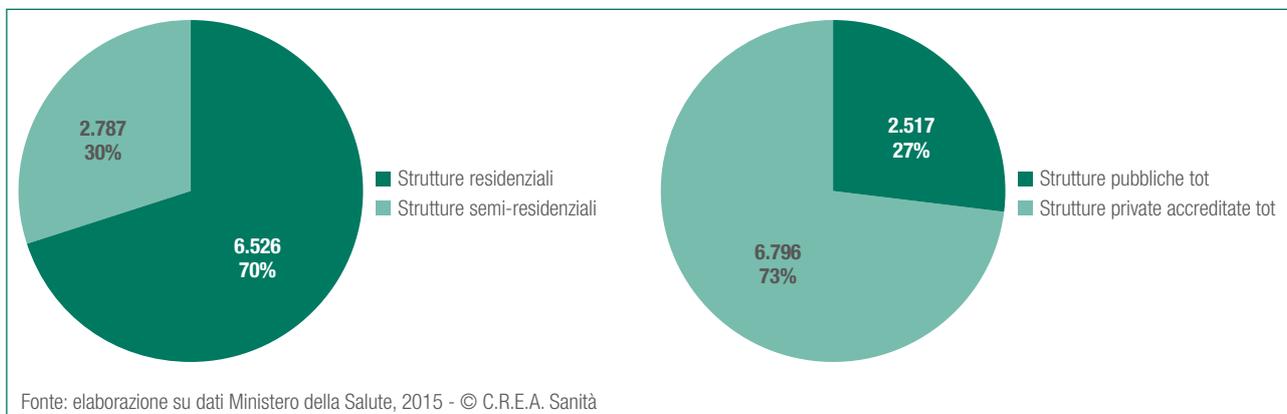


Figura 7.2. Strutture residenziali e semi-residenziali. Valori assoluti, anni 2002-2012

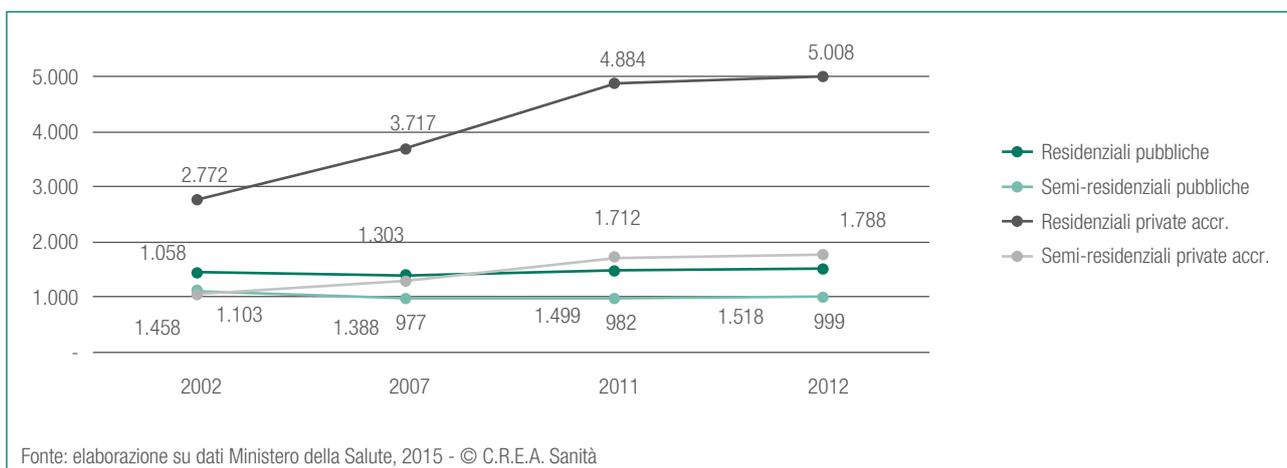
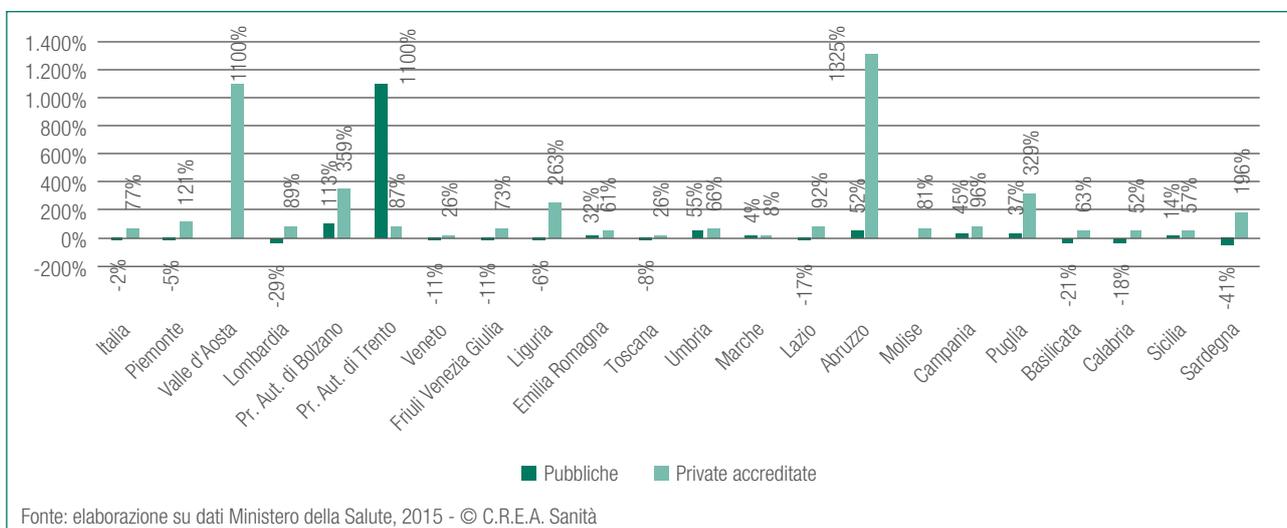


Figura 7.3. Strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Variazioni %, anni 2002-2012



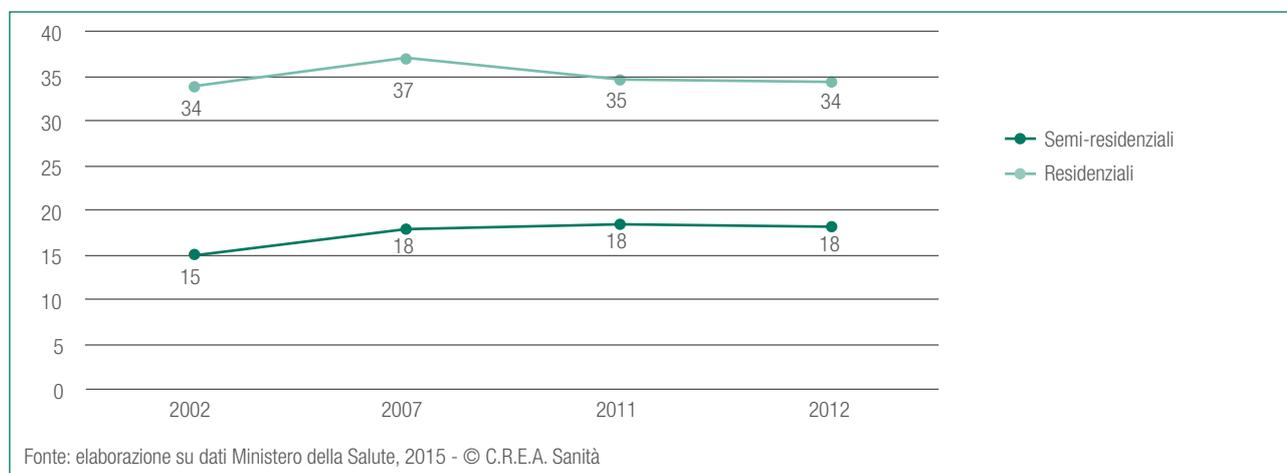
Per quanto attiene le strutture pubbliche, notiamo invece come nelle Regioni in cui se ne è stato registrato un aumento, lo stesso sia decisamente inferiore a quello delle strutture private (fa eccezione la Pr. Aut. di Trento); la tendenza, comunque, è quella di una diminuzione: in modo considerevole in Sardegna (-41%), Lombardia (-29%), Basilicata (-21%) e Calabria (-18%).

A livello nazionale (figura 7.4), osserviamo come la dimensione media delle strutture si situi intorno ai 34

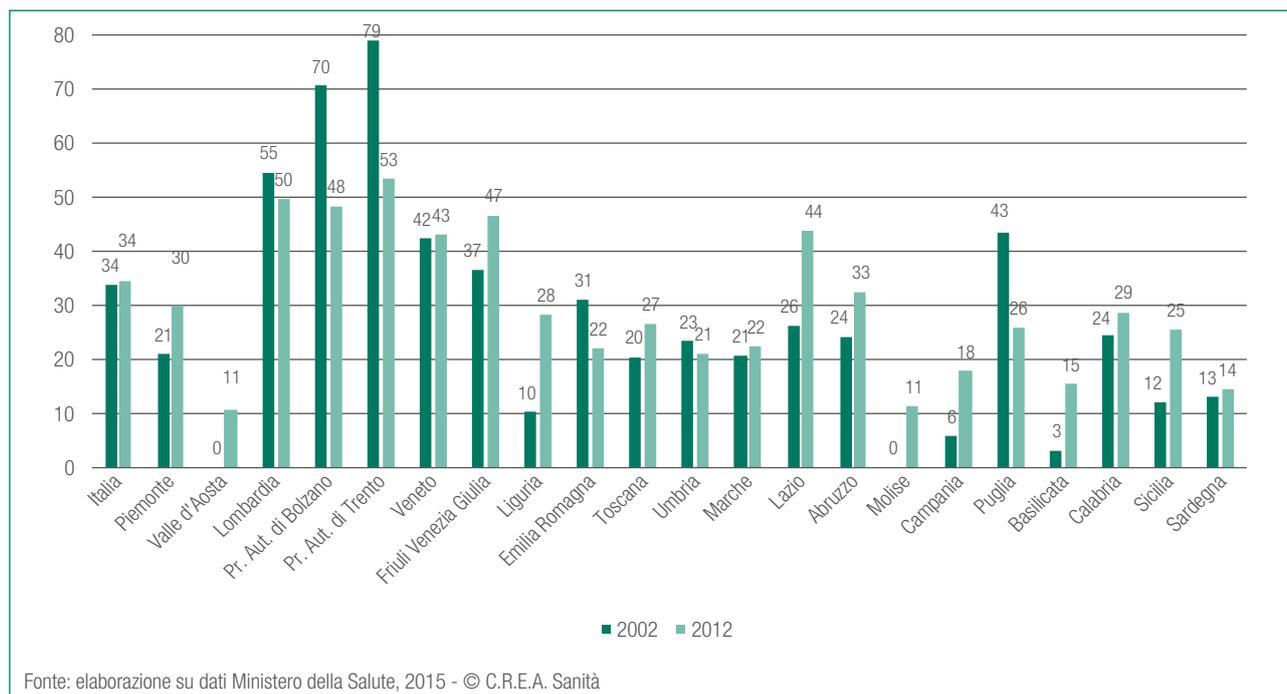
posti letto per le strutture residenziali e 18 per quelle semi-residenziali. Si osserva per entrambe le tipologie un aumento dimensionale intervenuto nel 2007, che è stato mantenuto per le strutture semi-residenziali mentre ha subito una successiva flessione nelle strutture residenziali: nel 2012 la dimensione media torna al livello del 2002 (34 posti letto per struttura).

A livello regionale (figura 7.5) la Pr. Aut. di Trento, con 53 posti letto per struttura, è quella con dimen-

**Figura 7.4. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2002-2012**



**Figura 7.5. Posti letto per struttura residenziale. Valori assoluti, anni 2002 e 2012**



sione media delle strutture maggiore (sebbene il dato abbia subito un'importante flessione nel corso dell'ultimo decennio); segue la Lombardia con 50 posti letto per struttura, il Friuli Venezia Giulia con 47 ed il Lazio (che ha incrementato del 43% i posti letto) con 44. Valle d'Aosta e Molise, entrambe con 11 posti letto per struttura, registrano le dimensioni medie inferiori per le proprie strutture, seguite da Sardegna e Basilicata rispettivamente con 14 e 15 posti letto per struttura.

Nel complesso sembra svilupparsi una progressiva convergenza su dimensioni comuni delle strutture, con l'esclusione di poche eccezioni (ad esempio la Sardegna), dove il processo sembra avanzare lentamente.

Per le strutture semi-residenziali (figura 7.6), il dato nazionale del 2012 di 18 posti letto in media per struttura, risulta incrementato rispetto al 2002 in tutte le Regioni a meno di Calabria, Valle d'Aosta e Umbria. Il valore più alto lo detiene il Lazio con 27 posti letto per struttura, seguito da Piemonte Lombardia e Puglia rispettivamente con un livello di 25, 22 e 21; quello più basso invece è registrato dal Molise con 4 posti letto per struttura seguito dalla Pr. Aut di Bolzano e Calabria rispettivamente con 8 e 9 posti letto.

Nel 2012 i posti letto disponibili nelle strutture residenziali e semi-residenziali sono stati rispettivamente

224.136 e 50.769, ovvero l'82% è per l'assistenza residenziale.

I posti letto per abitante nelle strutture residenziali e semi-residenziali risultano quindi essere in media 46 per 10.000, in crescita fra il 2002 e il 2012; si noti che la crescita è dovuta per larga parte all'incremento registratosi nelle strutture residenziali, in cui si è passati da 25 posti letto ogni 10.000 abitanti a 38 (figura 7.7).

A livello regionale (figura 7.8), il numero maggiore di posti letto per abitante si rileva nella Pr. Aut. di Trento (100 posti letto per 10.000 abitanti) seguita dal Veneto (89), Lombardia (86) e dalla Pr. Aut. di Bolzano (85), ove degna di nota è la variazione rispetto al 2002 anno in cui i posti letto erano solo 37 (+133%). Il numero minore è invece detenuto da Campania e Sicilia con 7 posti letto ogni 10.000 abitanti, seguite da Molise e Sardegna rispettivamente con 8 e 9 posti letto. Rispetto al 2002, sebbene le variazioni maggiori siano state rilevate nelle Regioni con livelli di offerta minori, la tendenza alla convergenza verso un valore medio, risulta proseguire con lentezza soprattutto per le Regioni del Centro-Sud.

Per una interpretazione della situazione dell'offerta in Italia possiamo tentare un confronto internazionale (figura 7.9), sebbene i dati disponibili non siano completamente omogenei.

Figura 7.6. Posti letto per struttura semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2002 e 2012



Figura 7.7. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori per 10.000 abitanti, trend 2002-2012

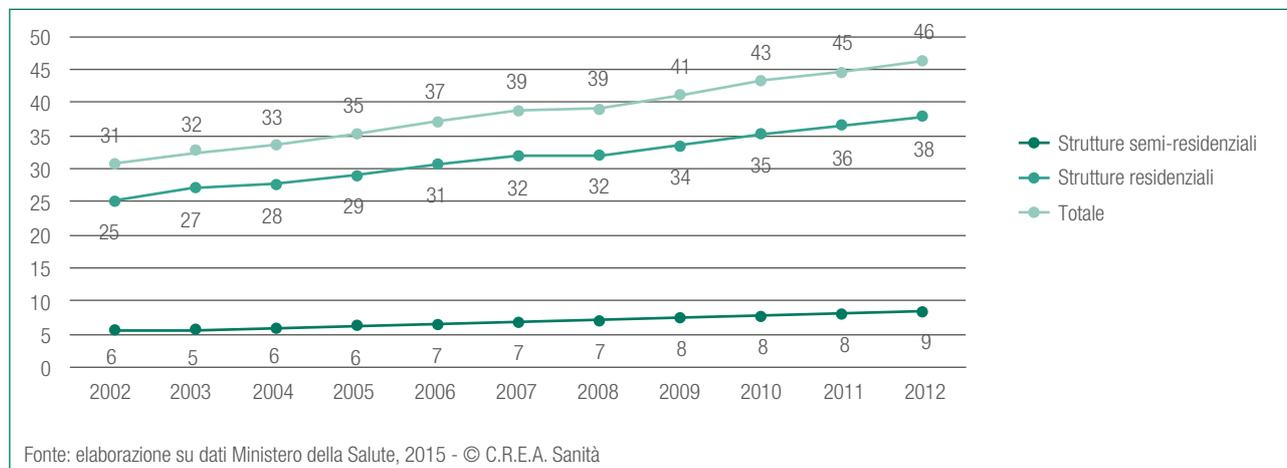


Figura 7.8. Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori per 10.000 abitanti, anni 2002 e 2012



Nel 2012, il tasso di posti letto per 10.000 abitanti secondo OECD<sup>3</sup>, è massimo in Svezia con 135,3, seguita da Belgio e Finlandia e Olanda rispettivamente con 123,2, 111,6 e 106,2. Gli altri Paesi rilevano un tasso inferiore a 100, sino alla Polonia con 24,4 posti letto.

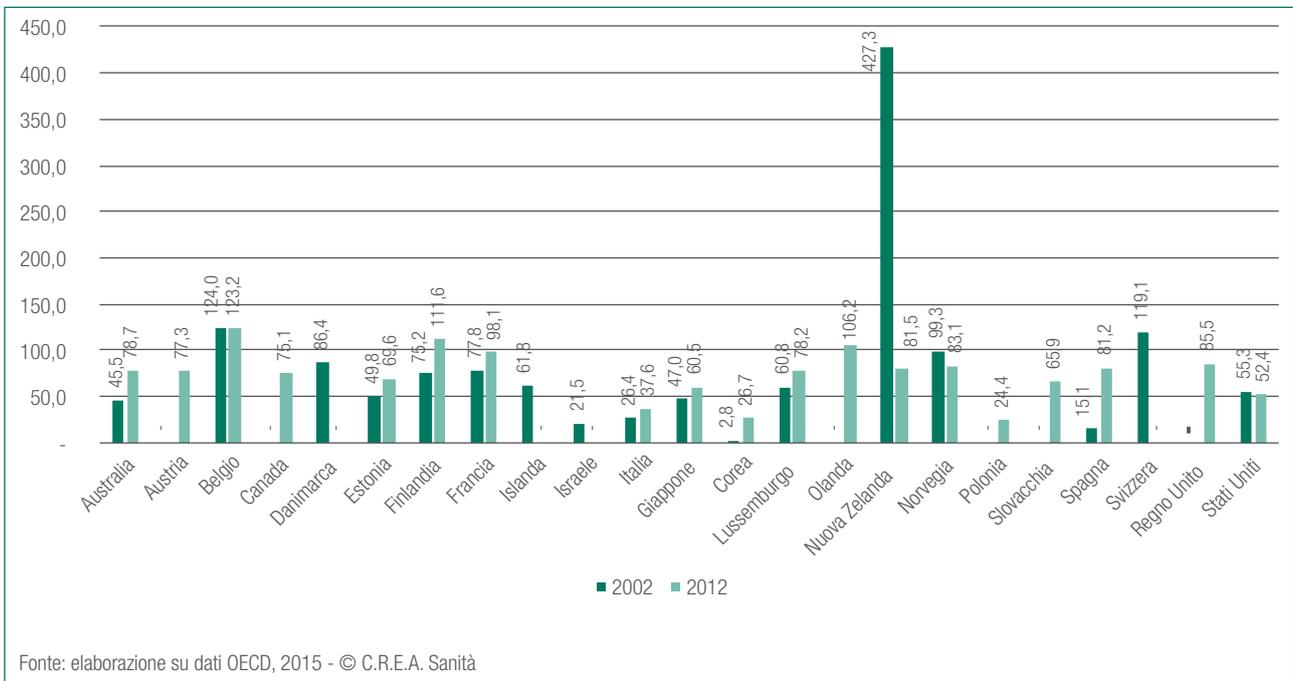
In questo confronto l'Italia si ferma a 37,6 posti letto per 10.000 abitanti, posizionandosi fra i Paesi con minore offerta. Da notare come il dato risulti coerente con quello pubblicato dal Ministero della Salute, per i posti letto relativi alle strutture residenziali.

Peraltro Nuova Zelanda, ma anche la Svezia e la Norvegia hanno diminuito i posti letto per 10.000 abitanti rispetto al 2002, che potrebbe fare pensare ad uno spostamento verso l'assistenza domiciliare, mentre l'aumento massimo si registra in Corea in cui si è passati da 2,8 a 26,7 ed in Spagna in cui si è passati da 15,1 a 81,2. Sembra notarsi una convergenza dell'offerta verso un valore medio intorno agli 80,0 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Tornando al contesto nazionale, dal punto di vista

<sup>3</sup> Beds in residential long-term care facilities

Figura 7.9. Posti letto nelle strutture residenziali nei Paesi OECD. Valori per 10.000 abitanti, anni 2002 e 2012



della tipologia di servizio le strutture possono essere classificate in funzione del tipo di assistenza erogata in:

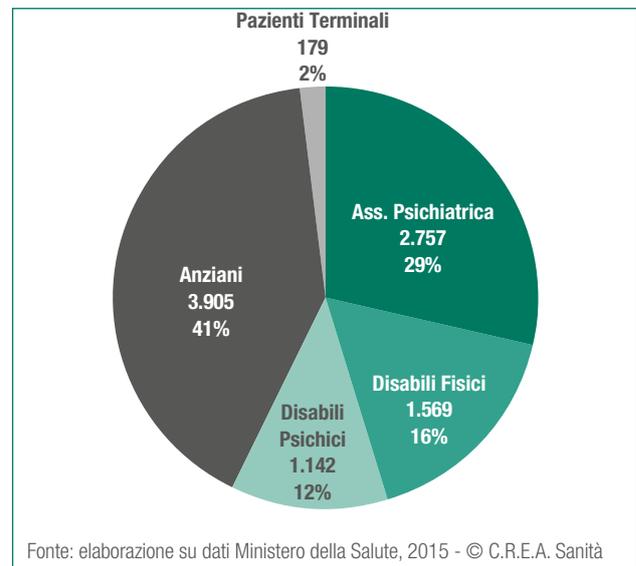
- assistenza psichiatrica;
- assistenza ai disabili fisici;
- assistenza ai disabili psichici;
- assistenza agli anziani;
- assistenza ai pazienti terminali.

Nel 2012 le strutture risultano essere così ripartite: 2.757 strutture che forniscono assistenza psichiatrica, di cui il 70% in regime residenziale; 1.569 che erogano assistenza ai disabili fisici; 1.142 strutture che assistono i disabili psichici; 179 strutture per pazienti terminali (solo 3 in regime semi-residenziale); ed infine 3.905 strutture che prendono in carico utenti anziani delle quali il 79% in regime residenziale (figure 7.10 e 7.11).

Ovviamente alcune strutture erogano più di una tipologia di assistenza, per cui la somma per tipologia risulta maggiore del numero fisico di strutture.

L'81% dei posti letto è destinato quindi all'assistenza residenziale per gli anziani (figura 7.12); per quanto attiene alle strutture che forniscono assistenza semi-residenziale, notiamo come siano ripartiti

Figura 7.10. Strutture residenziali e semi-residenziali per tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2012



abbastanza uniformemente tra le diverse tipologie di assistenza, eccezion fatta ovviamente per i malati terminali, trattati nella quasi totalità dei casi in assistenza residenziale.

Osserviamo come la dimensione media delle strut-

Figura 7.11. Strutture per tipologia di assistenza erogata per carattere di residenzialità. Valori % e assoluti, anno 2012

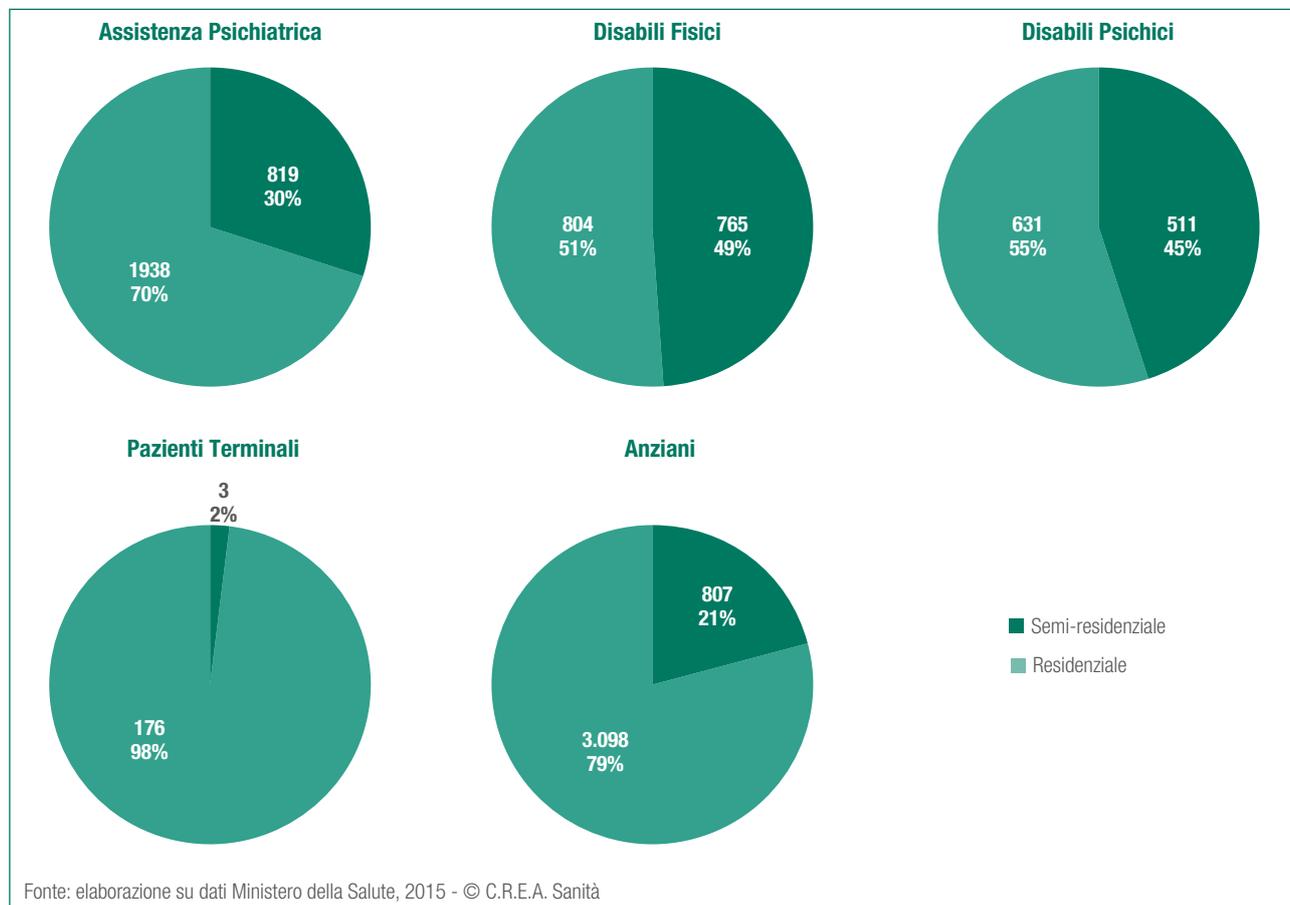


Figura 7.12. Posti letto per carattere di residenzialità e per tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2012

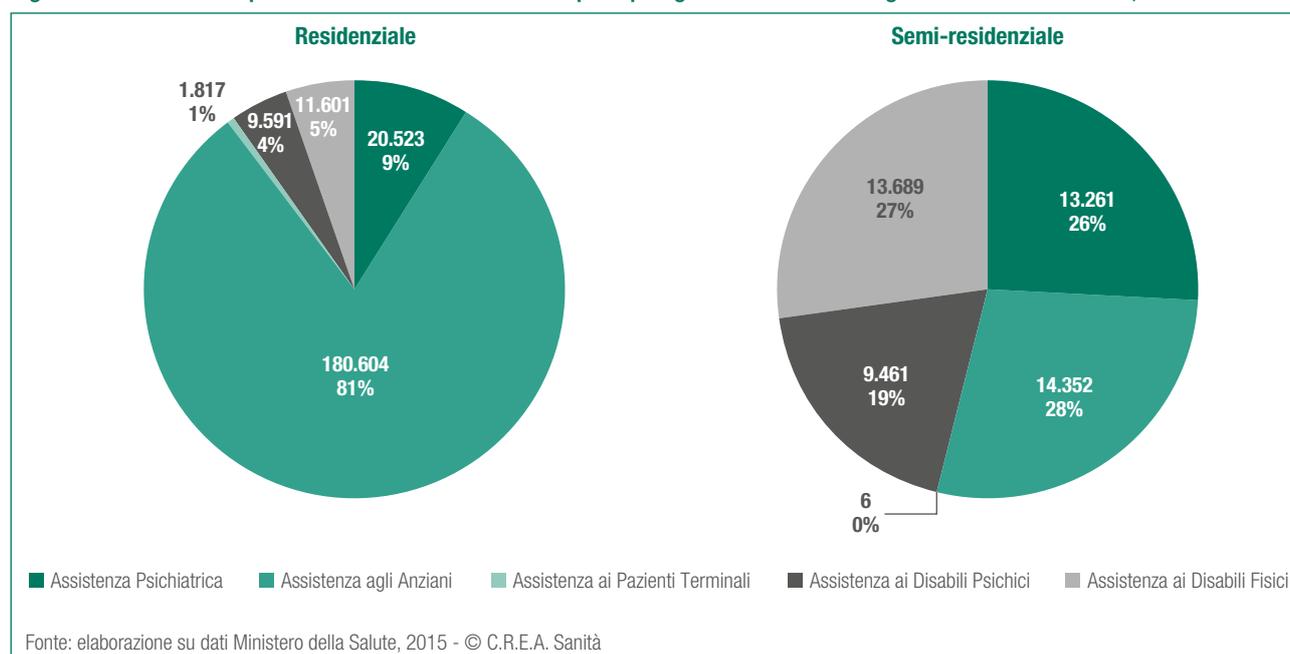
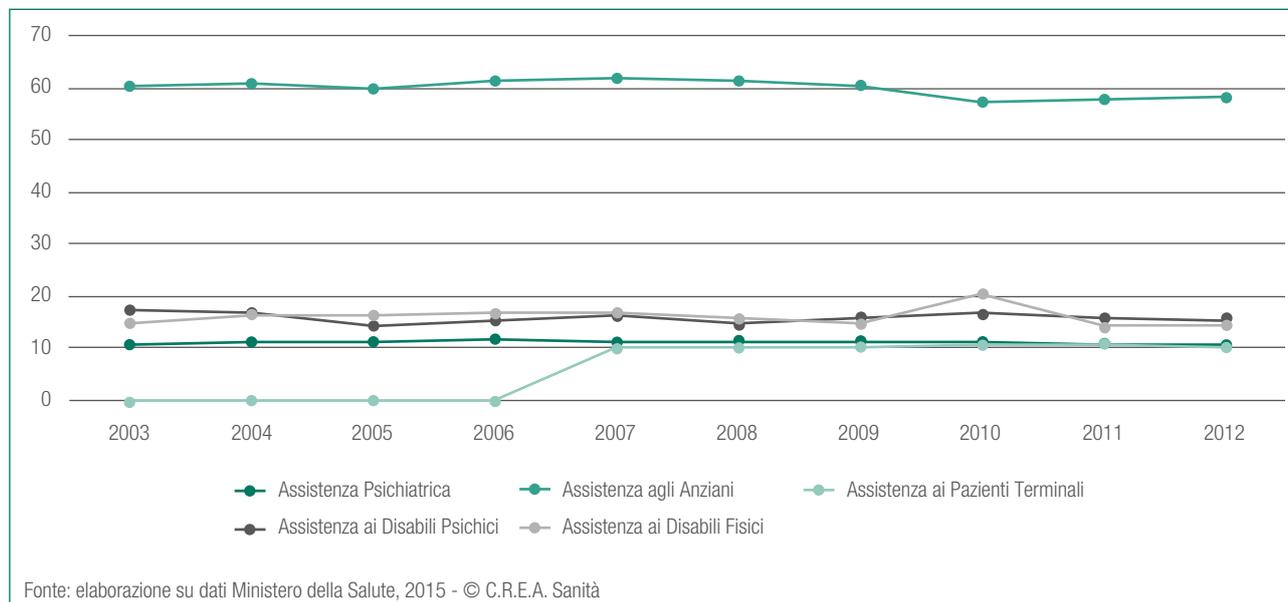


Figura 7.13. Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, trend 2003-2012



ture per anziani si attesti a 58 posti letto, mentre per le altre funzioni si si arriva intorno ai 13 (figura 7.13).

A livello regionale tra il 2003 ed il 2012 (tabella 7.1), notiamo come la dimensione delle strutture preposte all'assistenza agli anziani si sia maggiormente ingrandita in Campania (+66%) e in Puglia (+41%), e ridimensionata in maggior misura in Basilicata e Sardegna (-60%) seguita dalla Pr. Aut. di Bolzano (-56%).

Per l'assistenza psichiatrica, la dimensione è variata positivamente in particolare in Liguria passando da 5 a 13 posti letto per struttura e nel Lazio che da 9 nel 2003 è giunto a 19 nel 2012; è invece diminuita nella Pr. Aut. di Trento (-86%) ed in Abruzzo (-38%). Per quanto è relativo, invece, alla dimensione media delle strutture dedicate all'assistenza ai disabili psichici, essa è aumentata di più in Basilicata in cui è passata da 2 a 10 posti letto per struttura, seguita dal Lazio (da 14 a 42 posti letto per struttura) e, di contro, si è ridotta maggiormente in Puglia (-45%) e Sicilia (-23%). Per la categoria disabili fisici notiamo che la dimensione media delle strutture è aumentata di più in Umbria, in cui si è passati da 2 a 7 posti letto per struttura, e Marche che da 7 nel 2003 ha aumentato i posti letto per struttura a 19 nel 2012. Diminuiscono i posti letto per i disabili fisici in Sicilia (-49%) e Lombardia (-46%). Infine,

per le strutture dedicate ai malati terminali, le variazioni dimensionali (periodo 2007-2012) massime si registrano in Calabria (+93%) e Toscana (+67%) e, per l'altro verso, in Campania (-28%) e Umbria (-19%).

Per le strutture semi-residenziali notiamo che non vi è stata nel corso del decennio una variazione dimensionale importante, a meno dell'introduzione di strutture classificate come preposte all'assistenza dei malati terminali (figura 7.14).

A livello regionale (periodo 2003-2013), osserviamo (tabella 7.2) che la variazione della dimensione delle strutture preposte all'assistenza psichiatrica è aumentata di più in Basilicata in cui si è passati da 1 posto letto per struttura nel 2003 a 15 nel 2012, seguita da Liguria da 4 a 18 ed Emilia Romagna i cui posti letto sono passati da 6 a 15; e invece è diminuita in Piemonte e Pr. Aut. di Bolzano (-21%).

Relativamente alle strutture che erogano assistenza semi-residenziale agli anziani notiamo una maggiore crescita dimensionale in Piemonte (da 13 a 63 posti letto per struttura) e Sicilia (da 12 a 25 posti letto per struttura), ed una contrazione più importante in Lazio (da 136 a 50; -63%) e Friuli Venezia Giulia (-27%).

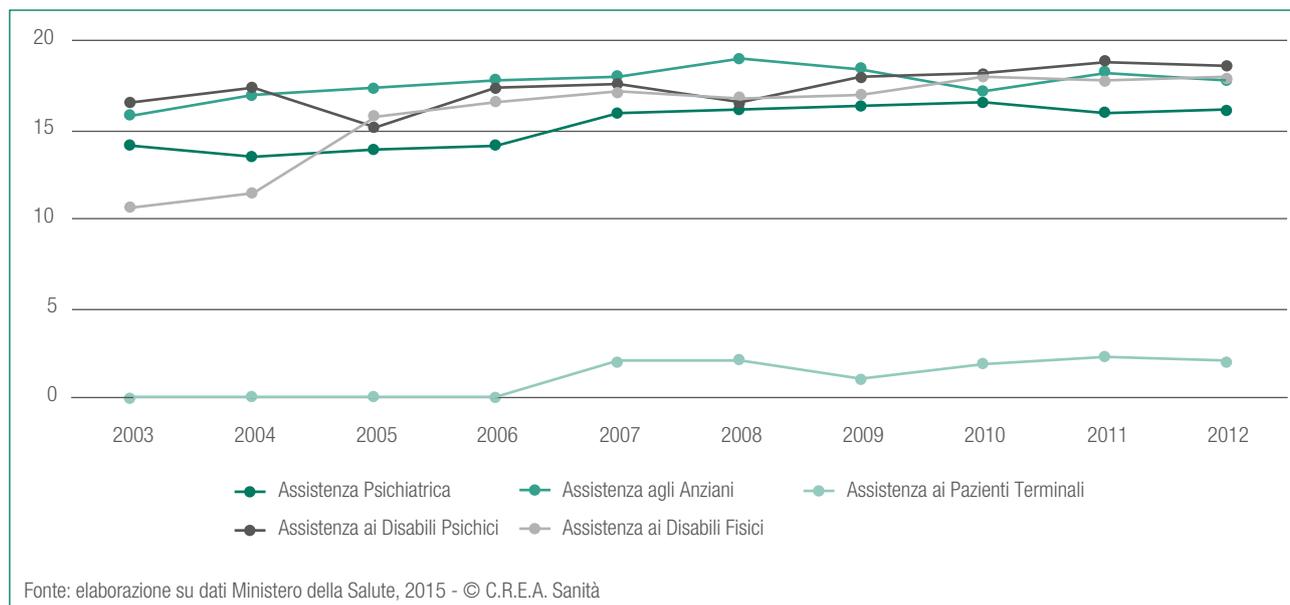
La dimensione delle strutture destinate all'assistenza ai disabili psichici è aumentata di più in Campania (da 5

Tabella 7.1 Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2003 e 2012

| Regioni               | Assistenza Psichiatrica |      | Assistenza agli Anziani |      | Assistenza ai Pazienti Terminali |      | Assistenza ai Disabili Psicici |      | Assistenza ai Disabili Fisici |      |
|-----------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|-------------------------------|------|
|                       | 2003                    | 2012 | 2003                    | 2012 | 2007                             | 2012 | 2003                           | 2012 | 2003                          | 2012 |
| Italia                | 11                      | 11   | 60                      | 58   | 10                               | 10   | 17                             | 15   | 15                            | 14   |
| Piemonte              | 10                      | 7    | 37                      | 47   | 10                               | 10   | 11                             | 9    | 10                            | 10   |
| Valle d'Aosta         | 17                      | 13   |                         | 5    | 6                                | 7    |                                | 14   |                               | 18   |
| Lombardia             | 11                      | 13   | 88                      | 89   | 11                               | 11   | 36                             | 36   | 40                            | 21   |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 19                      | 15   | 123                     | 54   |                                  |      | 11                             | 13   |                               | 40   |
| Pr. Aut. di Trento    | 70                      | 10   | 91                      | 78   |                                  | 8    | -                              | 1    | -                             | 59   |
| Veneto                | 10                      | 9    | 75                      | 78   | 8                                | 8    | 25                             | 21   | 14                            | 11   |
| Friuli Venezia Giulia | 7                       | 7    | 73                      | 76   | 10                               | 9    | 7                              | 7    | 17                            | 18   |
| Liguria               | 5                       | 13   | 27                      | 35   | 10                               | 11   | 9                              | 13   | 8                             | 10   |
| Emilia Romagna        | 6                       | 8    | 48                      | 41   | 12                               | 13   |                                | 15   | 10                            | 10   |
| Toscana               | 6                       | 7    | 31                      | 40   | 3                                | 5    | 6                              | 11   | 7                             | 5    |
| Umbria                | 14                      | 9    | 47                      | 38   | 7                                | 6    | 12                             | 17   | 2                             | 7    |
| Marche                | 10                      | 13   | 34                      | 37   | 7                                | 8    | 14                             | 13   | 6                             | 19   |
| Lazio                 | 9                       | 19   | 61                      | 70   | 16                               | 15   | 14                             | 32   | 23                            | 18   |
| Abruzzo               | 24                      | 15   | 47                      | 46   |                                  | 12   | 28                             | 36   | 19                            | 11   |
| Molise                | 14                      | 10   |                         | 20   |                                  | 16   |                                | -    |                               | -    |
| Campania              | 12                      | 10   | 19                      | 32   | 10                               | 7    | 13                             | 26   | 45                            | 40   |
| Puglia                | 18                      | 12   | 31                      | 43   |                                  | 19   | 31                             | 17   | 125                           | 104  |
| Basilicata            | 14                      | 11   | 75                      | 30   | 4                                | 6    | 2                              | 10   |                               | 4    |
| Calabria              | 16                      | 19   | 38                      | 35   | 7                                | 14   | 22                             | 29   | 17                            | 15   |
| Sicilia               | 25                      | 27   | 31                      | 31   |                                  | 10   | 14                             | 11   | 20                            | 10   |
| Sardegna              | 11                      | 7    | 16                      | 6    | 7                                | 11   | 12                             | 10   | 22                            | 15   |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Figura 7.14. Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, trend 2003-2012



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 7.2 Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata, Valori assoluti, anni 2003 e 2012

| Regioni               | Assistenza Psichiatrica |      | Assistenza agli Anziani |      | Assistenza ai Pazienti Terminali |      | Assistenza ai Disabili Psicici |      | Assistenza ai Disabili Fisici |      |
|-----------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|----------------------------------|------|--------------------------------|------|-------------------------------|------|
|                       | 2003                    | 2012 | 2003                    | 2012 | 2003                             | 2012 | 2003                           | 2012 | 2003                          | 2012 |
| Italia                | 14                      | 16   | 16                      | 18   |                                  | 4    | 17                             | 19   | 11                            | 18   |
| Piemonte              | 32                      | 25   | 13                      | 63   |                                  |      | 17                             | 17   | 8                             | 18   |
| Valle d'Aosta         |                         | 16   |                         |      |                                  |      | 12                             |      |                               |      |
| Lombardia             | 13                      | 17   | 21                      | 23   |                                  |      | 23                             | 21   | 13                            | 26   |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 10                      | 8    |                         |      |                                  |      | 4                              |      |                               |      |
| Pr. Aut. di Trento    |                         | 13   |                         | 14   |                                  |      |                                |      |                               |      |
| Veneto                | 11                      | 14   | 12                      | 17   |                                  |      | 15                             | 20   | 10                            | 12   |
| Friuli Venezia Giulia | 13                      | 11   | 19                      | 13   |                                  |      | 6                              | 10   | 1                             | 5    |
| Liguria               | 4                       | 18   |                         | 20   |                                  |      | 17                             | 11   | 8                             | 16   |
| Emilia Romagna        | 6                       | 15   | 16                      | 14   |                                  | 2    |                                |      | 13                            | 16   |
| Toscana               | 12                      | 18   | 9                       | 12   |                                  |      | 8                              | 18   | 7                             | 10   |
| Umbria                | 11                      | 10   | 11                      | 13   |                                  |      | 11                             | 11   | 7                             | 7    |
| Marche                | 12                      | 13   | 10                      | 17   |                                  |      | 12                             | 16   | 4                             | 8    |
| Lazio                 | 26                      | 26   | 136                     | 50   |                                  |      | 3                              | 11   | 3                             | 4    |
| Abruzzo               | 17                      | 19   |                         |      |                                  |      |                                |      |                               |      |
| Molise                | 3                       | 4    |                         |      |                                  |      |                                |      |                               |      |
| Campania              | 15                      | 13   |                         | 17   |                                  |      | 5                              | 28   | 16                            | 15   |
| Puglia                | 16                      | 19   |                         | 21   |                                  |      | 27                             | 21   | 1                             | 14   |
| Basilicata            | 1                       | 14   |                         |      |                                  |      | -                              |      | 10                            |      |
| Calabria              | 8                       | 9    |                         |      |                                  |      | 138                            | 20   | 10                            | 20   |
| Sicilia               | 16                      | 18   | 12                      | 25   |                                  |      | 14                             | 9    | 11                            | 8    |
| Sardegna              | 13                      | 17   |                         | 5    |                                  |      | 20                             | 7    |                               | 16   |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

a 28 posti letto per struttura) e Lazio (da 3 a 11 posti letto per struttura) e si è maggiormente ridotta in Calabria (-86%) e Sardegna (-64%). Per quanto attiene alle strutture preposte all'assistenza dei disabili fisici, ad evidenziare l'aumento dimensionale più importante, è la Puglia (da 1 a 14 posti letto per struttura) seguita dal Friuli Venezia Giulia (da 1 posto letto per struttura nel 2003 a 5 nel 2012). Di contro sono Sicilia (-27%) e Campania (-5%) le uniche Regioni che vedono ridurre la dimensione media.

Si noti, ancora, che vi è una generale occupazione dei posti letto che si attesta intorno al 90% (figura 7.15).

Aggiungiamo che l'Istat fornisce<sup>4</sup>, altresì, il numero di strutture socio-assistenziali, in cui i posti letto risultano essere 92.971.

Si osservi però che l'Istat rileva anche 279.991 strutture socio-sanitarie, un numero significativamente maggiore di quello (224.136) rilevato dal Ministero della Salute.

Con i caveat espressi, nella figura 7.16 riportiamo la ripartizione delle strutture residenziali rilevate dall'Istat, secondo la funzione di protezione sociale e secondo il target di utenza.

<sup>4</sup> Rilevazione sui presidi residenziali e socio-assistenziali e socio-sanitari (in tali strutture 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).

Figura 7.15. Tasso di occupazione delle strutture residenziali. Valori %, anni 2003 e 2012

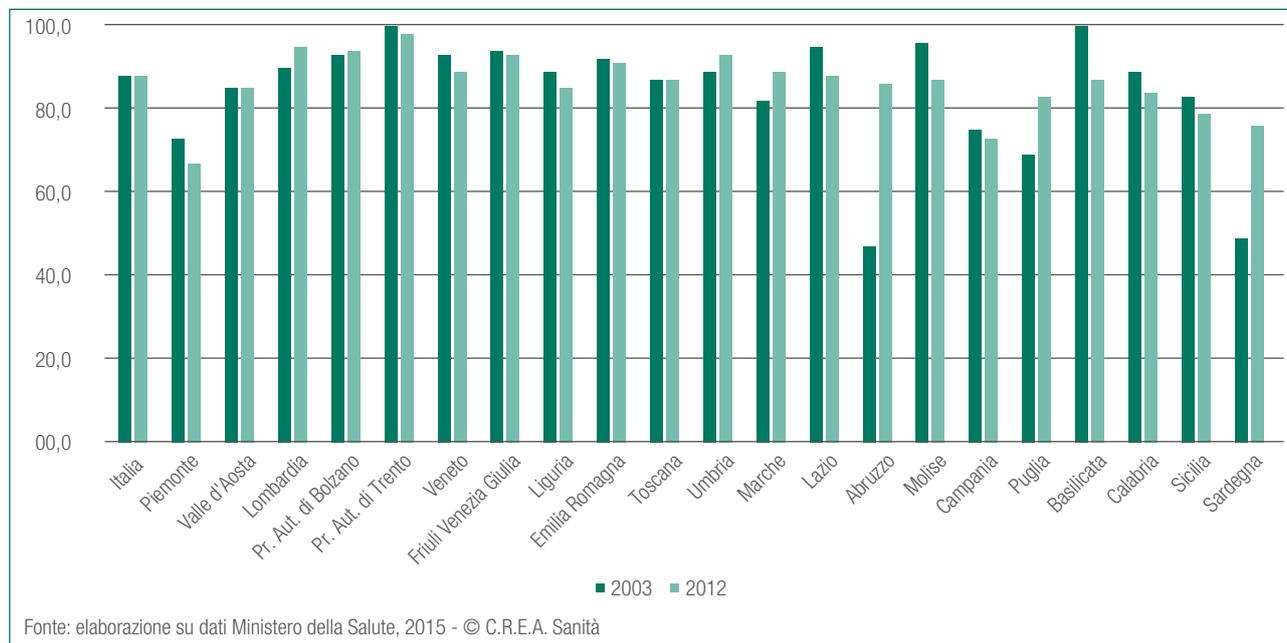
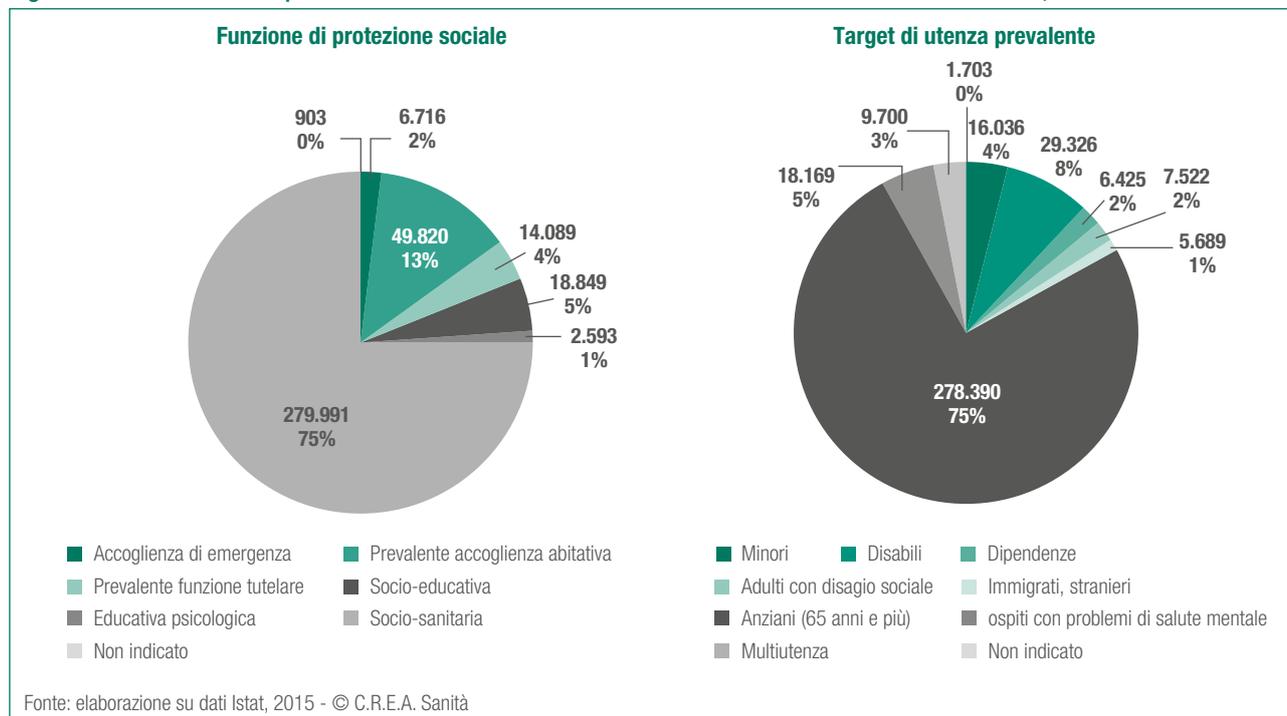


Figura 7.16. Posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali. Valori % e assoluti, anno 2012

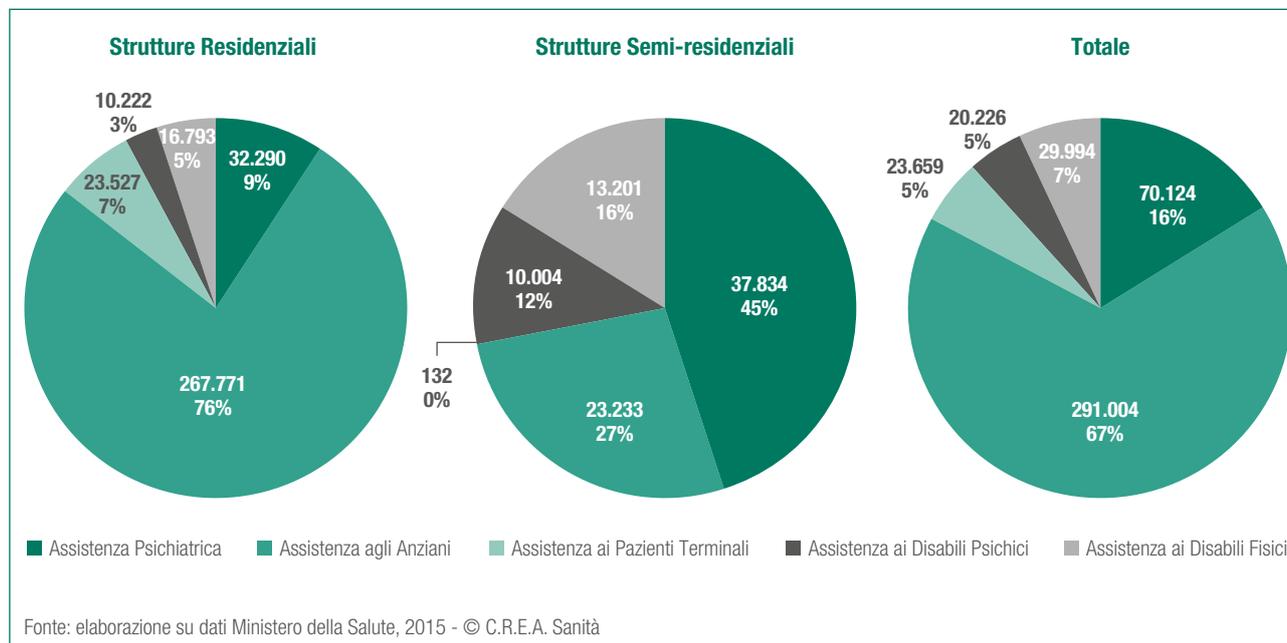


### 7.3. Utilizzo

Secondo le rilevazioni gestite dal Ministero della Salute, nel 2012 gli utenti beneficiari di assistenza re-

sidenziale e semi-residenziale sono stati 435.007 di cui 329.928 (76%) nel Nord, 58.511 (76%) nelle regioni del Centro (13%) ed i restanti 46.568 (11%) nel Sud e Isole.

Figura 7.17. Utenti nelle strutture residenziali e semi-residenziali, Valori % e assoluti, anno 2012



Questo implica un tasso sulla popolazione che è pari a 1.213 utenti per 100.000 abitanti nel Nord, 505 nel Centro e 226 nel Sud e Isole.

La maggioranza degli utenti (291.004 ovvero il 67%) appartiene alla categoria degli anziani, di cui il 92% in assistenza residenziale.

Seguono in ordine di quota decrescente, gli utenti beneficiari di assistenza psichiatrica (70.124;16%), Assistenza ai disabili fisici (29.994;7%), malati terminali (23.659;5,4%) e i disabili psichici (20.226;4,6%) (figura 7.17).

A livello regionale il dato si conferma con alcune specificità: spicca in Campania e Molise la prevalenza di utenti in assistenza psichiatrica, ed in Valle d’Aosta la quota di utenti disabili fisici.

Rimangono prevalenti in generale gli anziani (la Sardegna ne ha la quota minore); la quota regionale degli anziani sul totale della popolazione over-65 varia fra 6.373 utenti anziani ogni 100.000 abitanti di età non inferiore a 65 anni del Friuli Venezia Giulia e 66 della regione Sardegna, con un range davvero impressionante.

Per quanto relativo alla ripartizione degli utenti tra il regime residenziale (tabella 7.3) e quello semi-residen-

ziale notiamo una distribuzione degli utenti più equa nell’assistenza psichiatrica e nell’assistenza ai disabili; trattati poco in assistenza semi-residenziale gli anziani ed i malati terminali. Da notare le Pr. Aut. di Trento e Bolzano, l’Abruzzo ed il Molise che, regime semi-residenziale, trattano solamente gli utenti in assistenza psichiatrica.

Per quanto attiene la degenza media (o gli accessi) nelle strutture (tabella 7.4), per quanto concerne le strutture residenziali, il maggior numero di giornate per utente è erogato alla categoria dei disabili psichici (271) seguita dagli anziani con 219, dai disabili fisici con 213, dall’assistenza psichiatrica con 196 ed infine dai malati terminali che in media ricevono ciascuno 21 giorni di assistenza residenziale.

Relativamente alla assistenza semi-residenziale, il numero maggiore di giornate per utente è erogato alla categoria dei disabili fisici 185, seguiti dai disabili psichici (172), dagli anziani (146), dall’assistenza psichiatrica (66), ed infine dai pazienti terminali con 5 giornate per utente.

Nell’assistenza psichiatrica, per le strutture semiresidenziali, si va dalle 252 giornate di degenza media (accessi) del Molise alle 51 del Piemonte, mentre per la

**Tabella 7.3 Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate-composizione per tipologia di assistenza. Valori %, anno 2012**

| Regioni               | Assistenza Psichiatrica |      |           | Assistenza agli Anziani |      |           | Assistenza ai Pazienti Terminali |      |           | Assistenza ai Disabili Psichici |      |           | Assistenza ai Disabili Fisici |      |           |
|-----------------------|-------------------------|------|-----------|-------------------------|------|-----------|----------------------------------|------|-----------|---------------------------------|------|-----------|-------------------------------|------|-----------|
|                       | Tot                     | Res. | Semi-res. | Tot                     | Res. | Semi-res. | Tot                              | Res. | Semi-res. | Tot                             | Res. | Semi-res. | Tot                           | Res. | Semi-res. |
| Italia                | 16%                     | 46%  | 54%       | 67%                     | 92%  | 8%        | 5%                               | 99%  | 1%        | 5%                              | 51%  | 49%       | 7%                            | 56%  | 44%       |
| Piemonte              | 14%                     | 36%  | 64%       | 70%                     | 97%  | 3%        | 5%                               | 95%  | 5%        | 7%                              | 49%  | 51%       | 5%                            | 58%  | 42%       |
| Valle d'Aosta         | 20%                     | 66%  | 34%       | 6%                      | 100% | 0%        | 9%                               | 100% | 0%        | 9%                              | 100% | 0%        | 55%                           | 100% | 0%        |
| Lombardia             | 11%                     | 47%  | 53%       | 76%                     | 89%  | 11%       | 3%                               | 100% | 0%        | 1%                              | 75%  | 25%       | 9%                            | 46%  | 54%       |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 10%                     | 41%  | 59%       | 86%                     | 100% | 0%        | 0%                               | 0%   | 0%        | 4%                              | 100% | 0%        | 1%                            | 100% | 0%        |
| Pr. Aut. di Trento    | 9%                      | 31%  | 69%       | 84%                     | 89%  | 11%       | 4%                               | 100% | 0%        | 0%                              | 100% | 0%        | 4%                            | 100% | 0%        |
| Veneto                | 10%                     | 36%  | 64%       | 68%                     | 95%  | 5%        | 4%                               | 100% | 0%        | 15%                             | 39%  | 61%       | 4%                            | 52%  | 48%       |
| Friuli Venezia Giulia | 15%                     | 43%  | 57%       | 71%                     | 97%  | 3%        | 4%                               | 100% | 0%        | 1%                              | 42%  | 58%       | 8%                            | 97%  | 3%        |
| Liguria               | 10%                     | 55%  | 45%       | 81%                     | 94%  | 6%        | 6%                               | 100% | 0%        | 2%                              | 55%  | 45%       | 1%                            | 49%  | 51%       |
| Emilia Romagna        | 19%                     | 69%  | 31%       | 59%                     | 83%  | 17%       | 8%                               | 100% | 0%        | 0%                              | 100% | 0%        | 13%                           | 37%  | 63%       |
| Toscana               | 14%                     | 35%  | 65%       | 70%                     | 90%  | 10%       | 5%                               | 98%  | 2%        | 7%                              | 52%  | 48%       | 5%                            | 69%  | 31%       |
| Umbria                | 18%                     | 64%  | 36%       | 64%                     | 89%  | 11%       | 5%                               | 100% | 0%        | 6%                              | 34%  | 66%       | 7%                            | 41%  | 59%       |
| Marche                | 18%                     | 63%  | 37%       | 63%                     | 98%  | 2%        | 10%                              | 100% | 0%        | 5%                              | 40%  | 60%       | 4%                            | 97%  | 3%        |
| Lazio                 | 33%                     | 55%  | 45%       | 42%                     | 99%  | 1%        | 21%                              | 100% | 0%        | 3%                              | 73%  | 27%       | 2%                            | 99%  | 1%        |
| Abruzzo               | 21%                     | 69%  | 31%       | 71%                     | 100% | 0%        | 3%                               | 100% | 0%        | 4%                              | 100% | 0%        | 2%                            | 100% | 0%        |
| Molise                | 54%                     | 74%  | 26%       | 11%                     | 100% | 0%        | 36%                              | 100% | 0%        | 0%                              | 0%   | 0%        | 0%                            | 0%   | 0%        |
| Campania              | 64%                     | 22%  | 78%       | 16%                     | 88%  | 12%       | 3%                               | 100% | 0%        | 12%                             | 54%  | 46%       | 6%                            | 75%  | 25%       |
| Puglia                | 38%                     | 30%  | 70%       | 44%                     | 98%  | 2%        | 8%                               | 100% | 0%        | 6%                              | 45%  | 55%       | 3%                            | 72%  | 28%       |
| Basilicata            | 36%                     | 84%  | 16%       | 36%                     | 100% | 0%        | 4%                               | 100% | 0%        | 18%                             | 100% | 0%        | 6%                            | 100% | 0%        |
| Calabria              | 23%                     | 41%  | 59%       | 50%                     | 100% | 0%        | 3%                               | 100% | 0%        | 11%                             | 99%  | 1%        | 13%                           | 97%  | 3%        |
| Sicilia               | 33%                     | 50%  | 50%       | 56%                     | 99%  | 1%        | 3%                               | 100% | 0%        | 5%                              | 95%  | 5%        | 3%                            | 99%  | 1%        |
| Sardegna              | 31%                     | 33%  | 67%       | 7%                      | 98%  | 2%        | 23%                              | 100% | 0%        | 12%                             | 82%  | 18%       | 26%                           | 97%  | 3%        |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

residenziale si passa da 303 della Valle d'Aosta a 61 del Friuli Venezia Giulia.

Per quanto afferente la categoria anziani, il massimo di giornate di degenza media per utente si ha nella Pr. Aut. di Trento (260) ed il minimo nel Lazio con 69 giornate per utente trattato in assistenza semi-residenziale.

Le differenze sono significative anche per i disabili psichici, per i quali si passa dalle 68 giornate in regime semi-residenziale del Friuli Venezia Giulia, alle 210 della Liguria; analogamente nelle strutture residenziali si passa dalle 50 giornate per utente della Pr. Aut. di Bolzano alle 355 dell'Abruzzo.

Per i disabili fisici si passa dalle 12 giornate nelle

strutture semi-residenziali di Friuli Venezia Giulia e Calabria contro le 255 della Liguria; come del resto preoccupa il dato sulle giornate per utente assistito in regime residenziale della Valle d'Aosta contro i 366 giorni della Puglia ed i 365 della Pr. Aut. di Bolzano o i 328 della Lombardia.

## 7.4. Conclusioni

Pur dovendo constatare la permanenza di una grave carenza informativa sul settore assistenziale, dai dati disponibili è possibile desumere il ritardo dell'Italia rispetto agli altri Paesi europei ma, allo stesso, un pro-

**Tabella 7.4. Giornate per utente in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate per tipo assistenza. Valori assoluti, anno 2012**

|                       | Assistenza Psichiatrica |      | Anziani   |      | Pazienti Terminali |      | Disabili Psicici |      | Disabili Fisici |      |
|-----------------------|-------------------------|------|-----------|------|--------------------|------|------------------|------|-----------------|------|
|                       | Semi-res.               | Res. | Semi-res. | Res. | Semi-res.          | Res. | Semi-res.        | Res. | Semi-res.       | Res. |
| Piemonte              | 51                      | 275  | 145       | 231  | 3                  | 19   | 170              | 291  | 151             | 202  |
| Valle d'Aosta         | 83                      | 303  |           | 44   |                    | 21   |                  | 165  |                 | 29   |
| Lombardia             | 81                      | 220  | 127       | 245  |                    | 20   | 174              | 341  | 199             | 328  |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 34                      | 185  |           | 269  |                    |      |                  | 50   |                 | 365  |
| Pr. Aut. di Trento    | 34                      | 209  | 260       | 339  |                    | 17   |                  | 290  |                 | 282  |
| Veneto                | 75                      | 273  | 117       | 229  |                    | 21   | 185              | 272  | 179             | 151  |
| Friuli Venezia Giulia | 40                      | 61   | 89        | 151  |                    | 19   | 68               | 233  | 12              | 35   |
| Liguria               | 67                      | 292  | 123       | 155  |                    | 17   | 210              | 303  | 255             | 197  |
| Emilia Romagna        | 94                      | 90   | 206       | 222  |                    | 20   |                  | 279  | 179             | 296  |
| Toscana               | 86                      | 233  | 133       | 221  | 11                 | 15   | 139              | 276  | 171             | 126  |
| Umbria                | 90                      | 248  | 100       | 196  |                    | 16   | 157              | 245  | 145             | 75   |
| Marche                | 117                     | 198  | 138       | 122  |                    | 20   | 105              | 281  | 179             | 72   |
| Lazio                 | 61                      | 147  | 69        | 256  |                    | 22   | 140              | 290  | 181             | 262  |
| Abruzzo               | 138                     | 263  |           | 147  |                    | 20   |                  | 355  |                 | 235  |
| Molise                | 252                     | 288  |           | 191  |                    | 27   |                  |      |                 |      |
| Campania              | 52                      | 235  | 91        | 203  |                    | 26   | 154              | 329  | 188             | 300  |
| Puglia                | 52                      | 288  | 159       | 182  |                    | 23   | 191              | 321  | 211             | 366  |
| Basilicata            | 172                     | 275  |           | 154  |                    | 13   |                  | 78   |                 | 32   |
| Calabria              | 19                      | 276  |           | 247  |                    | 20   | 49               | 306  | 12              | 78   |
| Sicilia               | 49                      | 253  | 79        | 55   |                    | 15   | 23               | 224  | 120             | 139  |
| Sardegna              | 35                      | 262  | 124       | 132  |                    | 64   | 136              | 160  | 180             | 91   |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

gressivo riavvicinamento regionale, seppure con alcune rilevanti eccezioni, fra le quali spicca la Sardegna.

Si osserva anche una progressiva razionalizzazione dell'offerta, con strutture che tendono a crescere in termini dimensionali; e si osserva anche una progressiva "privatizzazione" del settore, crescendo specialmente le strutture accreditate.

L'utenza è in larga misura anziana: questo pone la questione di quale sia la modalità ottimale per far fronte al progressivo invecchiamento ed alle modificazioni sociali; indubbiamente il ricorso all'assistenza domiciliare dovrebbe sempre essere la prima opzione, ma nei casi in cui questo non è possibile la residenzialità gioca un

ruolo fondamentale, che meriterebbe una maggiore attenzione e programmazione.

## Riferimenti bibliografici

- Istat (2015), Tavole varie su [www.istat.it](http://www.istat.it)  
 Istat (2012), *I presidi residenziali socio-assistenziali*  
 Ministero dell'Economia e delle Finanze – Ragioneria generale dello stato (2008), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*  
 Ministero della Salute (anni vari), D.G. del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, *Annuari dal 2002 al 2012*  
 OECD (2015), *Oecd.Stat*



# *Chapter 7 – Summary*

**Residential care:  
demand and supply strategies**



## Chapter 7 - Summary

### Residential care: demand and supply strategies

*Pastorelli G.<sup>1</sup>*

Residential care (namely admission to facilities of less intensive care compared to hospitals) is largely a response to needs for *long-term care* that are on the rise due to social and demographic change.

In 2012 (latest available date), the facilities offering residential and semi-residential (outpatient) services amounted to 9,313, of which 70% were residential facilities and the remaining 30% were semi-residential facilities.

From the standpoint of the legal nature of the facilities, 73% of them are accredited private facilities while only 21% are public.

During the 2002-2012 period, substantial stability in the number of all these facilities was observed, except for private accredited residential facilities which roughly doubled in number (+81%).

At the regional level, a general increase of private facilities has been appreciated; regarding to the public facilities, the ones who have an increase, we have observed that it is lower if compared to private facilities (except for Pr. Aut. di Trento); nevertheless, the trend is that of a decrease: a considerable decrease in Sardegna (-41%) and in Lombardia (-29%).

We have also observed how the average dimensions of facilities are in the range of 35 beds for residential facilities and 18 for semi-residential facilities. The dimensions of the former have been constant since 2002.

Regarding semi-residential facilities, we have observed a significant increase compared to 2002: in all the Regions except for Calabria, Valle d'Aosta and Umbria.

During the year 2012, the bed capacity available in residential and semi-residential facilities was respectively 224,136 and 50,769, or 82% for residential care.

Availability of beds per capita in residential and se-

mi-residential facilities are therefore an average of 46 per 10,000 inhabitants, a figure that was on the rise between 2002 and 2012; it should be noted that the rise was mostly due to an increase in private residential facilities; beds in residential facilities go from 25 to 38 beds every 10,000 inhabitants.

Compared to 2002, although the greatest variations were surveyed in Regions with lower levels of supply, the trend is convergent to the supply levels.

According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), the rate of bed capacity per 10,000 inhabitants is the highest in Sweden with 135.3, followed by Belgium, Finland and Holland respectively with 123.2, 111.6 and 106.2. The other countries have a rate that is inferior to 100, to the extent of Poland with its 24.4 bed capacity.

In this comparison, Italy registers 37.6 beds per 10,000 inhabitants (data that is coherent with the figures published by the Ministry of Health for residential facilities), therefore ranking among the countries with a lower supply.

At an international level, there seems to be a convergence of the supply towards an average value of approx. 80.0 beds every 10,000 inhabitants, whereby Italy records a gap of roughly 50%.

From the standpoint of the category of services offered, in the year 2012, 29% of the facilities provided psychiatric care; 16% were dedicated to the physically disabled, 12% to the mentally disabled and 2% for terminal patients; the remaining 41% of facilities were dedicated to elderly patients, 79% of whom in residential facilities. The average dimension of the facilities for the elderly was in the range of 58 beds, whereas for other sectors the figure was in the range of 13 beds.

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

To the aforementioned one must add 92,971 beds located in facilities with social-welfare functions.

The facilities in question provided accommodation to 1,213 beneficiaries per 100,000 inhabitants in northern Italy, 505 for central Italy and 226 for southern Italy and islands: this stresses a strong north-south gradient for access opportunities.

Most of the users (67%) belong to the elderly category, of which 92% assisted with residential inpatient care.

Followed in decreasing order by beneficiaries of psychiatric care (16%), the physically disabled (7%), the terminally-ill (5.4%) and the mentally disabled (4.6%).

Regarding the average length of stay (or admissions) in the facilities, with regard to residential facilities, the highest amount of days per beneficiary was granted to the category of mentally disabled (271), followed by the elderly with 219, the physically disabled with 213, psychiatric care for 196; finally the terminally-ill who received, on average, 21 days of residential care.

In the semi-residential care sector, the highest amount of days per beneficiary was granted to the category of physically disabled (185), followed by the mentally disabled (172), the elderly (146), by psychiatric care (66), and finally for the terminally-ill with 5 days per beneficiary.

In conclusion, while having to underline the ongoing serious lack of information regarding the residential sector, the data available has allowed us to deduce a setback in Italy compared to other European countries; but, at the same time, progressive rapprochement of the offer at the regional level, still with a marked (negative) north-south gradient.

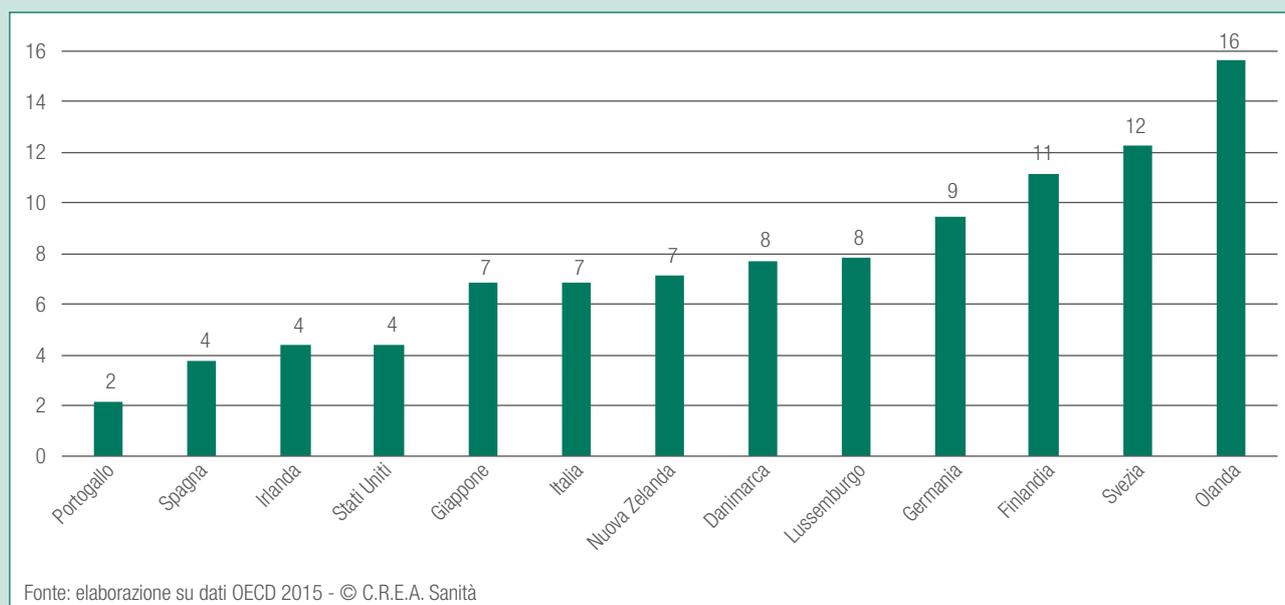
Consumers are still mostly the elderly and this raises a question of what is the best method for dealing with a progressive loss of self-sufficiency; undoubtedly resorting to home care should always be the first option but, in cases where this is impossible, residential facilities certainly play an important role that deserve greater attention during programming stages.

### KI 7.1. Strutture residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, *over 65* e *over 75* in EU15 e altri Paesi OECD. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012



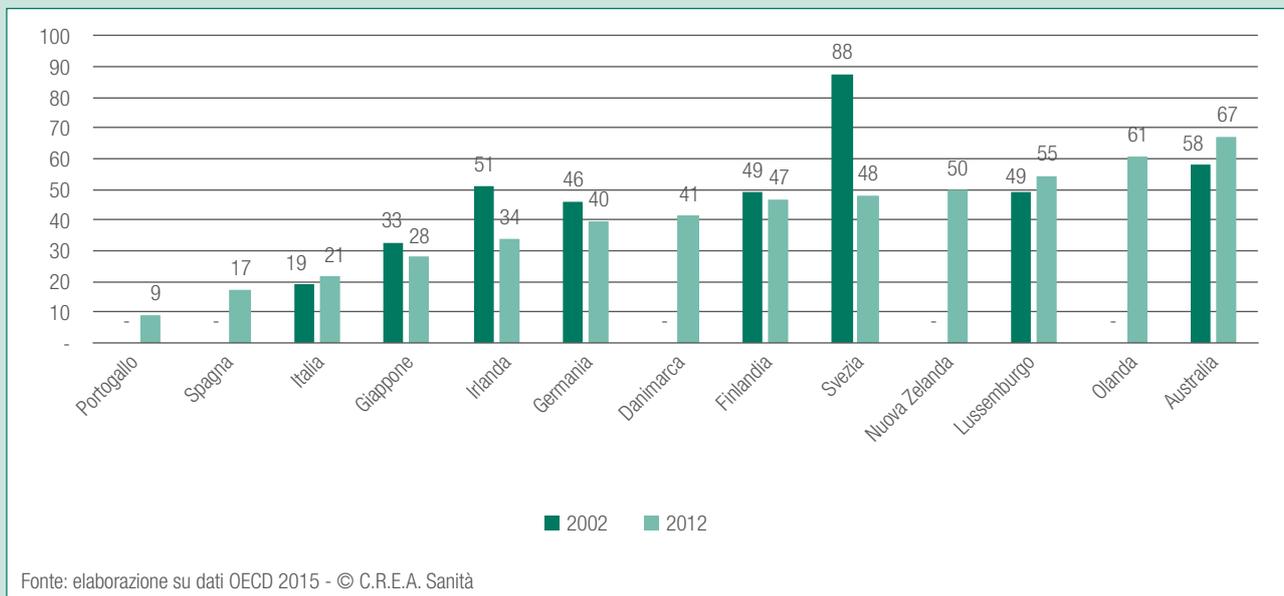
Da un confronto tra i Paesi dell'Europa a 15 e altri grandi Paesi OECD, confronto reso significativo dalla standardizzazione del dato nazionale per popolazione residente totale *over 65* e *over 75*, possiamo notare come nel 2012 siano Svezia (160), Olanda (148) e Belgio (141) i Paesi con il più alto tasso di posti letto per 100.000 abitanti di età non inferiore a 75 anni. Di contro, il tasso più basso di posti letto destinati all'assistenza residenziale agli *over 75* è registrato proprio dall'Italia (36), seguita dal Giappone (51). Anche osservando il dato rispetto alla popolazione di età non inferiore a 65 anni, la classifica cambia di poco: sono sempre Svezia, Belgio (entrambi 71) e Olanda (64) ad occupare i primi posti con un tasso di posti letto più elevato, e l'Italia (18) sembra essere ancora all'ultimo posto tra i Paesi presi in considerazione, seguita ancora dal Giappone (25).

### KI 7.2. Strutture residenziali e semi-residenziali - Numero assistiti su 1.000 abitanti in EU15 e altri Paesi OECD, anno 2012



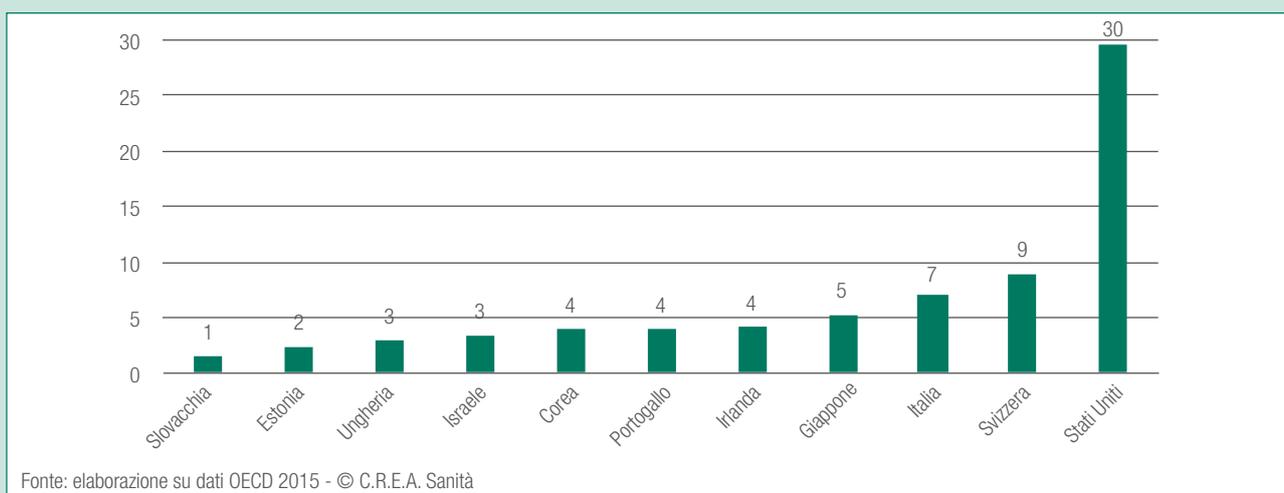
Per quanto relativo agli assistiti, il tasso di assistiti in strutture residenziali e semi-residenziali rispetto a 1.000 abitanti risulta massimo in Olanda (16), seguita da Svezia (12) e Finlandia (11). Il minor numero di assistiti per 1.000 abitanti è invece registrato in Portogallo (2), seguito da Irlanda (4 assistiti ogni 1.000 abitanti). L'Italia, come Giappone e Nuova Zelanda, registra un valore medio di 7.

**KI 7.3. Strutture residenziali e semi-residenziali - Utenti over 65, EU15 e altri Paesi OECD. Valori per 100.000 abitanti over 65, anni 2002 e 2012**



Tra i Paesi EU15 e altri grandi Paesi OECD, quelli per i quali il dato risulta disponibile, il tasso di utenti over 65 per 1.000 abitanti di età non inferiore ai 65 anni risulta, nel 2012, massimo in Australia (67), seguita da Olanda (61), Lussemburgo (55) e Nuova Zelanda con 50 utenti over 65 su 1.000 abitanti over 65. Il tasso risulta invece minimo in Portogallo con 9 utenti, seguito da Spagna con 17. L'Italia, per la quale si è utilizzato il dato relativo agli utenti anziani in assistenza residenziale fornito dal Ministero della Salute, si posiziona (con 21 utenti) tra le Nazioni con tasso più basso. Rispetto al 2002, considerando i Paesi per i quali è possibile effettuare un confronto avendone a disposizione i dati, osserviamo una importante diminuzione della domanda in Svezia, in cui si è passati da 88 a 48 utenti over 65 ogni 1.000 abitanti over 65.

**KI 7.4. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Personale (formalmente) impiegato su numero di assistiti, Paesi OECD. Valori %, anno 2012**



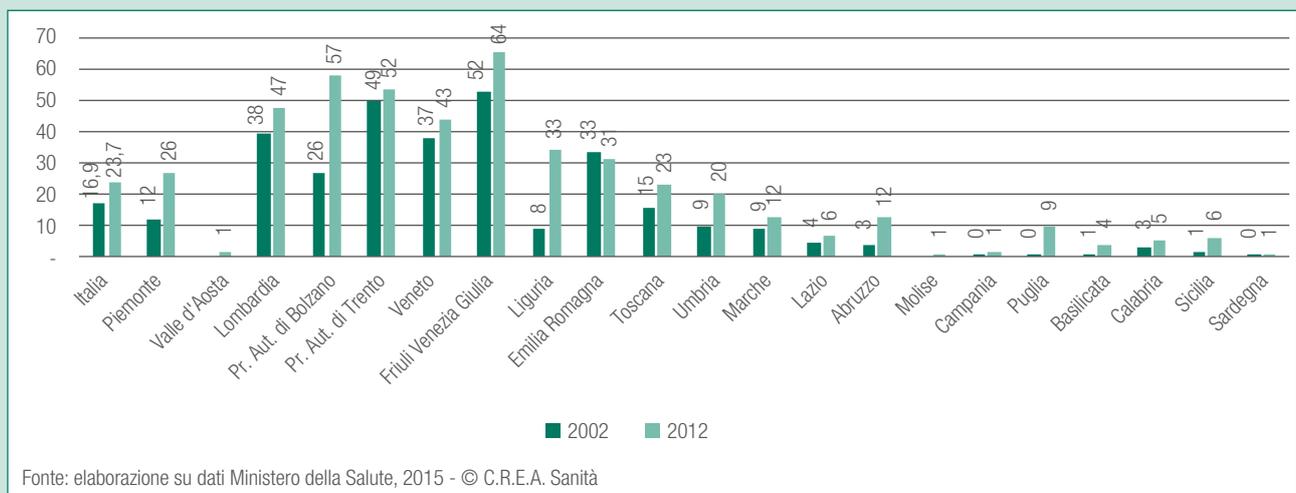
Questo indicatore prende in considerazione il personale impiegato formalmente nell'assistenza residenziale e semi-residenziale, senza dunque considerare i cosiddetti lavoratori appartenenti al settore "informale", che pure rappresentano una quota significativa della forza lavoro. Sebbene OECD non fornisca il dato relativo all'Italia, ma solo di alcuni altri Paesi, abbiamo utilizzato il dato Istat per poter effettuare comunque un confronto, anche se del tutto approssimativo (essendo plausibilmente diversi i metodi di rilevazione). Da notare come sia nettamente superiore agli altri il tasso osservato negli Stati Uniti nel 2012: ben 3 lavoratori ogni 10 assistiti, contro 1 lavoratore su 100 della Slovacchia. In Italia le unità di personale sono 7 su 100, valore che si colloca al terzo posto dei Paesi OECD per quali il dato è disponibile. Si rimanda al database OECD.Stat per i dettagli sulla metodologia di calcolo degli indicatori forniti.

**KI 7.5. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, over 65 e over 75, Italia. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012**



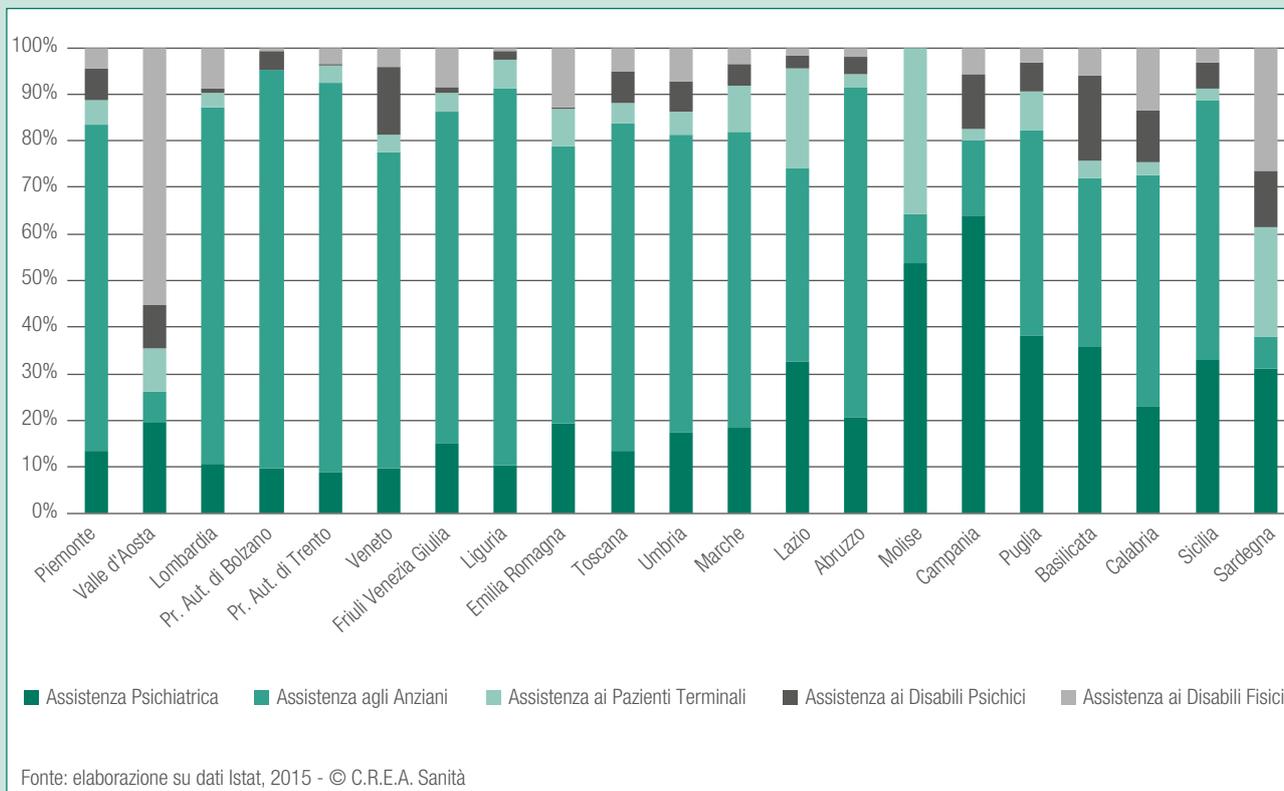
I posti letto destinati all'assistenza residenziale e semi-residenziale, sia pubblica che privata accreditata, ammontano nel 2012 in Italia a 274.905: 224.136 si trovano nelle strutture residenziali (82%) e 50.769 (18%) nelle strutture semi-residenziali. Relativamente ai destinatari dell'assistenza, i posti letto sono a loro volta così suddivisi: assistenza psichiatrica 33.784 (12%), anziani 194.956 (71%), pazienti terminali 1.823(1%), disabili psichici 19.052 (7%), disabili fisici 25.290 (9%). Da un confronto tra le Regioni, il dato, standardizzato per la popolazione residente totale, di età non inferiore a 65 anni e 75 anni, notiamo come la dotazione massima di posti letto per 100.000 abitanti over 75 appartenga alle Pr.Aut. di Trento (101) e Bolzano (98), seguite da Veneto (88) e Lombardia (86). Il tasso minimo è invece rilevato in Molise (7) seguito da Sicilia (8) Sardegna e Campania (9).

**KI 7.6. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Quota di utenti anziani su 1.000 abitanti over 65, anni 2002 e 2012**



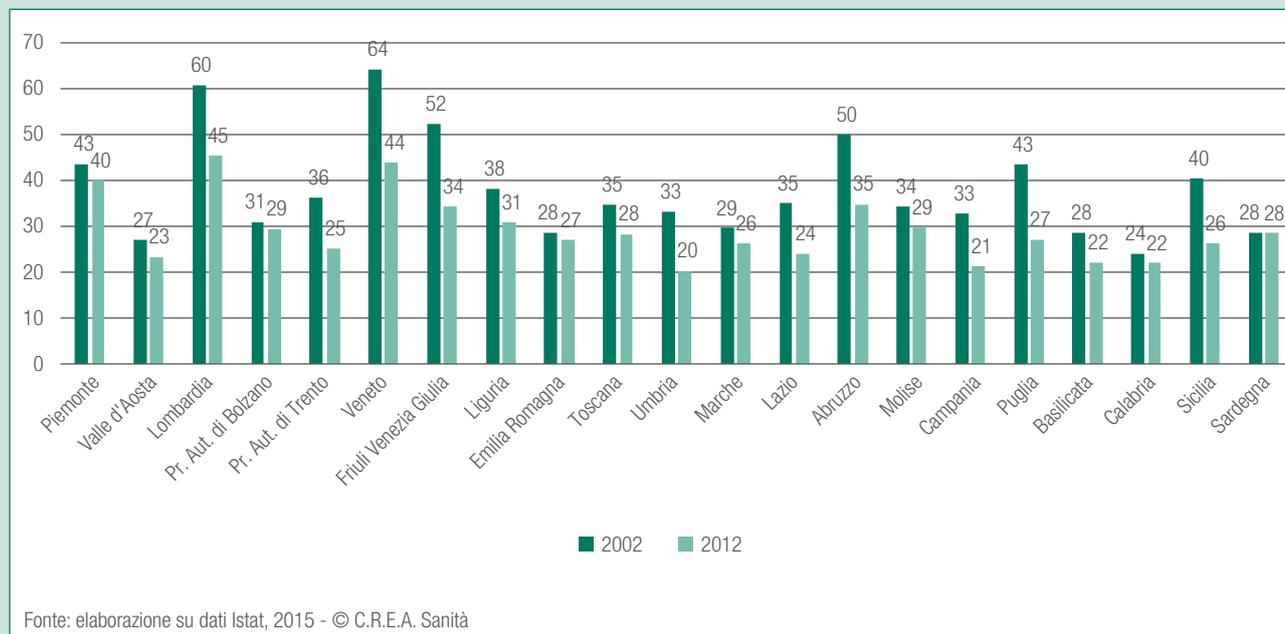
Gli utenti anziani in Italia ammontano nel 2012 a 291.004, il 67% dei destinatari di assistenza residenziale e semi-residenziale totali. Rispetto al 2002 sono aumentati del 61% (dieci anni prima ammontavano infatti a 180.549). A livello regionale, è da notare come il numero di assistiti rispetto alla popolazione di età non inferiore a 65 anni sia massimo, sempre nel 2012, in Friuli Venezia Giulia (64 su 1.000) seguito dalle Pr. Aut. di Bolzano e di Trento rispettivamente con 57 e 52 utenti su 1.000 abitanti over 65. Il tasso minimo è invece rilevato nel Centro-Sud (fa "eccezione" la Puglia con 9 assistiti su 1.000 abitanti over 65, rispetto ad esempio alla Sardegna con 1 su 1.000).

KI 7.7. Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Utenti per tipologia sul totale della popolazione. Italia, per 100.000 abitanti, anno 2012



In Italia nel 2012 gli utenti in assistenza psichiatrica, sono stati 70.124, in media 116 ogni 100.000 abitanti. Detto dato riflette una discreta eterogeneità regionale confinata da un massimo di 315 rilevato in Friuli Venezia Giulia e da un minimo di 44 osservato nella regione Calabria. Gli utenti anziani in Italia ammontano a 291.004, il 67% dei destinatari di assistenza residenziale e semi-residenziale totali. I malati terminali oggetto di assistenza residenziale soprattutto ma anche semi-residenziali nel 2012 sono stati 23.527 il 5% degli utenti totali. Il tasso per 100.000 abitanti risulta massimo in Emilia Romagna in cui nel 2012 si sono curati 94 malati terminali su 100.000. Il tasso minore è invece stato registrato in Campania (3). I disabili ammontano a 20.226. Questa tipologia di assistiti rappresenta il 4,6 % del totale degli assistiti. Il tasso per 100.000 è massimo in Veneto in cui sono stati trattati nel 2012 183 disabili psichici ogni 100.000 abitanti. Oltre a registrare il valore massimo, si osserva un ampio gap rispetto alle altre Regioni: il secondo valore più alto è stato rilevato in Piemonte e si attesta a quota 59. Di contro il valore minimo è stato registrato a Trento con 1 utente su 100.000. I disabili fisici infine nel 2012 sono stati 29.994. Rispetto al totale degli assistiti rappresentano una quota del 7%. Il tasso maggiore è stato osservato in Valle d'Aosta con 267 disabili fisici ogni 100.000 abitanti seguita dal Friuli Venezia Giulia con 179 ed Emilia Romagna con 149. Il minimo è stato rilevato in Lazio con 5 utenti disabili fisici ogni 100.000 abitanti.

KI 7.8. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - Dimensione media (PL). Valori assoluti, anni 2002 e 2012



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

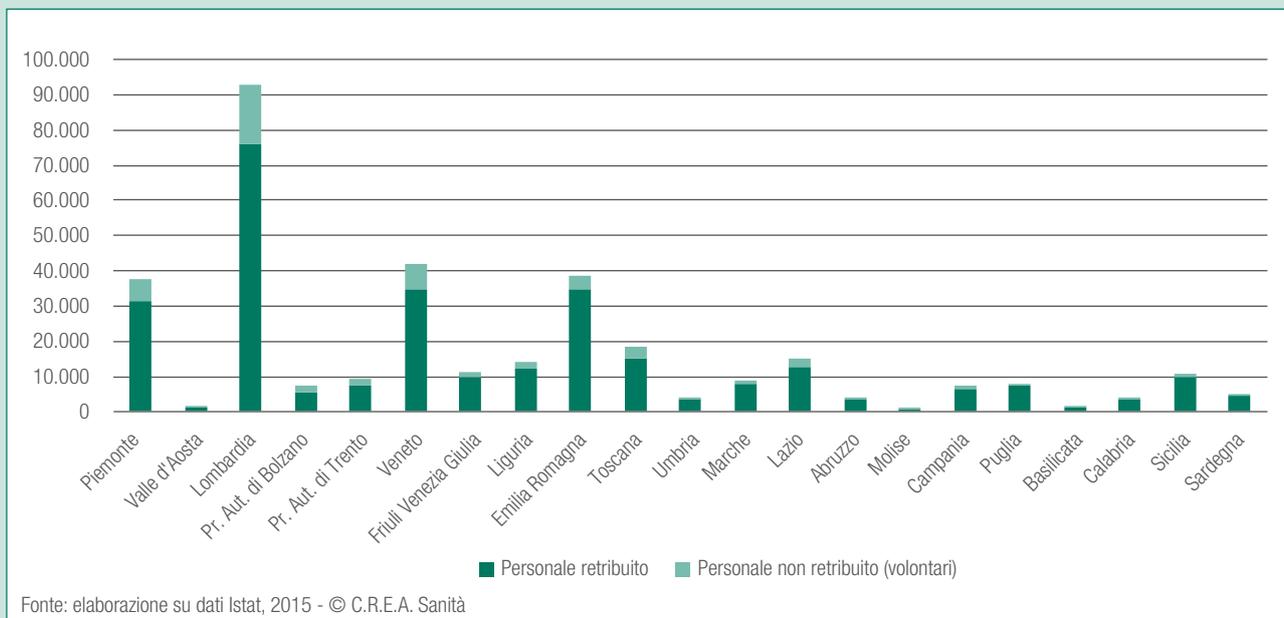
La dimensione media dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari in Italia nel 2012 è di 32 posti letto per struttura. A livello regionale si osserva come Lombardia, Veneto e Piemonte detengano il podio della dimensione massima rilevando rispettivamente 45, 44 e 40 posti letto per struttura. Di contro, la dimensione minima è rilevata in Umbria (20) seguita da Campania (21) e da Calabria e Basilicata con entrambe 22 posti letto ogni presidio residenziale socio-assistenziale e socio-sanitario. Rispetto al 2002, la dimensione media in Italia è diminuita del 21% (da 41 a 32 posti letto per struttura). Detta diminuzione è frutto di una condivisa riduzione dimensionale intervenuta in tutte le Regioni: la massima riduzione è stata osservata in Puglia (-38%), seguita dalla Sicilia (-35%) e dal Friuli Venezia Giulia (-34%); la minima invece nella Pr. Aut. di Bolzano (-5%), seguita dall'Emilia Romagna e dal Piemonte con una diminuzione della dimensione media pari rispettivamente a -6% e -8%. Si evidenzia come questo indicatore, rilevato dall'Istat nella "Rilevazione sui presidi residenziali e socio-assistenziali e socio-sanitari", prenda in considerazione strutture in cui 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.

KI 7.9. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - Incidenza (%) dei posti letto finanziati dal settore pubblico sul totale, anno 2012



Se consideriamo l'incidenza del numero dei posti letto finanziati dal settore pubblico sul totale dei posti letto, nel 2012 a livello nazionale risulta una incidenza del 42%. Nella fattispecie, le Regioni che registrano una quota decisamente superiore alla media regionale sono, oltre la Pr. Aut. di Bolzano in cui la totalità dei posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari sono tutti finanziati dal Servizio Sanitario Nazionale, anche Piemonte Marche, Pr. Aut. di Trento e Lombardia, che nel 2012 registrano un'incidenza rispettivamente pari al 67%, 66%, 65% e 64% di posti letto finanziati dal SSN rispetto al totale dei posti letto destinati ai presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Di contro, le Regioni che riportano delle quote inferiori alla media regionale sono l'Emilia Romagna, che incide per lo 0,02%, e la Valle d'Aosta (3%).

KI 7.10. Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - Personale retribuito e volontario. Valori assoluti, anno 2012



In Italia nel 2012 il personale impiegato nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ammonta a 343.248 unità, suddiviso in 289.679 (84%) unità di personale retribuito e restanti 53.569 unità (16%) di personale rappresentato da volontari. A livello regionale notiamo come il maggior numero di unità sia detenuto dalla Lombardia (92.772) seguita dal Veneto (42.160) e dall'Emilia Romagna con 38.617 unità di personale impiegato nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, delle quali solamente il 9% rappresentato da personale non retribuito (volontari). L'occupazione minima è invece registrata in Molise con 920 impiegati, seguito dalla Valle d'Aosta con 1.545 unità di personale. Da notare come la percentuale di volontari sia minima in Molise ed Abruzzo (6%) e massima rispettivamente nelle Pr. Aut. di Bolzano (29%) e Trento (21%).

performance  
accesso  
scenari  
appropriatazza  
innovazione  
efficienza  
integrazione  
bisogni  
SSN  
empowerment  
regioni  
responsabilità  
europa  
salute  
HTA  
health  
investimenti  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
sviluppo  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia  
welfare  
crescita

## *Capitolo 8*

**Assistenza specialistica:  
tendenze della domanda e dell'offerta**



## Capitolo 8

### Assistenza specialistica: tendenze della domanda e dell'offerta

Piasini L.<sup>1</sup>

#### 8.1. Introduzione

Secondo l'ultimo Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato la spesa per la specialistica ambulatoriale sarebbe complessivamente pari allo 1,07%<sup>2</sup> del PIL, ovvero € 17,42 mld. per l'anno 2012.

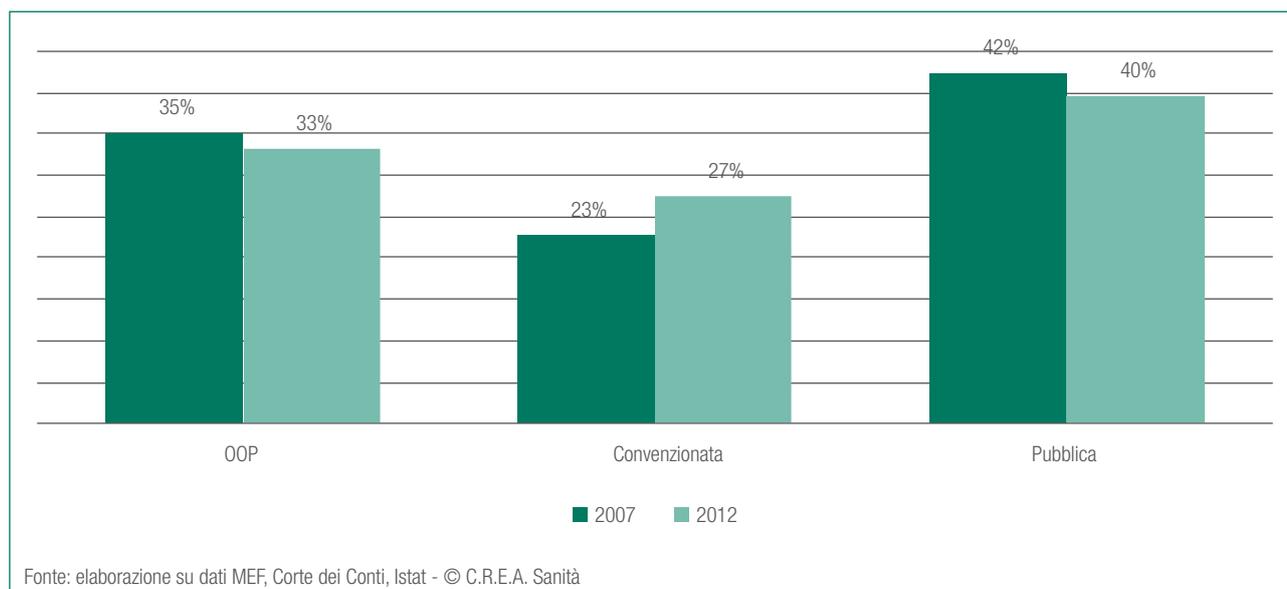
Assumendo questo dato, frutto di stime in carenza di una rilevazione specifica per la spesa specialistica erogata dalle strutture pubbliche, e fermandoci all'anno 2012 in quanto ultimo disponibile nelle stime della Ragioneria Generale dello Stato, possiamo evincere a ritroso la consistenza di questa ultima: infatti la spesa privata *Out Of Pocket* (OOP) per prestazioni specialistiche, secondo le rilevazioni dell'Istat sui consumi delle famiglie, ammonterebbe a € 5,76 mld.; la spesa per la specialistica convenzionata, dato riportato nel Rappor-

to della Corte dei Conti 2015, ammonterebbe a € 4,77 mld.; per differenza la spesa pubblica sarebbe pari a circa € 6,88 mld.: in termini di composizione, avremmo che questa ultima rappresenta il 40%, la convenzionata il 27% e la spesa privata OOP il 33%.

Peraltro, la quota della convenzionata tra il 2007 al 2012 passa dal 23% al 27%. Di contro diminuisce l'*out of pocket*, che nel 2007 rappresentava il 35% del totale della spesa, mentre nel 2012 passa a rappresentarne il 33%, e anche la pubblica che dal 42% passa al 40% (Figura 8.1).

Il dato di spesa per categoria appare peraltro fuorviante, in quanto nella spesa *out of pocket* sono comprese le compartecipazioni pagate dalle famiglie sia sulla prestazioni erogate da strutture pubbliche che private accreditate; il dato della specialistica conven-

Figura 8.1. Spesa per assistenza specialistica (stima). Composizione %, anni 2007-2012



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

<sup>2</sup> Il dato è tratto dal Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato 2015 e fa riferimento alla specifica voce degli LA

**Tabella 8.1. Spesa per assistenza specialistica convenzionata. Variazioni % e valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2013**

| Anno | Spesa (€ mln.) | Variazione % |
|------|----------------|--------------|
| 2007 | 3.729,00       |              |
| 2010 | 4.542,00       | +21,80%      |
| 2013 | 4.705,00       | +3,59%       |

Fonte: elaborazione su dati Corte dei Conti - © C.R.E.A. Sanità

zionata è di spesa e non di costo (mancano le compartecipazioni); quello riferito alle strutture pubbliche, di contro, è presumibilmente di costo e non è nettato delle compartecipazioni.

La spesa convenzionata fra il 2007 e il 2013 ha registrato un incremento del 26,17%, presumibilmente sottostimando la crescita della quota di questo settore di assistenza, per effetto della non considerazione delle compartecipazioni, come sopra argomentato.

L'aumento maggiore è avvenuto tra il 2007 e il 2010 (+21,80%), mentre negli anni successivi la crescita è stata piuttosto contenuta (+3,59%) dal 2010 al 2013. A riprova di quanto affermato, l'incremento è quindi

temporalmente associabile all'introduzione del "super ticket" che, avendo reso meno "conveniente" il ricorso al SSN, ha probabilmente spinto parte dei pazienti a ricorrere a strutture private, magari rinunciando in alcuni casi anche alla prescrizione pubblica (Tabella 8.1).

A livello regionale, utilizzando i dati provenienti dai Conti Economici forniti dal Ministero della Salute, si osserva una forte variabilità nei comportamenti (si consideri però che stiamo analizzando la sola quota erogata in regime di convenzionamento/accreditamento).

All'estremo superiore troviamo la Basilicata, la quale ha subito dal 2009 al 2013 l'incremento maggiore di spesa per la specialistica convenzionata (+ 80,82%); di contro la Toscana ha segnato il decremento maggiore (-26,93%) (Figura 8.2).

Riguardo la spesa *out of pocket*, tra il 2007 e il 2013 vi è stata solo una minima variazione della spesa pro-capite pari al +3%. Se invece si osserva la curva, si nota un decremento dal 2007 al 2009 pari al -9%, per poi avere un progressivo incremento dal 2009 al 2013 pari al +13% (figura 8.3).

**Figura 8.2. Spesa per assistenza specialistica convenzionata, per Regione. Variazioni %, anni 2009-2013**

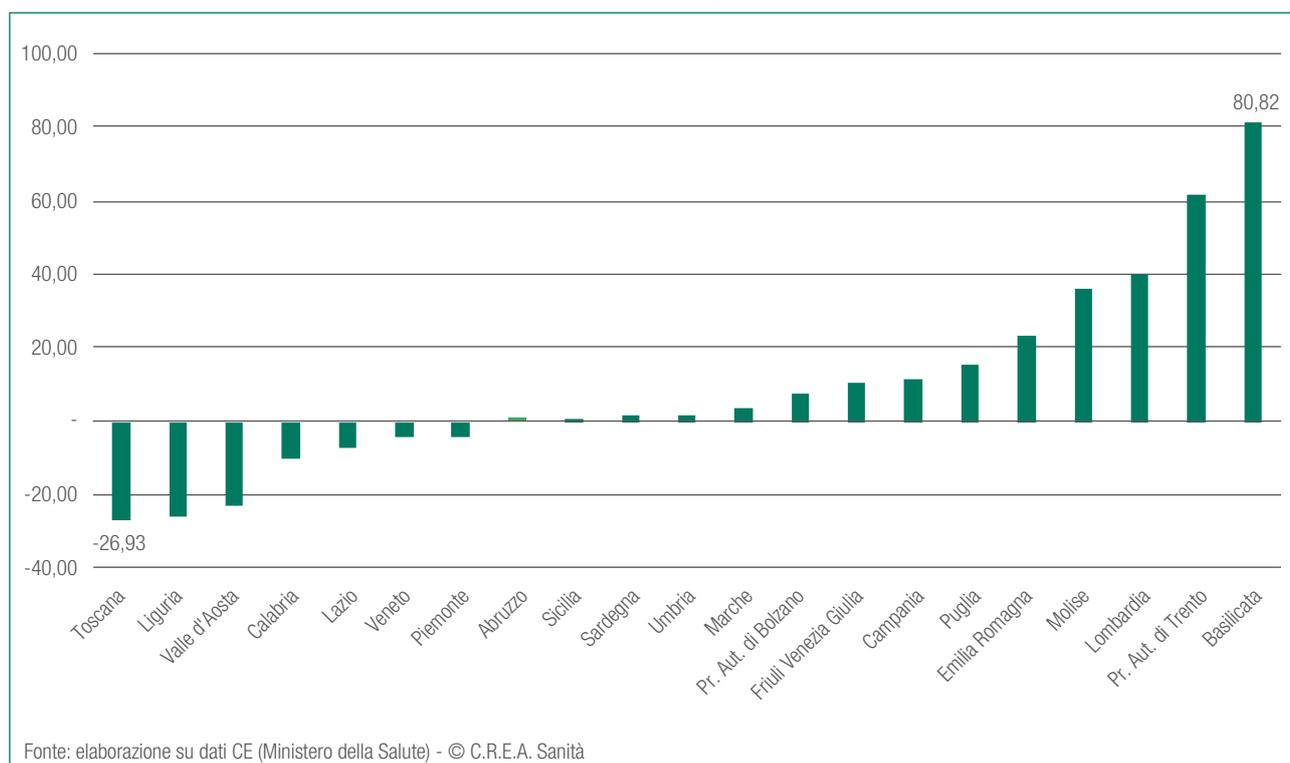
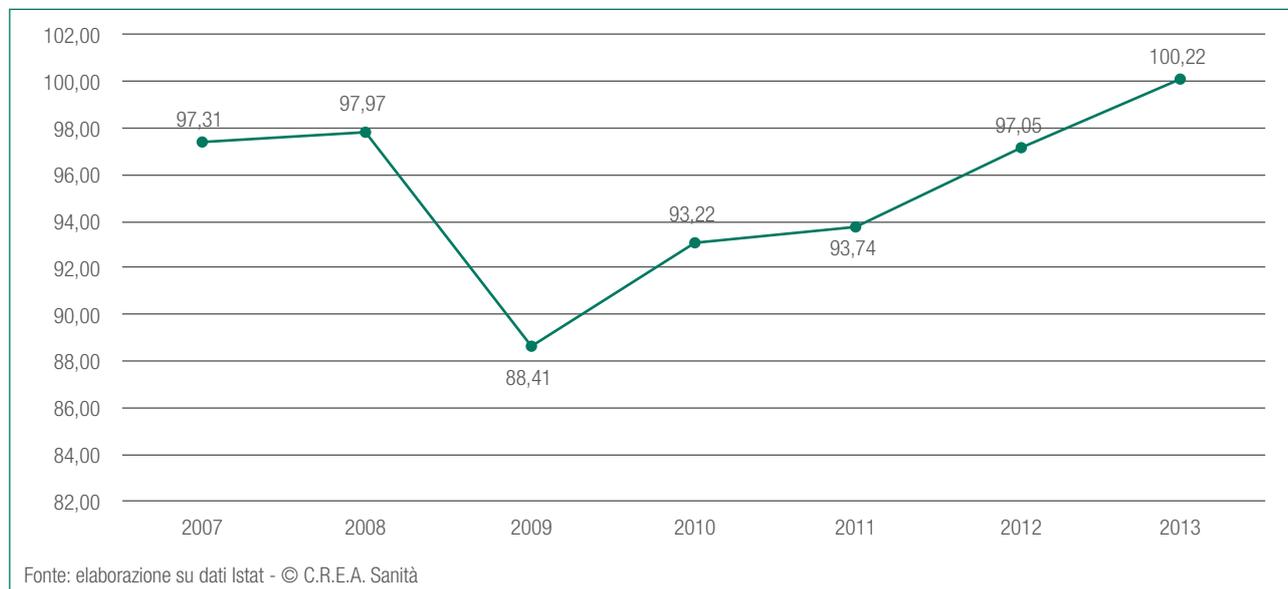


Figura 8.3. Spesa per assistenza specialistica *out of pocket*. Valori pro-capite (€), anni 2007-2013

In particolare si osservano due momenti che corrispondono all'introduzione dei *super ticket*, 2008 e 2012, manovra che sembrerebbe essersi tradotta in un aumento della spesa *out of pocket*. Si consideri però che non conosciamo la composizione di quest'ultima: non sappiamo, come già detto, quale sia la quota attribuibile ai *ticket* e quale alla spesa definibile "privata privata". Di contro, riprendendo quanto osservato rispetto alla spesa convenzionata, questa è aumentata molto fino al 2010 per poi fermare la sua corsa. Sembrerebbe pertanto che i *super ticket* abbiano in un primo momento spinto verso il convenzionato e che poi, in un secondo momento e alla luce di una seconda manovra, l'effetto si sia trasferito sul "privato privato".

## 8.2. Il trend dell'offerta

Nel 2000 le strutture ambulatoriali pubbliche rappresentavano il 51,40% delle totali, essendosi poi ridotte al 41,14% nel 2012, sebbene dal 2010 si stia verificando una lieve diminuzione delle percentuali ricoperte dal privato.

I fenomeni citati dipendono da una riduzione numerica delle strutture ambulatoriali pubbliche e, al contrario, da un incremento di quelle private, particolarmente evidente nella Regione Molise (-61,93% le pubbliche, e +118,48% le private).

Esistono eccezioni, come la Liguria, dove si è registrato un aumento delle strutture pubbliche (+13,28%) e una diminuzione delle private (-29,98%). La stessa cosa è avvenuta in Piemonte (+2,63% il pubblico e 10,40% il privato) (Figura 8.4).

Si osserva una, se pur debole, correlazione fra incremento del privato e arretramento del pubblico.

Le strutture private nel 2000 offrivano prevalentemente prestazioni di laboratorio (44%) e cliniche<sup>3</sup> (36%). Nel 2012 la distribuzione delle quote passa a 38% per il laboratorio (in discesa) e 39% per le cliniche. Le strutture che offrono assistenza diagnostica hanno subito un incremento (dal 20% del 2000 al 23% del 2012). Di contro, le strutture che erogano assistenza di tipo clinico sono leggermente diminuite nel pubblico (dal 59% del 2000 al 57% del 2012), rimanendo costanti le altre (Figura 8.5).

<sup>3</sup> Per prestazioni di tipo clinico si intendono, le visite specialistiche, la chirurgia ambulatoriale, la medicina fisica riabilitativa, ecc

Figura 8.4. Strutture ambulatoriali e laboratori pubblici e privati. Variazioni %, anni 2000-2012

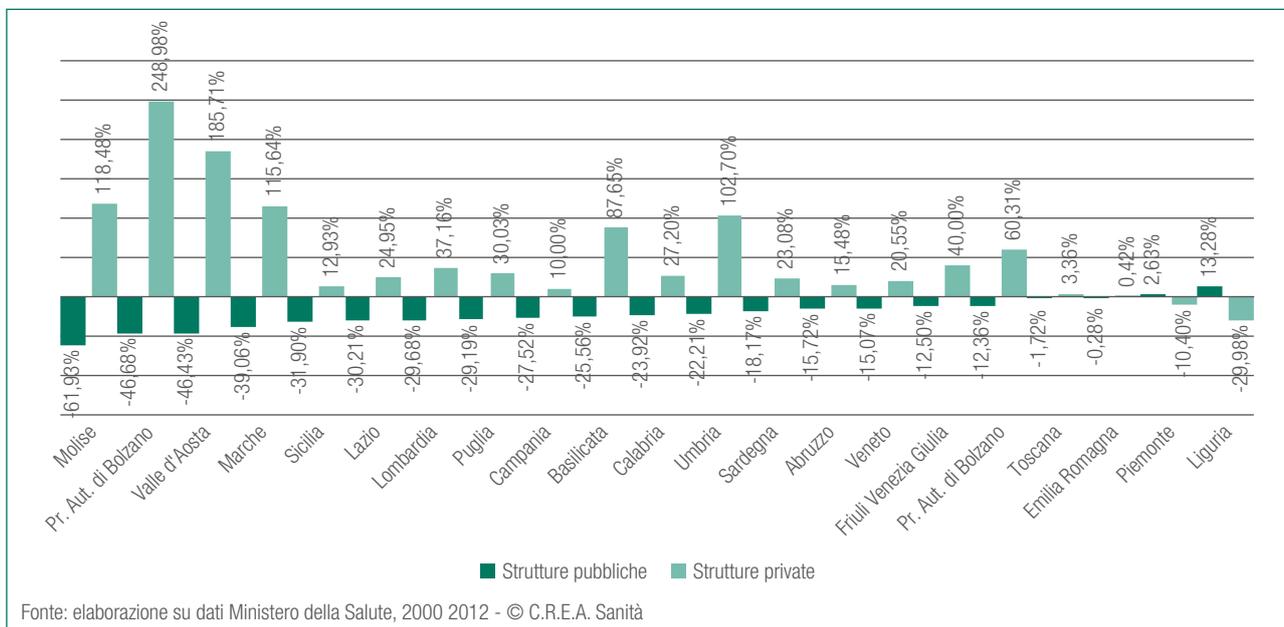
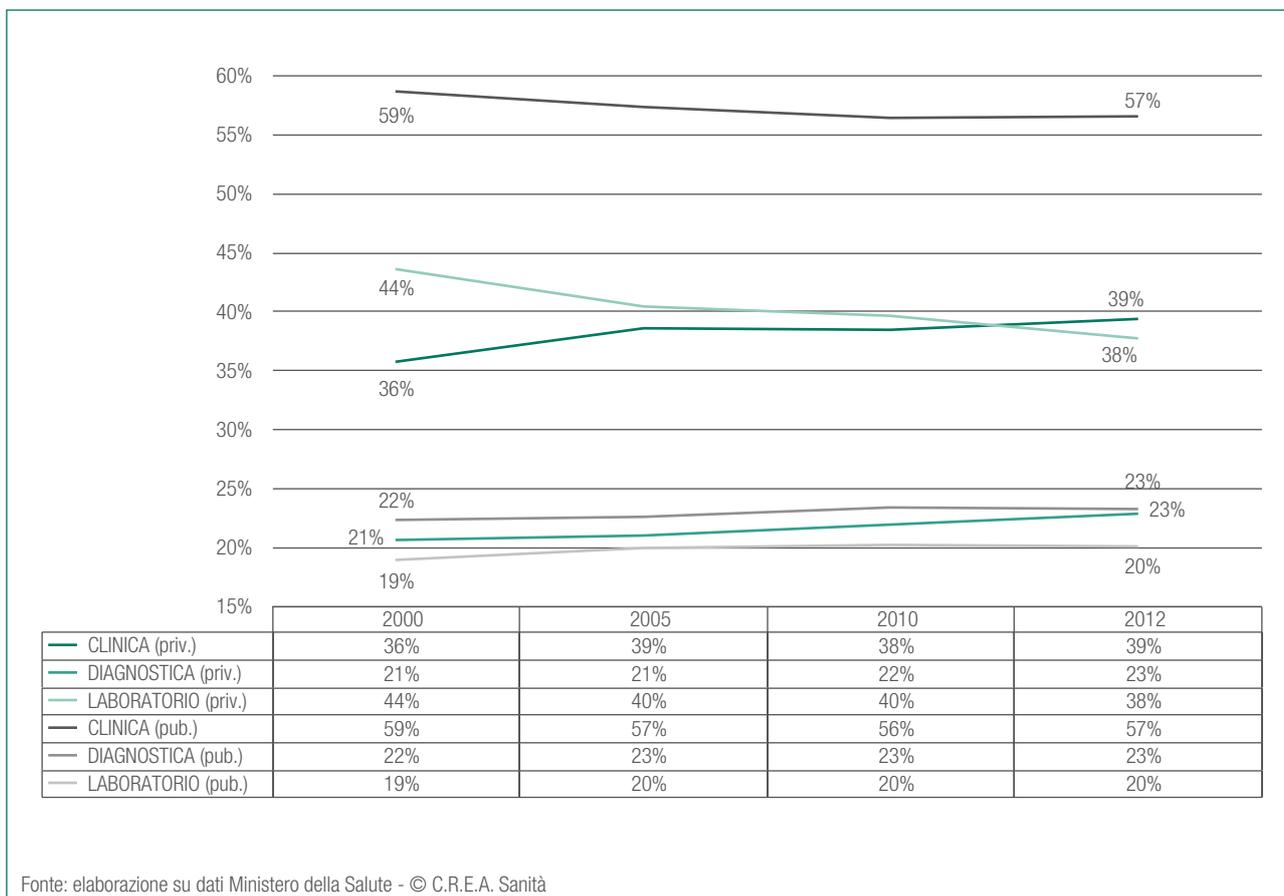


Figura 8.5. Strutture ambulatoriali pubbliche e private per tipologia di assistenza specialistica (composizione) - Valori %, anni 2000-2012



### 8.3. Il trend della domanda

Per quanto concerne le prestazioni, le analisi di laboratorio hanno visto aumentare la loro quota relativa, ricoprendo il 75,28% delle prestazioni totali nel 2005, per salire al 78,64% nel 2012. Le prestazioni di diagnostica sono invece rimaste quasi costanti (4,88% nel 2005 e 4,64% nel 2012). Di contro vi è stato un decremento, se pur lieve, della quota di prestazioni di tipo clinico: nel 2005 ricoprivano il 19,84% del totale delle prestazioni, mentre nel 2012 sono passate a ricoprire il 16,72% (Figura 8.6).

Il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale annualmente erogate dalle strutture accreditate, sono in aumento: +11,38% fra il 2005 e il 2012, passando da 19,50 a 21,72 prestazioni annue per abitante.

A livello regionale il Lazio ha avuto l'incremento maggiore (+70,76%), da 13,25 a 22,25, per poi mantenersi costante nel 2012 (22,63).

In controtendenza la Regione che ha maggiormente ridotto il numero di prestazioni per abitante è la Campania (-9,10%), passando da 19,80 prestazioni ogni abitante nel 2005 a 18,00 nel 2012.

Nel 2012, ultimo anno disponibile, il numero più

elevato di prestazioni per abitante è stato erogato in Liguria (33,45 prestazioni annue per abitante). In questa Regione, dal 2005 al 2012, si è avuto un graduale aumento del numero di prestazioni per abitante con un incremento complessivo pari + 53,23% (da 21,83 a 33,45) (Tabella 8.2).

Si noti che tra il 2005 e il 2012 la variabilità tra le Regioni è aumentata: nel 2005 la differenza tra la Regione con il maggior numero di prestazioni e quella con il numero minore era pari a 11,72 prestazioni annue, mentre nel 2012 passa a 15,45.

La relazione tra il numero di prestazioni per abitante ed il livello del PIL medio pro-capite regionale, risulta essere debolmente positiva: dove il reddito è più elevato la domanda di prestazioni è maggiore (Figura 8.7).

Guardando al dato regionale per tipologia, nel periodo 2005-2012 le prestazioni di analisi di laboratorio e diagnostica crescono, in particolare nel Lazio dove si registra un incremento di prestazioni pro-capite pari al +94,30%, passando da 9,10 a 17,68 prestazioni pro-capite anno. La riduzione maggiore, seppur lieve, si è registrata invece in Toscana (-9,36% passando da 15,91 a 14,42 prestazioni pro-capite anno).

La diagnostica ha invece visto un forte incremento

Figura 8.6. Prestazioni specialistiche ambulatoriali per tipologia. Composizione %, anni 2005-2012

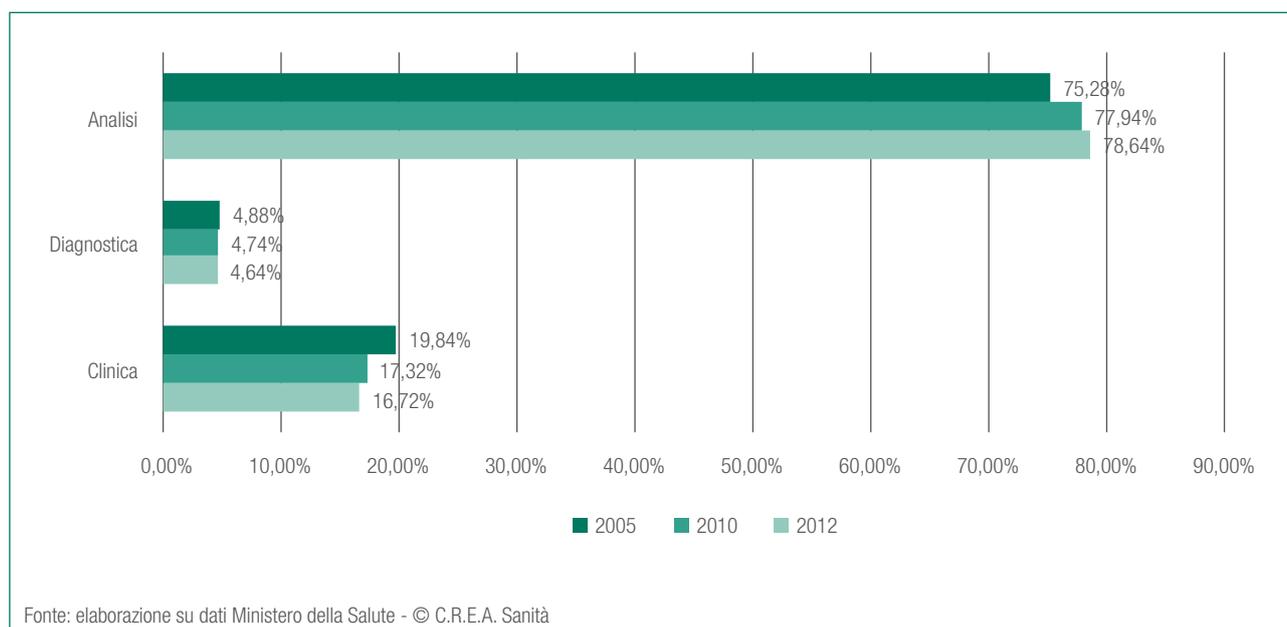
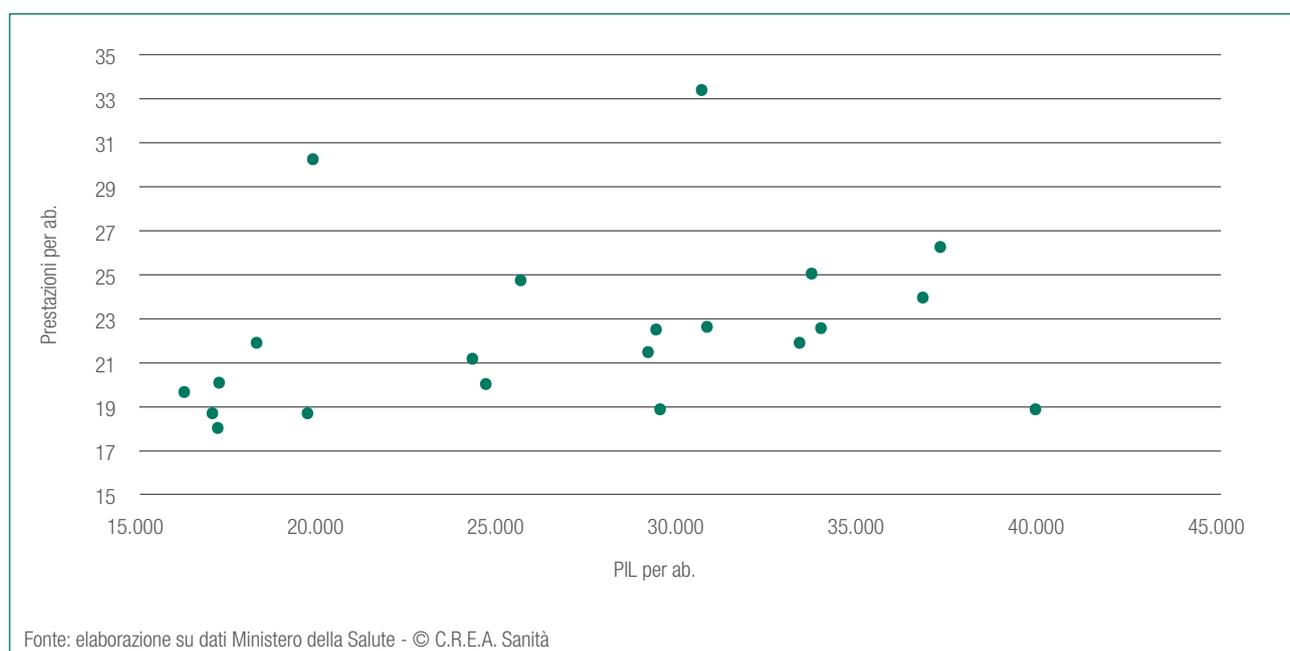


Tabella 8.2. Prestazioni specialistiche, pro-capite (€) e variazioni %, anni 2005-2012

| Regioni               | 2005  | 2010  | 2012  | 2012/2005 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-----------|
| Italia                | 19,50 | 22,34 | 21,72 | 11,38%    |
| Piemonte              | 19,91 | 22,02 | 22,53 | 13,17%    |
| Valle d'Aosta         | 22,70 | 26,50 | 26,25 | 15,62%    |
| Lombardia             | 23,31 | 23,54 | 23,93 | 2,67%     |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 14,04 | 17,90 | 18,90 | 34,68%    |
| Pr. Aut. di Trento    | 23,09 | 24,37 | 25,03 | 8,38%     |
| Veneto                | 23,38 | 24,25 | 22,63 | -3,21%    |
| Friuli Venezia Giulia | 17,97 | 22,23 | 21,63 | 20,35%    |
| Liguria               | 21,83 | 28,61 | 33,45 | 53,23%    |
| Emilia Romagna        | 18,36 | 24,16 | 22,01 | 19,87%    |
| Toscana               | 20,20 | 22,10 | 18,93 | -6,27%    |
| Umbria                | 14,82 | 17,89 | 19,97 | 34,72%    |
| Marche                | 18,53 | 26,30 | 24,89 | 34,35%    |
| Lazio                 | 13,25 | 22,25 | 22,63 | 70,76%    |
| Abruzzo               | 15,90 | 24,81 | 21,15 | 33,06%    |
| Molise                | 24,97 | 33,34 | 30,21 | 20,99%    |
| Campania              | 19,80 | 19,40 | 18,00 | -9,10%    |
| Puglia                | 18,52 | 20,10 | 18,73 | 1,11%     |
| Basilicata            | 18,96 | 23,94 | 22,03 | 16,24%    |
| Calabria              | 17,40 | 18,54 | 19,77 | 13,59%    |
| Sicilia               | 17,80 | 20,78 | 20,18 | 13,36%    |
| Sardegna              | 20,57 | 19,90 | 18,80 | -8,60%    |

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

Figura 8.7. Correlazione tra numero di prestazioni specialistiche e PIL pro-capite regionale, anno 2012



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

Tabella 8.3. Prestazioni pro-capite per tipologia. Variazioni %, anni 2005-2012

| Regioni               | Analisi | Diagnostica | Clinica |
|-----------------------|---------|-------------|---------|
| Piemonte              | 15,08%  | 9,75%       | 6,81%   |
| Valle d'Aosta         | 18,20%  | 12,12%      | 6,90%   |
| Lombardia             | 5,92%   | 10,43%      | -11,61% |
| Pr. Aut. di Bolzano   | 32,68%  | 66,08%      | 34,40%  |
| Pr. Aut. di Trento    | 11,09%  | 18,76%      | -7,54%  |
| Veneto                | -1,01%  | -11,01%     | -9,22%  |
| Friuli Venezia Giulia | 19,46%  | 16,77%      | 25,67%  |
| Liguria               | 64,50%  | 79,35%      | 7,96%   |
| Emilia Romagna        | 28,78%  | 14,89%      | -15,96% |
| Toscana               | -9,36%  | 6,17%       | 4,92%   |
| Umbria                | 37,88%  | 48,10%      | 17,72%  |
| Marche                | 38,11%  | 16,68%      | 22,93%  |
| Lazio                 | 94,30%  | 52,82%      | 13,54%  |
| Abruzzo               | 36,70%  | 16,91%      | 20,96%  |
| Molise                | 22,94%  | -17,02%     | 30,01%  |
| Campania              | -0,25%  | -21,76%     | -39,87% |
| Puglia                | 8,32%   | -16,42%     | -20,73% |
| Basilicata            | 14,59%  | 5,42%       | 23,12%  |
| Calabria              | 22,23%  | -17,82%     | -10,66% |
| Sicilia               | 17,39%  | -4,15%      | -0,28%  |
| Sardegna              | -5,02%  | 2,12%       | -21,14% |

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

in Liguria (+79,35%), passando da 1,20 prestazioni annue a 2,15. Il maggior decremento è avvenuto invece in Campania (-21,76%), partendo nel 2005 da 1,20 prestazioni annue per arrivare nel 2012 a 0,94.

Le prestazioni di tipo clinico, sono aumentate nella Provincia Autonoma di Bolzano (+34,40%), passando da 4,45 a 5,97 prestazioni annue. Per la Campania si è invece registrata la maggior riduzione di prestazioni annue (-39,87%), da 3,77 a 2,27 (Tabella 8.3).

Infine, il numero di prestazioni per abitante non sembra positivamente legato all'offerta, se misurato con il numero di strutture. Non sembra evidenziarsi una induzione di domanda da parte dell'offerta (Figura 8.8).

## 8.4. Conclusioni

Dai dati esposti si può confermare che l'utilizzo delle prestazioni ambulatoriali specialistiche è positivamente

legato al reddito (e in generale al titolo di studio), così che in generale i consumi sono maggiori nel Nord e al Centro (Figura 8.7 e Tabella 8.2).

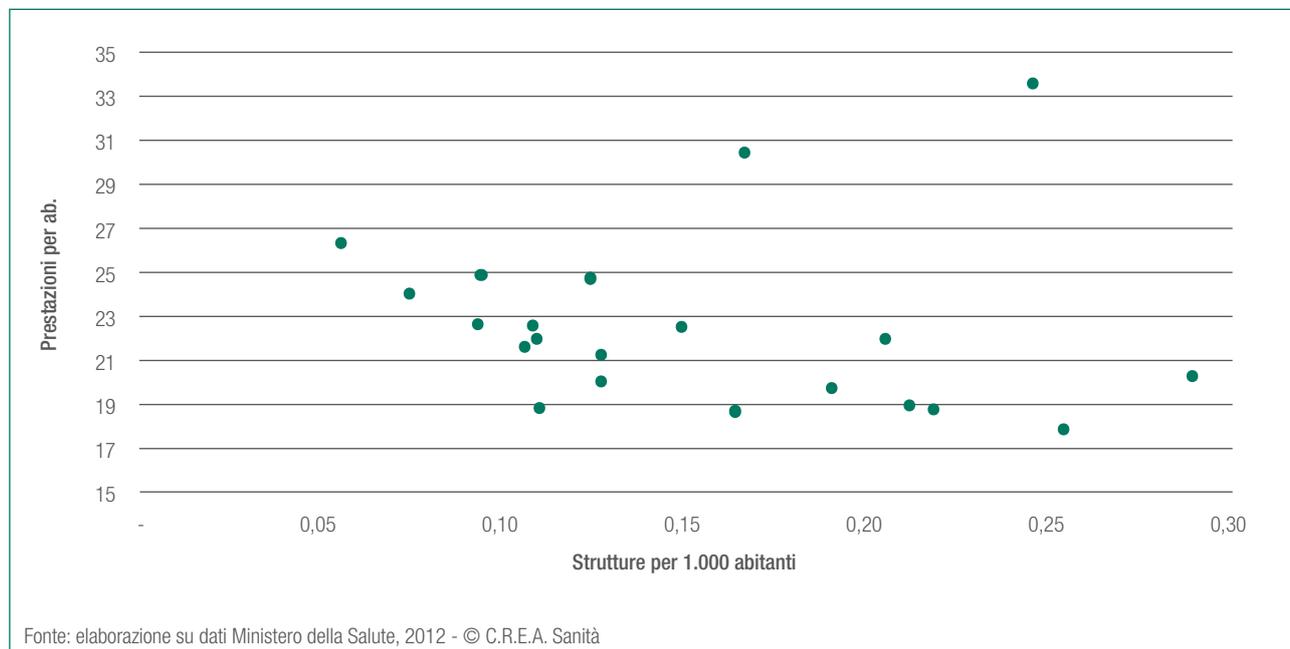
Non stupisce quindi che nel tempo le prestazioni tendano ad aumentare, anche se con andamenti diversi a livello regionale: negli ultimi anni le differenze nel numero di prestazioni per abitante tendono ad incrementarsi.

Non sembra esserci una correlazione fra numero di prestazioni e offerta, almeno se misuriamo questa ultima con il numero di strutture (indipendentemente quindi dalla capacità produttiva che esprimono) (Figura 8.8).

Piuttosto vi è un aumento del ricorso alle prestazioni acquisite dal privato convenzionato almeno fino al 2009 e una riduzione di quelle a totale carico del cittadino, *out of pocket*, per poi dal 2009 avere un'inversione di tendenza, con il convenzionato che rallenta la crescita e il privato che l'aumenta (Figura 8.1 e Figura 8.3).

Cala anche la quota di spesa attribuibile alle pre-

Figura 8.8. Correlazione tra numero di prestazioni specialistiche e strutture pro-capite per Regione, anno 2012



stazioni erogate dalle strutture pubbliche: complessivamente l'incremento dei *ticket* sembra spostare sempre più l'assistenza specialistica fuori dalla tutela del SSN.

### Riferimenti bibliografici

Corte dei Conti, (anni vari) *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*

Ministero delle Finanze (2015), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*

Ministero della Salute (anni vari), *Annuario statistico del SSN*

Ministero della Salute (anni vari), *Modello di rilevazione del Conto Economico - CE*

OECD (2015), *Health Data Statistics*





## Chapter 8 - Summary

### Specialist outpatient care: demand and supply trends

*Piasini L.*<sup>1</sup>

In the 2015 Ministry of the Economy and Finance Report, managed by the State Accounting Office *Ragioneria Generale dello Stato* (RGS), expenditure for specialist outpatient care (laboratory tests, diagnostic imaging, outpatient surgery, specialist exams, rehabilitation medicine, etc.) has been estimated at 1.07% of the GDP in 2012, amounting to € 17.42 bn.

There are no certain estimates of the percentage of this expenditure by public facilities, but considering the abovementioned figure and subtracting the out-of-pocket expenditure for private care by households, totalling € 5.76 bn, and the expenditure for consulting services at private facilities accredited under agreements with the NHS (€ 4.77 bn), we end up with the figure of € 6.88 bn.

Based on these estimates, and with the caveat that 40% of spending is for services provided by the public care facilities, we have 27% for private-sector accredited facilities and 33% for out-of-pocket spending for healthcare.

Over the last five years (2007-2012), expenditure has increased in the case of accredited private-sector facilities, from 23% to 27% of total expenditure, while out-of-pocket spending has dropped (from 35% to 33%) and likewise expenditure in the public sector (from 42% to 40%).

This figure is slightly distorted by the impossibility of separating the cost-sharing amounts, which are all accumulated in the out-of-pocket spending: the figure relating to specialist services by private accredited facilities, therefore, is a pure public spending figure (albeit not of cost).

With the above mentioned caveats, between 2007 and 2013 expenditure increased by 26.17%. The largest increase occurred between 2007 and 2010 (21.80%), while between 2010 and 2013 it was smaller (3.59%).

The most significant increase seemed to coincide with the introduction of the “super ticket”, a cost-sharing mechanism, which apparently oriented households in preferring accredited private-sector care facilities.

In any case, the changes range between a +80.82% increase in Basilicata and a -26.93% drop in Toscana.

Out-of-pocket expenditure grew, between 2007 and 2013, by +3%, but in reality, in this period, there was a middle period in which there was a decrease, as a result of the financial crisis, between 2007-2009. Expenditure then picked up again significantly between 2009 and 2013 (+13%), which, however, may also be ascribed to the increase in cost-sharing, to the point that, in some cases, it is no longer convenient to request the services of the NHS.

In terms of supply, we may observe that, in 2000 public care facilities accounted for 51.40%, but had then dropped in 2012 to 41.14%.

Other significant differences may also be observed: in Molise indebtedness has been reduced by -61.93%, while in Liguria there has been a +13.28% increase.

In the public sector, the number of clinics has dropped.

In the private sector, the number of test labs increased while diagnostic imaging facilities and the ones that offer clinical services<sup>2</sup> decreased.

However, there has been an increase in the demand

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

<sup>2</sup> Clinical services include outpatient specialist visits, outpatient surgery, physical medicine and rehabilitation, etc.

for laboratory tests. Demand for diagnostic imaging has remained unchanged, while clinical services have dropped.

Overall, there has been an increase in the number of services per inhabitant (+ 53.23%), from 21.83 to 33.45.

It should be noted that, in 2005, the regional gap was 11.72 services per annum, but in 2012 this figure increased to 15.45.

Liguria is the region providing the highest number of outpatient specialist services per inhabitant (33.45).

Laboratory tests have increased enormously in Lazio +94.30, but decreased to a large extent in Toscana -9.36.

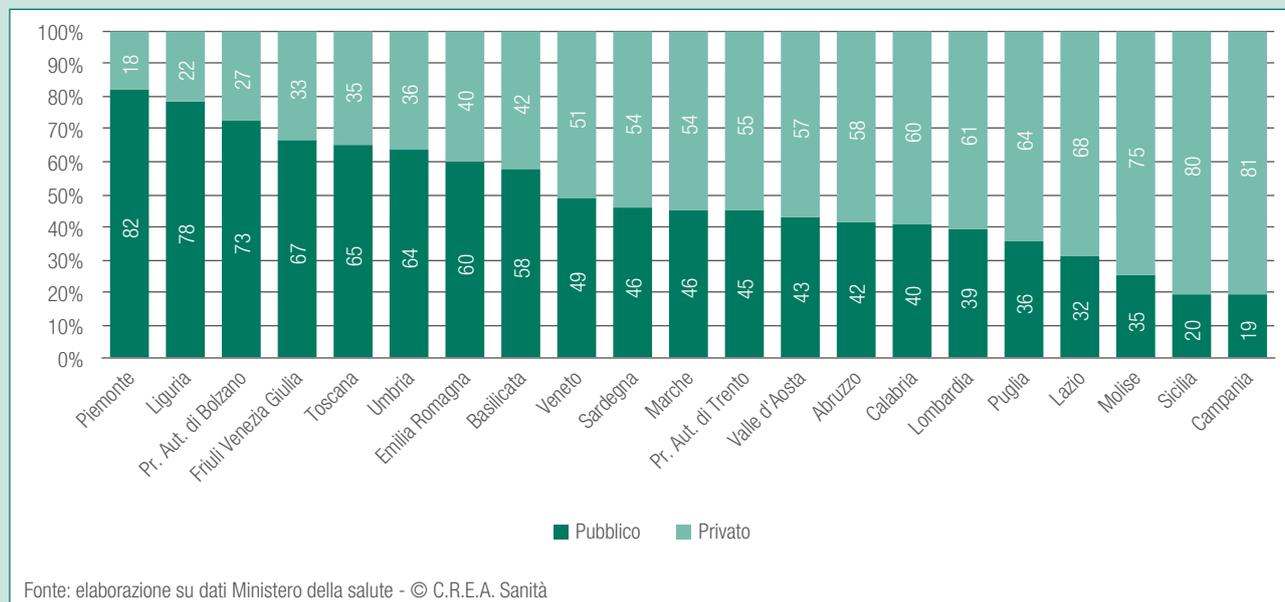
Diagnostic imaging services have increased primarily in Liguria (+79.35%), but dropped in Campania (-21.76%).

Lastly, clinical services have increased in the Aut. Prov. of Bolzano more than elsewhere (+34.40%), while they have dropped in Campania (-39.87%).

In conclusion, we confirm the relationship between income and demand for specialist outpatient services: the North-South gradient of demand is quite obvious.

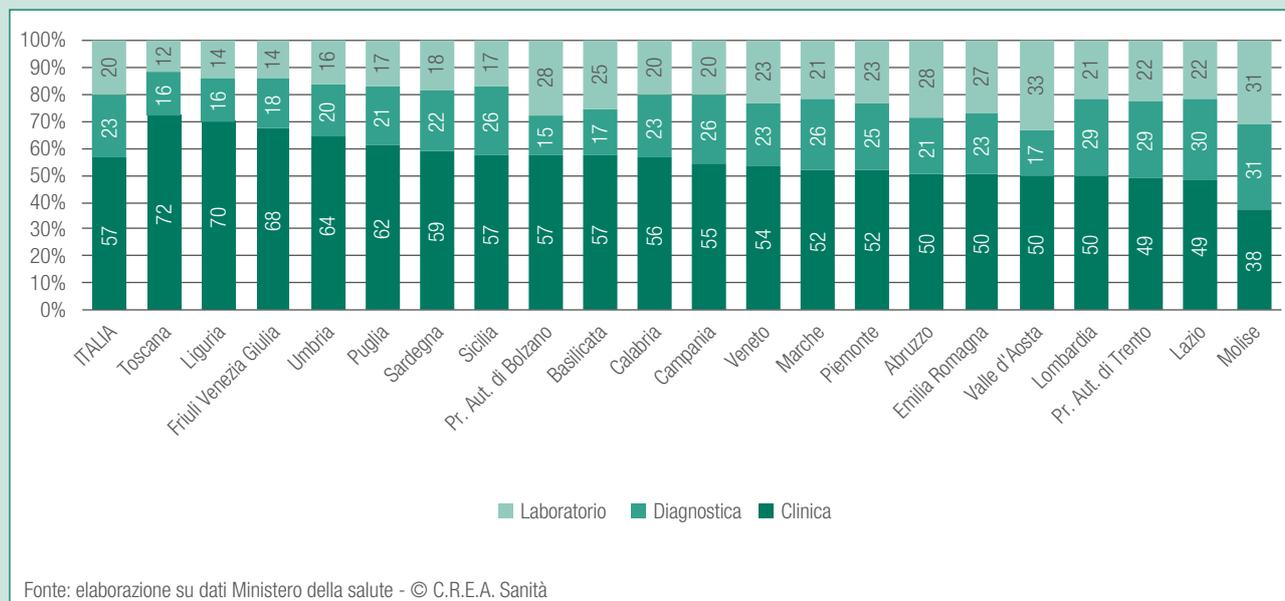
However, there is no obvious relationship between supply and demand: measuring supply by the number of facilities (with a certain degree of approximation), no correlation can be seen with the amount of services provided.

KI 8.1. Assistenza specialistica - Strutture pubbliche e private. Valori %, anno 2012



Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica questo indicatore illustra la composizione delle stesse tra pubbliche e private, senza differenziazione per tipologia di prestazioni erogate. La Regione nella quale sono presenti più strutture pubbliche è il Piemonte (82%), mentre in Campania sono quasi totalmente strutture private, rappresentando le pubbliche solo una minima parte (19%).

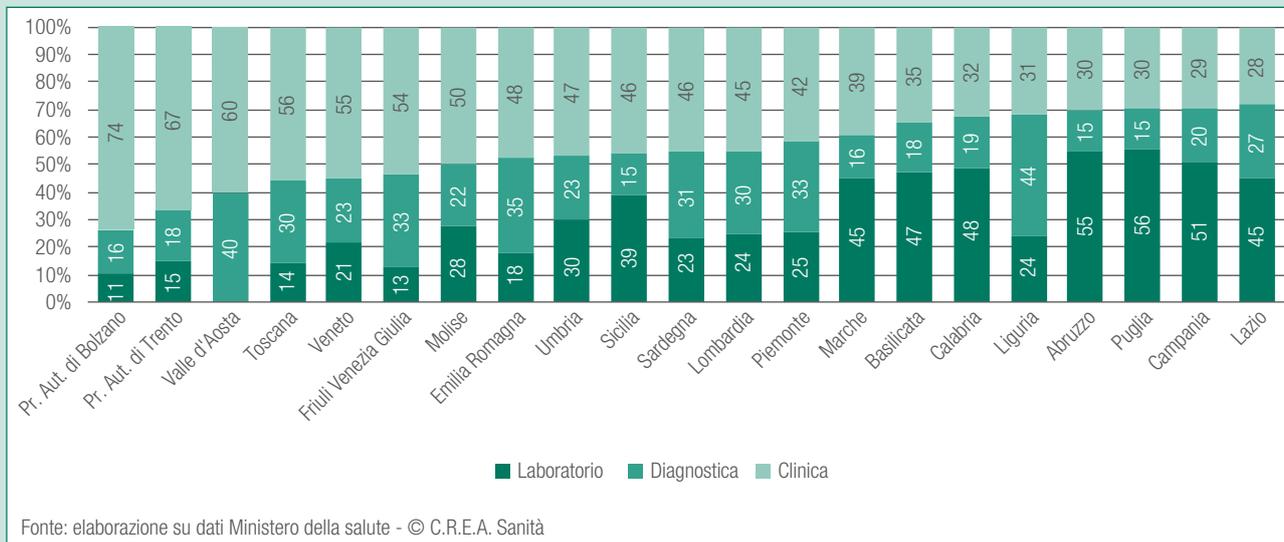
KI 8.2. Strutture ambulatoriali pubbliche per tipologia di prestazione. Valori %, anno 2012



Le strutture che offrono prestazioni di specialistica ambulatoriale possono essere classificate in base alla tipologia di prestazioni erogate: clinica, diagnostica e laboratorio. Ciascuna struttura può appartenere a più di un gruppo. Il 57% della quota totale di strutture pubbliche appartiene a quelle che erogano prestazioni cliniche, il 23% alla diagnostica e il 20% sono laboratori.

A livello regionale, il maggior numero di strutture pubbliche che svolgono attività di tipo clinico, rispetto al totale delle strutture della Regione, si ha in Toscana (72%), mentre in Molise le strutture pubbliche con attività di tipo clinico ricoprono solo il 38%. Lo stesso Molise è la Regione nella quale le strutture pubbliche di diagnostica sono rappresentate in numero maggiore (31%), mentre la Provincia Autonoma di Bolzano ha un numero molto basso di strutture di diagnostica (15%). La presenza di laboratori pubblici è maggiore in Valle d'Aosta e minore in Toscana (12%).

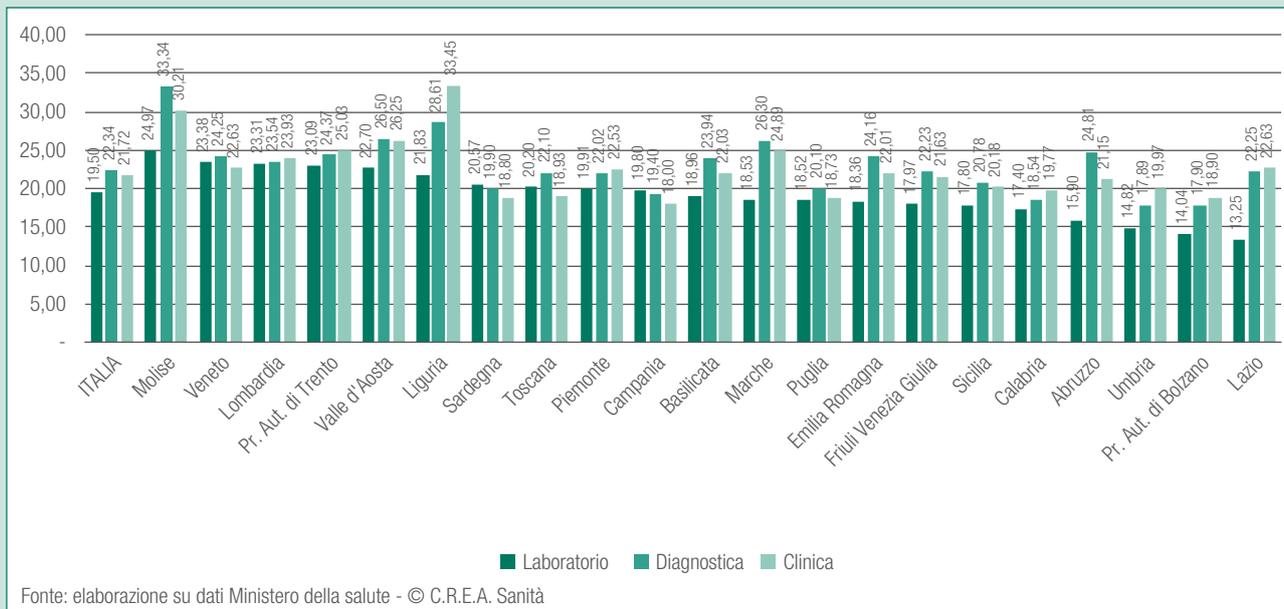
KI 8.3. Strutture private per tipologia di prestazione. Valori %, anno 2012



Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute - © C.R.E.A. Sanità

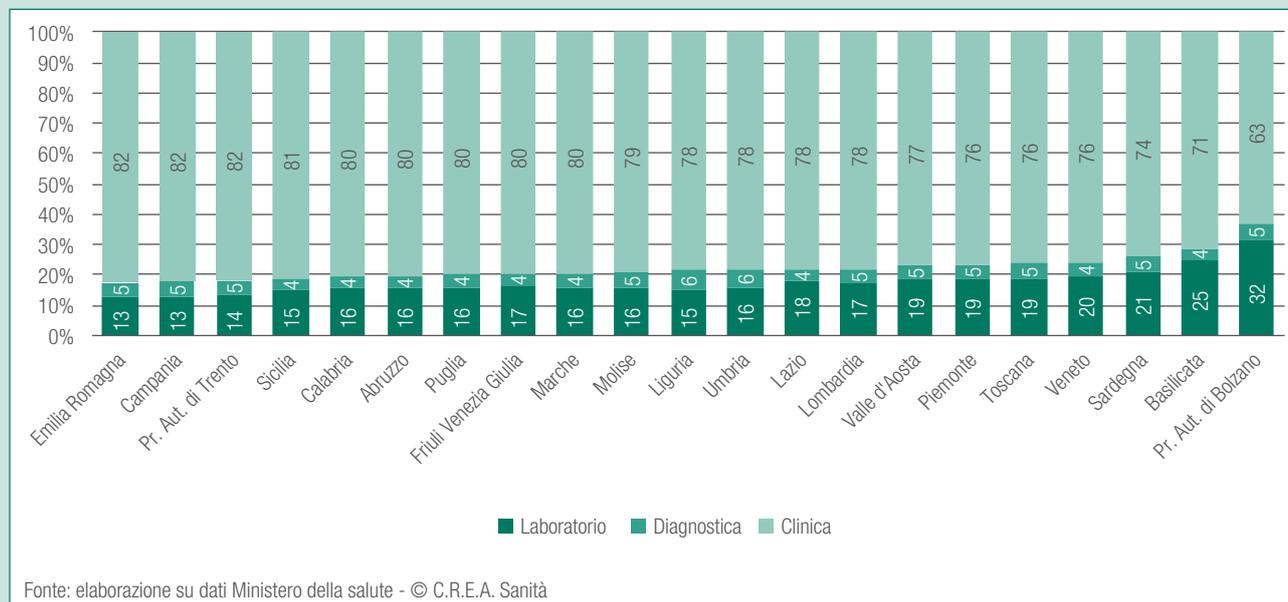
Il 39% del totale delle strutture private che erogano assistenza specialistica fornisce prestazioni cliniche, il 23% prestazioni di tipo diagnostico e il 28% sono laboratori. Analizzando per Regione, si ha che la Pr. Aut. di Bolzano (74%) è la Regione che presenta più strutture di tipo clinico, mentre nel Lazio le strutture private con attività di tipo clinico ricoprono solo il 28%. Riguardo le strutture di diagnostica la Liguria è la Regione nella quale le strutture private sono maggiormente rappresentate per questa tipologia (44%). La Sicilia, l'Abruzzo e la Puglia sono invece le Regioni dove la diagnostica è meno rappresentativa (15%). Le strutture private che svolgono attività di laboratorio sono presenti in maggior numero, rispetto alla Regione stessa, in Puglia (56%). La Pr. Aut. Bolzano (11%) ha invece solo un piccolo numero di laboratori privati rispetto alle altre strutture presenti sul territorio regionale.

KI 8.4. Prestazioni specialistiche pubbliche e private per tutte le tipologie. Valori pro-capite, anni 2005-2012



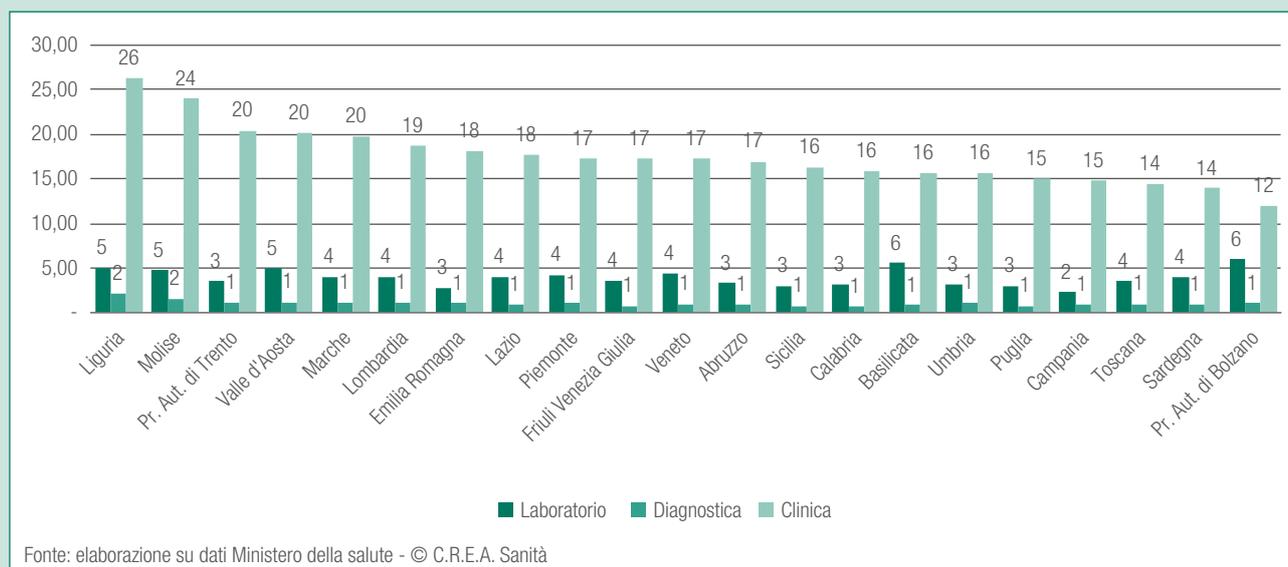
Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute - © C.R.E.A. Sanità

In Italia le prestazioni erogate da strutture pubbliche e private sono aumentate tra il 2005 e il 2012 di 2,2 per ogni abitante: nel 2005 le prestazioni di cui ogni cittadino usufruiva complessivamente in media erano 19,50 mentre nel 2012 sono passate ad essere 21,72. Il Molise dal 2005 al 2010 è stata la Regione con più prestazioni per abitante, erogate complessivamente sia dal pubblico che dal privato, 24,97 nel 2005 e 33,34 nel 2010. Nel 2012 ad avere più prestazioni per abitante è invece stata la Liguria con 33,45 prestazioni annue. Le Regioni che hanno avuto il minor numero di prestazioni sono state nel 2005 il Lazio con 13,25 prestazioni annue, mentre nel 2005 l'Umbria ne ha avute 17,89 e infine nel 2012 la Campania con 18,00.

**KI 8.5. Prestazioni specialistiche pubbliche e private per tipologia. Composizione %, anno 2012**


Anche le tipologie di prestazioni possono essere divise in analisi, diagnostica e clinica. Analizziamo prestazioni sia erogate dal privato che dal pubblico. In tutte le Regioni la quota maggiore di prestazioni è rappresentata dalle analisi.

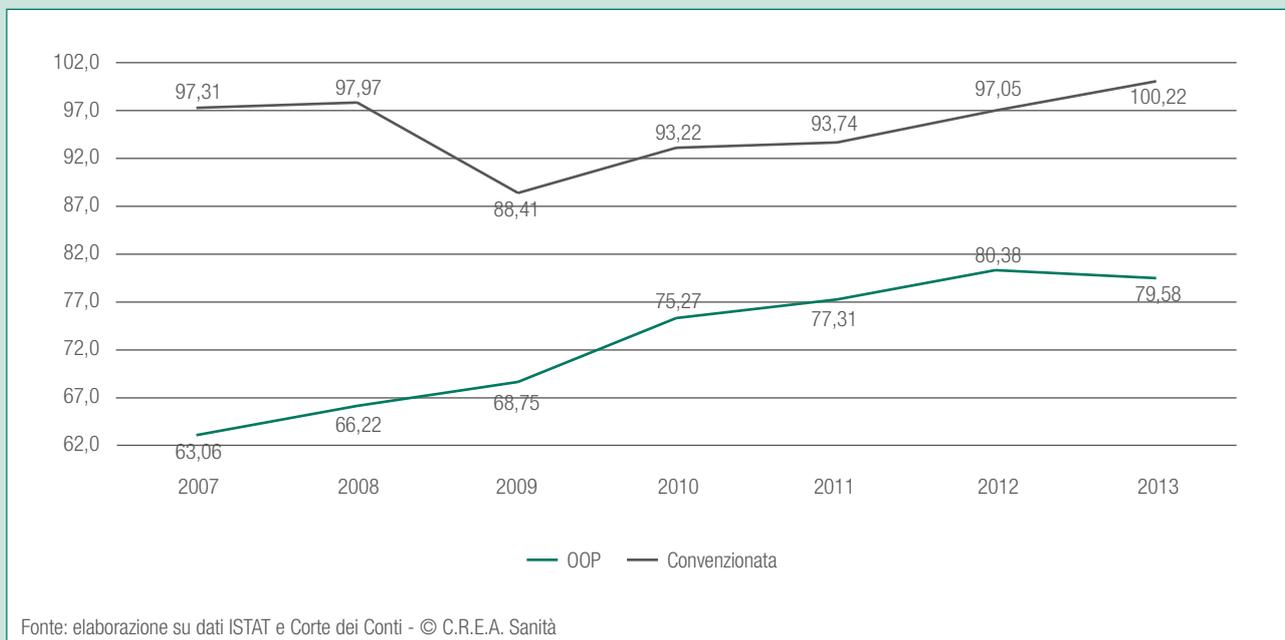
La Regione nella quale prevalgono le prestazioni per analisi è l'Emilia Romagna (82%), mentre la Pr. Aut. di Bolzano ha la quota minore di prestazioni per analisi (63%). La diagnostica ha una piccola quota che varia tra il 4% e il 6%. La Regione che registra la quota più alta di prestazioni di tipo clinico è la Pr. Aut. di Bolzano (32%). La quota più bassa è invece presente in Emilia Romagna e in Campania (13%).

**KI 8.6. Prestazioni specialistiche pubbliche e private per tipologia. Valori pro-capite, anno 2012**


Questo indicatore analizza la quantità di prestazioni medie annue pro-capite per tipologia erogate sia dal pubblico che dal privato.

In generale, le prestazioni per analisi sono la tipologia di prestazioni che ogni individuo effettua maggiormente ogni anno rivolgendosi sia ad erogatori pubblici che privati. Il valore più alto si ha in Lombardia (26 prestazioni medie annue pro-capite), il più basso nella Pr. Aut. Bolzano (11 prestazioni medie annue pro-capite). Molto basso è il numero di prestazioni di diagnostica, che oscilla dal valore più alto nella Regione Liguria (2 prestazioni medie annue pro-capite) a quello più basso della Calabria (1 prestazioni medie annue pro-capite). Per le prestazioni di tipo clinico, la Regione con il numero maggiore per abitante è la Pr. Aut. di Bolzano (6 prestazioni medie annue pro-capite), quella invece con il numero minore è la Campania (2 prestazioni medie annue pro-capite).

KI 8.7. Spesa per assistenza specialistica in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2007-2013



La spesa pro-capite *out of pocket* per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica è diminuita in Italia dal 2007 al 2010 di -4% mentre dal 2010 al 2013 è aumentata del 8%. Negli stessi anni, la spesa convenzionata pro-capite è prima aumentata dell'8% dal 2007 al 2010 per poi crescere ancora del 6% nel 2012.

L'*out of pocket* pro-capite nel 2007 superava la spesa convenzionata di € 34,25 l'anno e nel 2013 di € 20,64. Complessivamente nel 2007 ciascun cittadino in media, tra acquisti *out of pocket* e in convenzione, spendeva per la specialistica € 160,38 annui, mentre nel 2013 si è passati a spendere € 179,81. Per completezza bisognerebbe inoltre considerare la quota di spesa pubblica.

performance  
accesso  
scenari appropriata  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
HTA  
cura  
investimenti  
sviluppo  
italia  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
welfare  
crescita

# Capitolo 9

**Assistenza farmaceutica:**  
*governance e razionamenti*



## Capitolo 9

### Assistenza farmaceutica: governance e razionamenti

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

#### 9.1. Introduzione

La spesa pro-capite per farmaci in Italia nel 2014 risulta pari a € 438,3, con un decremento di € 3,7 (-0,8%) rispetto al 2013. Analizzando l'andamento dal 2000, possiamo apprezzare come nel primo quinquennio (2000-2005) la variazione era stata del +20,5%, nel successivo (2005-2010) del +5,5% e, quindi, tra il 2011 e il 2014 è stata solo dello 0,9%.

Anche quest'anno rileviamo che i dati diffusi da OECD per l'Italia, non appaiono coerenti con le informazioni contenute nel Rapporto OsMed (Osservatorio sull'impiego dei medicinali): infatti OsMed fornisce un dato di spesa SSN pari a € 24.436 di cui 19.381 mln. non ospedaliera per il 2012 e € 25.454 mln. di cui € 20.033 mln. non ospedaliera per il 2013: di contro, la stima OECD della spesa non ospedaliera è rispettivamente di € 25.858 mln. e € 26.234, da cui si desume un differenziale di € 6,5 mld. per il 2012 e € 6,2 mld. per il 2013 (Tabella 9.1).

Per inciso nel precedente Rapporto Sanità evidenziavamo uno scarto di € 3,7 mld. per il 2012, che con successive revisioni si è quasi raddoppiato.

In attesa di poter comprendere l'origine di questi scarti, ci asteniamo da effettuare confronti internazionali. Possiamo solo dire che se si confermasse una disomogeneità del dato italiano rispetto a quello europeo, il *gap* italiano rispetto all'EU14 sfiorerebbe ormai il 30%.

Il "raffreddamento" della crescita della spesa farmaceutica in Italia, e il conseguente distacco dalla media europea, è certamente da attribuirsi alle politiche messe in atto per contenere la crescita della spesa pubblica.

Tali politiche hanno avuto successo considerando

Tabella 9.1. Spesa farmaceutica in Italia, confronto OsMed/OECD (€ mln.)

|  | 2012      | 2013      |
|--|-----------|-----------|
| Convenzionata netta  | 8.986,00  | 8.863,00  |
| Distribuzione diretta e per conto  | 2.837,00  | 3.003,00  |
| Ospedaliera  | 5.055,00  | 5.421,00  |
| Cl. A privato  | 1.027,00  | 1.468,00  |
| Cl. C  | 3.000,00  | 2.985,00  |
| Automedicazione  | 2.125,00  | 2.278,00  |
| Ticket   | 1.406,00  | 1.436,00  |
| Spesa totale   | 24.436,00 | 25.454,00 |
| Spesa pubblica   | 16.878,00 | 17.287,00 |
| Spesa territoriale   | 11.823,00 | 11.866,00 |
| Spesa privata  | 7.558,00  | 8.167,00  |
| Spesa totale non ospedaliera con distribuzione diretta e per conto (OsMed) | 19.381,00 | 20.033,00 |
| Spesa totale non ospedaliera con distribuzione diretta e per conto (OECD)  | 25.858,25 | 26.234,23 |
| Gap (OsMed-OECD)   | -6.477,25 | -6.201,23 |

Fonte: elaborazione su dati OECD e OsMed, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

che la spesa farmaceutica pubblica è rimasta pressoché stabile tra il 2009 e il 2013, così che l'incidenza di tale voce si è ridotta dal 17,3% al 15,6% del FSN, rendendo possibile la convergenza verso il tetto normativamente previsto, che si è via via ridotto sino al 14,85%. Non c'è quindi dubbio che la farmaceutica abbia fornito un notevole contributo al contenimento della spesa sanitaria pubblica, anche se, secondo i dati dei Conti Economici-CE del Ministero della Salute, i beni non sanitari, le consulenze e l'ospedaliera convenzionata hanno fatto "ancora meglio" (in termini di minore crescita), rispettivamente con -25,8%, -12,7% e -5,4% (vedi figura 3.2 relativa al capitolo 3 del presente rapporto).

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

Il *trend* della spesa farmaceutica è peraltro il frutto di comportamenti difforni al suo interno, analizzati nei prossimi paragrafi: senza pretesa di esaustività citiamo la diversa dinamica della spesa territoriale e di quella ospedaliera, di quella pubblica e di quella privata, e anche della spesa a livello regionale; inoltre è il frutto di alcuni fenomeni che meritano una particolare attenzione: anche qui senza pretesa di esaustività citiamo la progressiva pervasività dei prodotti equivalenti e bio-similari, nonché il rischio di razionamenti nell'accesso al mercato dei prodotti innovativi.

## 9.2. Le dinamiche interne della spesa farmaceutica

La sostanziale stabilità del dato di spesa farmaceutica pubblica precedentemente citato è il frutto della composizione di una progressiva riduzione dell'onere relativo alla farmaceutica convenzionata e, per contro, di un incremento di quella delle strutture pubbliche.

Infatti la prima è calata dal 2009, secondo i dati derivanti dai CE, del 19,1%, mentre la seconda è cresciuta del 29,6% (figura 9.1).

Il *trend* trova conferma nei dati OsMed secondo cui, nel medesimo intervallo di tempo la spesa delle struttu-

re pubbliche è cresciuta del 30,4% e la spesa convenzionata lorda si è ridotta di oltre il 15%.

L'andamento descritto è facilmente spiegabile con le politiche dei tagli dei prezzi e, principalmente, con l'ondata delle "genericazioni", le quali hanno prodotto un forte decremento del costo unitario dei farmaci maturi distribuiti per lo più territorialmente.

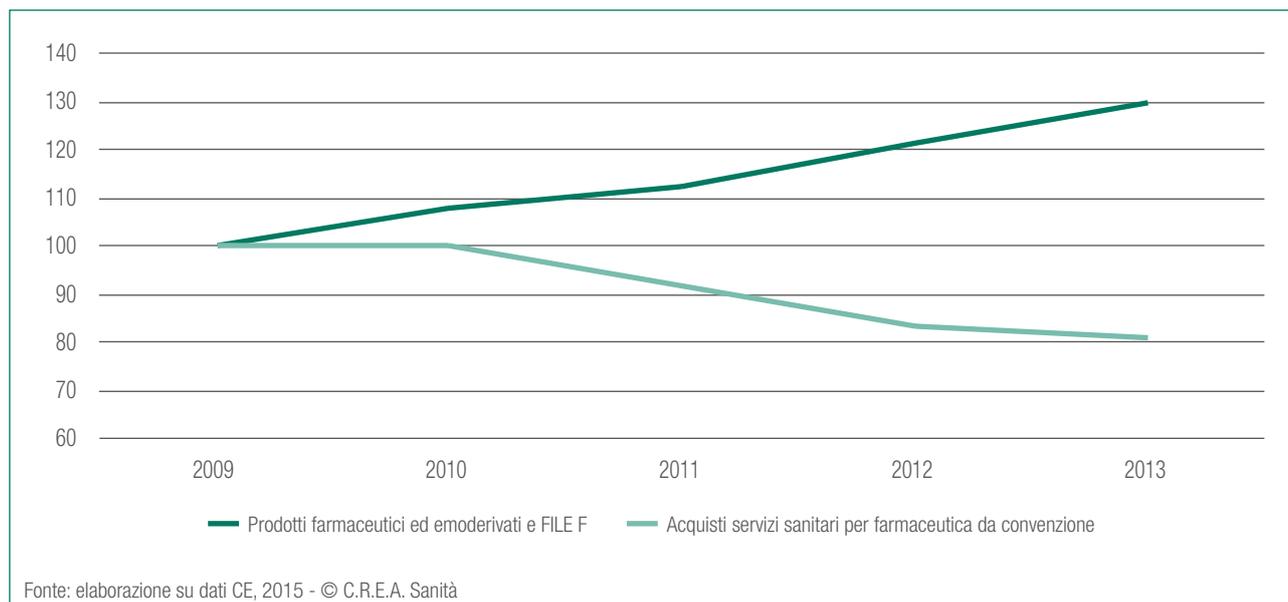
Il caso del cardiovascolare è paradigmatico: la spesa attuale classe A-SSN (2014) è pari a € 3.423 mln. in riduzione del 26,5% rispetto al 2010 a fronte di un aumento dei consumi del 3,5%: in altri termini il costo medio della DDD è diminuito del 29,0% e questo si è in parte tramutato in un risparmio e in parte in un aumento delle possibilità di cura.

Anche la spesa per i farmaci del Sistema Nervoso Centrale, che si colloca al 4° posto sia in termini di spesa farmaceutica complessiva (€ 3.228 mln.) che di consumi (165,1 DDD ogni 1.000 abitanti die), ha registrato il medesimo andamento.

In particolare la spesa classe A-SSN per i farmaci del Sistema Nervoso Centrale è pari a € 1.326 mln. e risulta in riduzione del 4,0% rispetto al 2010 nonostante un incremento nei consumi (+5,6%).

Si noti che anche il ricorso alla distribuzione diretta e per conto è complessivamente aumentato, in parti-

Figura 9.1. Numeri indice (2009=100) spesa farmaceutica strutture pubbliche e convenzionata. Anni 2009-2013



colare dell'8,2% nell'ultimo anno. La spesa diretta, nel 2014, rappresenta il 31,6% del totale della spesa territoriale mentre la distribuzione per conto il 9,1%.

Si noti, altresì, che la prima forma di distribuzione ha una giustificazione che è formalmente legata alla garanzia di continuità assistenziale fra ospedale e territorio, ma in sostanza anche alla aspettativa di riduzione dei costi di distribuzione; di fatto sono carenti le valutazioni complessive sui costi della distribuzione diretta, ivi compresi gli oneri generati sui pazienti: sarebbe certamente ormai opportuno (e peraltro previsto dalla legge 135/2012) un ripensamento complessivo della *governance* della distribuzione, tenendo conto delle mutate condizioni di mercato (ormai dominato da confezioni a basso prezzo), e del fatto che secondo le nostre stime i margini delle farmacie per la distribuzione dei farmaci di classe A sono in continua riduzione, con potenziali rischi economici per le farmacie disagiate: in media la riduzione del margine risulta essere stata del -41% fra il 2010 e il 2013, evidenziando per una farmacia "media" una condizione di non copertura dei costi di esercizio con la distribuzione pubblica

Complessivamente il *trend* in valore della classe A mostra un aumento dal 2001 (€ 12.154 mln.) al 2006 (€ 13.440 mln.), pari ad un aumento medio annuo del 2%, mentre dal 2006 inizia il *trend* decrescente che ha fatto tornare la spesa a € 11.226 mln. nel 2013, un valore inferiore a quello del 2001, quando furono aboliti i *ticket*: il decremento è stato di € -2.214 mln., pari a circa il 2% medio annuo.

Come anticipato dal 2010 al 2014 i consumi si sono modificati, in particolare per la rapida crescita della quota di prodotti *off patent*: le confezioni di prezzo € 0-5 e 5-10, infatti, passano dal rappresentare rispettivamente il 10% e il 20% del totale dei consumi della classe A nel 2010, al 13% e il 29% nel 2014.

Sul fronte ospedaliero, invece, si concentra, ormai in modo pressoché esclusivo, l'accesso dei farmaci innovativi e, quindi, anche gli aumenti di spesa.

Il significativo incremento di spesa, è in larga misura dovuto ai maggiori prezzi delle nuove molecole: a titolo di esempio citiamo i farmaci appartenenti all' ATC farmaci antineoplastici e immunomodulatori, categoria

per cui solo nell'ultimo anno a fronte di una aumento della spesa delle strutture pubbliche del 10,3% si è osservato un incremento dei consumi solo del 2,3%.

Ovviamente il maggiore costo delle nuove molecole è giustificabile con i benefici incrementali delle nuove molecole: ma la rapidità della crescita, tale da mettere a rischio l'equilibrio nel settore (si vedano gli sforamenti dei tetti specifici a livello regionale nel prosieguo) pone interrogativi su quale sia la reale e ragionevole disponibilità a pagare della Società: gli attuali riferimenti, i cosiddetti *threshold* adottati più o meno esplicitamente a livello internazionale, in una fase di prolungata stagnazione economica, appaiono sostanzialmente non più coerenti con le esigenze di sostenibilità.

Un ulteriore fattore di approfondimento ci sembra debba essere quello relativo alla complementarità fra spesa pubblica e spesa privata (figura 9.2).

Se la prima ha perseguito e raggiunto obiettivi di stabilizzazione dell'onere, la seconda è ovviamente il prodotto congiunto delle disponibilità delle famiglie, condizionata dai cicli economici, e delle determinazioni del SSN, intese come livelli di compartecipazione e esenzione (ed eventualmente *delisting*).

Sul fronte della spesa privata osserviamo un *trend* in significativa crescita, anche se con una moderata riduzione nell'ultimo anno: la spesa a carico dei cittadini, comprendente la spesa per *ticket* per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, rispetto al 2013 ha registrato una riduzione del -0,1%. La riduzione è stata condizionata dal decremento della spesa per l'acquisto privato di medicinali di fascia A (-1,9%) e della spesa per i medicinali di Classe C con ricetta (-1,6%), mentre continua ad aumentare la compartecipazione del cittadino (+4,5%) e la spesa per i medicinali di automedicazione (+0,2%) distribuiti anche da parafarmacie a grande distribuzione (figura 9.3).

Si noti che nelle compartecipazioni è compreso anche il differenziale dei farmaci *off patent* rispetto al prezzo di riferimento; negli anni la composizione delle voci *ticket* per confezione e quota integrativa rispetto al prezzo di riferimento si è profondamente modificata. Se nel 2010 il 45,4% delle compartecipazioni del cittadino erano relative al *ticket* per confezione nel 2014

Figura 9.2. Variazione % della spesa farmaceutica. Anni 1993-2014

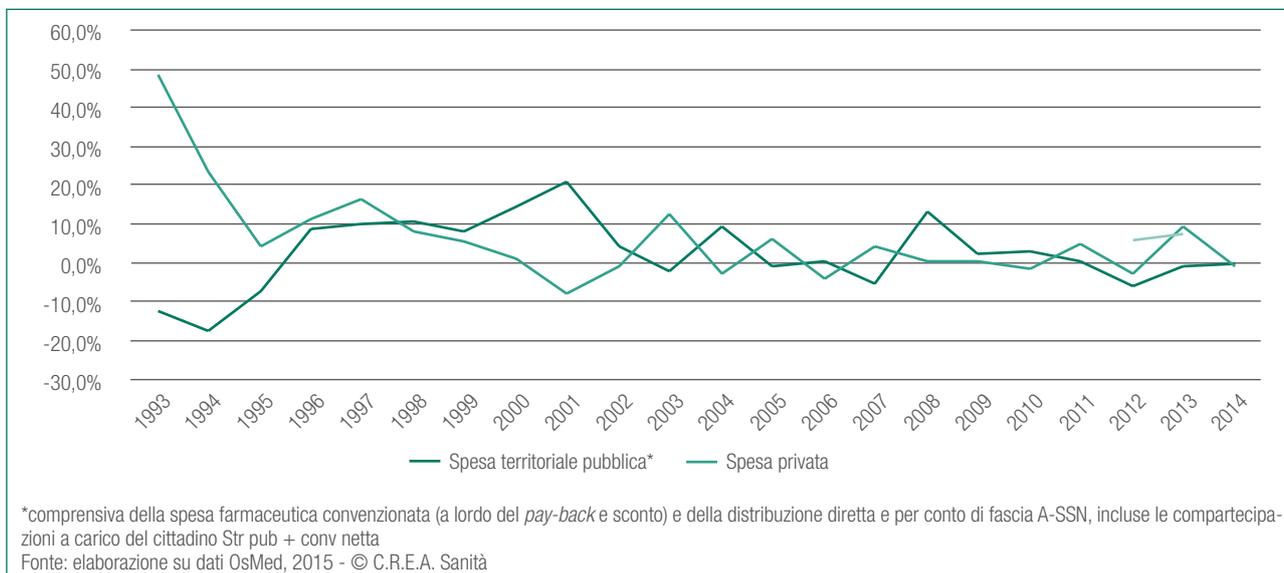
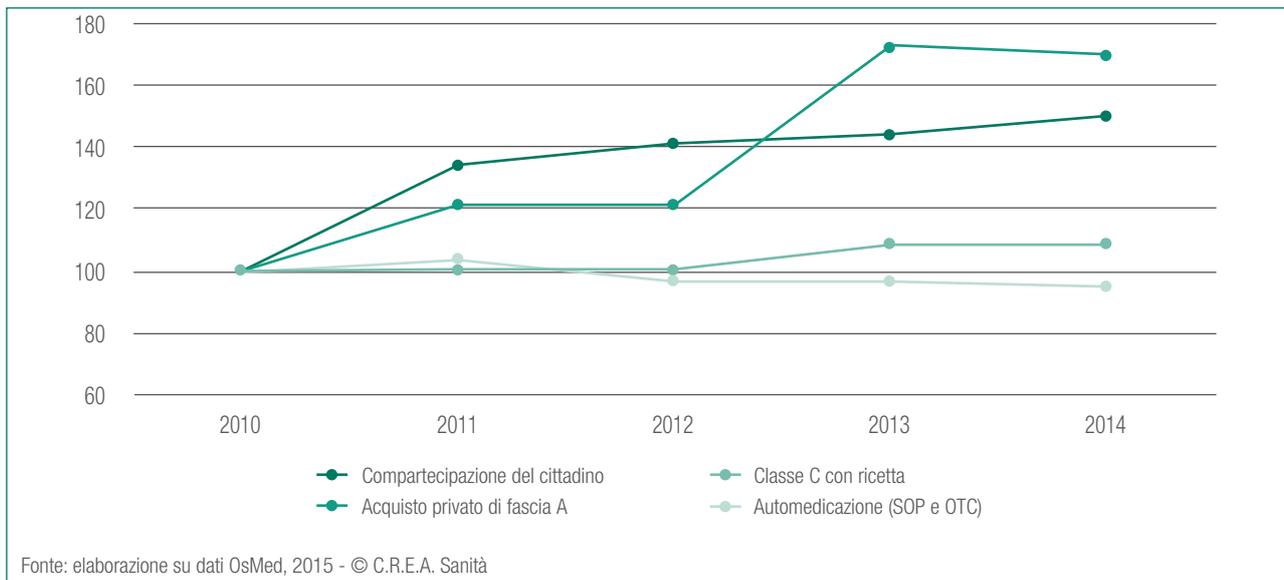


Figura 9.3. Numeri indice (base fissa anno 2010) spesa farmaceutica classe A priv, classe C, *ticket*, SOP/OTC. Anni 2010-2014



tale voce assorbe il solo il 36,4%; conseguentemente la quota rispetto al prezzo di riferimento è passata dal 54,7% al 63,6% tra il 2010 e il 2014.

Le compartecipazioni nello specifico ammontano nel 2014 a € 1.500 mln. (€ 24,7 pro-capite) e sono cresciute del 50,2% (10,7% medio annuo) tra il 2010 e il 2014, raggiungendo la quota del 13,7% della spesa farmaceutica convenzionata lorda. La crescita evidenziata rispetto al 2013 è stata essenzialmente determinata dalla cresci-

ta della quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+8,7%), mentre si è ridotta la spesa relativa al *ticket* per confezione (-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. Rimane quindi aperta la questione del perché non venga richiesto in farmacia il farmaco con il prezzo più basso.

Un aspetto particolarmente degno di nota è la riduzione della spesa della classe A privata (-1,9%) nell'ultimo anno. Questo dato fa emergere una significativa inversione di tendenza infatti tale voce di spesa era cresciuta del 43,0% tra il 2012 e il 2013, dello 0,1% tra il 2011 e il 2012 e del 21% tra il 2010 e il 2011.

Il trend negli ultimi anni ha indicato una crescita esponenziale delle situazioni di maggiore convenienza all'acquisto *out of pocket* (peraltro reso meno oneroso dalla detraibilità prevista per le spesa sanitarie), piuttosto che sostenere i costi diretti (delle compartecipazioni) e indiretti (accesso dal medico di medicina generale per la prescrizione) dei farmaci pure rimborsabili dal SSN; sebbene da verificare nei prossimi anni, sembra che le famiglie siano tornate a ricorrere al SSN, o abbiano dovuto rinunciare ad alcuni consumi a causa delle ristrettezze economiche.

Decresce anche la spesa per farmaci non rimborsabili dal SSN (classe C): il segmento meriterebbe maggiori approfondimenti, per valutare compiutamente la relazione fra le valutazioni di appropriatezza/essenzialità dall'AIFA nella determinazione della rimborsabilità, e la percezione delle famiglie nelle proprie scelte di consumo (peraltro pur sempre mediate da un medico prescrittore): +3,7% tra il 2010 e il 2011, -6,5% tra il 2011 e il 2012, -0,5% tra il 2012 e il 2013 e -1,6% nell'ultimo anno.

Infine la spesa per l'automedicazione e quindi per il segmento dei farmaci senza obbligo di ricetta e dei prodotti da banco è rimasto stabile tra il 2013 e il 2014 (+0,2%) mentre era cresciuta molto nell'anno precedente (+7,6%).

In definitiva, il SSN (inteso qui come l'assistenza farmaceutica pubblica) pur mantenendo una posizione predominante, specialmente nella erogazione dei farmaci di maggiore costo, segna il passo nel complesso, crescendo progressivamente l'importanza del mercato privato, che rimane (si veda il cap. 4) sostanzialmente un mercato di spesa *out of pocket* con profili equitativi certamente non ottimali.

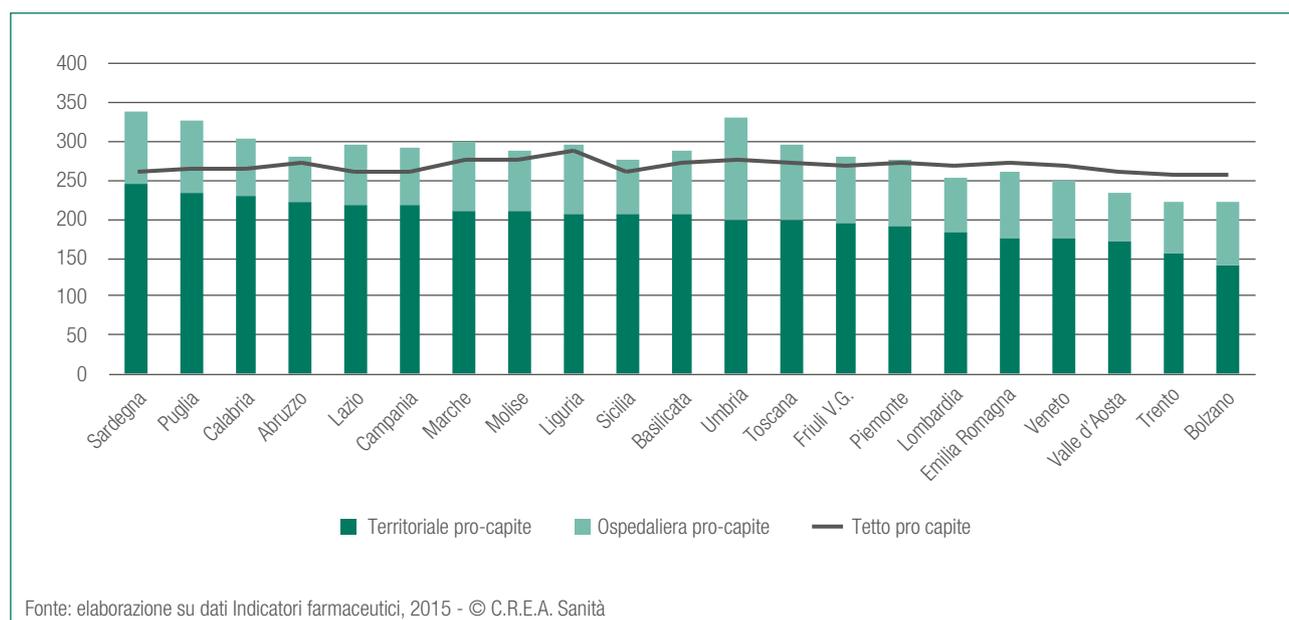
Gli andamenti descritti trovano ulteriori chiavi di analisi in una rilettura a livello regionale.

La spesa farmaceutica pubblica (al netto del *payback*) registra valori più elevati in Sardegna (€ 336,8 pro-capite), Puglia (€ 327,6 pro-capite) e Calabria (€ 304,3 pro-capite), e inferiori nella Provincia Autonoma di Bolzano e Trento (rispettivamente € 220,6 e € 220,5 pro-capite) e Valle d'Aosta (€ 234,3 pro-capite) (figura 9.4).

Le differenze sono quindi rilevanti: fra le due regioni "estreme" la differenza di spesa farmaceutica raggiunge € 116,1, pari al 34,5%.

Solo le Province Autonome di Trento e Bolzano, la

**Figura 9.4. Spesa pubblica territoriale e ospedaliera pro-capite al netto dei *payback* e tetto regionale pro-capite. Anno 2014**



Valle d'Aosta, il Veneto, l'Emilia Romagna e la Lombardia si pongono sotto il tetto del 14,85% del FSN.

Le Regioni che sfiorano il tetto in misura maggiore sono la Sardegna (€ 76,0 pro-capite) e la Puglia (€ 62,5 pro-capite).

Il fenomeno si spiega, almeno in parte con i diversi pesi (bisogni della popolazione per età) che esplicitamente e implicitamente sconta l'attuale sistema di definizione del tetto determinato in proporzione ai singoli

Fondi Sanitari Regionali; si spiega, inoltre, con il diverso impatto regionale della spesa privata, che in certa misura complementa (sgravandola) quella pubblica.

È infatti possibile osservare una se pur debole correlazione positiva tra *gap* rispetto al tetto e spesa privata a dimostrazione che chi "sfiora meno" riesce a farlo anche perché sono i cittadini (che se lo possono permettere) a sostenere una quota importante della spesa (figura 9.5).

Figura 9.5. Gap rispetto al tetto pro-capite vs. spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2014

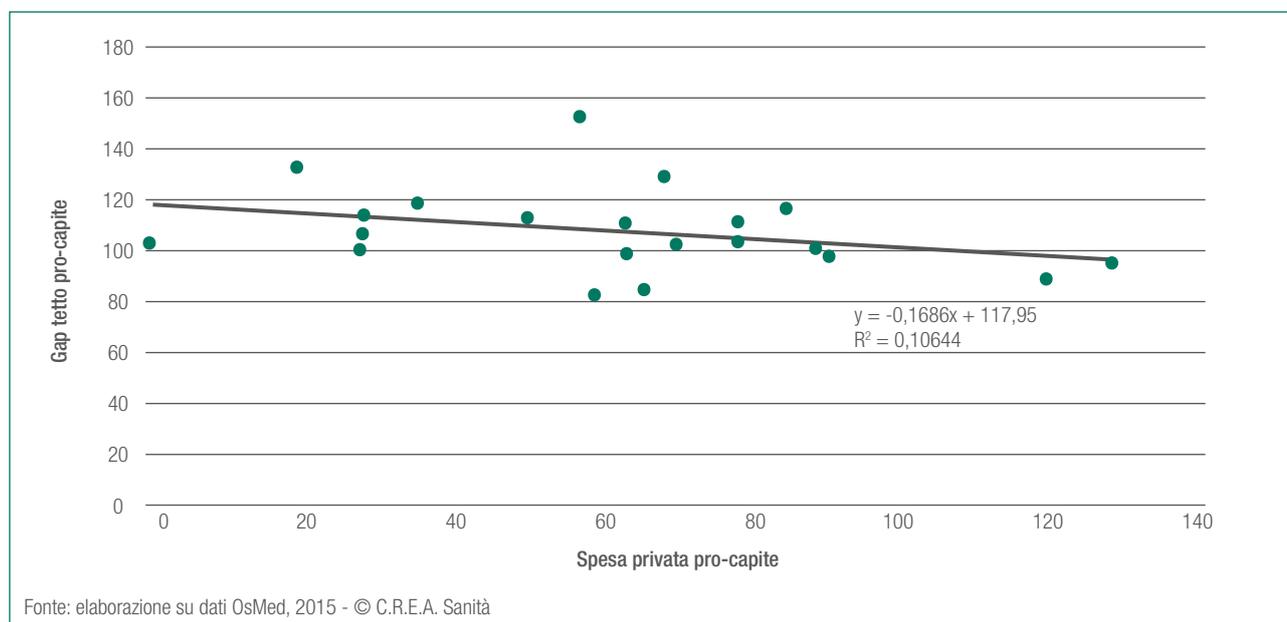
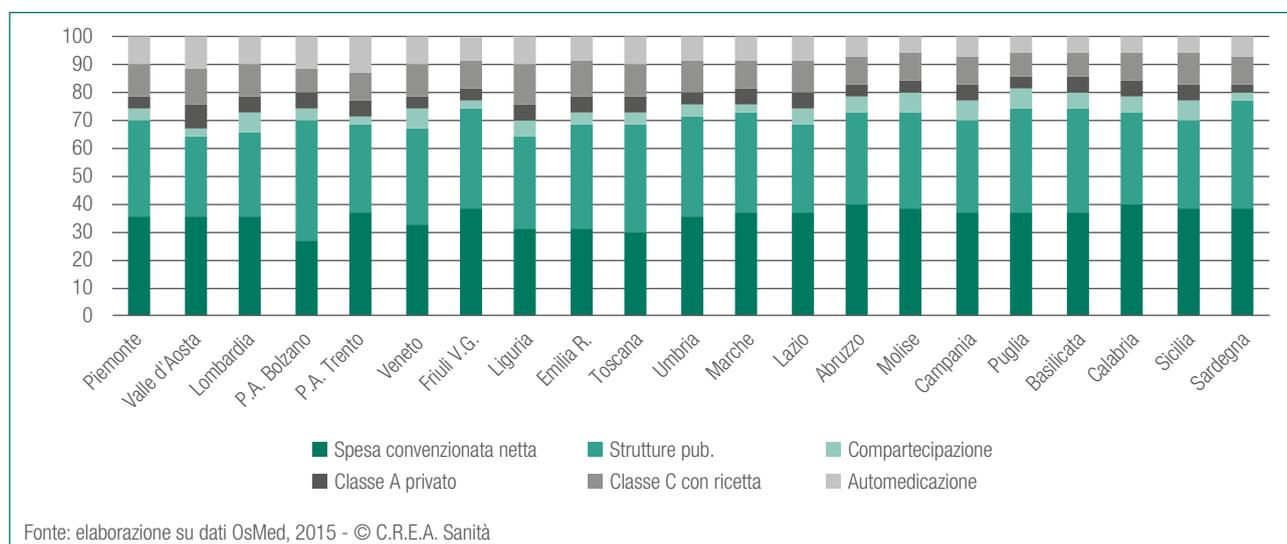


Figura 9.6. Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2014



L'analisi della composizione della spesa fa emergere altresì l'esistenza di differenti modelli di *governance* regionale (figura 9.6).

La Regione che ricorre maggiormente alla distribuzione diretta è la Sardegna (€ 114,6 pro-capite), seguono Emilia Romagna e Umbria con una spesa pro-capite rispettivamente pari a € 93,82 e € 93,27; viceversa le Regioni con spesa pro-capite minore per la distribuzione diretta sono la Valle d'Aosta (€ 31,7) e la Provincia Autonoma di Trento € 35,0. Per quel che concerne invece la distribuzione per conto si passa da una spesa pro-capite pari a € 40,7 della Calabria ad una di € 7,3 dell'Emilia Romagna.

### 9.3. Accesso al mercato

Una parte consistente del merito nel progressivo rispetto dei tetti, ovvero nel contenimento della spesa farmaceutica, è certamente da attribuire alle scadenze di brevetto.

Si noti che la quota di farmaci *off patent* ha raggiunto il 93% in quantità e il 73% in spesa rispetto al totale della farmaceutica convenzionata.

Dati IMS mostrano come la quota di confezioni *off*

*patent* sia superiore al 90% in tutti i grandi paesi europei, compresa ormai l'Italia.

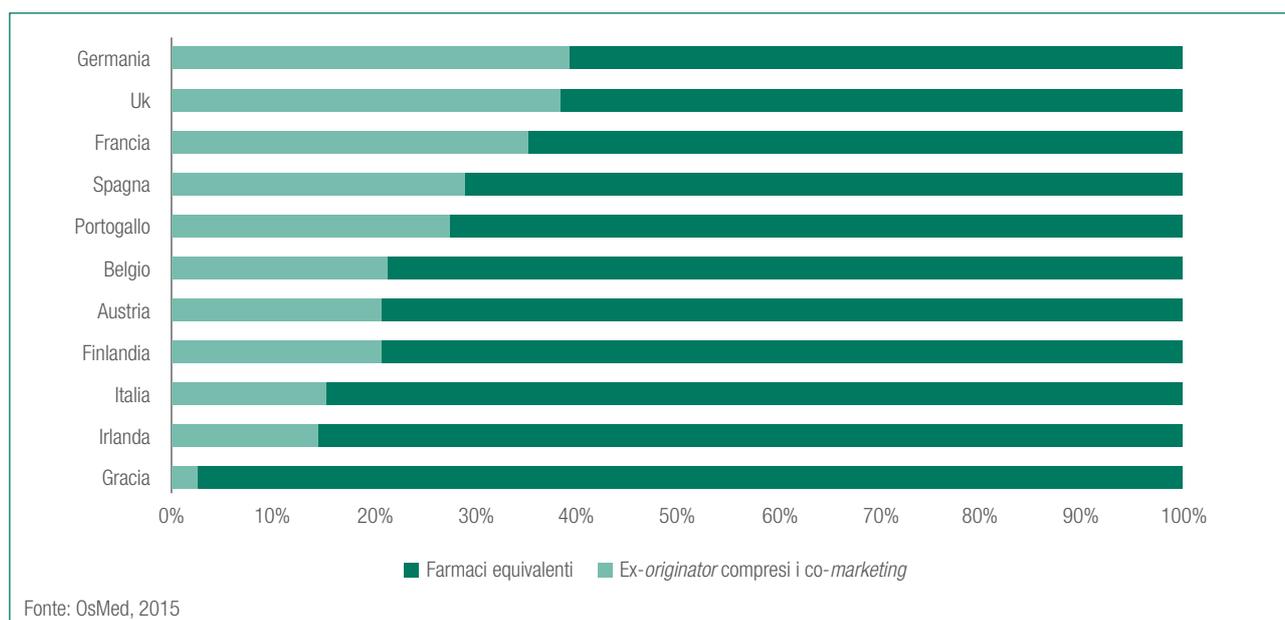
In termini di valore medio per confezione calcolato in prezzo al pubblico, il dato in Italia è inferiore a quello medio degli altri grandi Paesi europei di circa il 10% (Indicatori Farmaceutici Luglio 2015).

Persiste però in Italia una differente composizione "interna" al segmento degli *off patent*, in quanto gli *originator* mantengono una quota del 16,1% (figura 9.7).

Va aggiunto che questo ultimo fattore non determina però automaticamente un maggior costo (o un minor risparmio) a livello pubblico per effetto dell'esistenza del meccanismo del prezzo di riferimento, che scarica sul cittadino il costo dell'eventuale differenza di prezzo; ma anche e soprattutto perché a livello sociale l'esito finale dipende comunque dal confronto dei prezzi medi applicati in Italia e a livello internazionale ai farmaci *off patent*: in altri termini, conta l'incidenza della spesa complessiva per i farmaci *off patent*, non le quote fra equivalenti e *branded*.

Il consumo di farmaci a brevetto scaduto, nel 2014 rappresenta il 63,8% dei consumi a carico del SSN; in particolare il 69,3% dei consumi in regime di assistenza convenzionata e il 23,8% dei consumi dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche.

**Figura 9.7. Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale per i farmaci a brevetto scaduto. Anno 2014**



**Tabella 9.2. Incidenza della spesa e del consumo dei farmaci a brevetto scaduto per ATC. Valori %, anno 2014**

|          | Spesa              |               | Consumo            |               |
|----------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
|          | % brevetto scaduto | % equivalente | % brevetto scaduto | % equivalente |
| <b>A</b> | 47,9               | 19,8          | 69,3               | 23,7          |
| <b>B</b> | 7,1                | 2,6           | 31,0               | 6,7           |
| <b>C</b> | 51,8               | 16,7          | 82,8               | 27,4          |
| <b>D</b> | 22,1               | 5,6           | 6,3                | 1,1           |
| <b>G</b> | 30,0               | 10,8          | 61,1               | 20,5          |
| <b>H</b> | 8,4                | 0,7           | 53,6               | 1,4           |
| <b>J</b> | 25,3               | 7,2           | 76,7               | 21,0          |
| <b>L</b> | 4,0                | 1,2           | 39,6               | 18,9          |
| <b>M</b> | 35,6               | 10,7          | 66,7               | 21,6          |
| <b>N</b> | 29,5               | 10,8          | 52,1               | 23,1          |
| <b>P</b> | 3,8                | 0,9           | 7,5                | 3,8           |
| <b>R</b> | 10,5               | 2,0           | 37,9               | 7,5           |
| <b>S</b> | 11,2               | 2,9           | 35,2               | 9,4           |
| <b>V</b> | 0,4                | 0,1           | 1,2                | 0,7           |

Fonte: OsMed, 2015

La spesa i farmaci a brevetto scaduto risulta pari al 46,6% della spesa netta convenzionata, il 2,8% della spesa dei farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche e il 24,4% della spesa pubblica.

Nello specifico la spesa dei farmaci a brevetto scaduto è maggiormente concentrata nell'ATC cardiovascolare (51,2% della spesa pubblica dell'ATC corrispondente e 82,8% dei consumi) e in quella dell'apparato gastrointestinale (47,9% della spesa dell'ATC corrispondente e 69,3% dei consumi) (tabella 9.2).

Nell'ambito dell'assistenza convenzionata si osserva un *trend* di significativa crescita sia in termini di spesa che di consumi: +15,9% di spesa per farmaci a brevetto scaduto e +7,7% per i farmaci equivalente; +17,3% di consumi per farmaci a brevetto scaduto e +7,8% di consumi per farmaci equivalenti tra il 2010 e il 2014.

L'acquisto dei farmaci a brevetto scaduto da parte delle strutture pubbliche così come i consumi fanno anch'essi registrare un *trend* crescente: l'incidenza della consumo (dosi) dei farmaci a brevetto scaduto passa dal 14,7% del 2010 al 23,8% del 2014, mentre quello dei farmaci equivalenti dal 3,0% al 7,8% nel medesimo

periodo. L'incidenza della spesa, invece, passa dall'1,8% al 2,8% per i farmaci a brevetto scaduto e dallo 0,4% allo 0,5% per i farmaci equivalenti.

Si può, invece, argomentare l'esistenza di un anomalo (per le diverse caratteristiche socio-economiche delle Regioni) gradiente Sud/Nord nelle quote di *off patent*: tali quote, infatti, sono minori nelle Regioni a minor reddito pro-capite; se questo, per un verso, può non stupire in quanto la rimborsabilità quasi integrale impedisce l'esplicarsi dell'effetto reddito, rimane meno comprensibile sul lato della quota di *originator*, poiché in tal caso l'onere rimane sulle famiglie; dobbiamo quindi registrare una persistenza di una maggiore difficoltà culturale nel meridione all'accettazione della pari qualità dell'equivalente, e una minore efficienza delle relative Regioni nel promuoverne l'utilizzo.

Sono infatti la Calabria, la Basilicata e la Campania le Regioni che hanno mostrato le più alte percentuali, prossime all'80%, di spesa 2014 per i farmaci *originator*; viceversa la Provincia Autonoma di Trento e la Lombardia hanno evidenziato una pressoché equa ripartizione tra la spesa per i farmaci equivalenti e quella per i farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale.

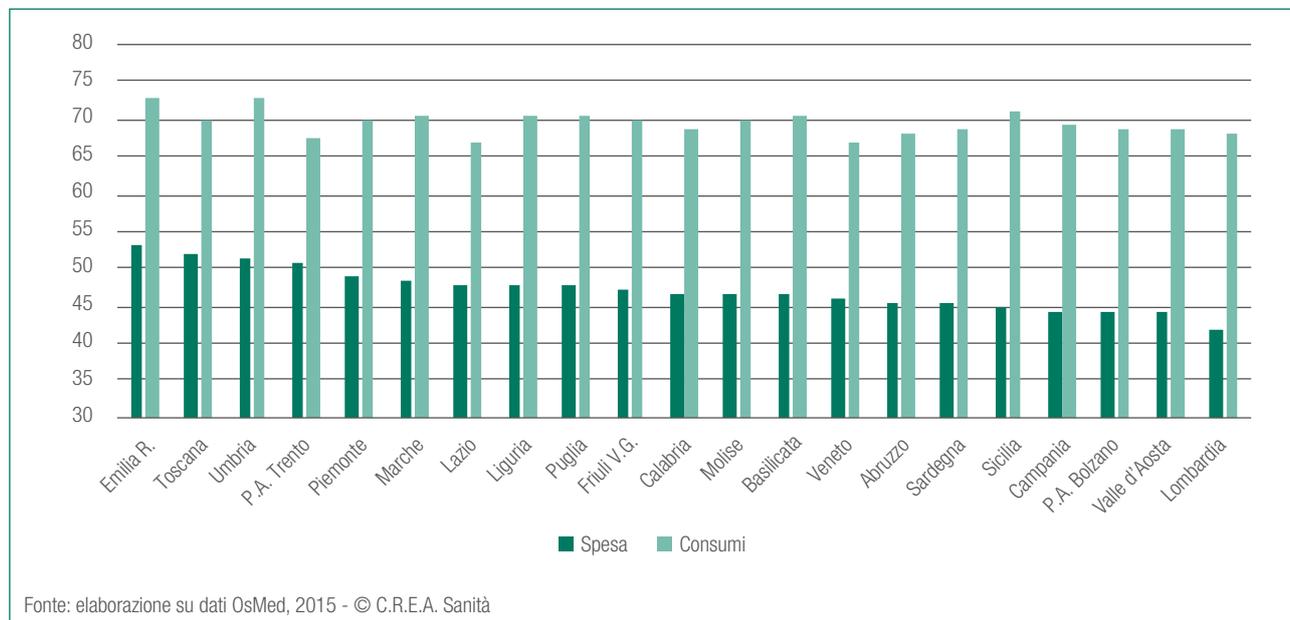
Emilia Romagna, Calabria e Toscana sono le Regioni con maggiore incidenza della spesa delle strutture pubbliche per farmaci a brevetto scaduto (rispettivamente 4,4%, 4,1% e 3,9%) mentre quelle in cui l'incidenza di tale voce di spesa è inferiore sono Campania, Valle d'Aosta e Abruzzo (rispettivamente 1,4%, 1,9% e 2,1%) (figura 9.9).

Passando ai consumi, quelli per farmaci a brevetto scaduto sono maggiori in Emilia Romagna, Toscana e Liguria (rispettivamente 36,9%, 30,5% e 28,0%) e minori in Puglia, Valle d'Aosta e Molise (rispettivamente 12,1%, 14,5% e 16,0%).

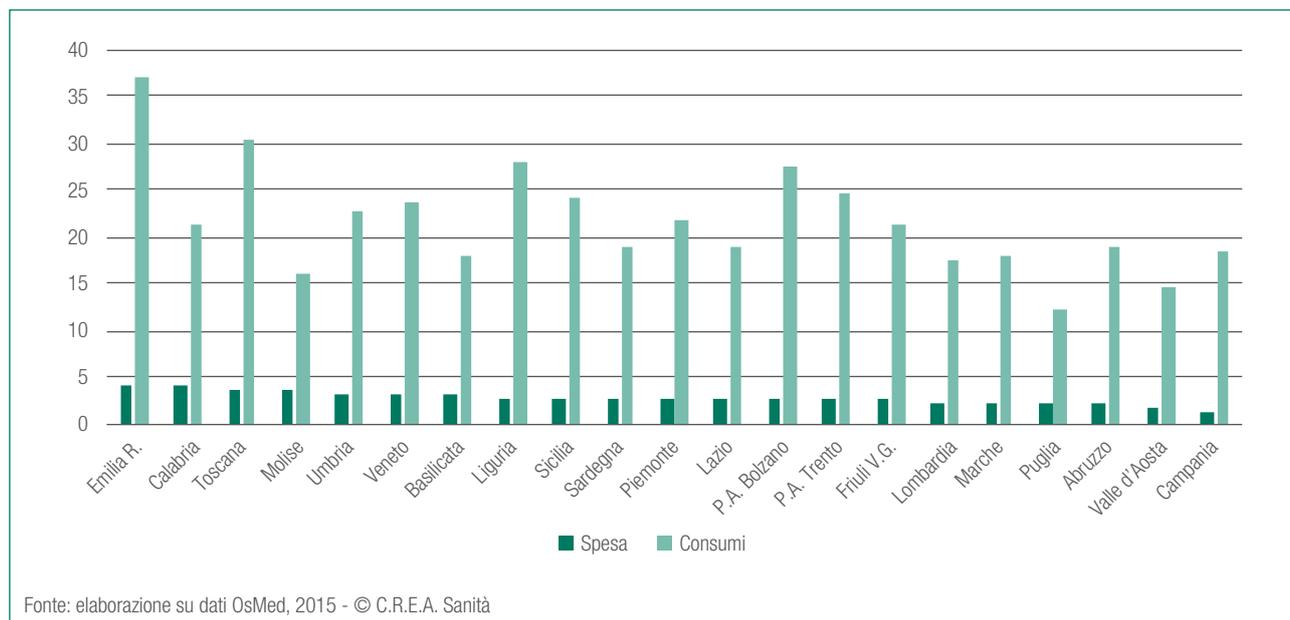
Per quel che concerne i farmaci bio-similari si è registrato un incremento dei consumi di tali farmaci in particolar modo relativo alle epoetine (+111,6% rispetto al 2013) e dei fattori della crescita (+33,7%), ma principalmente la concorrenza in queste classi ha consentito di ottenere una riduzione della spesa rispettivamente del 3% e dell'11% (tabella 9.3).

Malgrado le differenze regionali, il processo di transizione ai equivalenti nei mercati italiani sembra ormai

**Figura 9.8. Quota su totale spesa convenzionata netta dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN e quota consumi su totale DDD. Anno 2014**



**Figura 9.9. Quota su totale spesa strutture pubbliche dei farmaci a brevetto scaduto e quota consumi su totale DDD. Anno 2014**



“concluso”: si noti che la crescita della loro quota è stata rilevante (9,3% nel periodo 2008-2014), comportando un risparmio considerevole e principalmente hanno innescato un processo competitivo virtuoso: uno studio del CERM ha mostrato che negli ultimi 10 anni i prezzi dei prodotti *originatori* in Italia sono diminuiti di

più che nella media europea dopo la scadenza del brevetto (dopo 4 anni -40% rispetto a -25%), e questo malgrado partissero da livelli inferiori rispetto ai partner europei.

In prospettiva, però, in considerazione di una minore quota di ulteriori generizzazioni attese, si evidenzia

**Tabella 9.3. Spesa, consumo pro-capite e incidenza dei farmaci bio-similari sulla spesa e il consumo dei farmaci bio-similari e del farmaco originator, anno 2014**

|                        | Spesa      |             | Consumo          |             |
|------------------------|------------|-------------|------------------|-------------|
|                        | pro-capite | % su totale | DDD/1000 ab. Die | % su totale |
| Epoetine               | 0,6        | 12,4        | 0,6              | 21,1        |
| Fattore della crescita | 0,2        | 13,9        | 0,1              | 25,3        |
| Somatotropina          | 0,1        | 5,4         | 0,1              | 8,5         |
| <b>Totale</b>          | <b>0,9</b> | <b>31,7</b> | <b>0,8</b>       | <b>54,9</b> |

Fonte: elaborazione su dati OsMed, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

che verrà a mancare una delle principali fonti di alimentazione dei fondi per l'innovazione.

L'attesa di una "sostituzione" da parte dei bio-similari sembra peraltro destinata a essere ridimensionata: anche assumendo (stime Assogenerici) che il mercato potenzialmente conteso dai bio-equivalenti sarà a medio termine di oltre € 1,5 mld, (cosa che andrà verificata sulla base della reale capacità/convenienza di produzione dei bio-equivalenti, nonché dello "spiazzamento" provocato dall'arrivo di nuove molecole nel segmento specifico), e una riduzione di prezzo medio del 30% (che ad oggi sembra essere vicino al limite superiore), si arriva a stimare una cifra rilevante ma non tale da compensare l'arrivo delle nuove molecole innovative; e oltre tutto anche questa cifra potrebbe essere drasticamente sovrastimata, in considerazione del fatto che una parte delle molecole riguarda patologie croniche, per cui presumibilmente ci sarà competizione solo (o quasi) per il segmento dei pazienti *naive*.

Si pone quindi un problema di finanziamento, in condizioni isorisorse, dell'innovazione.

Il problema già si è posto con l'avvento dei farmaci anti-HCV e la creazione del Fondo per l'innovazione, che però non sembra possa essere in prospettiva capiente; di fatto in Italia l'innovazione stenta ad accedere al mercato per ragioni eminentemente finanziarie.

Nel Rapporto dell'anno scorso abbiamo testimoniato come la quota di farmaci approvati da EMA negli ultimi 5 anni abbiano una penetrazione (misurata in *standard unit* per abitante) di molto inferiore in Italia rispetto ai principali Paesi europei.

Gran parte del fenomeno rilevato è certamente da attribuirsi ai ritardi di immissione in commercio: a ben vedere, però, tali ritardi, di cui spesso è stata imputata l'AIFA, sono piuttosto da attribuirsi a una congerie di fattori: intanto dalla data di richiesta di rimborsabilità da parte delle Aziende, che a sua volta dipende dalla relativa convenienza ad effettuare la negoziazione prima in un Paese che in un altro; e, a valle, dai tempi di recepimento nei proutuari regionali e locali; infine, dal tempo per l'espletamento delle procedure di acquisto.

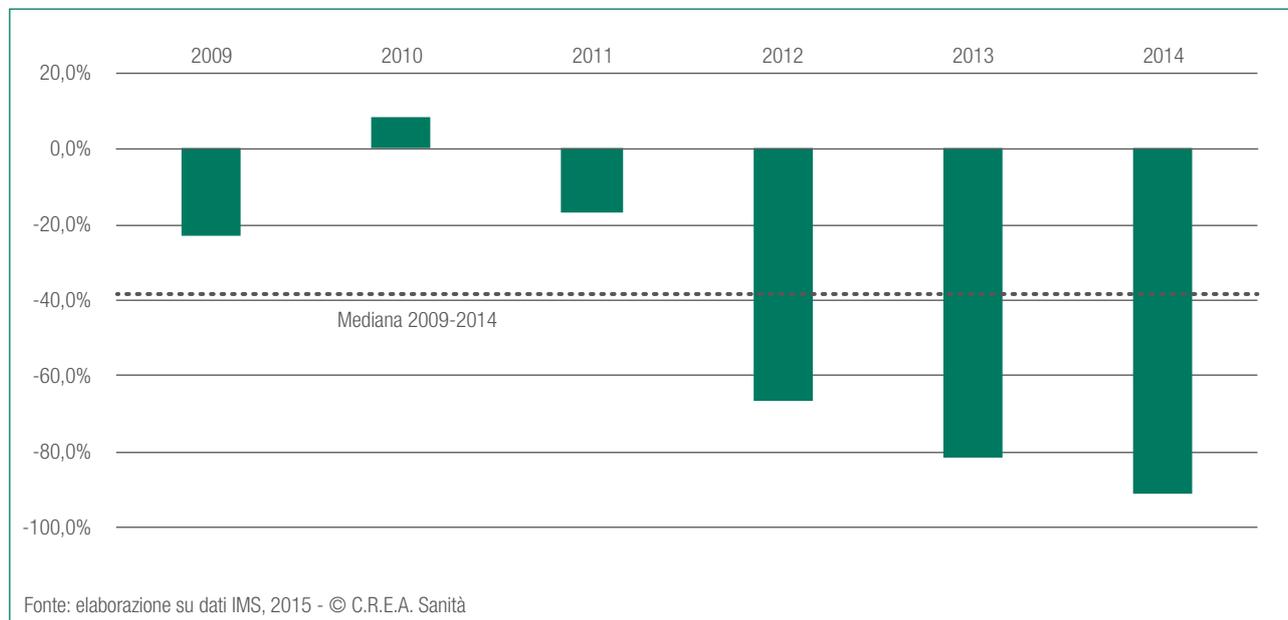
Per tutto quanto sopra, quindi, appare più corretto misurare eventuali ritardi/razionamenti sulla base delle quantità effettivamente consumate in rapporto alla popolazione, potendosi determinare una situazione di formale rimborsabilità e sostanziale indisponibilità locale.

Approfondendo un'analisi iniziata nel Rapporto 2014, si evince come in Italia la mediana di consumo (in *standard units*) per i farmaci recentemente approvati da EMA (sono stati considerati gli anni 2009-2014) sia inferiore (anno 2014) del - 38,4% a quella dei maggiori Paesi europei (Francia, Germania, Spagna e Regno Unito); si apprezza altresì il ritardo effettivo di immissione in commercio osservando il *trend* di consumo per anno di approvazione EMA dei farmaci: per quelli approvati nell'anno 2014 la mediana di consumo in Italia è inferiore del -91,2% rispetto ai Paesi considerati; scende al -81,6% per quelli del 2013 e al -66,7% per il 2012; si avvicina al livello europeo, ma è ancora sotto, negli anni precedenti: -16,5% con riferimento a quelli del 2011, -22,7% per il 2009; solo per i farmaci approvati nel 2010 il consumo italiano al 2014 risulta superiore dell'8,1%, ma il dato è condizionato da un consumo anomalo di soli 3 prodotti (figura 9.10).

Si consideri che nell'analisi sono stati presi in considerazione solo i farmaci commercializzati in Italia, e quindi il *gap* sostanziale è maggiore, in considerazione del minor numero di farmaci approvati in Italia: in altri termini non abbiamo considerato nelle mediane gli scarti del -100% per assenza di vendita in Italia.

Si nota nella Figura 9.10 come non solo l'indice di consumo dei farmaci "nuovi" sia inferiore ai livelli EU di oltre il 38%, ma anche come il *trend* "quantificati" il ritard

**Figura 9.10. Mediana delle differenze di consumo (*standard units*) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci. Anni 2009-2014**



do effettivo nell'accesso al mercato, e quanto sia lento il riassorbimento dei differenziali.

La persistenza di un *gap* significativo di consumo per i farmaci approvati da EMA 5 anni fa non sembra spiegabile né con ragioni epidemiologiche, le quali piuttosto farebbero prevedere consumi maggiori per via della maggiore età media, né con i ritardi nell'inserimento in prontuario.

Sempre poi considerando che in Italia il 32,1% dei farmaci approvati da EMA tra il 2009 e il 2014 e commercializzati in almeno un Paese EU5 non sono ancora commercializzati.

Nello specifico solo 3 farmaci su 19 commercializzati in almeno un Paese EU5 (15,8%), approvati da EMA nel 2014 sono commercializzati in Italia, 17 su 27 (63,0%) nel 2013, 12 su 20 (60,0%) nel 2012, 23 su 29 (79,3%) nel 2011, 11 su 12 (91,7%) nel 2010 e 25 su 27 (92,6%) nel 2009.

Di nuovo ci vogliono quasi 5 anni per il "riallineamento".

Si possono apprezzare le differenti velocità medie di allineamento del mercato italiano a quello EU5 anche a livello di singole ATC (figura 9.11).

Quelle in cui è minore la differenza rispetto ai Paesi

Big EU sono la R (apparato respiratorio), la B (sangue ed emopoiesi) e la L (antineoplastici e immunomodulatori), mentre quelli per cui è maggiore la S (organi di senso) e la C (apparato cardiovascolare). Per la ATC G (apparato genito-urinario) il consumo in Italia in termini di *standard units* è pari a oltre il doppio rispetto a quello registrato nella BIG EU (tabella 9.4).

In definitiva, emerge un quadro che non evoca sprechi o usi disinvolti dei farmaci "nuovi", di recente approvazione, ma piuttosto il rischio di uno strisciante razionamento; sebbene la disponibilità di farmaci in Italia rimanga ampia (sebbene con alcuni ritardi significativi, dipendenti tanto dai meccanismi di rimborso, che dagli inserimenti in prontuario e, anche, dei tempi di approvvigionamento), i consumi in Italia rimangono significativamente minori che nei Paesi considerati, vuoi per la maggiore selettività dei criteri di eleggibilità dei pazienti, vuoi per la "prudenza" prescrittiva dei medici, vuoi per possibili carenze di *budget*, etc.: sarebbe certamente meritorio un approfondimento sul contributo dei singoli fattori al fenomeno, come anche sulle conseguenze del citato razionamento.

La presenza, già oggi, di un rischio di razionamento conferma, poi, la sostanziale assenza di margini nella ricerca di un nuovo equilibrio fra risorse e costi dell'in-

Figura 9.11. Mediana delle differenze di consumo (standard units) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci e ATC. Anno 2014

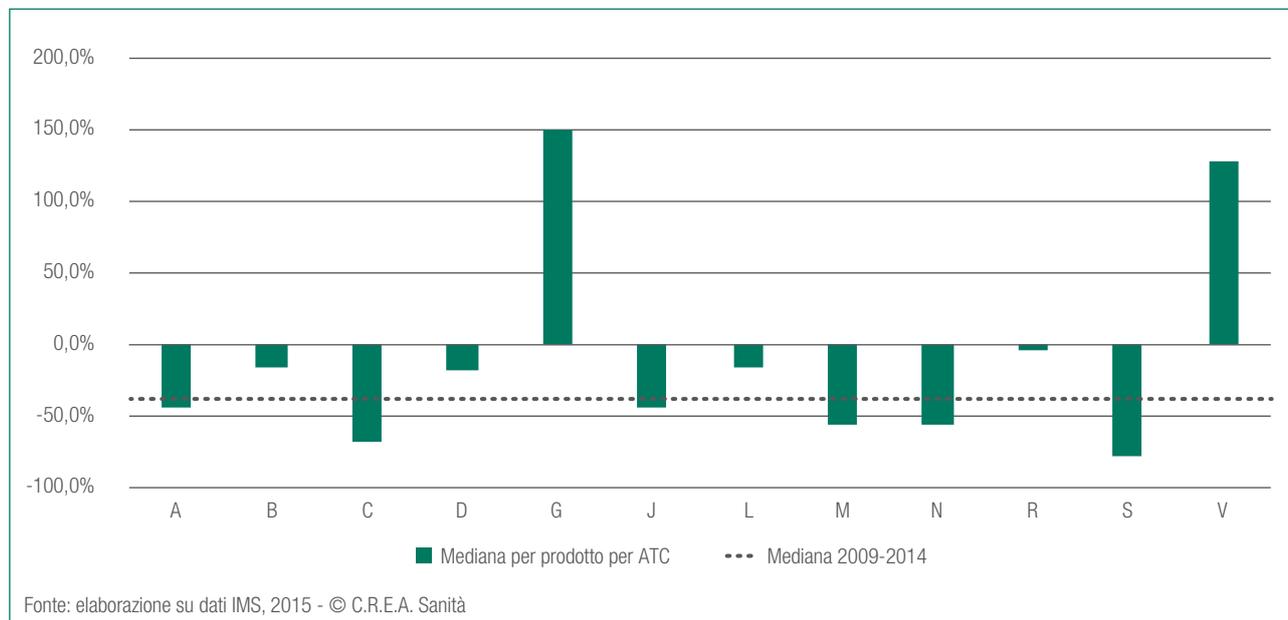


Tabella 9.4. Prodotti approvati dall’EMA (2009-2014) commercializzati in Italia e EU5. Anno 2014

| ATC           | Commercializzati IT | Commercializzati EU | Quota commercializzati in Italia |
|---------------|---------------------|---------------------|----------------------------------|
| A             | 9                   | 13                  | 69,2%                            |
| B             | 6                   | 8                   | 75,0%                            |
| C             | 3                   | 6                   | 50,0%                            |
| D             | 2                   | 2                   | 100,0%                           |
| G             | 8                   | 8                   | 100,0%                           |
| H             | 0                   | 1                   | 0,0%                             |
| J             | 10                  | 14                  | 71,4%                            |
| L             | 33                  | 49                  | 67,3%                            |
| M             | 3                   | 5                   | 60,0%                            |
| N             | 11                  | 14                  | 78,6%                            |
| P             | 0                   | 1                   | 0,0%                             |
| R             | 2                   | 7                   | 28,6%                            |
| S             | 3                   | 3                   | 100,0%                           |
| V             | 1                   | 3                   | 33,3%                            |
| <b>Totale</b> | <b>91</b>           | <b>134</b>          | <b>67,9%</b>                     |

Fonte: OsMed, 2015

novazione, imponendo di conseguenza una rapida riflessione sul sistema di *governance* del settore e, necessariamente, sugli assetti complessivi del SSN.

### 9.4. Conclusioni

Il “raffreddamento” della crescita della spesa farmaceutica in Italia, e il distacco dalla media europea, per quanto il dato non possa essere definito con esattezza a causa dell’importante scostamento tra il dato OECD e quello OsMed (oltre 6 mld.), è da attribuirsi alle politiche messe in atto per contenere la crescita della spesa pubblica; politiche che hanno ottenuto gli effetti desiderati, considerando che secondo i dati CE del Ministero della Salute, la spesa farmaceutica è rimasta praticamente stabile tra il 2009 e il 2013, così che l’incidenza di tale voce di spesa si è ridotta dal 17,3% al 15,6%, rendendo possibile la convergenza verso il tetto normativamente previsto (14,85% nel 2014).

Tale stabilità è frutto della compensazione avvenuta mediante una progressiva riduzione dell’onere relativo alla farmaceutica convenzionata (-19,1%) e un incremento di quella delle strutture pubbliche (+29,6%).

Di fatto tale andamento è facilmente spiegabile con le politiche dei tagli dei prezzi e, principalmente, con l’ondata delle generizzazioni: nell’ATC cardiovascolare, ad esempio, la spesa attuale classe A- SSN (2014) si è ridotta del 26,5% rispetto al 2010 a fronte di un aumen-

to dei consumi del 3,5% con una riduzione del costo medio per DDD del 29,0%.

Anche per quel che concerna la spesa privata si osserva un *trend* di importante crescita anche se con una moderata riduzione nell'ultimo anno; in particolare continuano ad aumentare la compartecipazione del cittadino (+4,5%) e la spesa per i medicinali di automedicazione (+0,2%) distribuiti anche da parafarmacie grande distribuzione.

Per quel che concerne i *ticket* l'incremento di spesa è, poi, legato dalla crescita della quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+8,7%).

Sembra quindi evidente come l'assistenza farmaceutica pubblica, pur mantenendo una posizione predominante, non riesce a soddisfare pienamente la domanda della popolazione, cresce infatti l'importanza del mercato privato, che rimane un mercato di spesa *out of pocket* con profili equitativi certamente non ottimali.

L'analisi regionale mette in luce non solo come unicamente 6 Regioni riescono a rispettare il tetto del 14,85%, ma anche che la composizione della spesa è condizionata da differenti modelli di *governance* regionale: il Sud ha quote di spesa pubblica maggiori, incidenza delle compartecipazioni maggiore, ma con minore spesa privata di classe A (che sgrova in parte da oneri i SSR) e C.

Altra evidente variabilità, fra le più critiche, è quella

sull'uso dei prodotti equivalenti (inferiore al Sud rispetto al Nord).

Come detto gli aumenti di spesa si concentrano sul fronte ospedaliero, ove si convoglia, ormai in modo pressoché esclusivo, l'accesso dei farmaci innovativi.

Si noti che l'aumento è peraltro accompagnato da un livello di consumo decisamente inferiore (-38,4% nelle mediane di consumo) a quello dei maggiori Paesi EU, tanto da evocare rischi di razionamento; il *gap* di consumo dipende da maggiori ritardi nell'accesso al mercato, ma persiste anche a distanza di tempo, se pure parzialmente attenuandosi: si passa infatti dal -91,2% di consumo riferito ai farmaci approvati nell'ultimo anno considerato (2014) al -22,7% di quelli ormai "vecchi" di 5 anni (2009). Inoltre oltre il 32% dei farmaci approvati dall'EMA tra il 2009 e il 2014 e commercializzati in almeno un Paese EU5 in Italia non sono ancora, al 2014, stati introdotti, e bisogna aspettare 5 anni per ottenere un sostanziale allineamento.

## Riferimenti bibliografici

- Farmindustria, *Indicatori Farmaceutici 2015*  
 Istat (anni vari), *Tavole statistiche varie*, [www.istat.it](http://www.istat.it)  
 OECD (2015), *Health Data Statistics – OECD.Stat*  
 OsMed (anni vari), *L'uso dei farmaci in Italia*, Rapporti 2015 e 2010





# *Chapter 9 – Summary*

**Pharmaceutical care:  
governance and allotments**



## Chapter 9 - Summary

### Pharmaceutical care: governance and allotments

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

Pharmaceutical expenditure in Italy is not changed substantially between 2009 and 2013, so that the incidence of this expenditure over the financing was reduced from 17.3% to 15.8%, enabling convergence towards the ceiling forecast by regulations (14.85% of the 2014 National Health Funding).

The invariance in the pharmaceutical expenditure is the result of compensation that occurred through progressive reduction (-19.1%) of the burden relative to pharmaceuticals in convention (drug treatment dispensed by pharmacies) and an increase (+29.6%) of those distributed in public facilities (mostly hospitals).

Actually the trend can be easily explained thanks to a policy of administrative reduction of prices and, principally, to the savings coming from generic drugs. For example, the public expenditure (2014) for cardiovascular ATC has been reduced to 26.5% compared to the year 2010, against an increase in consumption of 3.5% and a reduction of average costs for DDD equal to 29.0%.

With regards to private expenditure, a significant upward trend has been observed although with a moderate reduction over the past year; in particular, co-participation continues to increase (+4.5%), in addition to the expenditure for over-the-counter drugs (+0.2%) also distributed by large retail drugstores.

Public pharmaceutical care, while maintaining a predominant position, is not able to fully meet the demands of the population, hence the importance of private purchase grows and generates substantial Out Of Pocket expenditure with fairness levels that are certainly not optimal.

The situation at regional level remains very different: only 6 Regions manage to comply with the 14.85% ceiling and the spending is strongly influenced by dif-

ferent regional governance models; the south has higher rates of public expenditure, greater incidence of co-participation and lower private expenditure.

Another evident variability, and one of the most critical ones, is that the use of equivalent products is lower in the South compared to the North despite the lower income level in the pharmaceutical expenditure co-participation.

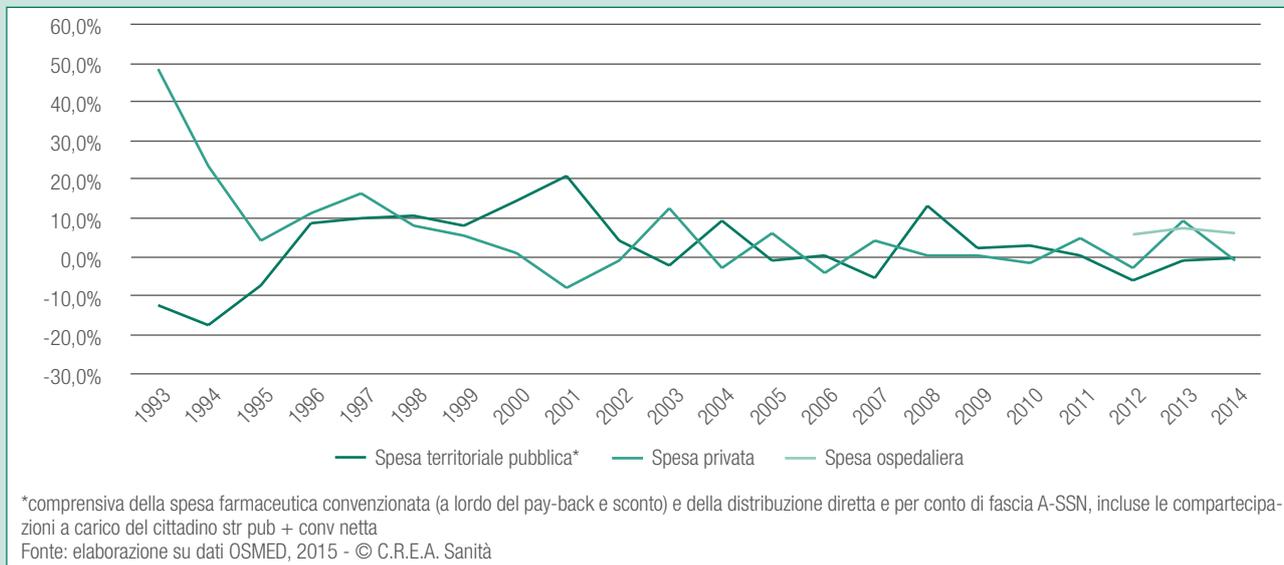
It must be said that while expenditure increases are at hospital level, where distribution of innovative drugs is concentrated in an almost exclusive manner, the level of Italian consumption of drugs approved by the EMA over the last five years is markedly lower (-38.4% median of consumption) than those of larger EU countries.

The consumption gap vs EU depends upon slower access to the market, still persisting in the long run albeit partially attenuated: in fact, it goes from -91.2% of consumption referring to drugs approved over the last year taken into consideration (2014) to -22.7% of those 5 years “old” (2009). In addition, more than 32% of drugs approved by the EMA between 2009 and 2014 that were marketed in at least one of the EU5 countries still have not gained effective access to Italy: approximately 5 years are necessary to obtain a substantial alignment of Italian consumption levels to those of similar countries.

The above contributes towards explaining how such a significant “cooling” of growth in pharmaceutical expenditure has been possible in Italy, which has determined a progressive detachment from the European average: the Italian per capita value is higher than 20%, as comparisons are not entirely reliable, having to record an important deviation (over € 6 billion) between the data provided by the OECD and that observed at national level.

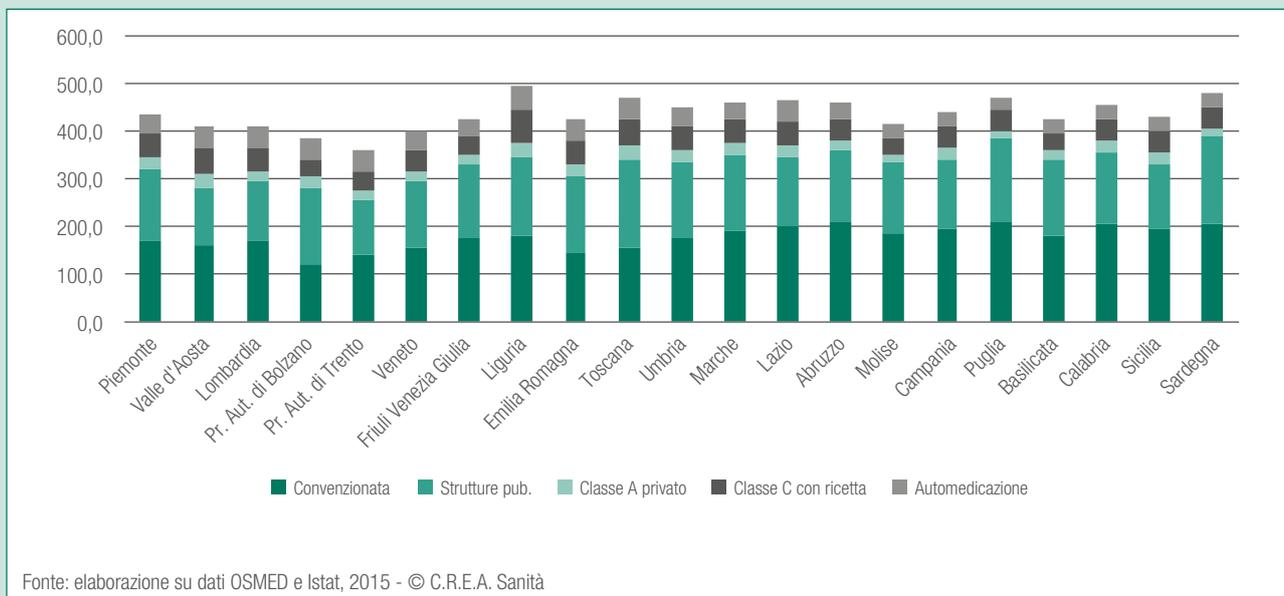
<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

KI 9.1. Andamento della spesa farmaceutica in Italia. Variazioni % rispetto all'anno precedente, anni 1993-2014



La spesa farmaceutica territoriale - comprensiva della spesa farmaceutica convenzionata (a lordo del *pay-back* e sconto) e della distribuzione diretta e per conto di fascia A-SSN, incluse le compartecipazioni a carico del cittadino - ha avuto un andamento decrescente nell'ultimo ventennio (1993-2014); in particolare, a partire dal 2011 non si è mai incrementata. Anche la spesa privata ha avuto un andamento altalenante, facendo osservare nell'ultimo anno una lieve riduzione. Viceversa, per la spesa ospedaliera si rileva una continua crescita legata all'accesso dei farmaci innovativi.

KI 9.2. Spesa farmaceutica per classe. Valori pro-capite (€), anno 2014



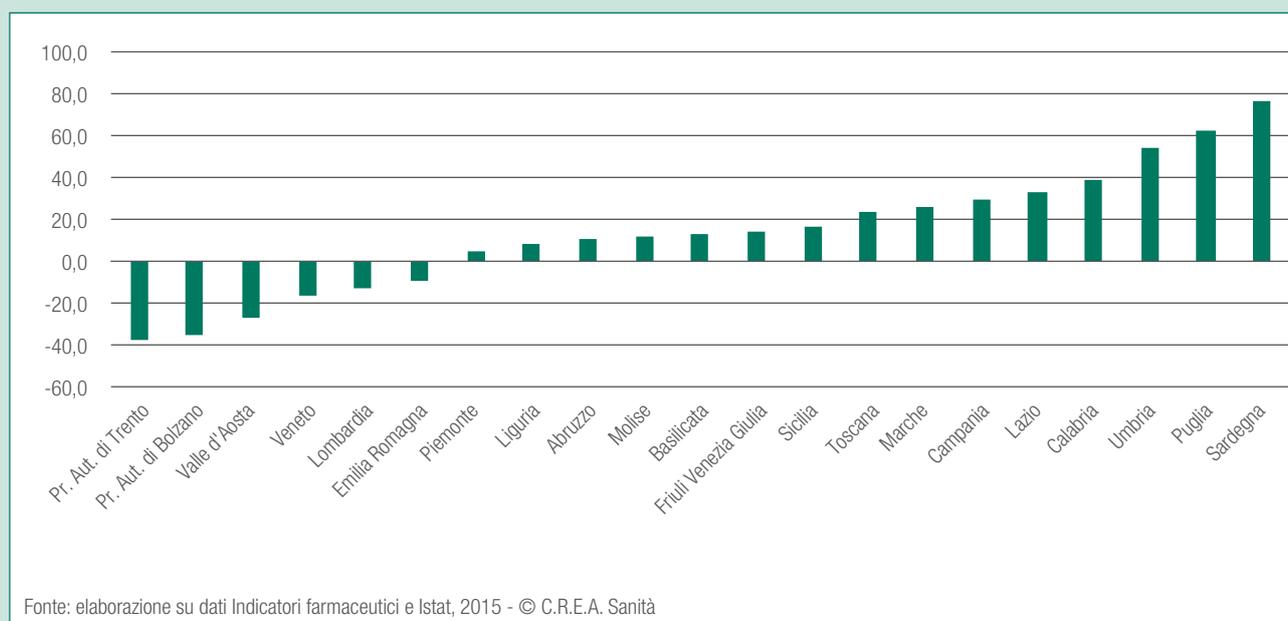
Le differenze in termini di spesa farmaceutica totale tra le Regioni si riscontrano leggendo il dato per tipologia di spesa. Nello specifico nel 2014 la spesa convenzionata lorda, pari in media in Italia a € 180,8 pro-capite, passa da € 120,2 nella Provincia Autonoma di Bolzano a € 209,1 in Abruzzo; la spesa delle strutture pubbliche, pari in media a € 148,0 pro-capite, passa da un valore minimo di € 115,6 nella Provincia Autonoma di Trento ad uno massimo di € 184,5 in Toscana. Passando alla spesa privata, quella di Classe A, in media pari a € 23,7 pro-capite passa da € 16,2 in Sardegna a € 32,7 in Liguria; quella per Classe C con ricetta passa da € 34,9 nella Provincia Autonoma di Bolzano a € 67,8 pro-capite in Liguria (media Italia pari a € 48,3 pro-capite). Infine, la spesa per automedicazione, pari in Italia a € 37,6 pro-capite, varia tra € 25,9 della Basilicata a € 52,1 in Liguria. In sintesi, sembra esserci una complementarità tra il comparto pubblico e quello privato: la spesa pubblica risulta superiore nelle Regioni del Sud e inferiore in quelle del Nord, mentre quella privata mostra un andamento opposto.

### KI 9.3. Spesa farmaceutica territoriale pro-capite al netto del *payback* - Scostamento (%) rispetto al tetto di spesa dell'11,35%, anno 2014



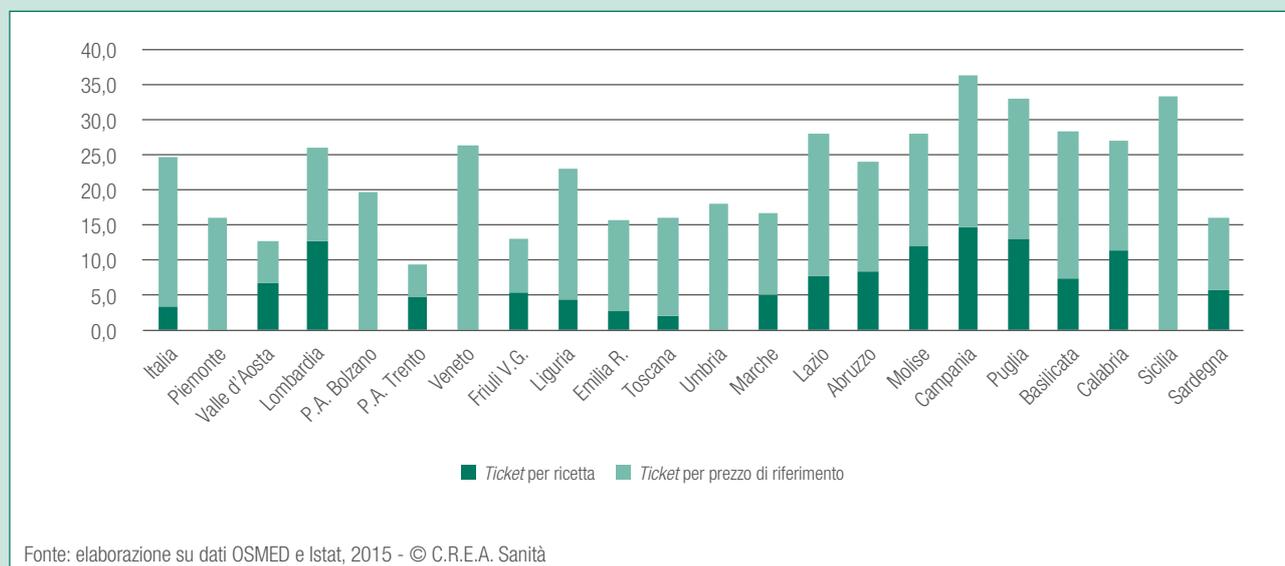
Il tetto della spesa farmaceutica territoriale (11,35%) viene rispettato pressoché da tutte le Regioni. Sono solo 6 le Regioni, tra l'altro ad esclusione del Lazio tutte del Sud, che sfiorano in maniera significativa tale tetto: Sardegna (€ 47,6 pro-capite), Puglia (€ 29,2 pro-capite), Calabria (€ 27,0 pro-capite), Lazio (€ 19,6 pro-capite), Campania (€ 17,6 pro-capite) e Abruzzo (€ 13,3 pro-capite).

### KI 9.4. Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del *payback*. Scostamento (%) dal tetto regionale pro-capite del 14,85%, anno 2014



Il tetto della spesa farmaceutica pubblica (14,85%) viene rispettato esclusivamente da 6 Regioni: Province Autonome di Bolzano e Trento, Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia. Le Regioni che invece sfiorano maggiormente sono la Sardegna (€ 76,0 pro-capite), la Puglia (€ 62,5 pro-capite) e la Calabria (€ 38,7 pro-capite).

## KI 9.5. Compartecipazione (ticket). Valori pro-capite (€), anno 2014



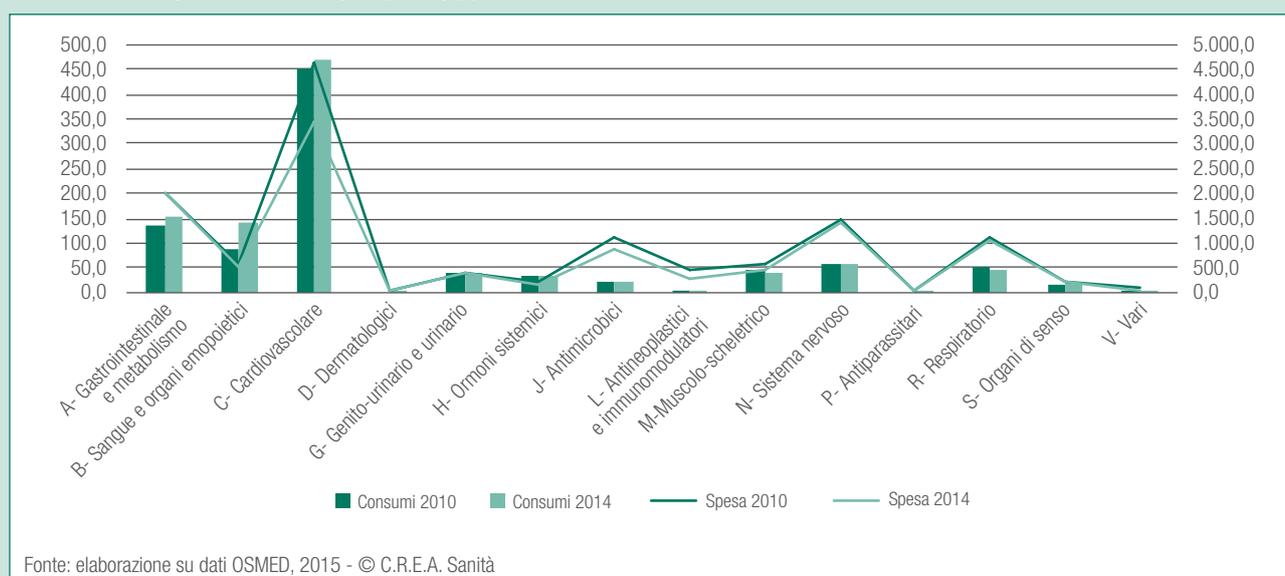
Fonte: elaborazione su dati OSMED e Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

In media, in Italia la spesa pro-capite per *ticket* è pari a € 24,7 pro-capite con una elevata variabilità regionale: si passa da € 9,3 della Provincia Autonoma di Trento a € 26,6 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 14,3% del totale compartecipazione è legata al *ticket* per ricetta (€ 3,5) ed il restante 85,7% alla quota eccedente il prezzo di riferimento (€ 21,2).

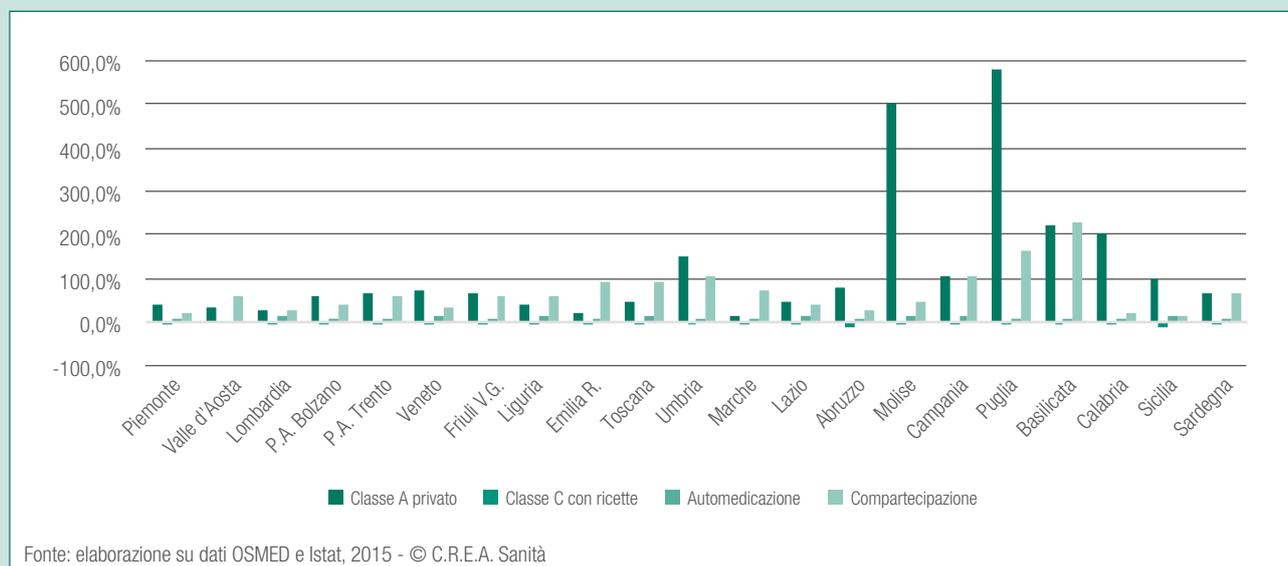
## KI 9.6. Consumi (DDD abitanti/die) e spesa (€) per I livello ATC. Classe A-SSN, anni 2010 e 2014



Fonte: elaborazione su dati OSMED, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

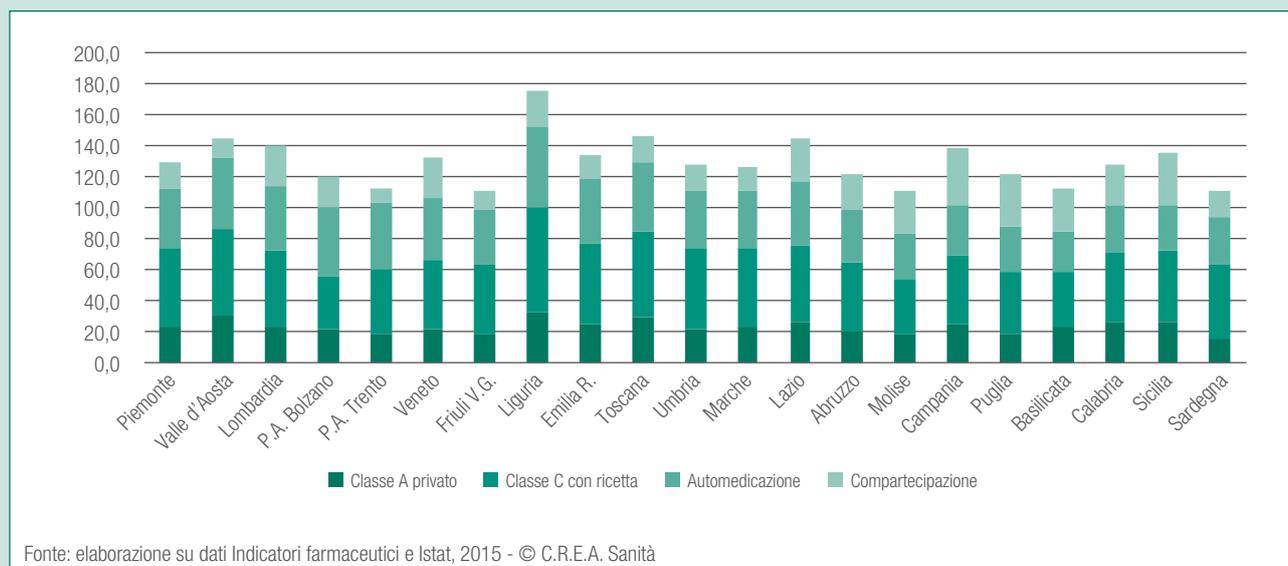
La spesa di classe A per ATC mostra un andamento difforme. Le ATC per cui la spesa si è ridotta maggiormente tra il 2010 e il 2014, verosimilmente per la generizzazione di alcuni farmaci, sono le ATC L (-44,0%), C (-26,5%) e M (-23,9). L'unica ATC per cui si assiste ad una crescita significativa della spesa (+8,3%) è la P.

I consumi (DDD/ab. die) tra il 2010 e il 2014 si sono tendenzialmente incrementati ad esclusione delle ATC M (-7,6%), J (-5,0%) e R (-3,4%). Per le ATC C e L, in cui si riscontra una riduzione importante della spesa, si osserva un lieve incremento dei consumi (rispettivamente +3,5% e +2,3%).

**KI 9.7. Spesa farmaceutica Classe A privato, Classe C con ricetta, automedicazione pro-capite. Variazioni %, anni 2010-2014**


La spesa farmaceutica privata (Classe A privato, Classe C con ricetta, automedicazione e compartecipazioni) è aumentata tra il 2010 e il 2014 del 15,5%. In particolare è aumentata la spesa Classe A privata (+60,5%), la spesa per le compartecipazioni (50,3%) e quella per l'automedicazione (+10,9%) mentre si è ridotta la spesa Classe C con ricetta (-5,7%).

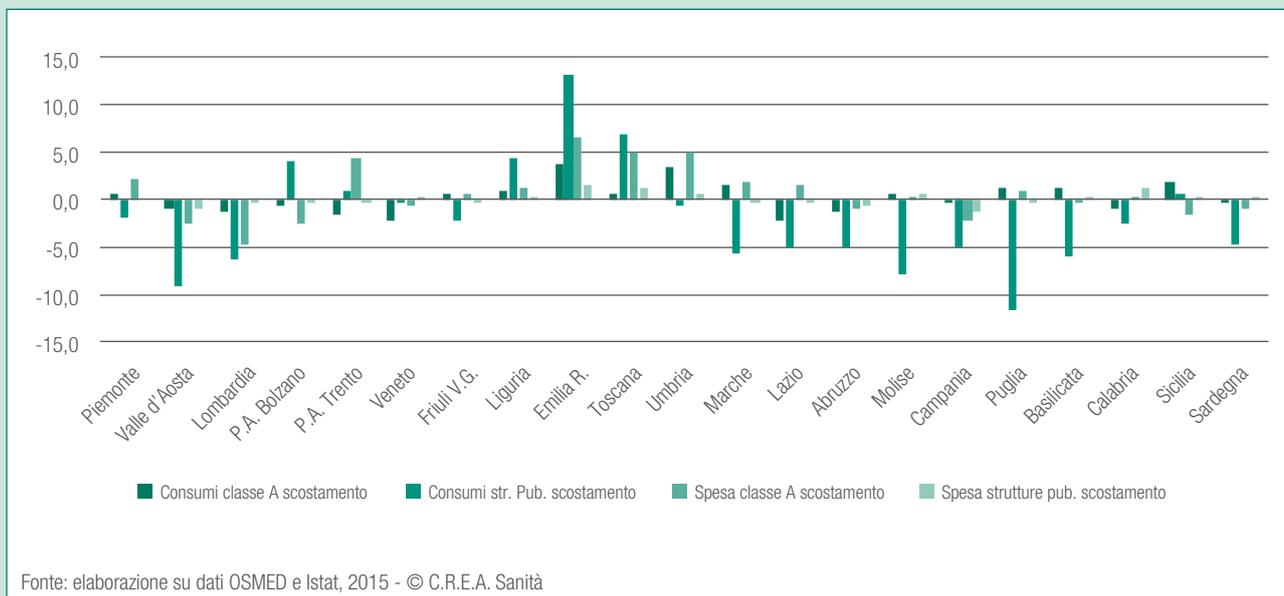
Guardando alle singole Regioni si evidenzia una elevata variabilità: l'incremento della spesa di Classe A passa da oltre il 500% in Puglia e Molise a meno del 20% nelle Marche; la spesa di Classe C con ricetta si riduce in tutte le Regioni ma in maniera particolare in Sicilia e Abruzzo (valori prossimi al 10%); la spesa per automedicazione cresce in Sicilia e Campania di oltre il 13% mentre rimane stabile in Valle d'Aosta; infine la spesa per compartecipazione cresce di oltre il 150% in Basilicata e Puglia mentre la crescita si ferma al 14% in Sicilia. In generale, la spesa privata cresce in maniera considerevole al Sud partendo però da livelli di spesa molto più bassi.

**KI 9.8. Spesa farmaceutica Classe A privato, Classe C con ricetta, automedicazione. Valori pro-capite (€), anno 2014**


La spesa farmaceutica privata (Classe A privato, Classe C con ricetta, automedicazione e compartecipazioni) è aumentata tra il 2010 e il 2014 da € 117,1 a € 134,3 pro-capite. In particolare è aumentata la spesa Classe A privata (€ 8,8 pro-capite), la spesa per le compartecipazioni (€ 8,2 pro-capite) e quella per l'automedicazione (€ 3,4 pro-capite), mentre si è ridotta la spesa Classe C con ricetta (€ 3,3 pro-capite).

In particolare, nel 2014 la spesa di Classe A fa registrare un differenziale di 2 volte tra la Regione con spesa massima e quella con spesa minima, il differenziale è pari a 1,9 volte per la spesa Classe C, 2,0 volte per quella per automedicazione e quasi 4 volte per quella per compartecipazione.

KI 9.9. Scostamento dalla media nazionale della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei consumi su totale DDD. Anno 2014

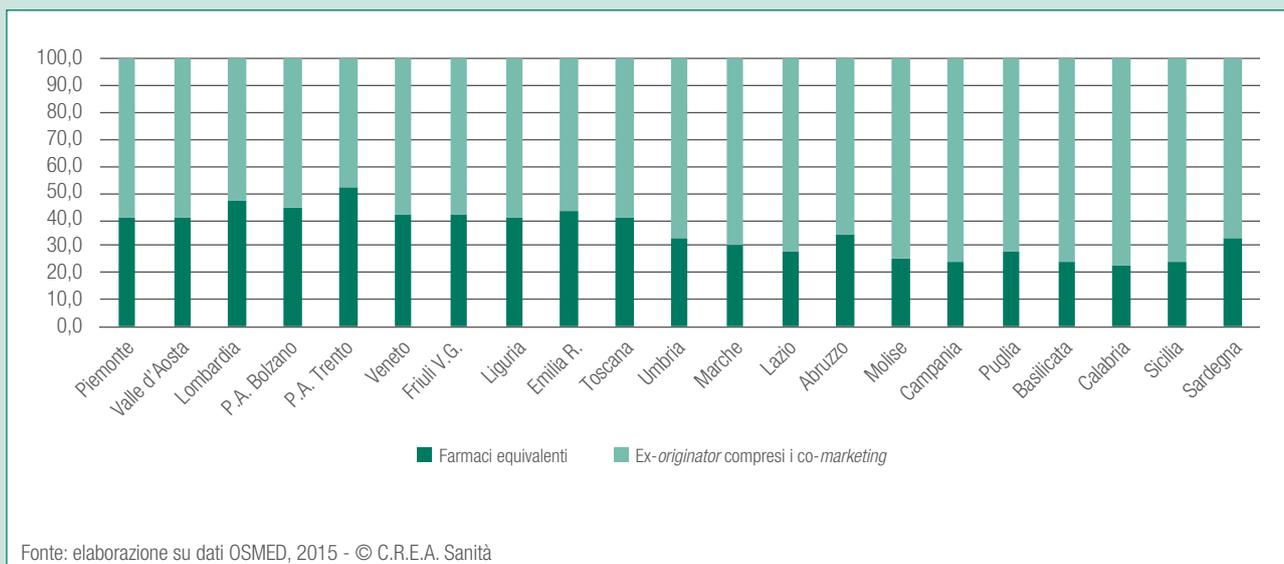


Fonte: elaborazione su dati OSMED e Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Emilia Romagna, Calabria e Toscana sono le Regioni con maggiore incidenza della spesa delle strutture pubbliche per farmaci a brevetto scaduto (rispettivamente 4,4%, 4,1% e 3,9%), mentre quelle in cui l'incidenza di tale voce di spesa è inferiore sono Campania, Valle d'Aosta e Abruzzo (rispettivamente 1,4%, 1,9% e 2,1%). Passando ai consumi, la maggiore incidenza si rileva in Emilia Romagna, Toscana e Liguria (rispettivamente 36,9%, 30,5% e 28,0%) e minori in Puglia, Valle d'Aosta e Molise (rispettivamente 12,1%, 14,5% e 16,0%).

Guardando alla spesa per farmaci di Classe A-SSN le Regioni con una maggiore incidenza di spesa per farmaci a brevetto scaduto sono Emilia Romagna e Toscana (53,1% e 51,7%) mentre quelle con minore incidenza Lombardia e Valle d'Aosta (41,8% e 44,0%). Infine la maggior incidenza di consumi per farmaci a brevetto scaduto si registra in Umbria e Sicilia (rispettivamente 72,9% e 71,2%) mentre la minore nel Lazio e nella Provincia Autonoma di Trento (67,0% e 67,2%).

KI 9.10. Spesa netta per farmaci a brevetto scaduto - Classe A-SSN. Composizione %, anno 2014



Fonte: elaborazione su dati OSMED, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Le Regioni che hanno mostrato le più alte percentuali di spesa per i farmaci che hanno goduto di copertura brevettuale sono la Calabria, la Basilicata e la Campania con valori prossimi all'80%; viceversa la Provincia Autonoma di Trento e la Lombardia hanno evidenziato una ripartizione circa al 50% tra la spesa per i farmaci equivalenti e quella per i farmaci che hanno goduto della copertura brevettuale. Sono quindi le Regioni del Nord ad utilizzare prevalentemente farmaci equivalenti mentre quelle del Sud mantengono più saldamente il legame con gli ex-originator.

performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni  
empowerment  
responsabilità  
europa  
health  
regioni  
salute  
HTA  
cura  
investimenti  
sviluppo  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
Italia  
SSN  
economia

## *Capitolo 10*

### **Assistenza primaria:**

invecchiamento dei medici di medicina generale,  
problemi emergenti e nuove sfide



## Capitolo 10

### Assistenza primaria: invecchiamento dei medici di medicina generale, problemi emergenti e nuove sfide

Misericordia P.<sup>1</sup>, Piperno A.<sup>2</sup>, Giordani C.<sup>3</sup>

#### 10.1. Introduzione

Il tema dell'invecchiamento della popolazione è molto sentito e ricorrente in Italia, e se ne dibatte da anni.

Un aspetto rimasto negletto nel dibattito è quello dell'invecchiamento all'interno delle professioni, che pure ha notevoli implicazioni sociali, economiche e sanitarie.

Nella categoria professionale dei medici (e quindi anche dei Medici di Medicina Generale - MMG) il tema assume dimensioni ed aspetti particolarmente rilevanti, specie se osservato alla luce:

- del rapporto tra i veloci cambiamenti organizzativi, tecnologici e tecnici in medicina e nei sistemi sanitari, con la conseguente necessità di adeguamento e formazione continua delle competenze, a loro volta già soggette ai cambiamenti naturali conseguenti all'età che avanza;
- dei cambiamenti nei ruoli professionali e occupazionali tradizionali, in particolare entrata ed uscita dal mondo del lavoro (con relativo pensionamento);
- delle problematiche di integrazione professionale, all'interno della stessa generazione come tra generazioni diverse.

Per riuscire a programmare ed attuare un veloce allineamento tra i cambiamenti in atto e la professione medica, individuando le priorità e coinvolgendo tutti gli attori del sistema, non si può prescindere dal confronto, dal consenso e dalla partecipazione dei professionisti ai processi decisionali.

Per capire in che modo si pongono i MMG rispetto

a queste problematiche emergenti, e contribuire così al dibattito che certamente si svilupperà tra ambiti professionali e *policy makers*, il Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) ha realizzato una indagine attraverso un sondaggio campionario sui medici di medicina generale, condotto tra aprile e giugno del 2015.

#### 10.2. L'indagine: la metodologia

L'indagine è stata svolta tramite somministrazione *online* di un questionario ad un campione rappresentativo di medici di medicina generale<sup>4</sup>. I rispondenti sono stati pari a 1.007, ma i risultati sono riferibili ai 48.000 circa medici di medicina generale operanti nel SSN.

Il questionario sottoposto ai MMG è composto di quattro parti:

1. nella prima sono raccolti dati socio-demografici e professionali dei singoli medici, incluse informazioni sulla localizzazione degli studi e sui carichi di lavoro;
2. la seconda parte è dedicata a mappare la conoscenza dei medici del rapporto che intercorre tra competenze e cambiamento del contesto socio-economico e tecnologico e la propensione dei medici ad adattarsi ai cambiamenti emergenti;
3. nella terza parte sono state poste domande dirette sulla questione dell'invecchiamento dei professionisti: opinioni dei medici sul tema, livello di conoscenza circa l'impatto dell'invecchiamento e, nello specifico, opinioni circa il metodo del cosiddetto *ri-licensing*,

<sup>1</sup> Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG)

<sup>2</sup> Università di Napoli Federico II

<sup>3</sup> C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

<sup>4</sup> Il campione, stratificato per classe di età, genere ed area geografica (nordovest, nordest, centro, sud e isole), è stato estratto, in un primo stadio, dall'archivio della Fimmg che contempla la presenza di 25.000 iscritti. A posteriori si è verificata la compatibilità del campione con le caratteristiche dell'universo dei medici di medicina generale secondo i dati del Ministero della salute

ovvero riacquisizione dell'abilitazione a praticare la professione, dopo un numero predeterminato di anni;

4. l'ultima parte del questionario affronta nello specifico il problema del pensionamento e del lavoro dopo la pensione.

Al medico è stato chiesto di dare un voto a vari fattori: 10 se era del tutto a conoscenza dell'impatto che il fattore esercitava sulla necessità di apprendimento e 1 se l'impatto del fattore era considerato il più basso.

Le parti del questionario sono interrelate, essendo interesse dell'indagine quello di esplorare la conoscenza dei fattori che impattano, nel loro complesso, sulle competenze.

In un contesto altamente innovativo e variabile, infatti, è sufficiente che cambi una tecnica clinica, o si renda disponibile un'apparecchiatura tecnologica, per mettere in crisi le competenze acquisite e aprire la necessità di acquisirne altre.

Così per gli aspetti gestionali: posto che i medici, con l'esperienza, modulano le competenze apprese, che col tempo si consolidano e cristallizzano (di fronte al caso clinico il medico segue un approccio e un percorso già sperimentato), se il contesto cambia (ad esempio, perché le autorità sanitarie chiedono adempimenti burocratici o "regole di trattamento" nuove) il medico deve rivedere le sue strategie professionali e riadattare le competenze possedute.

Se poi il contesto cambia velocemente, il processo di adattamento è ancora più veloce e complesso, e non c'è "prassi acquisita" che tenga: occorre essere pronti e disponibili, per non essere penalizzati da più punti di vista.

È questo un dibattito che si è aperto recentemente e che comporta profili di grande complessità.

A complicare il quadro, il collegamento tra la questione delle competenze e quella dell'invecchiamento: una categoria professionale caratterizzata da un'età mediamente elevata è più difficile da "manipolare", sia

sul piano collettivo che individuale, così come è difficile che un medico tra i 50-60 anni (e sono i più numerosi) possa mettersi, ad esempio, a lavorare con altri non in base al modello tradizionale di collaborazione che c'è sempre stato, ma in un modo nuovo in cui quasi si rischia di perdere la titolarità del caso.

In buona sostanza, è un intero "mondo" che va cambiato, il proprio modello professionale (cosa il medico ha studiato, come ha impostato la pratica ed il rapporto coi pazienti, quali criteri diagnostici segue e come affronta le terapie) e più si è avanti negli anni più diventano difficili il cambiamento e la disponibilità a farlo.

### 10.3. L'indagine: i risultati<sup>5</sup>

Il punteggio dato alla conoscenza dell'importanza dei fattori illustrati nella Figura 10.1 è stato abbastanza elevato (oltre 7) per tutti.

Analizzando la profilazione per età, si osserva che anche se tutti i medici attribuiscono grande importanza ai fattori che riguardano le malattie croniche e lo sviluppo dell'informatica, lo fanno di più i giovani (fino a 45 anni) rispetto ai medici più anziani (oltre i 61 anni).

Nella Figura 10.2 viene illustrato come il 70,6% dei medici ritenga di aver acquisito e di saper usare «molto o abbastanza» le sue capacità "come sono oggi" (e non come si ritiene siano "domani").

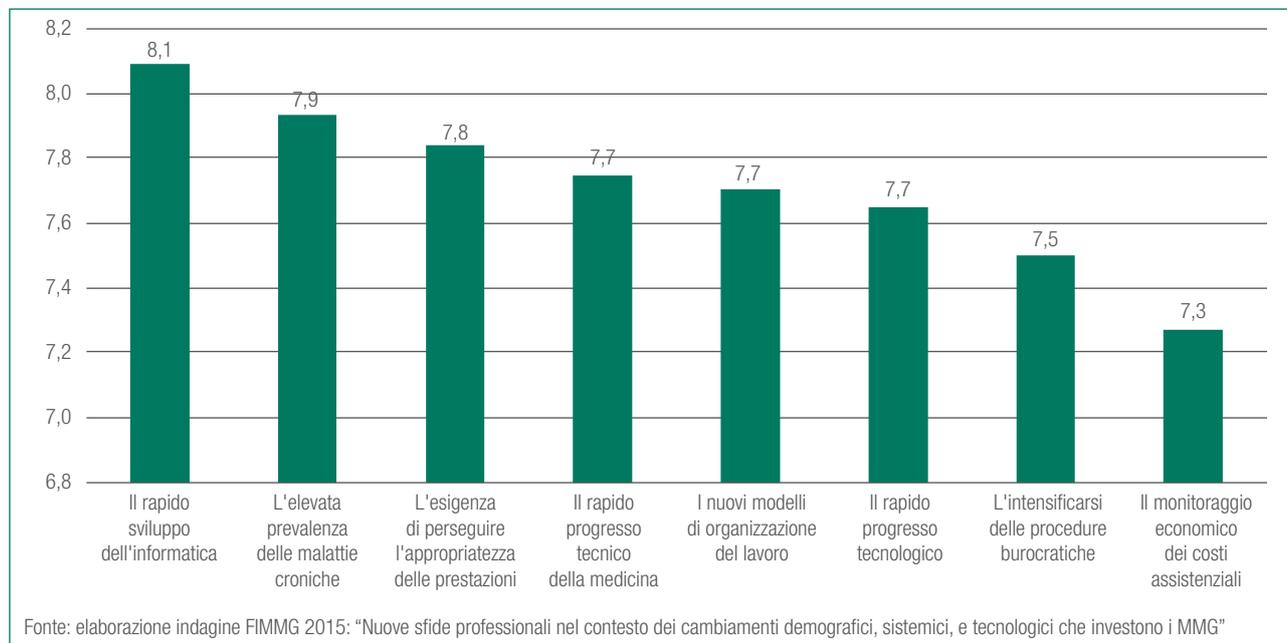
Un quadro positivo dunque, ma è di un certo interesse il giudizio di "sufficienza" espresso dal 27,3%, ossia un quarto.

Si può riassumere l'orientamento che sembra emergere dai dati affermando che: "Se le competenze sono quelle di oggi e basta, i medici le hanno; se, invece, si guarda alle competenze in rapida trasformazione e sviluppo, una quota di medici non si sente ancora di aver completato il percorso formativo". Non appaiono differenze significative secondo le caratteristiche dei medici.

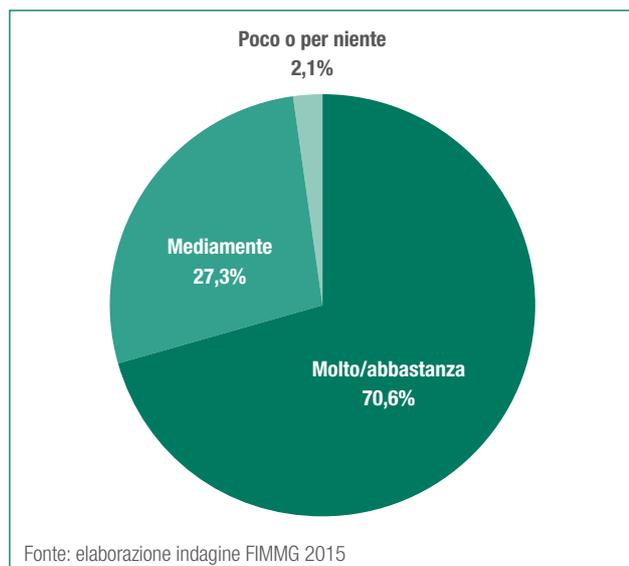
La Figura 10.3 descrive la disponibilità ad adattarsi alle nuove circostanze da parte dei medici.

<sup>5</sup> Per maggiori dettagli e per consultare le tabelle di dettaglio dei risultati, si veda il Report completo "Anche i medici invecchiano: problemi emergenti e sfide per i medici di medicina generale" a cura del Centro Studi FIMMG, presentato al 71° Congresso Nazionale FIMMG-METIS 5-10 Ottobre 2015

**Figura 10.1.** Risposta, in valori medi (scala da 1 a 10), alla domanda: “In che misura pensi che i seguenti fattori comporteranno, per i MMG, la necessità di acquisire nuove, diverse e più ampie competenze, capacità e abilità professionali e tecniche?”



**Figura 10.2.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Riflettendo sulle tue capacità e abilità professionali come sono oggi, sia che si tratti di quelle cliniche che di quelle non cliniche (quali ad esempio quelle informatiche, quelle di analisi dei dati, quelle economiche, ecc.), in che misura valuti di averle acquisite e di saperle efficacemente utilizzare?”



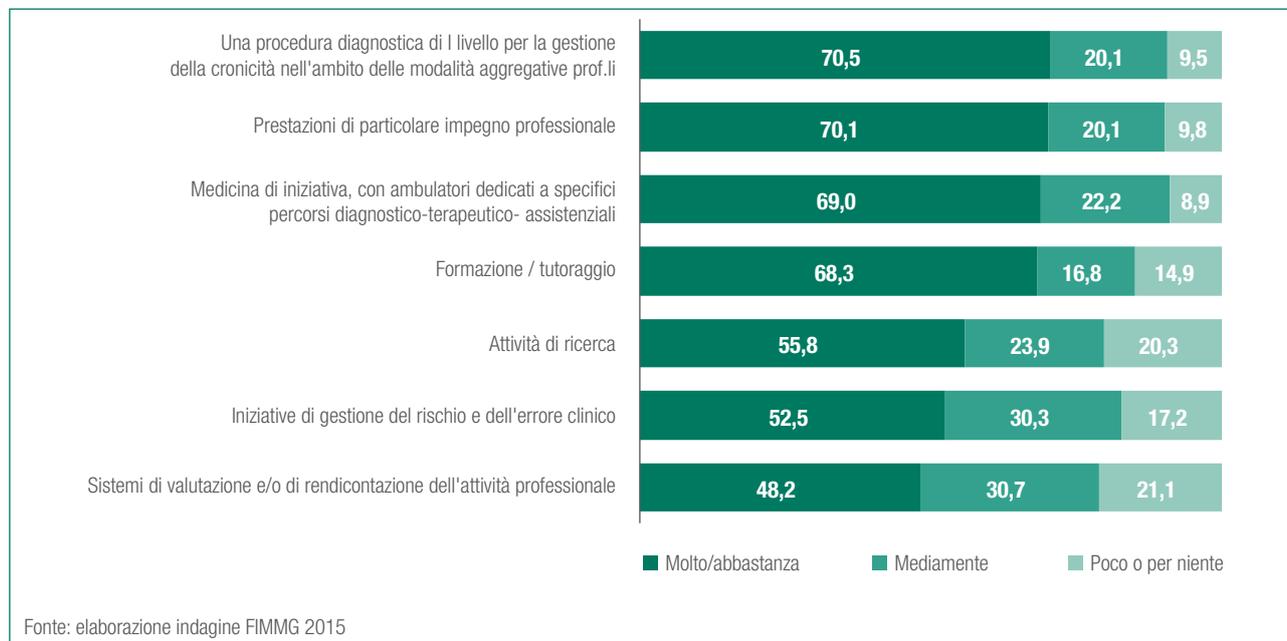
Rispetto alle circostanze prese in considerazione, di seguito si evidenzia la percentuale di medici che espri-

me un'elevata (molto-abbastanza) disponibilità, incrociandola con le caratteristiche dei medici stessi (riportate tra parentesi):

- una procedura diagnostica di primo livello per la gestione della patologia cronica nell'ambito delle modalità aggregative della professione: 70,5% (i medici giovani del nord-est sono quelli più disponibili);
- formazione/tutoraggio: 68,3% (sono mediamente più disponibili i medici anziani del nord-ovest);
- sistemi di valutazione e/o di rendicontazione dell'attività professionale: 48,2% (sono molto disponibili i medici fino a 45 anni di età);
- medicina di iniziativa, con ambulatori dedicati a specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali: 69,0% (soprattutto i medici fino a 45 anni di età);
- prestazioni di particolare impegno professionale: 70,1% (sono molto disponibili i medici fino a 45 anni di età);
- iniziative di gestione del rischio e dell'errore clinico: 52,5% (in particolare i medici fino a 45 anni di età);
- attività di ricerca: 55,8% (sono molto disponibili i medici fino a 45 anni di età).

Se si considera che circa un quarto dei medici dichiara una disponibilità media, si può concludere che

**Figura 10.3. Risposta, in valori %, alla domanda: “Ritieni che riusciresti a metterti in gioco per adattarti ai nuovi scenari organizzativi e operativi, laddove ti venisse richiesto di interessarti di:”**



il comune sentire dei medici è favorevole all'ipotesi di impegnarsi in ruoli e funzioni nuove o emergenti come necessarie. Si può però anche intravedere, nei dati, qualche differenza.

La disponibilità dei medici rispetto ai sistemi di valutazione e rendicontazione dell'attività professionale e alle iniziative di gestione del rischio e dell'errore clinico è percentualmente inferiore (rispettivamente 48,2 % e 52,5%), nella risposta “molto/abbastanza”, rispetto a quella verso gli altri aspetti considerati. Una quota di medici ha optato infatti per un giudizio di “disponibilità media”. Il risultato mostra nel complesso che i medici di medicina generale hanno interesse e desiderio a partecipare al cambiamento e si mettono in gioco al riguardo, ma sui versanti di criticità professionale (valutazione, rendicontazione, errore clinico) appaiono più prudenti. Probabilmente la categoria percepisce che si tratta di questioni delicate e potenzialmente critiche, ritenendo evidentemente necessarie ulteriori riflessioni e, almeno per queste dinamiche, tempi più lunghi di aggiornamento.

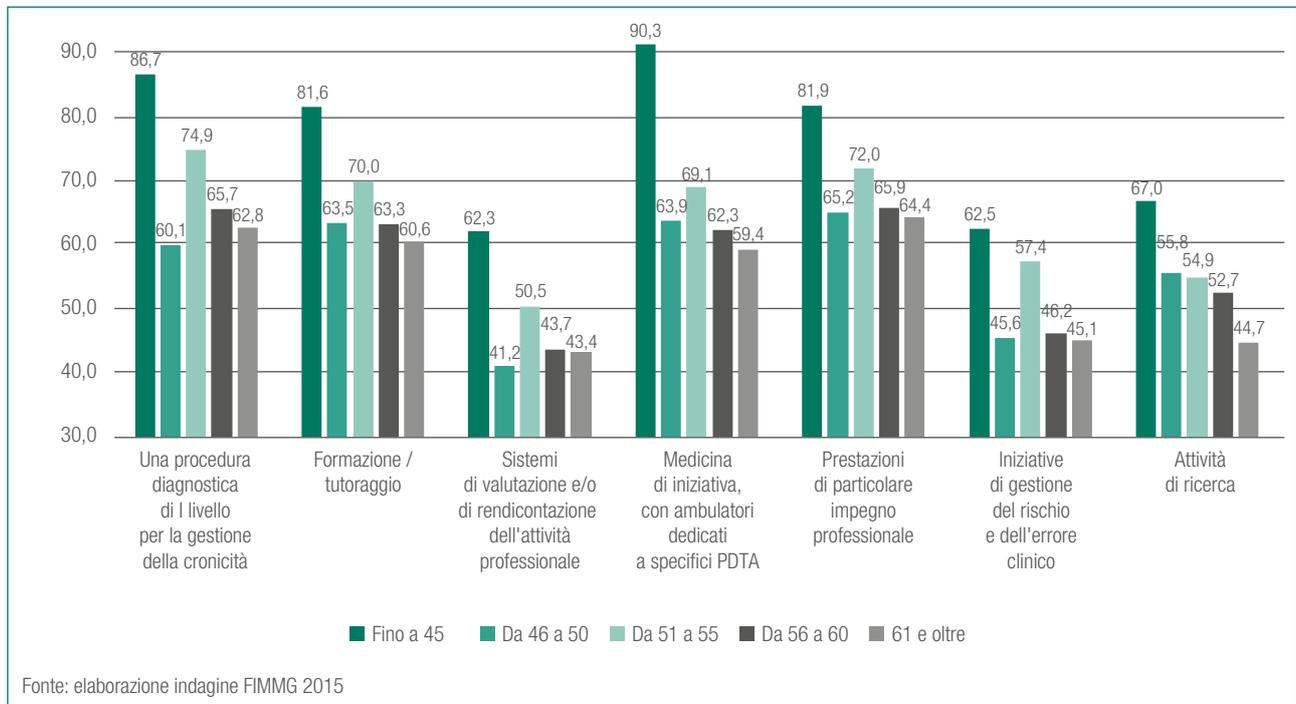
Incrociando questi dati con le caratteristiche dei medici, emerge in sostanza che la maggiore disponibilità a

svolgere mansioni non tradizionali proviene dai medici giovani (Figura 10.4). Questo potrebbe dipendere dal fatto che la loro carriera non si è ancora consolidata e, quindi, sono più facilmente pronti ad avventurarsi nel “nuovo”, oppure che in quanto giovani sono già permeati ad un clima di lavoro diverso da quello dei colleghi anziani; potrebbero anche sentirsi maggiormente preparati e pronti a intraprendere compiti diversi da quelli più tradizionali.

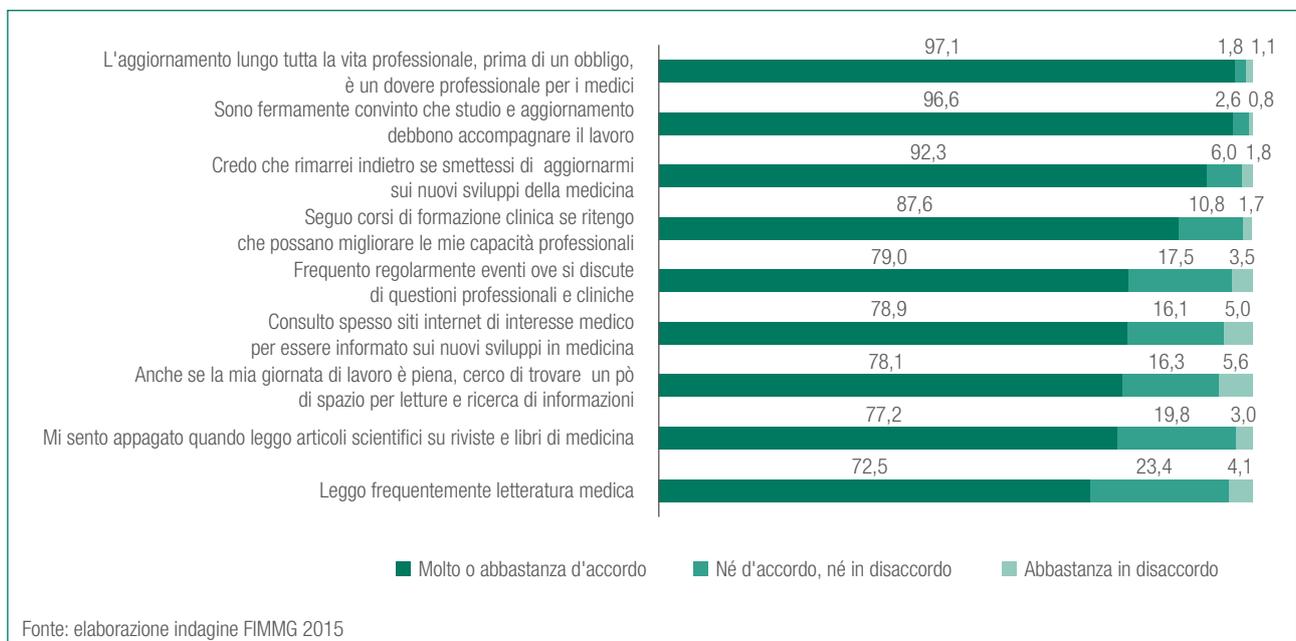
Il *life long learning*, ovvero l'aggiornamento continuo lungo tutto l'arco della vita lavorativa, è ormai entrato nella cultura del lavoro, ma questo comporta ovviamente maggiore *stress* e rischi di incertezza d'identità e di ruolo. Nonostante ciò, i medici si dimostrano complessivamente d'accordo ad affrontare una condizione di studio continuo, ed anzi risultano elevate percentuali di medici che dichiarano di essere “molto d'accordo”.

In particolare, la Figura 10.5 mostra come le percentuali più alte (oltre il 90%) si registrino rispetto all'aggiornamento sentito come obbligo professionale e come prerequisito per non “rimanere indietro” nella propria attività. Le percentuali dell'accordo, rimanendo comunque molto elevate (intorno al 70-75% dei

**Figura 10.4. Distribuzione % per classi di età sulla risposta «Molto/abbastanza» al quesito «Ritieni che riusciresti a metterti in gioco per adattarti ai nuovi scenari organizzativi e operativi, laddove ti venisse richiesto di interessarti di ...»**



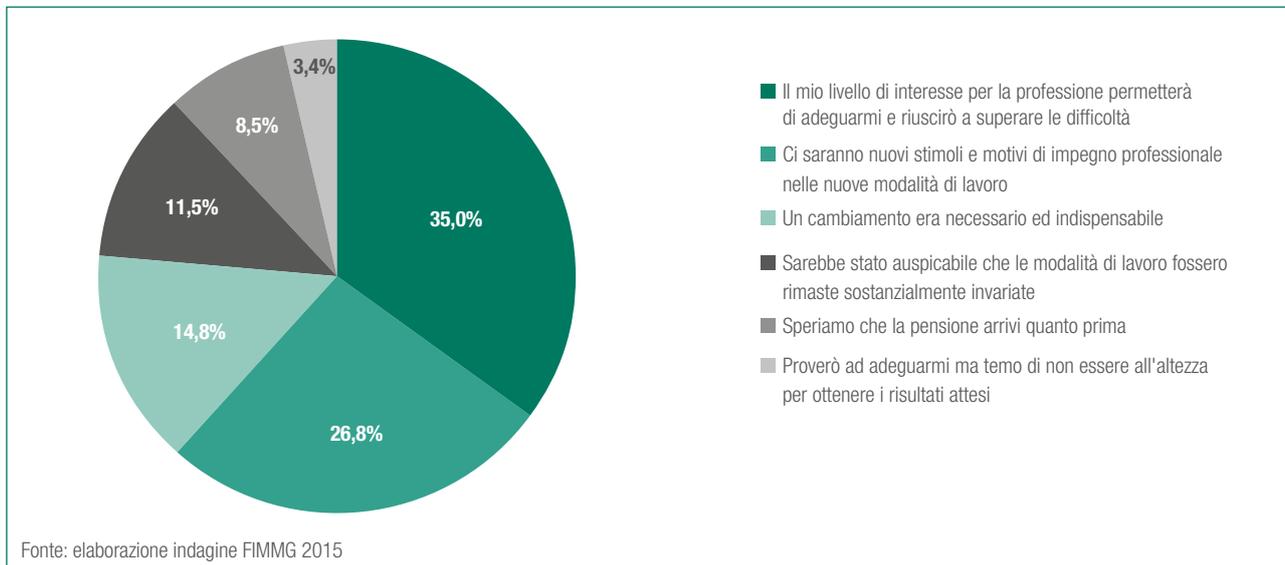
**Figura 10.5. Risposta, in valori %, alla domanda: “In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni?”**



medici), diminuiscono un po' se si scende nello specifico, ad esempio chiedendo se viene dedicato tempo allo studio, alla consultazione e alle letture. In generale

sono ancora i medici giovani che mostrano più interesse e disponibilità per i vari profili dell'adeguamento informativo.

**Figura 10.6.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Quale considerazione ti capita di fare, quando percepisci o osservi che si stanno evolvendo nuovi scenari organizzativi ed operativi dell’assistenza primaria in Italia?”



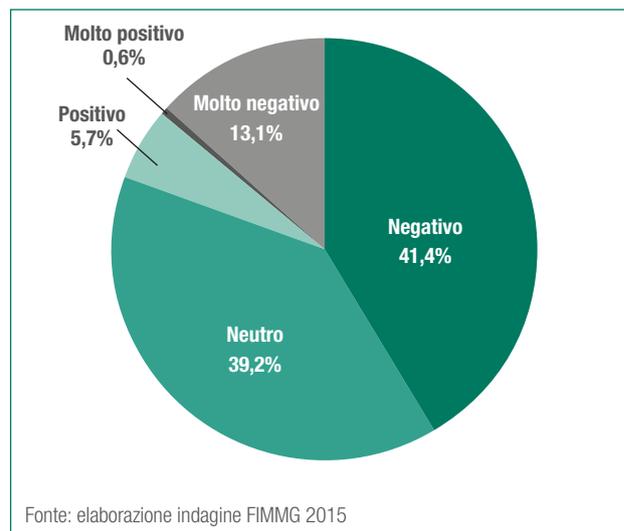
Davanti ad un “futuro prossimo” che non è tutto da iniziare ma già attuale sotto vari aspetti, i medici sembrano poi del tutto consapevoli di essere attori in prima linea. Sono due le considerazioni principali che vengono espresse a tale riguardo (Figura 10.6):

- il 35,0% dei medici è convinto che il proprio livello di interesse per la professione sarà il primo motore che permetterà di superare le difficoltà;
- il 26,8% è certo che esistono nel proprio lavoro gli stimoli e le motivazioni adeguate per affrontare i cambiamenti e svolgere in modo nuovo la propria professione. Il lavoro viene vissuto cioè, non come ostacolo ma come risorsa.

Per quanto concerne l’osservazione che i medici, individualmente e come categoria, invecchiano al pari della popolazione generale, il 54,5% (Figura 10.7) ritiene si tratti di un fenomeno negativo (o molto negativo); di questi, il 73,0% è rappresentato dai medici giovani. Di contro, il 39,2% dei medici (i meno giovani nel nord del paese) lo ritiene un fatto neutro.

Potremmo dire che i medici giovani sono consapevoli che la modifica della struttura demografica avrà un impatto significativo nel cambiamento e sembrano considerarla una questione negativa, mentre i medici più anziani sembra che tendano a sminuirne gli effetti:

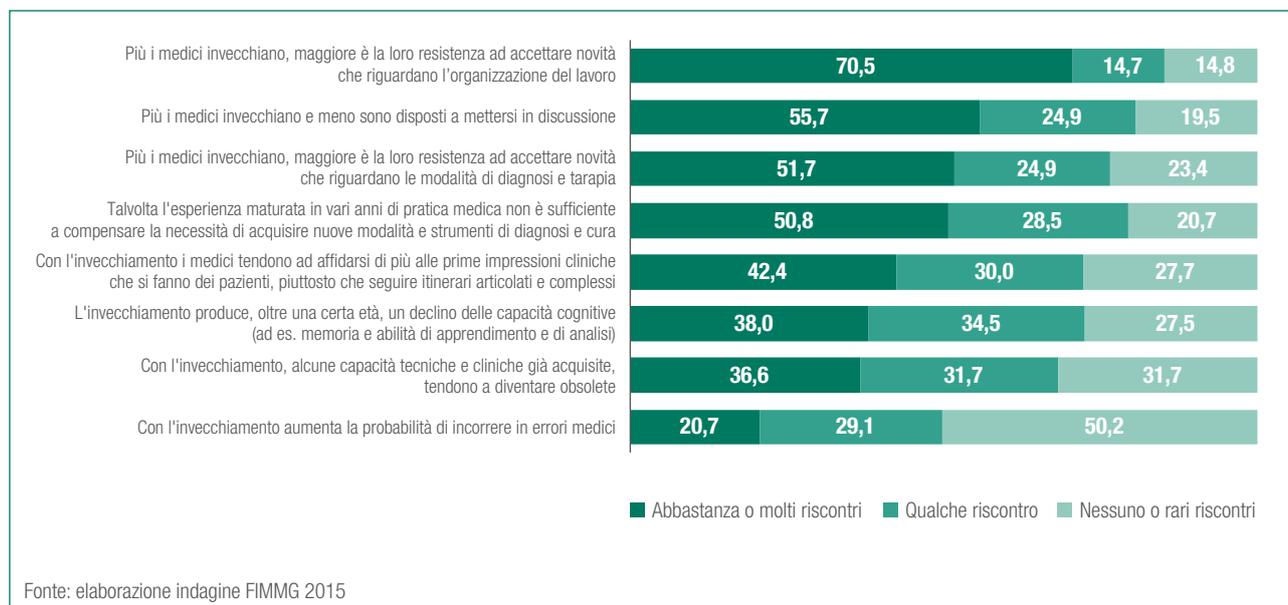
**Figura 10.7.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Tra i cambiamenti in atto, si è osservato che è cambiata e sta ancora cambiando la struttura demografica dei medici in Italia al pari di quella della popolazione generale; anche i MMG sono invecchiati e stanno invecchiando. Ritieni che questo fatto sia di per sé:”



evidentemente hanno fiducia nelle proprie capacità e non temono conseguenze particolarmente negative.

Le conseguenze dell’invecchiamento che i medici maggiormente percepiscono od osservano nella realtà sono (Figura 10.8):

**Figura 10.8. Risposta, in valori %, alla domanda: “Studi ed indagini condotti in vari Paesi in materia di invecchiamento della cosiddetta “forza lavoro medica”, giungono ai seguenti risultati, anche se non sono sempre univoci. In che misura pensi che questi risultati possano trovare un riscontro con quanto tu pensi o senti, e con quanto osservi o sai del lavoro dei colleghi?”**



- la probabilità di incorrere in errori medici non è assolutamente percepita o riscontrata dal 50,2% dei medici;
- il 34,5%, invece, trova un qualche riscontro che con l'invecchiamento si produce un certo declino delle capacità cognitive;
- il 50% circa dei medici percepisce o osserva, con abbastanza o molti riscontri, che con l'invecchiamento cresce la resistenza al cambiamento e che l'esperienza maturata non è del tutto sufficiente a compensare l'acquisizione di nuove capacità cliniche;
- il 70,5% dei medici percepisce od osserva, con abbastanza o molti riscontri, che più i medici invecchiano e maggiore è la loro resistenza ad accettare novità che riguardano l'organizzazione del lavoro.

Queste risposte possono essere lette o come la dimostrazione che i medici sono in realtà pessimisti sulla possibilità di affrontare le inevitabili conseguenze dell'invecchiamento, in relazione soprattutto al deterioramento delle capacità personali e professionali, oppure che una parte dei medici (tra la metà e un terzo) è consapevole del fenomeno, ma è certo che tali conseguenze possano essere superate.

È interessante l'osservazione della fascia di età di coloro che hanno dato queste risposte; il dato che si ripete per ogni tipo di conseguenza proposta nel questionario è il medesimo: sono i giovani medici a confermare con decisione di essere consapevoli e preoccupati delle varie conseguenze dell'invecchiamento della categoria.

Si profila una vera e propria differenziazione generazionale: i giovani appaiono più aperti alle novità, più disponibili alle innovazioni e più consapevoli delle questioni che l'invecchiamento della categoria comporta: tra un terzo e la metà dei medici mostra molta consapevolezza delle conseguenze dell'invecchiamento sui diversi *items*, ed un altro terzo circa dichiara di averne osservato già un qualche riscontro. Questo significa che la categoria nel suo insieme ed in una elevata percentuale è informata, vigile e consapevole; in questo quadro emerge poi che i più giovani si riconoscono maggiormente in tale giudizio.

In conclusione si potrebbe affermare che le differenze generazionali esistono, ma in un quadro di valutazione ed opinione consensuale.

Un altro aspetto molto interessante è dato dal pensiero dei medici circa il rapporto tra cambiamento siste-

mico, innovazione, competenze, invecchiamento e abilitazione. Il fattore demografico complica infatti il quadro, in quanto invecchiare non è solo un evento sociale ma anche un evento naturale. I medici in larga maggioranza lo sanno, lo vedono e lo “confessano”: capacità cognitive, forza fisica, minor resistenza, consolidamento degli schemi d’azione (il modo in cui il medico è abituato a condurre diagnosi e cure) possono rappresentare elementi significativi di bias e di rischio professionale. Si pone quindi la questione di fino a che punto l’obbligo dell’aggiornamento continuo possa da solo compensare i lati negativi di questi fenomeni, ovvero se sia sufficiente studiare e formarsi in modo tradizionale, oppure, a difesa dell’integrità professionale dei medici stessi, della sicurezza dei pazienti e dell’efficienza del sistema, non sia da escludersi la possibilità di andare soggetti ad una sorta di “ri-abilitazione” professionale.

La Figura 10.9 mostra come quasi il 30% dei medici veda negativamente questa possibilità (soprattutto i medici oltre i 56 anni: il 42,6% di quelli da 56 a 60 anni ed il 47,2% dei medici oltre 61 anni), mentre una pari percentuale è neutra al riguardo e quasi il 40% la vede positivamente (tra cui prevalgono i medici giovani: la

pensa così il 51% circa dei medici fino a 45 anni rispetto al 40% del totale).

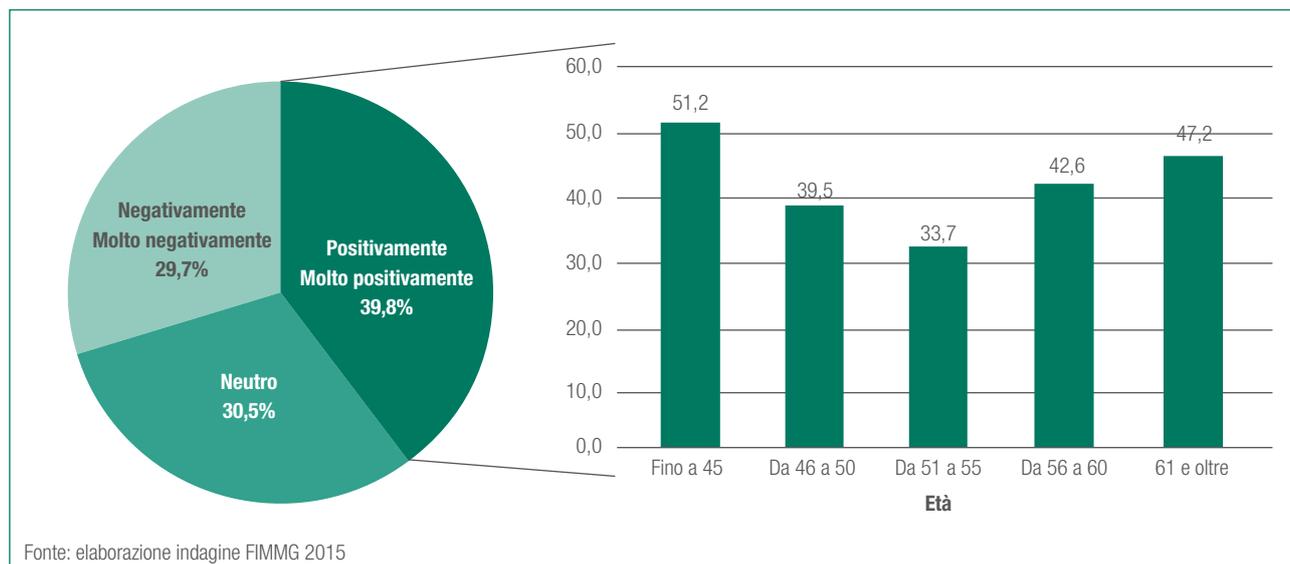
Potrebbe stupire che sia prevalente la quota dei medici che hanno una visione positiva al riguardo, mentre non stupisce che giovani e meno giovani medici si differenzino di più al riguardo, anche se si tratta di differenze percentuali non tali da far ritenere che vi sia un contrasto abissale di giudizio.

Sotto il profilo operativo si pone comunque, data la problematicità del quadro emergente, la necessità di trovare soluzione all’invecchiamento della categoria. Le ipotesi sul tappeto sono riconducibili a programmi ed interventi fondati su una maggiore flessibilità dei ruoli e delle mansioni e su un diverso modo di concepire l’uscita dal mondo del lavoro (almeno nella forma del lavoro convenzionato come è oggi).

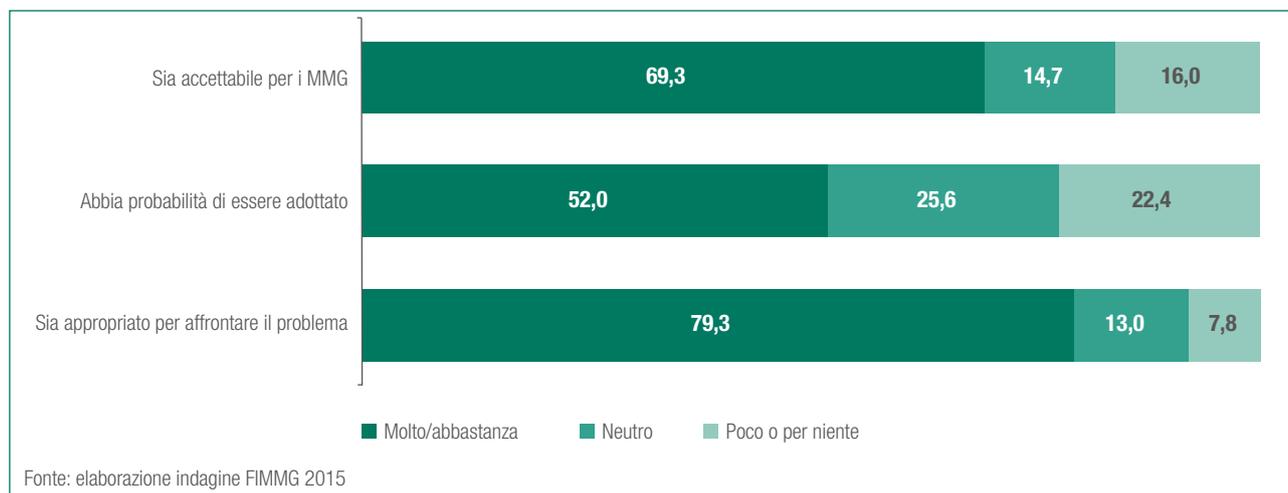
La Figura 10.10 illustra cosa pensano i medici relativamente al fatto che quelli più anziani vadano coinvolti in programmi di *partnership* con i medici più giovani ai quali, giorno per giorno, possano trasferire la loro esperienza e svolgere nei loro riguardi una funzione di tutoraggio.

Il 79,3% ritiene questo tipo di intervento appropriato

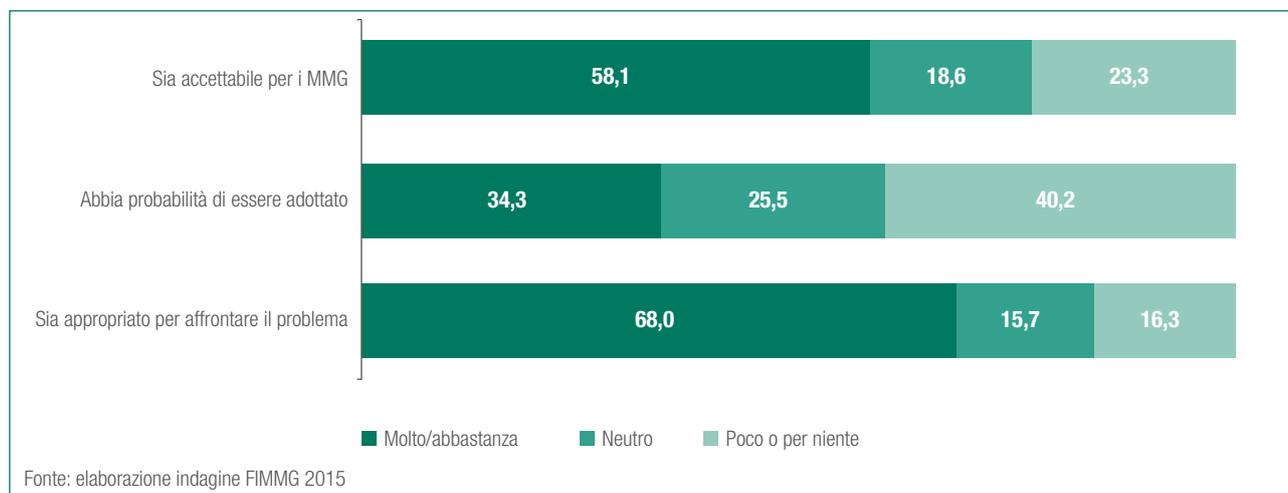
**Figura 10.9. Risposta, in valori %, alla domanda «Come valuti il fatto che, in taluni paesi, i medici non possono limitarsi a frequentare corsi di formazione ma debbono periodicamente sottoporsi a controlli e procedure inerenti l’abilitazione alla pratica medica?», in generale e, per quanto attiene alla risposta «Positivamente – Molto positivamente», nella popolazione dei medici stratificati per classi di età**



**Figura 10.10. Orientamento, in valori %, rispetto alla affermazione: “I medici più anziani vanno coinvolti in programmi che prevedono la *partnership* con i medici più giovani ai quali, giorno per giorno, possono trasferire la loro esperienza e svolgere nei loro riguardi una funzione di tutoraggio:”**



**Figura 10.11. Orientamento, in valori %, rispetto alla affermazione: “Per medici più anziani possono essere predisposte e concordate soluzioni flessibili di lavoro con funzioni e compiti diversificati (ad es. attività svolte prevalentemente in studio) o riduzione dell’orario lavorativo con accesso anticipato a parziali prestazioni pensionistiche:”**



(soprattutto giovani e medici del Centro-Sud); il 52,0% ritiene che questo tipo di intervento abbia probabilità di essere adottato (ne sono consapevoli i medici più anziani); il 69,3% ritiene questo tipo di intervento accettabile da parte della categoria.

Se su questo punto si può affermare che il consenso è evidente, appropriato e accettabile, dubbi sorgono invece in termini di applicazione di tale intervento: solo la metà dei medici pensa che esso venga nei fatti adottato. Se però si somma alla metà il 25% dei medici che ha

un’opinione neutra (che non è, comunque, evidentemente negativa), il quadro appare più confortante.

Quando poi si ripropone ai medici, allo stesso modo, di pronunciarsi in merito all’ipotesi di modulazioni sull’uscita dal lavoro dei medici più anziani, favorendo così un precoce inserimento nella professione dei più giovani, si ottiene che (Figura 10.11):

- il 68,0% dei medici ritiene appropriato questo tipo di intervento (e sono lievemente di più medici anziani, donne, del Nord-Est);

- il 58,1% lo ritiene accettabile (anziani e donne sono lievemente di più);
- il 34,3% ha dubbi sull'adozione di questo tipo di provvedimento (sono soprattutto donne e anziani e anche i giovani medici).

Per quanto concerne il ruolo di tutoraggio verso i medici giovani e l'uscita flessibile dal lavoro, è quindi alta la percentuale di chi ritiene appropriato l'intervento, mentre è più ridotta quella di coloro che lo ritengono accettabile e di coloro che hanno dubbi sulla probabilità di attuazione.

Queste percentuali potrebbero significare che i medici ammettono che, stante la situazione e l'ordine dei problemi emergenti, occorre fare qualcosa e che il tipo di interventi ipotizzati è appropriato, ma l'accettabilità è un'altra questione. Essa riguarda l'intervento come causa di modifica del proprio status, ed è normale attendersi che, sotto questo profilo, la quota del consenso diminuisca: la metà dei medici dichiara comunque di essere d'accordo sull'accettabilità dell'intervento. Che si abbiano dubbi sull'adozione dell'intervento pare un risultato ragionevole; lo esprime un terzo dei medici, presumibilmente, per scetticismo sull'efficienza dei *policy makers* e, forse, anche per le resistenze che rischiano di materializzarsi in fase di realizzazione.

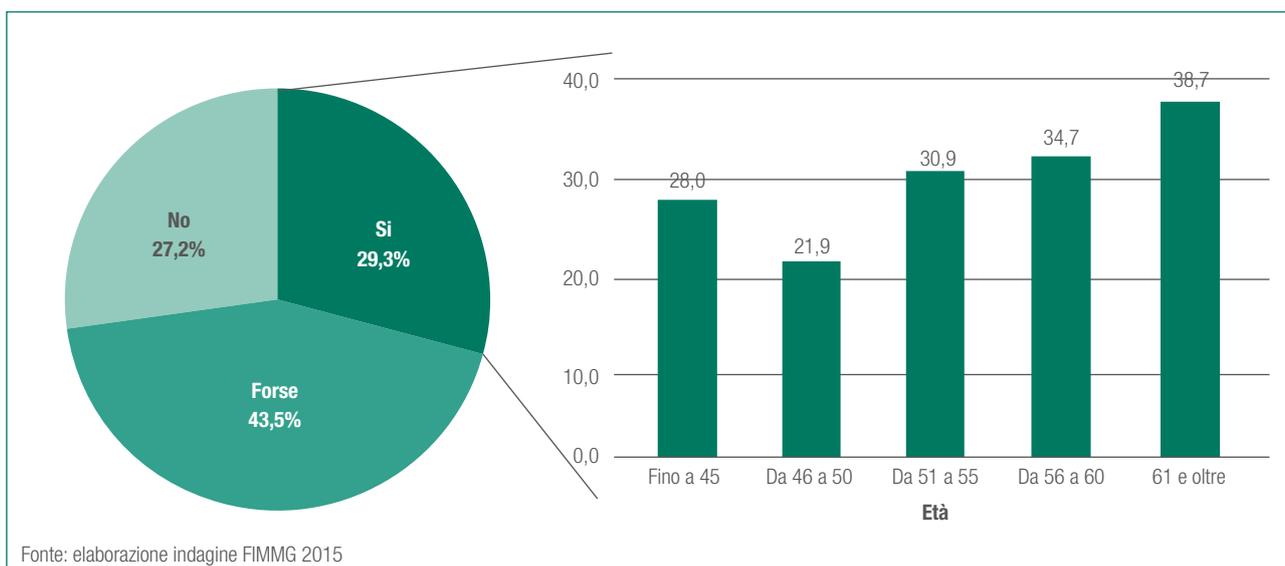
Con riferimento all'uscita dal lavoro, i medici pensano

di andare in pensione intorno ai 67 anni, sostanzialmente attenendosi alle regole previdenziali vigenti. Questi risultati vanno letti insieme a quelli della domanda successiva, in cui si chiedeva al medico se, dopo il pensionamento, pensava di continuare a lavorare. La risposta è stata affermativa per un terzo dei medici (29,3), negativa per circa un altro terzo (27,2%). La maggior parte dei medici (43,5%) è in "forse". Si può cioè ragionevolmente sostenere che circa la metà dei medici (chi ha risposto affermativamente ed una parte di quelli che hanno detto "forse") continuerà a lavorare (i medici oltre i 55 anni, del Sud e che hanno assistiti tra i 1.000 e i 1.500, cioè, che non sono sottoposti, per così dire, a carichi di lavoro eccessivi, oppure perché ritengono di avere bisogno di maggiori risorse economiche dato il livello inferiore di ricchezza nel Sud del Paese) (Figura 10.12).

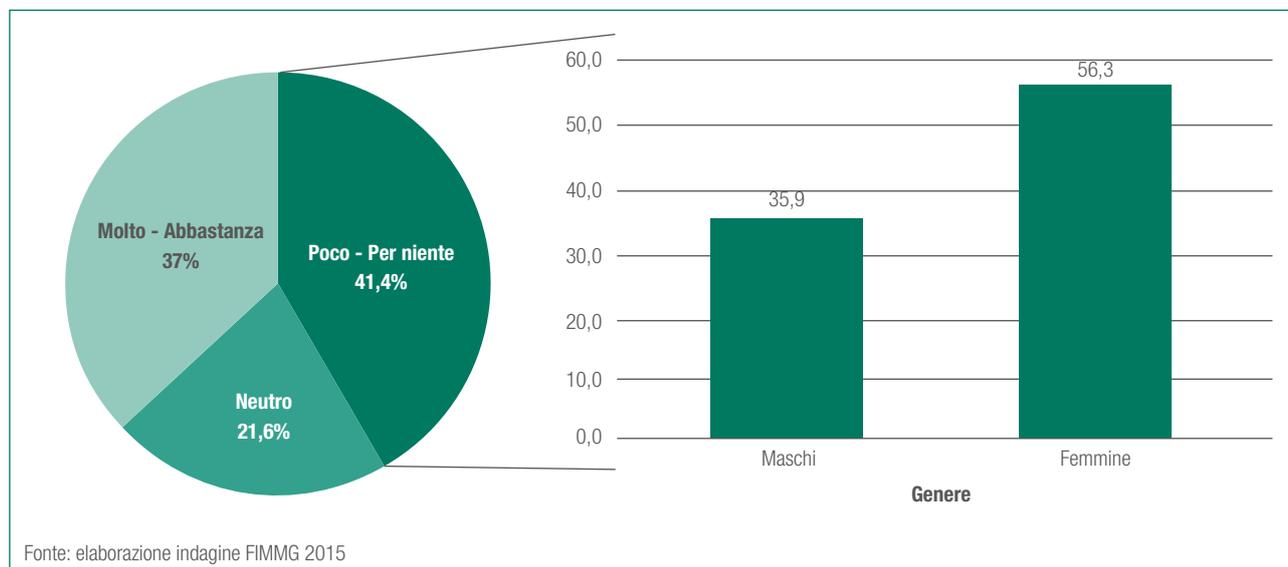
Questi risultati sono coerenti sul giudizio che i medici esprimono a proposito dell'adeguatezza dell'età vigente di pensionamento (Figura 10.13). Il 37% circa la ritiene adeguata (molto e abbastanza), mentre il 41,4% è di opinione contraria (il 56,3% delle femmine ed il 35,9% dei maschi). È neutro, quindi non esprime opinioni precise, il 21,6% dei medici.

Considerati i risultati nel complesso, sembrerebbe che vi siano spazi per re-intervenire sui regolamenti pen-

**Figura 10.12.** Risposta, in valori %, alla domanda «Pensi che dopo la pensione vorrai continuare a lavorare in un qualche ambito della tua professione?», in generale e, per quanto attiene alla risposta «Sì», nella popolazione dei medici stratificati per classi di età



**Figura 10.13.** Risposta, in valori %, alla domanda «In che misura ritieni adeguato, per le tue aspettative, il limite di età in cui ti è consentito di andare in pensione?», in generale e, per quanto attiene alla risposta «Poco – Per niente», nella popolazione dei medici stratificati per genere



sionistici, sia per la presenza di una quota non trascurabile di medici che intende continuare a lavorare, sia perché da molti non viene comunque ritenuta adeguata l'attuale età pensionabile rispetto alle proprie aspettative. Esiste, in altri termini, uno spazio di intervento di *policy*, considerando soprattutto l'opportunità di riprogrammare l'uscita dal lavoro attraverso cambiamenti consensuali di ruoli, di mansioni e di ipotesi di flessibilità.

## 10.4. Conclusioni

Il tema dell'avanzamento dell'età della categoria dei medici, e dunque anche dei MMG (sono pochi i medici di base *under 45* anni), assume dimensioni ed aspetti particolarmente rilevanti, in un momento in cui si delineano nuovi scenari organizzativi ed operativi imposti dai cambiamenti tecnologici, sistemici e socio-economici in atto.

Alla luce di queste considerazioni, il Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) ha realizzato una indagine per rilevare come i medici percepiscano tali fenomeni e quale sia la loro opinione e valutazione sulle conseguenze che ne derivano, in prospettiva delle riorganizzazioni e delle nuove sfide che vanno delineandosi.

I principali risultati possono essere così riassunti come segue:

- il rapido sviluppo dell'informatica, la crescente prevalenza delle patologie croniche e le pressanti esigenze di appropriatezza nelle scelte professionali, costituiscono per un'alta percentuale di MMG (soprattutto per i più giovani) le spinte maggiori per aggiornare le proprie capacità e competenze;
- in grande maggioranza (70,6% del campione) i MMG giudicano, comunque, di essere stati in grado di acquisire «molto», nel corso della propria vita professionale, nuove capacità e competenze (cliniche e non cliniche, come quelle informatiche, di analisi di dati, economiche, etc.) e di saperle efficacemente utilizzare; il 27,3% solo «mediamente»;
- i MMG ritengono di riuscire a mettersi adeguatamente in gioco rispetto a possibili nuovi scenari operativi ed organizzativi; le fasce di età più giovani della professione dimostrano, su questi aspetti, interessi e disponibilità nettamente superiori;
- i MMG sono complessivamente d'accordo ad affrontare una vita che è accompagnata dallo studio continuo (*life long learning*); circa il 97% pensa "molto o abbastanza" sia un dovere professionale prima che un obbli-

go, ma più bassa è la percentuale dei medici che dedica tempo a studio e letture (il 72,5% legge frequentemente letteratura medica (“molto o abbastanza”), mentre il 78,1% dei medici cerca di trovare, durante la giornata, uno spazio per lettura e ricerca di informazioni;

- i medici hanno interesse e desiderio a partecipare al cambiamento e si mettono in gioco, ma sui versanti di criticità professionale (valutazione, rendicontazione, errore clinico) appaiono più prudenti (più gli anziani che i giovani);
- il 39,8% valuta comunque positivamente il fatto che in alcuni Paesi i medici siano sottoposti a controlli periodici sull’abilitazione alla professione; sono soprattutto i giovani ad esprimere questo giudizio (il 51,2% dei medici fino a 45 anni);
- rispetto al fenomeno dell’invecchiamento della categoria professionale viene espresso un giudizio «*Molto negativo – Negativo*» dalla maggioranza dei medici (54,5%), soprattutto dai più giovani e «*Neutro*» dal 39,2%;
- emerge una diffusa consapevolezza (espressa soprattutto dai medici giovani) sul fatto che con l’avanzare dell’età i medici possano dimostrare una maggiore resistenza ai cambiamenti organizzativi, a «mettersi in discussione», ad accettare novità sulle modalità di diagnosi e terapia («*Abbastanza/Molti riscontri*» rispettivamente per il 70,5%, 55,7% e 51,7% del campione);
- un ampio consenso, senza sostanziali differenze per fasce di età, viene registrato rispetto a programmi di integrazione lavorativa tra i medici più anziani e quelli più giovani, dove gli uni possano trasferire la loro esperienza e svolgere una funzione di tutoraggio sugli altri; più scettici appaiono i medici con un minor numero di assistiti;
- l’ipotesi di disporre di soluzioni lavorative flessibili che favoriscano un accesso anticipato a parziali prestazioni pensionistiche e un più rapido inserimento di forze giovani nella professione, viene giudicato «*appropriata per risolvere il problema*» dal 68,0% del campione (soprattutto medici anziani, donne, del Nord-Est), anche se solo il 34,3% pensa che possa essere realizzata (forse perché l’intervento è causa di modifica del proprio status);
- il 29,3% del campione afferma di voler continuare ad esercitare la professione anche dopo il pensionamento;
- l’attuale limite di età pensionabile è giudicato adeguato solo dal 37,0% del campione; il 41,4% lo giudica poco o per niente adeguato (questo giudizio è espresso dal 56,3% delle donne).

In buona sostanza, l’indagine condotta evidenzia come i medici percepiscano le spinte per aggiornare capacità e competenze, trainati su questo dalla parte più giovane della categoria, rendendosi potenzialmente disponibili ad affrontare il cambiamento, anche se talmente articolato da incidere sugli aspetti identitari della professione.

Si tratta però di processi evolutivi complessi, di cui la categoria, come visto, condivide sostanzialmente le esigenze, per i quali risulta inevitabile che i momenti di trasformazione e adattamento avvengano con la partecipazione degli stessi medici.

## Riferimenti bibliografici

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) – Centro Studi (2015), *Indagine “Nuove sfide professionali nel contesto dei cambiamenti demografici, sistemici, e tecnologici che investono i MMG”*, maggio-giugno 2015



## *Chapter 10 – Summary*

### **Primary care:**

ageing of general practitioners, emerging problems  
and new challenges



## Chapter 10 - Summary

### Primary care: ageing of general practitioners, emerging problems and new challenges

Misericordia P.<sup>1</sup>, Piperno A.<sup>2</sup>, Giordani C.<sup>3</sup>

Population aging is a very recurrent theme in Italy, and it has been debated for years. An aspect that has been neglected in the debate is the one regarding aging within the category of professionals: an aspect that has remarkable social, economic and care implications.

In the professional category of physicians (and therefore even that of General Practitioners – GPs) the issue assumes particularly relevant dimensions and aspects.

In light of these considerations, Centro Studi della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG, Italian Federation of General Practitioners Studies Centre) has conducted a survey with a sample of general practitioners, between April and June 2015, in order to detect how physicians perceive the said phenomena, their opinion and assessments of the deriving consequences in view of emerging reorganizations and new challenges.

The survey was conducted through an online questionnaire administered to a representative sample of general practitioners. Respondents totalled 1,007 but results are referable to approximately 48,000 general practitioners working for the SSN (Italian National Health System).

The principal results may be summarized as follows:

- the rapid development of information technology, the growing prevalence of chronic disease and the pressing need for appropriateness in career choices constitute for a high percentage of GPs (especially of a younger age) the greatest incentives for upgrading their skills and competencies;
- the vast majority (70.6% of the sample) of GPs believe that over the course of their professional career they have been able to acquire «a lot» of new skills and competencies (both clinical and non-clinical, such as computer skills, data analysis, economic skills, etc.) and the capability to use these effectively; 27% answered only «average»;
- GPs believe they can get into play when dealing with possible new operational and organizational scenarios; younger age brackets in the profession have demonstrated a markedly higher degree of interest and availability pertaining to these issues;
- on the whole, GPs agree in conducting a life accompanied by continuous studies (*life-long learning*); 97% believe this is a professional duty before being an obligation, but the figure relating to physicians who devote their time to studying and reading is lower – about 75%;
- physicians have an interest and a will to participate in change and are apt to put themselves into play, whereas regarding the aspects of professional criticality (assessing, reporting, clinical error) they seem to be more cautious (senior physicians more than younger ones);
- in any case, 39.8% are however positive about the fact that in some countries physicians have to undergo periodic assessments of professional qualifications;
- with regards to the phenomenon of aging in their professional category, «*Very negative – Negative*» judgement was expressed by the majority of physicians (54.5%), especially the younger age bracket, and «*Neutral*» was expressed by 39.2%;
- widespread awareness emerges (especially ex-

<sup>1</sup> Centro Studi Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG, Italian Federation of General Practitioners Studies Centre)

<sup>2</sup> Federico II University of Naples

<sup>3</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

pressed by younger physicians) regarding the fact that as the age of physicians rises, they might demonstrate growing resistance to organizational changes, to «reconsidering their ideas», to accepting innovations regarding diagnosis and therapy methods («Fair/Many» respectively for 70.5%, 55.7% and 51.7% of the sample);

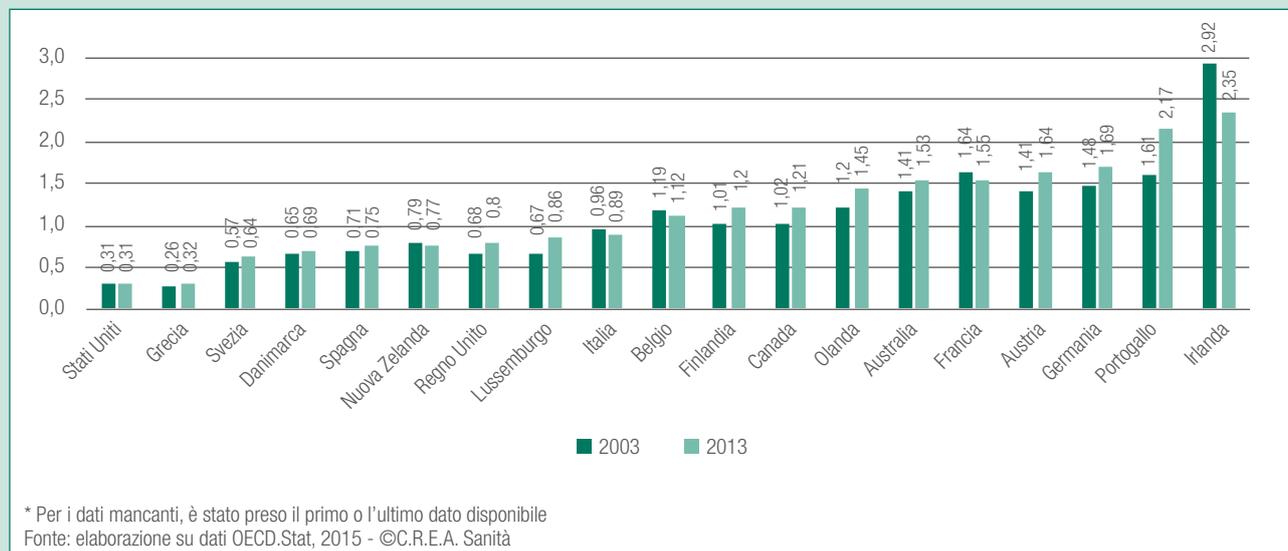
- broad consensus, without substantial differences according to age bracket, has been observed regarding employment integration programmes between older and younger physicians, where expertise can be transferred and tutoring functions can be carried out for other physicians; family doctors with fewer patients seem to be more sceptical;
- the possibility of having flexible working arrangements that foster early access to partial retirement benefits and timelier inclusion of young physicians in the profession, is considered as «*appropriate for solving the problem*» by 68% of the sample (especially elderly physicians, women, from north-eastern

Italy), although only 34.3% believe that these plans might be implemented (perhaps owing to the fact that the intervention would cause a modification in one's status);

- 29.3% of the sample affirms a will to continue with their practice even after retirement;
- the current retirement age is deemed adequate by only 37.0% of the sample; 41.4% considers it hardly or not adequate in the least.

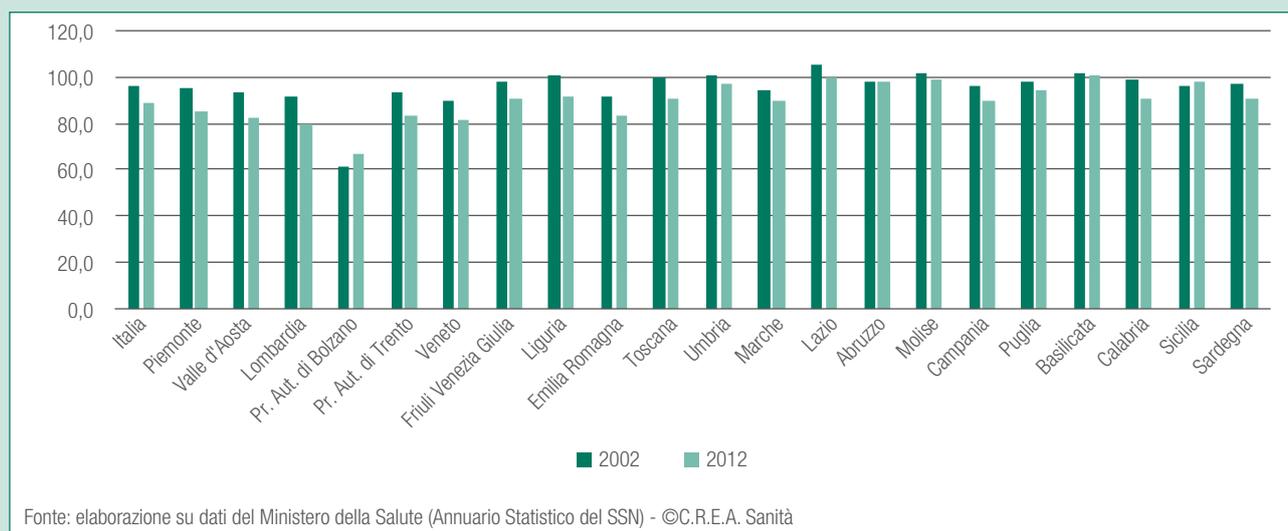
Basically, the survey demonstrates how physicians perceive incentives for upgrading their skills and competencies, spurred by younger members of this category, only potentially making themselves available to deal with change, even one so articulated as to affect the identifying aspects of the profession.

However these are complicated evolutionary processes of which the category, as previously seen, essentially shares the needs, for which it is inevitable that moments of transformation and adaptation can only occur with the participation of physicians themselves.

**KI 10.1. Medici di assistenza primaria in EU15 e altri grandi Paesi OECD - Tasso per 1.000 abitanti, anni 2003 e 2013\***


Questo indicatore prende in considerazione i “medici generalisti” (*generalist medical practitioners*) forniti da OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) all'interno di EU15 e altri grandi Paesi OECD; anche se la definizione potrebbe non essere completamente sovrapponibile a quella in essere in Italia, il dato appare coerente con quello fornito dal Ministero della Salute (Annuario statistico).

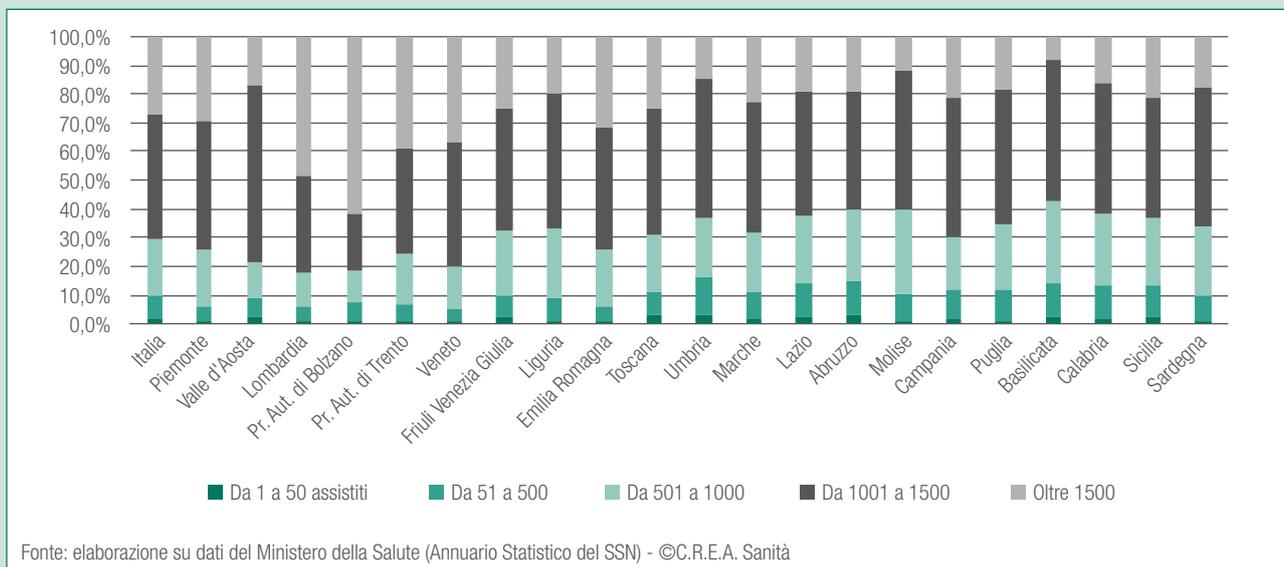
Nel 2013, in Italia ci sarebbero 0,89 medici di assistenza primaria per 1.000 abitanti, con un *trend* in calo (il dato 2003 pari a 0,96 è tuttavia riferito all'anno 2009, primo disponibile). Tra tutti i Paesi di cui si dispone del dato, il nostro si posiziona a metà classifica: sono ben 10 i Paesi con una densità di medici maggiore (2,35 per 1.000 persone in Irlanda, seguita da Portogallo con 2,17 e Germania con 1,69). In fondo alla classifica Stati Uniti, Grecia, Svezia e Danimarca, che non superano il valore di 0,7 per 1.000 abitanti.

**KI 10.2. Medici di Medicina Generale (MMG) - Tasso per 100.000 abitanti *over 15*, anni 2002 e 2012**


Secondo gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute nell'Annuario statistico nazionale, nel 2012 in Italia sono 45.437 coloro che esercitano la professione di medico di medicina generale - MMG in Italia, pari a 89,0 per 100.000 abitanti con età uguale o superiore a 15 anni. Rispetto al 2002, si registra circa il 7% di medici in meno (erano 46.907, pari a 96 per 100.000 abitanti over15).

A livello territoriale non si riscontrano eccessive disparità; nel 2012 si segnalano i due estremi: Basilicata e Lazio (con rispettivamente 100,4 e 100,0 MMG per 100.000 abitanti di 15 anni e +) sono quelli con densità maggiore, mentre il numero inferiore di MMG si registra nella P.A. di Bolzano (66,6 per 100.000). Al di sotto della media nazionale si collocano 7 Regioni, tutte del Nord. E' sempre nelle Regioni settentrionali che si registra il calo più consistente: si segnala il -13,1% della Lombardia. Le uniche Regioni che registrano una variazione positiva nell'ultimo decennio sono la P.A. di Bolzano (+7,9%, ma resta quella col numero inferiore), la Sicilia (+2,0%) e l'Abruzzo (+0,2%).

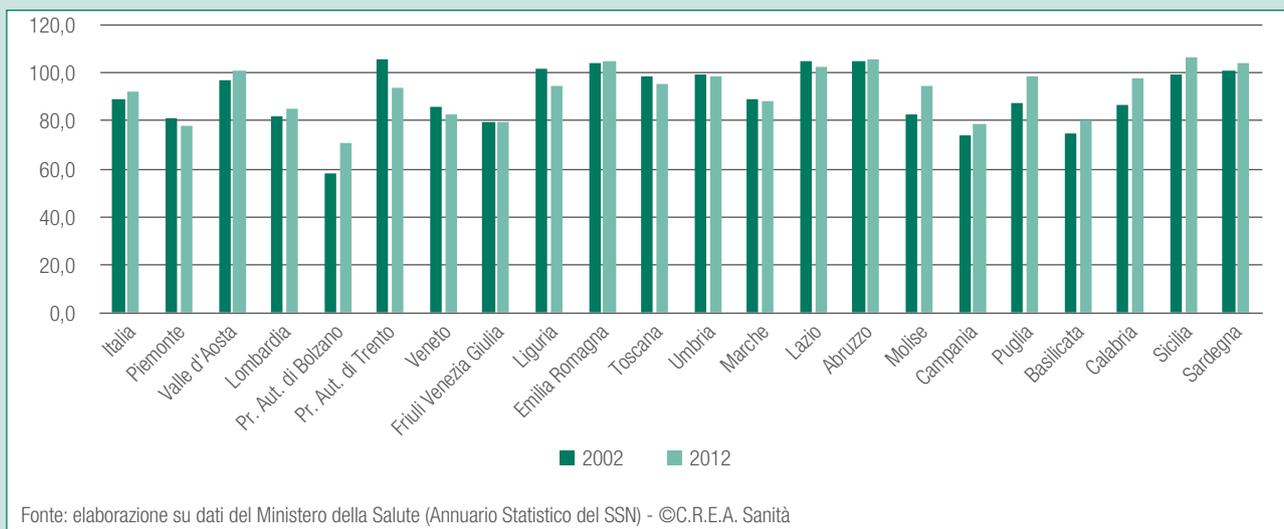
KI 10.3. MMG per classi di scelta - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2012



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN) - ©C.R.E.A. Sanità

L'indicatore mostra come in Italia nel 2012 (ultimo anno disponibile nell'Annuario del Ministero della Salute) la maggior parte dei MMG (42,9%) abbia un carico medio compreso tra 1.001 e 1.500 assistiti, con un trend in discesa nell'ultimo decennio (50,5% nel 2002). Cresce invece la quota dei medici massimalisti (con oltre 1.500 assistiti): essa è pari nel 2012 al 27,3%, mentre si fermava al 15,6% nel 2002. Tale variazione è probabilmente legata all'anzianità dei medici, che con il tempo hanno consolidato il loro carico assistenziale. A livello regionale, si riscontrano delle disparità: la quota di massimalisti nel 2012 arriva al 61,6% nella P.A. di Bolzano, mentre si arresta al 7,8% in Basilicata. In tutte le Regioni meridionali 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.

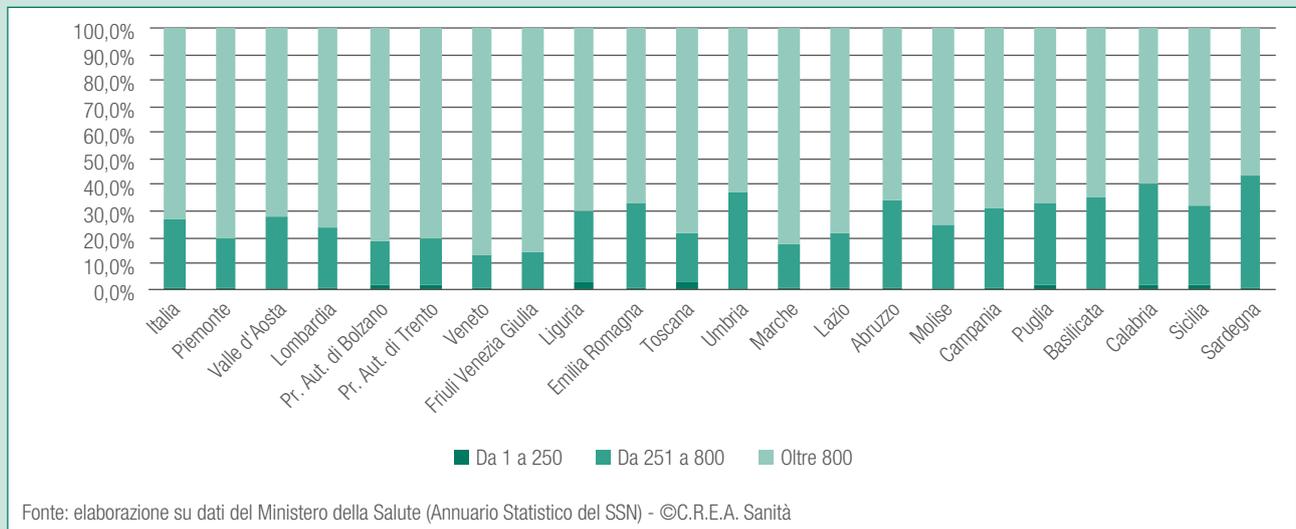
KI 10.4. Pediatri di libera scelta (PLS) - Tasso per 100.000 abitanti fino a 14 anni, anni 2002 e 2012



Fonte: elaborazione su dati del Ministero della Salute (Annuario Statistico del SSN) - ©C.R.E.A. Sanità

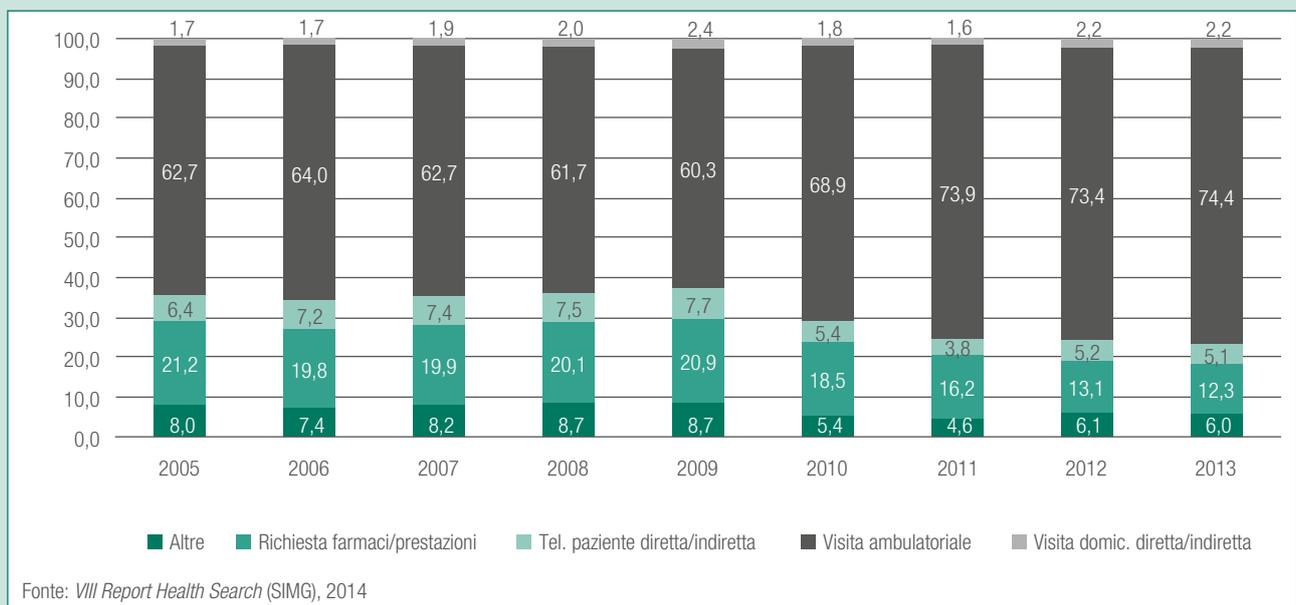
Secondo gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute nell'Annuario statistico nazionale, nel 2012 in Italia sono 7.656 coloro che esercitano la professione di pediatra di libera scelta - PLS in Italia, pari a 92,0 per 100.000 abitanti con età uguale o inferiore a 14 anni. Rispetto al 2002, si registra una variazione positiva del +2,8% (i PLS erano 7.257, pari a 89,5 per 100.000 abitanti under14). A livello territoriale si nota qualche disparità; per il 2012 si segnalano i due estremi: la Sicilia (con 106,6 PLS per 100.000 abitanti con età uguale o inferiore a 14 anni) è la Regione con densità maggiore, seguita da Abruzzo ed Emilia Romagna, 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 7 Regioni, prevalentemente del Nord tranne Marche, Campania e Basilicata. Sono diverse le Regioni che registrano una variazione positiva nell'ultimo decennio; si segnala in particolare la P.A. di Bolzano (+22,8%, ma resta quella col numero inferiore). La diminuzione più consistente nella P.A. di Trento (-10,7%).

**KI 10.5. PLS per classi di scelta - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2012**



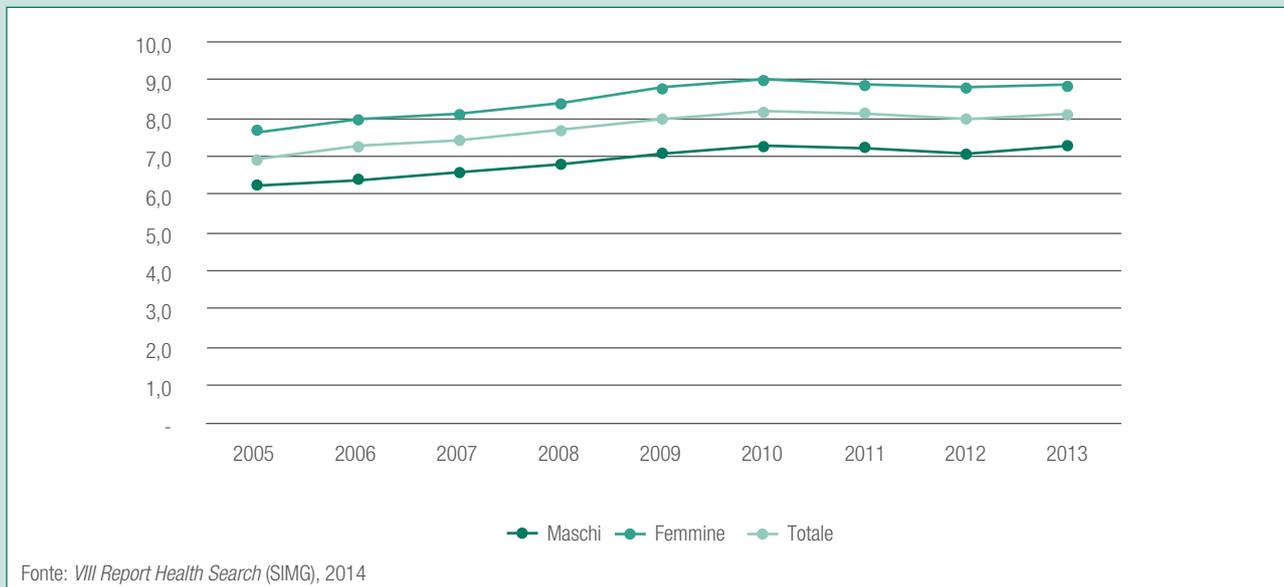
L'indicatore mostra come in Italia nel 2012 (ultimo anno disponibile nell'Annuario del Ministero della Salute) la maggior parte dei pediatri di libera scelta - PLS (73,1%) abbia un carico medio superiore agli 800 assistiti (pediatri massimalisti), con un trend in decisa crescita nell'ultimo decennio (erano il 60,9% nel 2002). Così come per i MMG, tale variazione è probabilmente legata all'anzianità dei medici ed al conseguente consolidamento del carico assistenziale. A livello regionale, si riscontrano delle disparità: la quota di pediatri massimalisti nel 2012 arriva a 87,1% in Veneto, mentre si arresta al 56,3% in Sardegna. In quasi tutte le Regioni meridionali la percentuale è inferiore a quella nazionale (fa eccezione il Molise). Sono in totale 10 quelle che registrano una percentuale di pediatri massimalisti superiore al valore Italia.

**KI 10.6. Tipologia di contatto tra MMG e pazienti - Composizione %, anni 2005-2013**



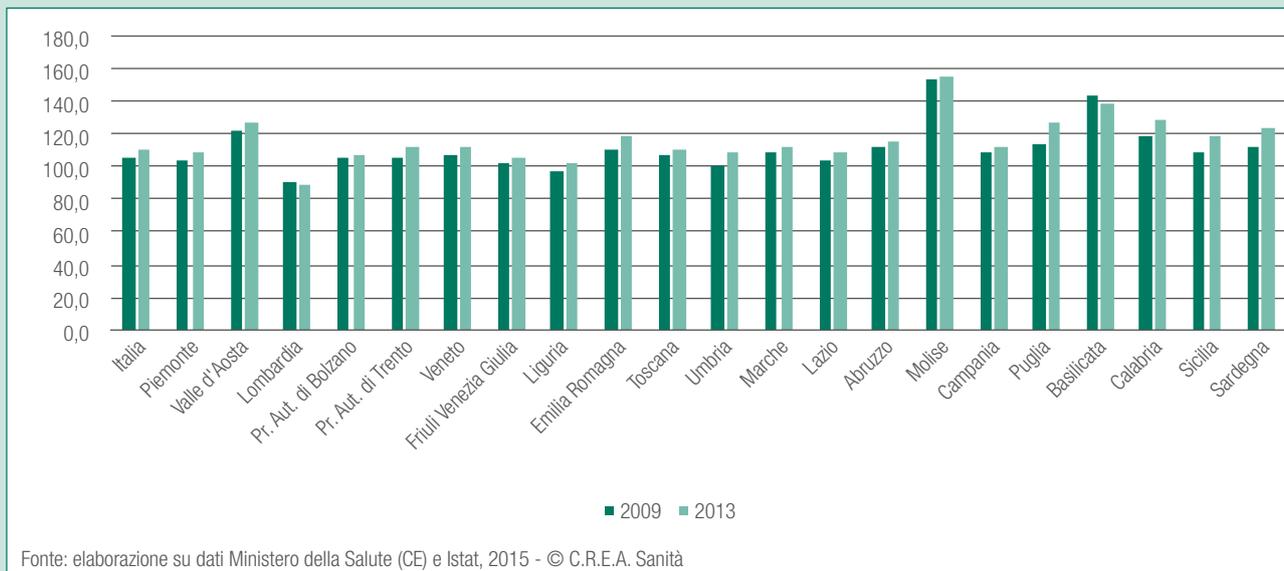
L'indicatore impiegato per misurare il carico di lavoro dei MMG è rappresentato dal numero di "contatti medico/paziente". Per "contatti" si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico-strumentale 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.). Con riferimento alla tipologia di visita, nel periodo 2005-2013 prevale nettamente in tutti gli anni la visita ambulatoriale (che ricoprendo il 74,4% di tutte le visite registrate nel 2013, rispetto al 62,7% del 2005, risulta in netta crescita). Risultano invece in diminuzione sia la semplice richiesta (diretta o indiretta) di farmaci/prestazioni, che nel 2013 copre il 12,3% di tutti i contatti (21,2% nel 2005), sia il carico dovuto alle telefonate del paziente, dirette o tramite familiari, che nel 2013 copre il 5,1% (nel 2005 era pari al 6,4%). La visita domiciliare rappresenta nel 2013 un esiguo 2,2% dei contatti (nel 2005 era pari a 1,7%).

KI 10.7. Numero medio di contatti col MMG per paziente, distribuzione per sesso. Valori assoluti, anni 2005-2013



Restando nel merito del carico di lavoro dei MMG, questo indicatore analizza il *trend* del numero di contatti medi annuali per paziente stratificati per genere, dal 2005 al 2013 (per tutte le tipologie di contatto). Stando ai dati riportati nell'ultimo Rapporto *Health Search* - SIMG, il dato registra un graduale e costante incremento nel periodo considerato, passando da 6,9 (nel 2005) a 8,1 (nel 2013) contatti medi annui per ciascun paziente, con qualche differenza di genere: il numero di contatti è infatti, in tutti gli anni tra il 2005 e il 2013, più elevato tra le femmine (da 7,6 a 8,9) che tra i maschi (che passano comunemente da 6,2 a 7,3 contatti annui).

KI 10.8. Spesa per medicina di base (da convenzione). Valori pro-capite (€), anni 2009 e 2013



Questo indicatore analizza la spesa per medicina di base (da convenzione) in base ai dati forniti dal Ministero della Salute e desunti dal Conto Economico di Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO) e, dal 2003, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici. Nel 2013 si spendono in Italia € 110,7 pro-capite per medicina di base, valore in aumento rispetto al 2009, quando ammontava a € 105,9 (+4,5%). A livello territoriale emerge una certa disomogeneità tra le Regioni: gli estremi della forbice sono gli stessi sia nel 2009 che nel 2013: in Lombardia la spesa pro-capite per medicina di base più bassa (€ 90,6 nel 2009 e € 89,3 nel 2013), in Molise la più alta (€ 153,7 nel 2009 e € 155,7 nel 2013). Nel 2013, registrano una percentuale inferiore alla media nazionale 8 Regioni, tutte del Centro-Nord, le stesse (a meno della Toscana) che si trovavano al di sotto della media Italia nel 2009.

performance  
accesso  
scenari appropriatezza  
innovazione  
efficienza integrazione  
bisogni SSN  
empowerment  
responsabilità regioni  
europa salute cura  
health HTA  
investimenti federalismo  
sviluppo selettività  
sostenibilità welfare  
equità crescita  
valutazioni cronicità risorse  
Italia  
economia

# *Capitolo 11*

**Assistenza domiciliare:  
domanda e strategie d'offerta**



## Capitolo 11

### Assistenza domiciliare: domanda e strategie d'offerta

Pastorelli G.<sup>1</sup>

#### 11.1. Contesto

L'assistenza domiciliare viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "la possibilità di fornire presso il domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione".

Anche se apparentemente sembra essere una categoria di assistenza univoca e ben definita, essa ha nel suo insieme diverse forme di assistenza a seconda dell'ente gestore, del soggetto beneficiario nonché del servizio prestato.

L'assistenza domiciliare dal punto di vista della modalità di erogazione e del contenuto delle prestazioni, comprende l'ospedalizzazione domiciliare (rientrante nei Livelli Essenziali di assistenza-LEA dell'Assistenza Ospedaliera) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (gestita dalle ASL), ed anche poi le forme di assistenza domiciliare in cui compare la componente sociale (gestite dai Comuni):

- assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari;
- assistenza domiciliare socio-assistenziale (nel prosieguo verrà convenzionalmente indicata come "SAD"): servizio a ridotta valenza sanitaria e più prettamente "sociale" rivolto a persone parzialmente non-autosufficienti, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale o socio-educativa a domicilio; nella maggior parte dei Comuni, che gestiscono tali prestazioni, tale servizio non è gratuito ma prevede una compartecipazione

economica da parte dell'utente in base alla sua condizione socio-economica;

- servizi di prossimità (buon vicinato): forme di solidarietà fra persone fragili (anziani soli, coppie di anziani, disabili adulti) appartenenti allo stesso contesto (condominio, strada, quartiere);
- distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio: servizio rivolto a persone parzialmente non-autosufficienti, o a rischio di emarginazione;
- telesoccorso e teleassistenza: interventi 24 ore su 24 rivolti a utenti in situazione di emergenza o di improvvisa difficoltà, si realizza attraverso la dotazione di specifici dispositivi in grado di attivare un servizio di primo intervento in caso di necessità avvisando tutte le figure di riferimento.

Infine, in relazione alla natura delle prestazioni ricordiamo come, in alternativa alla fornitura diretta dei servizi, è possibile l'erogazione in denaro sotto forma di *voucher*, assegno di cura o buono socio-sanitario; che seppure definiti formalmente in modo leggermente diverso, sono sostanzialmente sovrapponibili:

- *voucher*: provvidenza economica a favore di anziani non-autosufficienti e disabili, che può essere utilizzata esclusivamente per acquisire prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata da operatori professionali accreditati;
- assegno di cura: incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non-autosufficienti e a disabili gravi o gravissimi, la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza;
- buono socio-sanitario: sostegno economico erogato se l'assistenza prestata al "bisogno" sia fornita

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

da un *caregiver* familiare o appartenente alle reti di solidarietà (vicinato, associazioni).

Si riporta in tabella 11.1 la sinossi della normativa relativa all'assistenza domiciliare, integrata dal recente D.M n.70 del 02/04/2015, in cui si decreta la più

volte ribadita necessità che l'assistenza territoriale, e con essa quella domiciliare, assolva sia il ruolo di filtro nei confronti dei flussi ospedalieri in entrata, contenendo i ricoveri inappropriati, sia garantisca continuità assistenziale.

**Tabella 11.1. Principali riferimenti normativi nazionali**

|  |   |
|--|---|
| L. n. 833/1978   | Strutturazione di una rete di servizi il più vicino possibile al luogo di vita delle persone attraverso la "medicina primaria" diffusa sul territorio e organizzata in modo da essere legata alla comunità locale.  |
| Progetto Obiettivo "Tutela Della Salute degli Anziani 1994 - 1996" | Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) come obiettivo prioritario ed ipotizzava lo sviluppo di servizi di ospedalizzazione domiciliare (OD) a più elevato contenuto sanitario con l'obiettivo di trattare a domicilio una percentuale di pazienti su tutti i ricoveri ospedalieri.   |
| D.Lgs. n. 229/99   | Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti socio-sanitari la cui organizzazione è disciplinata dalle regioni.  |
| L. n. 328/2000   | Il Fondo nazionale per le politiche sociali determina ogni anno una quota economica esplicitamente destinata al sostegno domiciliare di persone anziane non-autosufficienti, con particolare riferimento a «progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare».   |
| DPCM 14.02.2001  | Le cure domiciliari come modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di non-autosufficienza si avvalgono anche di prestazioni di assistenza sociale e del supporto familiare ovvero il bisogno clinico viene valutato anche sotto il profilo funzionale e sociale tramite idonei strumenti atti a consentire una diagnosi multidimensionale e la presa in carico della persona con definizione di un completo programma assistenziale di carattere socio-sanitario.   |
| DPCM 29.11.2001  | Definizione dei Livelli Essenziali di assistenza, inserisce le Cure domiciliari nell'ambito dell'assistenza distrettuale.   |
| PSN  | Piani Sanitari Nazionali (PP.SS.NN.) ribadiscono che l'assistenza territoriale domiciliare, l'ospedalizzazione domiciliare e l'assistenza domiciliare programmata e integrata della rete dei Medici di Medicina Generale (MMG) rientrano nei Livelli essenziali e uniformi di assistenza, da garantire in uguale misura e intensità su tutto il territorio nazionale e confermano che deve essere il Distretto a coordinare tutte le attività extra-ospedaliere di assistenza sanitaria di base e specialistiche (erogate con modalità sia residenziali sia intermedie, ambulatoriali e domiciliari) oltre alle attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale e a quelle a elevata integrazione socio-sanitaria. Viene anche dichiarato che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» e che «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione». Inoltre riguardo l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), viene affermata l'esigenza di definire tipologie differenziate di risposta in ragione della prevalenza dei bisogni sanitari e sociali e della loro intensità |
| Documento Commissione LEA 18.10.2006                               | Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio.  |
| DPCM 23.04.2008  | Revisione straordinaria dei Livelli Essenziali di assistenza; nuova articolazione per le cure domiciliari   |
| DM 17.12.2008  | Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.  |
| Patto per la Salute 2014/2016                                      | <b>art. 4:</b> "umanizzazione delle cure": programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo.<br><b>art. 5:</b> "stati vegetativi": le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.<br><b>art. 6:</b> "assistenza socio-sanitaria": al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non-autosufficienti, le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottano progetti di attuazione dando evidenza anzitutto del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata.  |
| D.M n.70 del 02/04/2015  | <b>Allegato 1 art. 1:</b> "Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione"<br><b>Allegato 1 art. 10:</b> "Continuità ospedale territorio"  |

Fonte: elaborazione su normativa nazionale - © C.R.E.A. Sanità

## 11.2. Offerta

Ormai tutte le ASL hanno attivato l'ADI, sebbene certamente con livelli diversi di sviluppo. Con riferimento invece al servizio di ospedalizzazione domiciliare, esso risulta essere attivo, nel 2012, in 81 strutture di cui il 90% pubbliche ed il restante 10% private. Rispetto al 2011 è da notare come tale servizio sia stato attivato in Umbria e nella Pr. Aut. di Bolzano mentre risulta essere stato abbandonato in Abruzzo ed in Sicilia.

Per quanto riguarda la percentuale di attivazione nei Comuni dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD), di assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari (ADI), di elargizione di *voucher*, di assegni di cura e di buoni socio-sanitari, notiamo una generale riduzione rispetto al 2011, probabilmente dettata dai problemi finanziari che affliggono i Comuni.

Relativamente alla SAD nel 2012 in Liguria è particolarmente aumentata la percentuale di Comuni con servizio attivo sia per i disabili che per gli anziani (75,3% dei Comuni ha i servizi per i disabili ed il 99,1% per gli anziani); anche il Molise ha aumentato del 7% il servizio per i disabili arrivando ad una copertura dell'80,9% mentre per gli anziani ha raggiunto l'87,5% (+19% rispetto al 2011).

Di contro in Emilia Romagna, rispetto al 2011, si è registrata una riduzione del 14% per i disabili regredendo ad una copertura del 64,4% e del 7% per gli anziani giungendo all'82,2%.

Per quanto riguarda invece l'ADI, variazioni degne di nota, anche perché in controtendenza rispetto alla generale diminuzione, sono quelle del Piemonte che, sebbene avesse già una copertura elevata, ha continuato ad attivare il servizio raggiungendo una copertura comunale del 77,7% per i disabili e dell'89% per gli anziani; la Campania, con un aumento del 28% per i disabili ed uno del 5% per gli anziani, ha raggiunto per entrambi i destinatari una quota che oscilla intorno al 48%. Viceversa in Basilicata è stato disattivato il servizio in due terzi dei Comuni (copertura del 4,6% per i disabili e del 3,8% per gli anziani), e anche in Liguria, rispetto al 2011, è diminuita la copertura del 65% per i disabili (portata al 3,4%) e del 26% per gli anziani (copertura del 13,2%).

Per quanto riguarda infine i *voucher*, gli assegni di cura e i buoni socio-sanitari da notare come la Calabria diminuendo di oltre l'85% abbia quasi azzerato il servizio, ormai attivo in meno del 2% dei Comuni. Di contro il Friuli Venezia Giulia, con un aumento in media del 24%, ha attivo il servizio in quasi la metà dei Comuni per i disabili (46,3%) e raggiunto il 59,2% per gli anziani; il Lazio per i disabili ha oltrepassato il 20% (+33%) e per gli anziani ha raggiunto quota 12,7% (+11%).

## 11.3. Assistiti

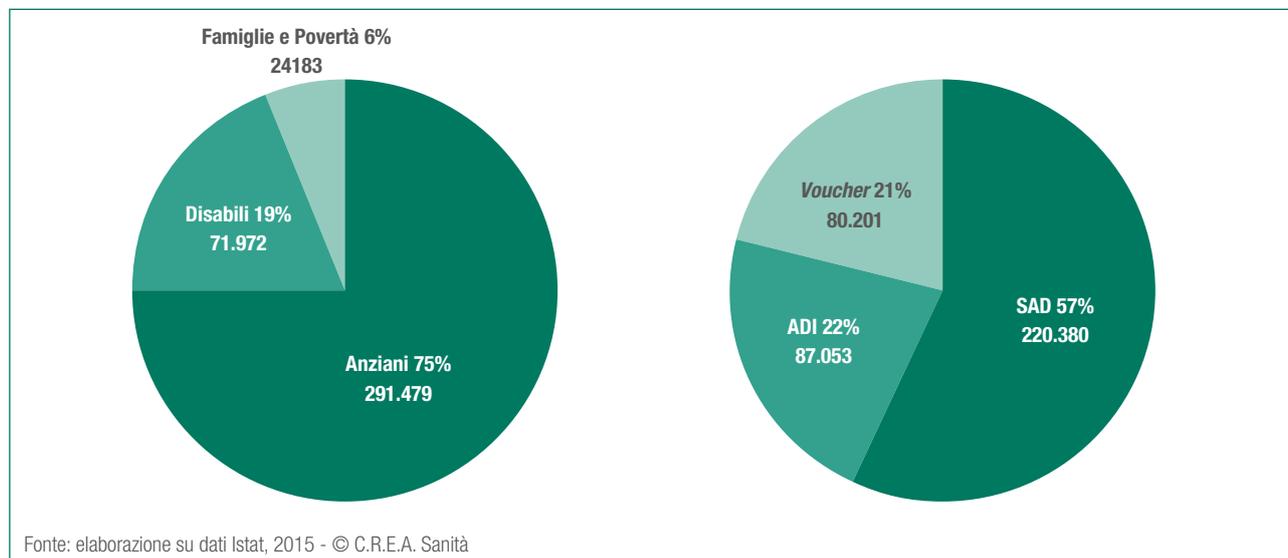
Secondo i dati Istat, relativi all'anno 2012 che risulta l'ultimo disponibile, i Comuni hanno preso in carico a domicilio 387.634 utenti; il 75% degli utenti è composto da anziani, il 19% da disabili ed il restante 6% sono utenti appartenenti all'area povertà, disagio adulti e senza fissa dimora e all'area famiglie e minori (figura 11.1). Dal punto di vista del servizio ricevuto invece notiamo come il 57% degli utenti sia stato oggetto di SAD, il 22% di ADI ed il 21% di *voucher*.

Per quanto afferente invece all'ADI gestita dalle Regioni ed il cui dato ci viene in questo caso reso disponibile dal Ministero della Salute notiamo come nel 2012 siano stati complessivamente registrati 633.777 casi trattati (+4,6% rispetto al 2012) tra i quali il maggior numero è stato trattato in Emilia Romagna (130.637) ed il minore in Valle d'Aosta (219).

### 11.3.1. Utenti in assistenza domiciliare socio-assistenziale

Nel 2012, complessivamente sono stati trattati dai Comuni italiani 220.380 utenti in assistenza domiciliare socio-assistenziale: di questi, il 71% anziani, il 18% disabili ed il restante 11% attribuiti all'area Famiglia e Minori, e Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora. Rispetto al 2011 vi è stata una flessione del 6% dell'utenza; a livello regionale, se Valle d'Aosta, le Pr. Aut. di Trento e Bolzano, la Liguria, il Lazio e la Sardegna hanno aumentato la quota di anziani trattati in SAD, tutte le altre Regioni hanno ridotto l'utenza servita. Degna di nota è la Regione Puglia che ha registrato una diminuzione del 37% principalmente dovuta alla privazione del servizio

Figura 11.1. Domanda di assistenza domiciliare. Composizione %, anno 2012



al 45% degli utenti anziani del 2011: si è passati infatti da 9.223 a 5.113 anziani trattati.

Dal 2007 al 2012 si passa rispettivamente da un tasso di 344 utenti di assistenza domiciliare anziani per 100.000 abitanti a 265 (-23%). Confrontando il dato con quello relativo alla popolazione *over 65*, possiamo considerare la diminuzione effettiva pari al 26%.

### 11.3.2. Utenti beneficiari di *voucher*

Sono stati inoltre erogati dai Comuni 80.201 *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari; di questi, il 72% è stato destinato agli utenti anziani ed il 28% ai disabili. I beneficiari di *voucher*, rispetto al totale degli utenti fruitori dei servizi di assistenza domiciliare, coprono una quota del 21%.

La diminuzione media nazionale del 10%, può rappresentare una informazione fuorviante in quanto frutto di notevoli disparità regionali di cui riportiamo le più evidenti: la Regione Sardegna ha aumentato l'elargizione del 149% ai disabili corrispondendo *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari a 2.354 persone in più, il 97% dei quali a persone disabili.

Il tasso di utenti per 100.000 abitanti, nel 2012, è pari a 38 per gli utenti disabili, con valori che vanno da 1 utente per 100.000 abitanti in Umbria a 213 della Sardegna, mostrando dunque delle importanti differenze

regionali. Rispetto al 2011 si registra una diminuzione media nazionale del 14%, che riflette però andamenti contrastanti: si passa dall'aumento della Sardegna che passa da 72 a 213 beneficiari disabili (+198%), alla riduzione (-44%) registrata dalla Regione Umbria che è passata da 2 a 1 beneficiario per 100.000 abitanti. Relativamente agli anziani (in media in Italia 467 utenti per 100.000 abitanti con età  $\geq 65$  anni) i tassi si discostano notevolmente a livello regionale: da un tasso di 12 utenti su 100.000 abitanti con età  $\geq 65$  anni in Umbria a ben 2.451 in Veneto.

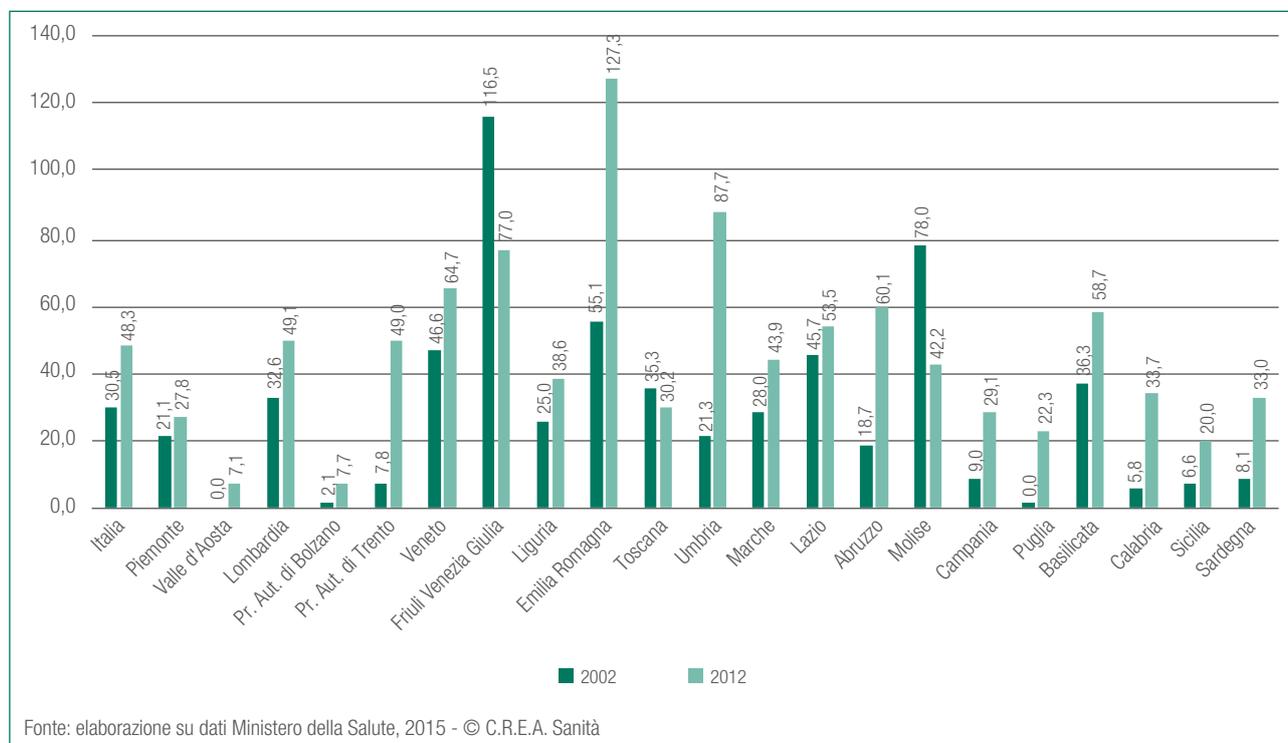
### 11.3.3. Utenti beneficiari di assistenza domiciliare integrata

Tratteremo in primis dell'ADI gestita dai Comuni in modo da chiudere il cerchio relativo agli utenti beneficiari dei servizi di assistenza domiciliare erogati dai Comuni.

Nel 2012, sono stati trattati dai Comuni complessivamente 87.053 utenti in assistenza domiciliare integrata: di questi, l'88% nell'area anziani ed il 12% nell'area disabili, utenti che rappresentano il 22% di tutti gli utenti oggetto di assistenza domiciliare: il 60% appartiene a Veneto e Piemonte che nel 2012 hanno preso in carico rispettivamente 41.503 e 10.410 utenti.

Rispetto al 2011 il Molise registra una riduzione del 90% dell'utenza con la probabile intenzione di eliminare

Figura 11.2. Casi trattati in ADI - Incidenza sulla popolazione over 65. Valori per 1.000 abitanti, anni 2002 e 2012



dalla gestione comunale detto servizio; la Pr. Aut. di Trento con una riduzione del 75% ha ormai solo 117 utenti. Di contro, tra le Regioni in aumento troviamo la Calabria (+74%), la Toscana (+29%), l'Abruzzo (+23%), che rispettivamente hanno in carico 1.029, 8.109 e 1.258 utenti.

I casi trattati nel 2012 in ADI dalle ASL sono stati 633.777, l'84% dei quali rappresentato da persone over 65 anni. Rispetto al 2011 il numero cresce del 4,6%. Al solito il dato è una media nazionale in cui Umbria, Toscana e Lazio registrano riduzioni rilevanti (rispettivamente del -25,9%, -20,5%, -15,3%) mentre Friuli Venezia Giulia, Campania e Sicilia conseguono un aumento significativo (rispettivamente del 21,2%, 27,6%, 68,4%).

Si noti che ad un aumento dei casi trattati dalle ASL solitamente corrisponde anche un aumento degli utenti gestiti a livello comunale.

Nel quinquennio 2007- 2012 l'aumento è stato del 34%: a meno di Molise, Veneto e Marche, Friuli Venezia Giulia che perdono rispettivamente il 48%, l'8%, il 7% e lo 0,1%, tutte le altre Regioni hanno mostrato un andamento in positivo.

L'Emilia Romagna, nel 2012, ha un tasso di casi trattati in ADI per 1.000 abitanti di età non inferiore a 65 anni pari a 127,3, seguita da Umbria con 87,7 e dal Friuli Venezia Giulia (77), sebbene quest'ultima Regione abbia subito un forte calo rispetto al 2002 (-34%). I tassi più bassi si registrano in Sicilia con un tasso di 20 ed in Valle d'Aosta e nella Pr. Aut. di Bolzano il cui tasso è tra i 7 e 8 casi trattati per 1.000 abitanti over 65 (figura 11.2).

A fronte dell'aumento dei casi trattati, nel 2012 sono state erogate 14.091.324 ore di assistenza, pari a 22 per caso trattato con una diminuzione del 14% rispetto al 2002 anno in cui le ore per caso trattato sono state 26.

Il Molise con 74 ore annue per caso trattato, seguita da Basilicata con 46 e dalla Sardegna con 40, hanno la "intensità assistenziale" più elevata.

Va segnalata la riduzione della Calabria che passa da 120 ore annue per caso trattato del 2002 a 21 (figura 11.3).

Di fatto non si evidenzia alcuna correlazione significativa fra copertura della popolazione anziana e intensità assistenziale (ore per caso trattato).

Figura 11.3. Numero di ore annue erogate per caso trattato in ADI. Anni 2002 e 2012

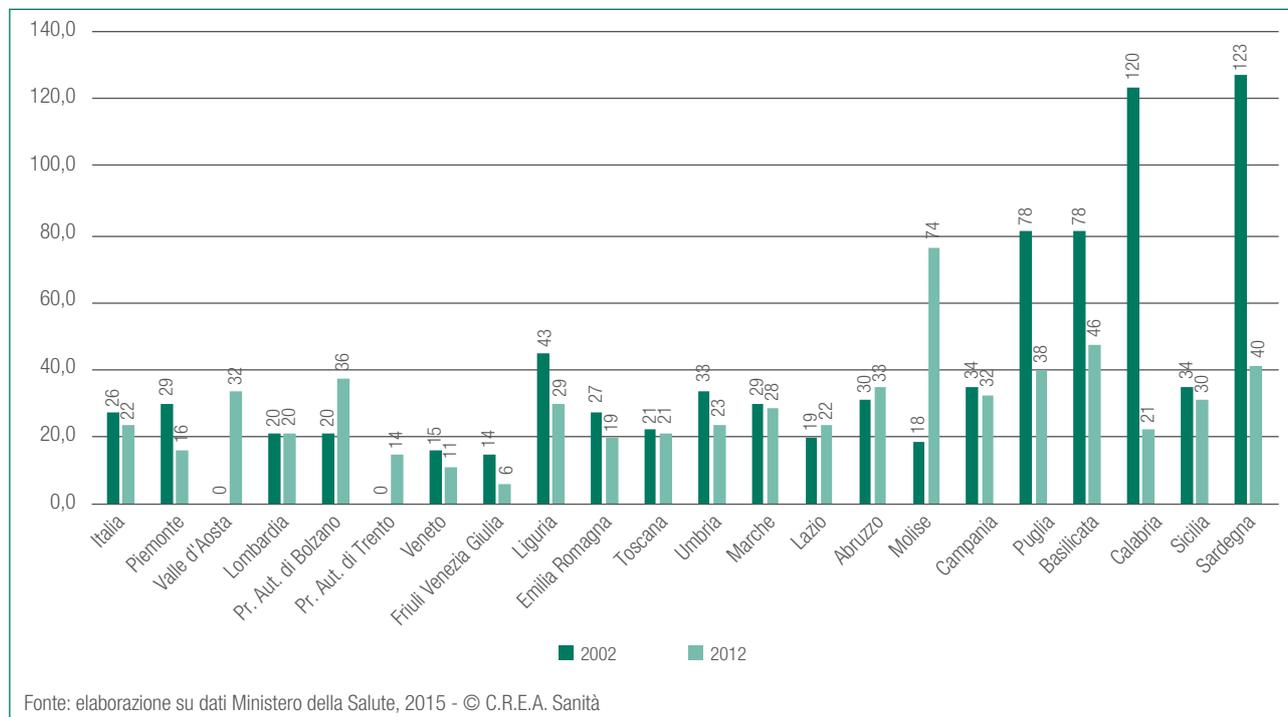
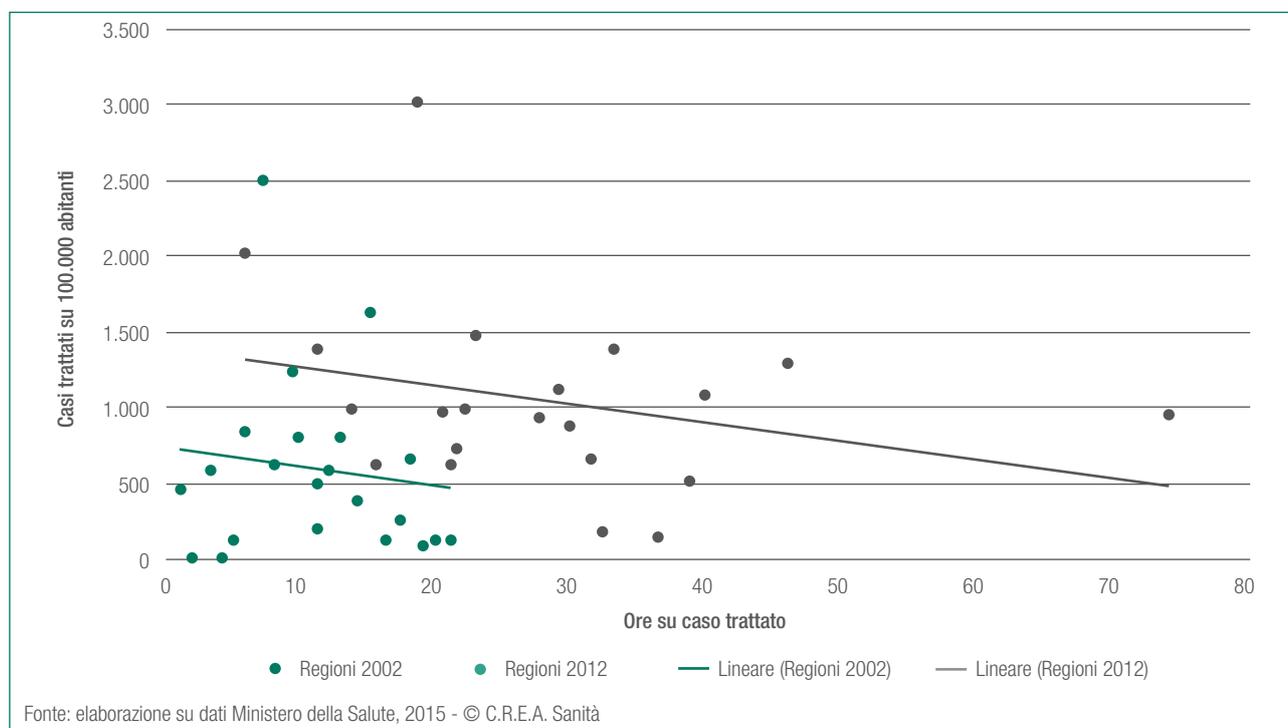


Figura 11.4. Ore per caso trattato e quota assistiti in ADI. Valori assoluti, anni 2002 e 2012



Piuttosto sembra prevalere una crescita nel tempo dell'intensità, che si sovrappone al permanere di una

inspiegabile variabilità regionale sulle quote di popolazione assistita domiciliariamente (figura 11.4).

## 11.4. Spesa

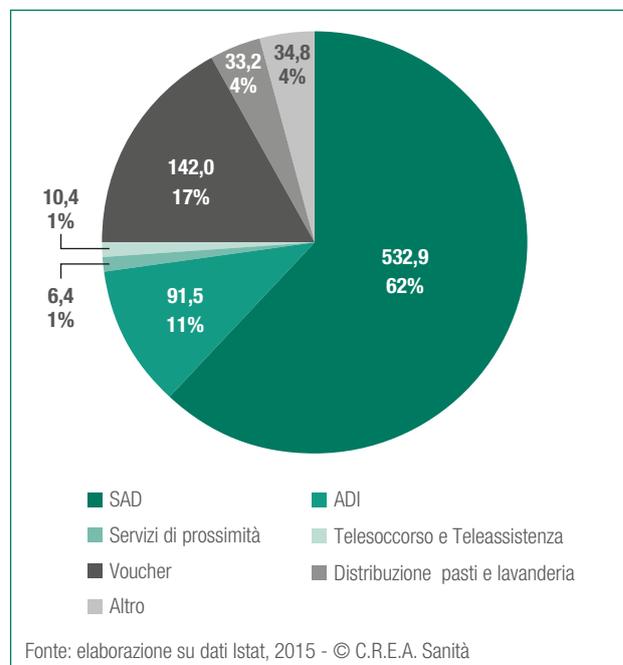
Per quanto afferente la spesa, disponiamo del solo dato relativo all'assistenza domiciliare gestita dai Comuni.

Nel 2012 la spesa totale dei Comuni per assistenza domiciliare è stata di € 851,1 mln., così suddivisa: il 63% per assistenza socio-assistenziale (€ 532,8 mln.), il 17% per i *voucher* (€ 142,0 mln.), l'11% per l'assistenza domiciliare integrata (€ 91,5 mln.), il 4% sia per la distribuzione pasti e/o lavanderia o altre spese (€ 34,7 mln. e € 33,2 mln. rispettivamente), l'1% per i servizi di prossimità, telesoccorso e teleassistenza (€ 6,4 mln. e € 10,3 mln. rispettivamente) (figura 11.5).

L'onere per l'assistenza domiciliare socio-assistenziale è prevalente in tutte le Regioni, con quote sul totale della spesa dei Comuni per assistenza domiciliare che vanno da un massimo che oscilla intorno all'85% nella Pr. Aut. di Bolzano (€ 13,4 mln.) e nelle Regioni del Molise (€ 2,3 mln.) e del Lazio (€ 87,6 mln.) ad un minimo che oscilla intorno al 50% delle Regioni del Friuli Venezia Giulia (€ 15,4 mln.), Puglia (€ 20,4 mln.), Umbria (€ 3,9 mln.), Toscana (€ 25,8 mln.), Liguria (€ 11,8 mln.). Fanno eccezione il Piemonte ed il Veneto che spendono in SAD rispettivamente il 28% (€ 16,6 mln.) ed il 33% (€ 21,8 mln.) del totale della spesa per assistenza domiciliare mentre spendono, in controtendenza rispetto alle altre Regioni, rispettivamente il 46% ed il 32% per l'assegnazione dei *voucher* (€ 27,1 mln. in Piemonte e € 20,6 mln. in Veneto). La Regione che invece destina la quota minore del totale della spesa per assistenza domiciliare, risulta essere il Lazio che copre circa il 90% delle spese in assistenza domiciliare tra SAD e ADI. Degna di menzione è infine l'assistenza domiciliare integrata per la quale in Italia in media si destina l'11% della spesa in assistenza domiciliare, con valori omogenei tra le Regioni del Nord e del Sud. La Regione con maggiore quota di spesa per ADI rispetto al totale della spesa per assistenza domiciliare è l'Umbria (33%) per un ammontare pari a circa € 2,4 mln., mentre la quota minore (1%) è stata assegnata dalla Lombardia e dalla Liguria che rispettivamente hanno speso in ADI € 0,98 e € 0,2 mln.

Standardizzando la spesa per ADI per la popolazione residente di età non inferiore a 65 anni, la Regione che

**Figura 11.5. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare – Incidenza delle singole voci di spesa. Valori % e assoluti (€ mln.), anno 2012**



spende maggiormente è la Valle d'Aosta con € 30,4 per abitante anziano seguita dal Veneto con € 17,8, Campania (€ 13,1), Umbria (€ 11,6), Toscana e Sardegna (€ 10,7). Di contro è in Molise (€ 0,04) e in Lombardia (€ 0,5) e che si osserva la spesa per ADI minore seguita dalla Liguria con € 0,60 per abitante di età non inferiore a 65 anni.

## 11.5. Conclusioni

Malgrado la centralità della assistenza domiciliare nel dibattito sull'invecchiamento, le informazioni sul tema rimangono carenti e datate.

Relativamente alla assistenza domiciliare gestita dai Comuni, nell'ultimo quinquennio disponibile 2007-2012, si assiste ad una riduzione degli utenti del 16% passando dai 462.201 utenti nel 2007 ai 387.634 nel 2012 così suddivisi: 75% anziani (291.479), 19% disabili (71.972) ed il restante 6% rappresentato da utenti appartenenti alle categorie famiglie e minori e povertà, disagio e adulti senza fissa dimora (24.183). Considerando le note ristrettezze finanziarie dei Comuni e che allo stesso tempo la spesa è comunque aumentata del

5%, giungendo a quota € 851,1 mln., il 64% dei quali destinati agli anziani (€ 542.9 mln.), la riduzione sopra riportata non stupisce.

Per quanto riguarda le ASL, e quindi l'assistenza domiciliare integrata a prevalente attività sanitaria, nell'ultimo quinquennio disponibile (2007-2012) aumentano i casi trattati del 33,5%, pervenendo ad un valore assoluto di 633.777, l'82% dei quali rappresentati da anziani (529.946 anziani trattati che rappresentano il 4% della popolazione); allo stesso tempo le ore per caso trattato si riducono del -14%, suggerendo che se anche le ASL hanno forse "dovuto" recuperare una parte dell'utenza che prima era dei Comuni, anch'esse non hanno probabilmente risorse libere sufficienti per sostenere incrementi significativi nei livelli di domanda.

A questo si aggiunge una significativa variabilità regionale caratterizzata ai suoi estremi da un lato dalla Sardegna in cui i casi trattati sono aumentati nel decennio 2002-2012 di 15.437, passando da 2.131 a 17.568, e le ore per caso trattato sono diminuite del 68% (da 123 nel 2002 a 40 nel 2012) e dall'altro dalla Regione Toscana in cui i casi trattati sono diminuiti del 20% (-5.445) passando da 27.754 a 22.309 mentre le ore per caso trattato sono rimaste invariate (21).

Per poter iniziare un percorso virtuoso di valutazione dei risparmi sarebbe quindi non solo necessario disporre di informazioni più tempestive, ma anche di un maggiore approfondimento sulle modalità e sugli effetti di erogazione dell'assistenza domiciliare: ad iniziare, senza pretesa alcuna di esaustività, dai costi sostenuti, il personale impiegato e l'utilizzo o meno della telemedicina e in generale dell'ICT.

## Riferimenti bibliografici

- D.M n.70 del 02/04/2015, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015)
- Commissione LEA (2006), *Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*
- Istat (2015), *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, anno 2012 Istat (2015)*
- Ministero della Salute, Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario (2015), *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale - Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende ospedaliere - Anno 2012*



# *Chapter 11 – Summary*

**Home care:  
demand and supply strategies**



## Chapter 11 - Summary

### Home care: demand and supply strategies

*Pastorelli G.<sup>1</sup>*

In Italy, home care is composed by different services such as Ospedalizzazione Domiciliare (Home Hospitalization – a form of hospitalization at home), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI, Integrated Home Care) managed by the ASL (Local Health Companies) where the healthcare component prevails, along with various forms of home care with a strong social component:

- home care integrated with healthcare services;
- social-welfare home care (hereinafter conventionally referred to as “SAD”): service with a reduced healthcare factor but more of a “social” nature, addressed to individuals who are partially not self-sufficient, or at risk of marginalization, who require help in personal care and hygiene, in running their own household, in need psychological support, social services or social-education help in the home;
- proximity services (good neighbours): forms of solidarity between frail individuals (elderly living alone, elderly couples, disabled adults) belonging to the same context (condominium, road, neighbourhood);
- distribution of meals and/or laundry home delivery: service addressed to people who are partially not self-sufficient, or at risk of marginalization;
- tele-help and remote assistance: round the clock interventions aimed at users in situations of emergency or sudden difficulty, established through the provision of specific devices activating first aid service in case of need and alerting all figures of reference.

The programme also entails disbursement of money in the form of vouchers, care allowances or social-healthcare coupons: while formally being defined in a slightly different manner at the regional level, they are practically identical.

With reference to the ASL (Local Health Companies), they all offer ADI (Integrated Home Care) although certainly with different degrees of development. Whereas during the year 2012, the home hospitalization service seems to have been operative only in 81 facilities – 90% of which were public and the remaining 10% were private facilities.

Regarding the percentage of activation of social-assistance home care (SAD) in the various municipalities, of home care in conjunction with healthcare services (ADI), the disbursement of vouchers, care allowances and social-healthcare coupons, compared to 2011 we notice a general reduction – probably due to financial issues that have been afflicting Italian municipalities over the past years.

In 2012, the latest year available, Municipalities have taken charge of 387,634 beneficiaries for home care, 75% of which were elderly, 19% disabled and the remaining 6% belonging to brackets involving poverty, adult hardships, the homeless, the area involving families and minors. Instead from the standpoint of services received, we notice how 57% of beneficiaries have been recipients of SAD, 22% of ADI and 21% received a voucher.

Whereas regarding ADI managed by the Regions, the year 2012 registered a total amount of 633,777 cases being treated, with a +4.6% increase compared to 2011 and 95% compared to 2002, when the cases treated amounted to 324,806).

But when comparing the number of cases treated between 2002 and 2012, one can observe a reduction of 4 hours of care (from 26 to 22) per each case being treated.

In conclusion, it seems that the intensity of care has been downsized.

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

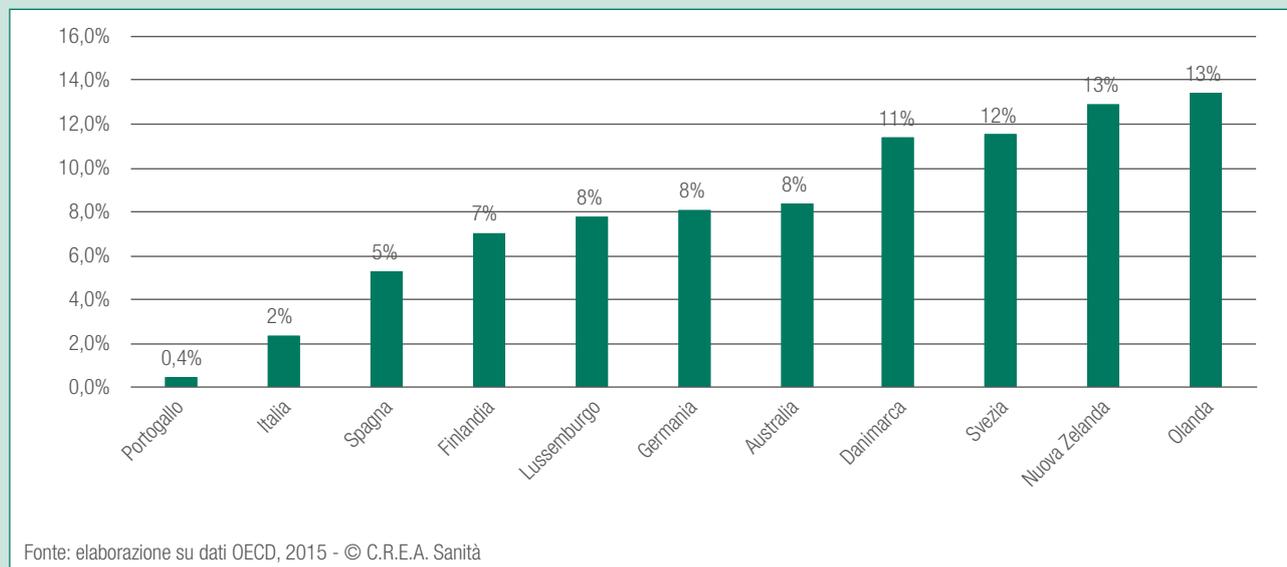
In the field of expenditures, we can only avail ourselves of the data relative to home care managed by the Municipalities.

In 2012, despite the well-known financial difficulties suffered by Municipalities, total expenditure for Municipalities has nevertheless increased by 5%, reaching the amount of €851.1-million, divided as follows: 63% for social-welfare assistance (€532.8-million), 17% for vouchers (€141.9-million), 11% for Integrated Home Care (€91.5-million), 4% both for distribution of meals and/or laundry home delivery or other expenses (respectively €34.7-million and €33.2-million), 1% for proximity services, tele-help and remote assistance (respectively

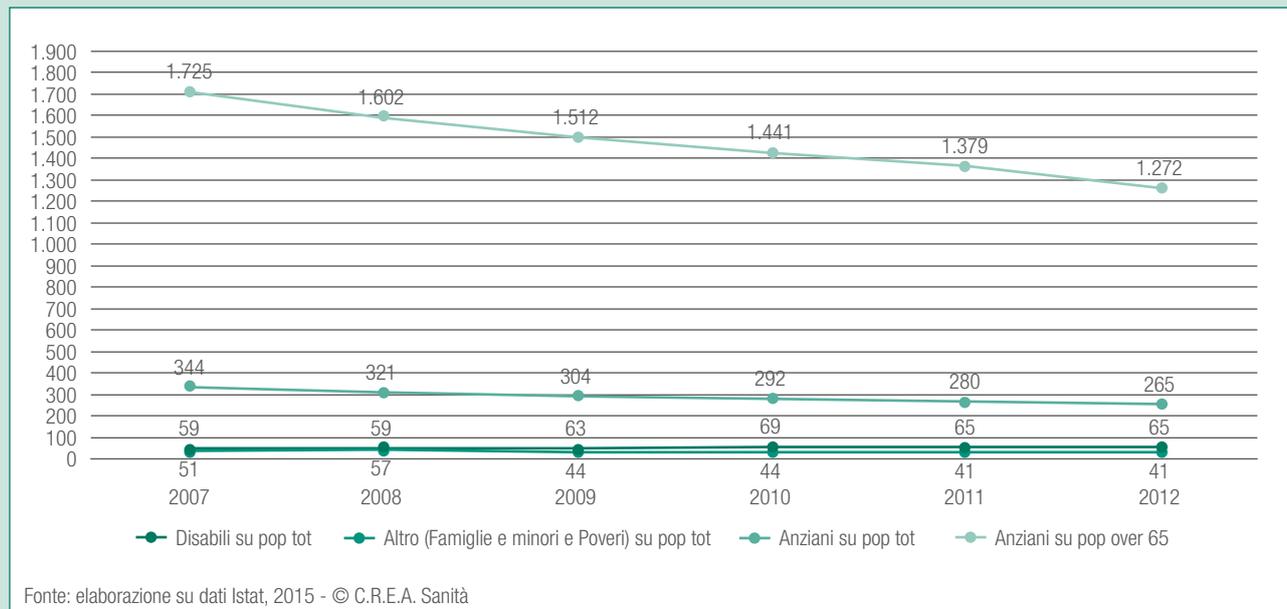
€6.4-million and €10.3-million): practically amounting to €14.3 per inhabitant.

Ultimately, despite the central role of home care in the debate that involves aging, information regarding this subject is still insufficient and dated.

In order to set off on a virtuous cycle entailing the assessment of savings, it would therefore not only be necessary to avail oneself of more timely information, but even of closer examination regarding the methods and effects of home assistance service delivery: beginning with (without any pretension of completeness) the expenses sustained, the staff employed and the use or not of telemedicine and ICT in general.

**KI 11.1. Utenti over 65 in assistenza domiciliare nei Paesi OECD. Valori per abitante over 65, anno 2012**


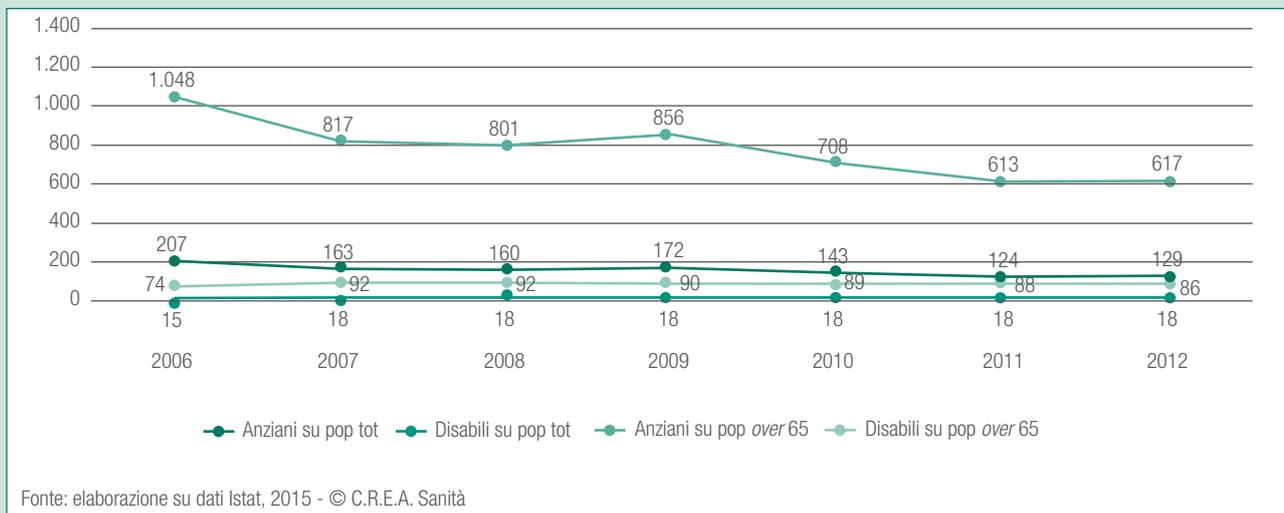
Questo indicatore prende in considerazione, nel 2012, la percentuale di utenti anziani assistiti in assistenza domiciliare rispetto alla totalità della popolazione di età non inferiore a 65 anni, nei Paesi EU15 e altri Paesi OECD per i quali il dato risulta disponibile. Tale percentuale risulta massima in Olanda e Nuova Zelanda con il 13%. Segue, con il 12%, la Svezia. La percentuale minima è invece osservata in Portogallo (0,4%), seguito dall'Italia (2%); tuttavia, si evidenzia come non avendo OECD reso disponibile il dato per il nostro Paese, esso è stato tratto dai dati forniti dall'Istat sugli assistiti anziani per poter consentire un confronto, sia pur approssimativo a causa dell'utilizzo di fonti differenti.

**KI 11.2. Assistenza domiciliare socio-assistenziale - Quota di utenti su popolazione totale e over 65 per tipologia di assistiti in Italia. Valori per 100.000 abitanti, anni 2007-2012**


Con riferimento alla assistenza domiciliare socio-assistenziale in Italia, ed in particolare alla quota di utenti su popolazione totale e over 65 per tipologia di assistiti, tra il 2007 ed il 2012 si osserva una variazione in positivo (+10%) solo nel tasso per 100.000 abitanti di utenti appartenenti alla categoria disabili che da 59 del 2007 è passata a 65 nel 2012.

In controtendenza invece i tassi per 100.000 abitanti relativi alle altre categorie: la riduzione più importante la ha mostrata la categoria anziani la quale ha subito un'inflexione dal 2007 al 2012 del 26%, passando da un tasso di 1.725 utenti trattati su 100.000 abitanti over 65 del 2007 ad uno di 1272 del 2012.

KI 11.3. Assistenza domiciliare integrata - Quota utenti anziani e disabili su popolazione totale e over 65. Valori per 100.000 abitanti totali e over 65, anni 2006-2012

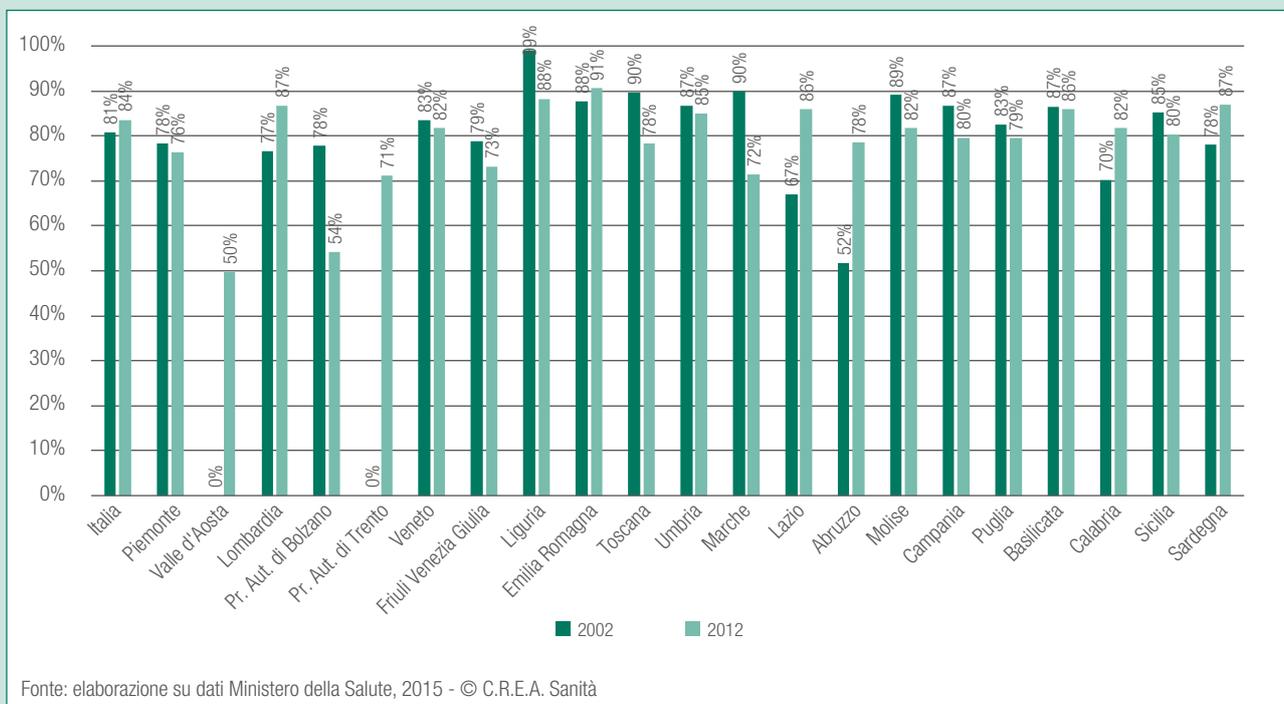


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

In Italia, nel 2012, sono stati trattati dai Comuni complessivamente 87.053 utenti in assistenza domiciliare integrata (ADI): di questi, l'88% nell'area anziani ed il 12% nell'area disabili.

Dal 2007 al 2012 si registra una riduzione di circa il 19% in termini di utenti complessivi trattati in ADI per 100.000 abitanti (passando da 181 a 147). L'analisi del periodo mostra come la riduzione sia dovuta alla contrazione dell'area anziani (38%), che passa da un tasso pari a 163 nel 2007 ad uno di 129 per 100.000 abitanti nel 2012, essendo gli utenti disabili trattati in ADI rimasti invariati.

KI 11.4. Assistenza domiciliare integrata - Quota di casi trattati over 65 su casi totali. Valori %, anni 2002 e 2012

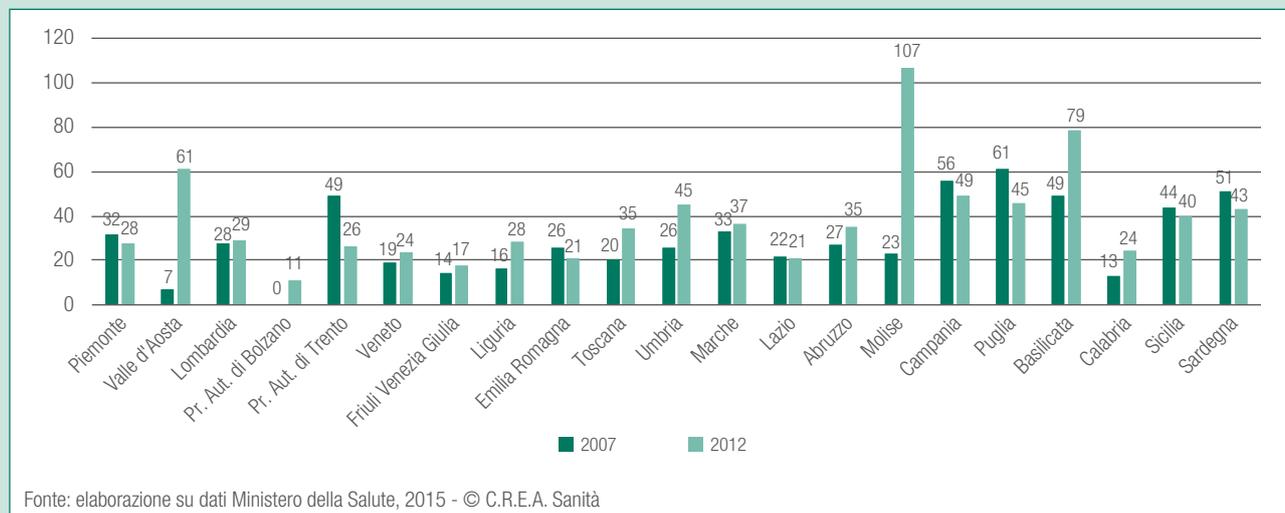


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2015 - © C.R.E.A. Sanità

Con riferimento all'assistenza domiciliare integrata (ADI), quella gestita dalle ASL, nel 2012 sono 633.777 i casi trattati in Italia; l'84% di questi è rappresentato da utenti di età non inferiore a 65 anni.

Analizzando la situazione regionale e riportando il dato alla popolazione over 65, notiamo come in tutte le Regioni gli anziani rappresentino la maggioranza dei casi trattati. Il massimo si osserva in Emilia Romagna con il 91% di anziani trattati, seguita da Liguria e Lombardia.

Il minimo è stato rilevato in Valle d'Aosta (54%) seguita dalle Pr. Aut. di Bolzano e Trento.

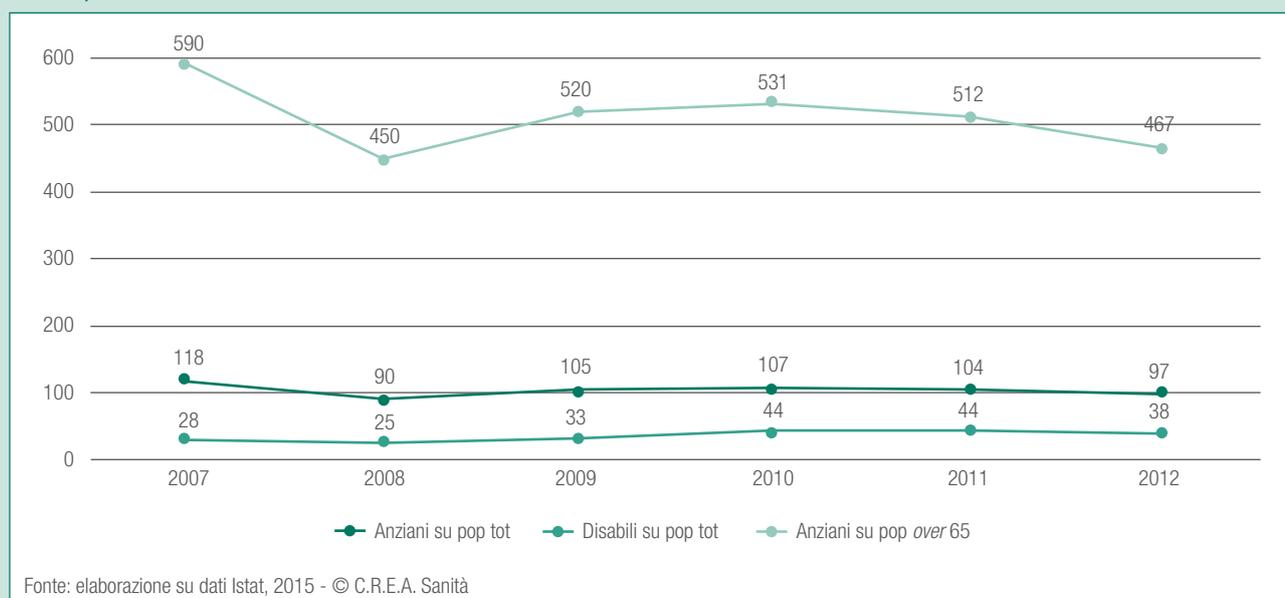
**KI 11.5. Assistenza domiciliare integrata - Numero di accessi per caso trattato *over* 65, anni 2007 e 2012**


Questo indicatore mostra come il numero di accessi per utente di età non inferiore a 65 anni, in assistenza domiciliare integrata, sia eterogeneo tra le Regioni ed abbia subito delle importanti variazioni nel corso del quinquennio 2007-2012.

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 2012 il numero maggiore si è osservato in Molise (107 accessi per caso trattato *over* 65), seguito dalla Basilicata (79) e Valle d'Aosta (61), mentre il numero minimo di accessi al domicilio dell'utente anziano è stato rilevato nella Pr. Aut. di Bolzano (11) seguita dal Friuli Venezia Giulia (17) e dal Lazio ed Emilia Romagna con 21 accessi per caso trattato *over* 65.

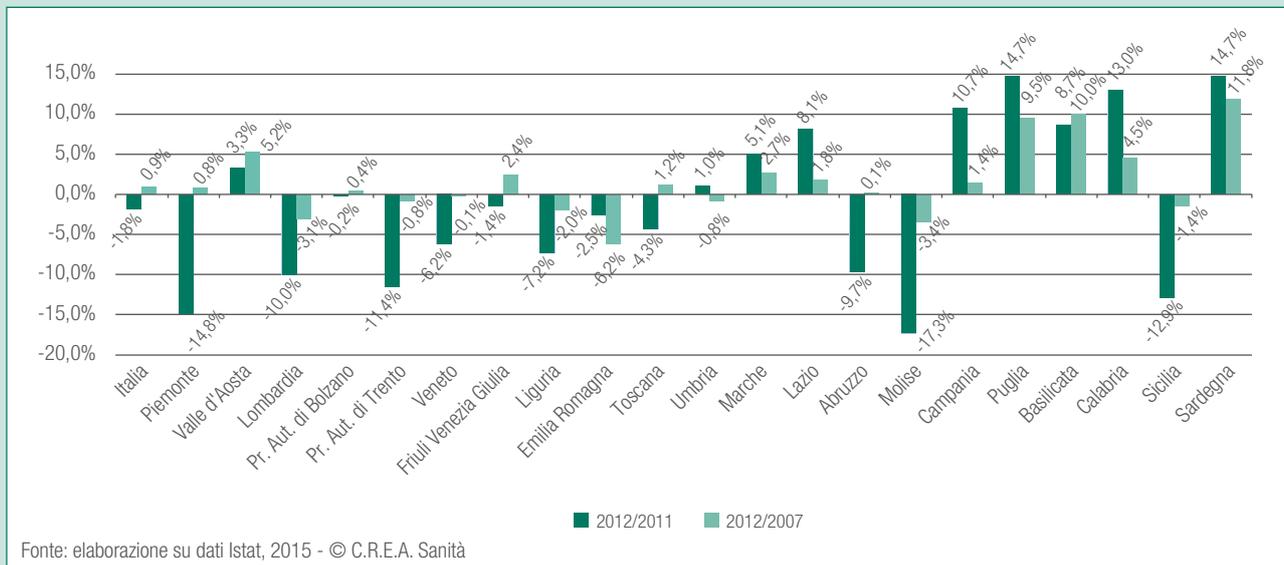
Tuttavia, per l'Emilia Romagna il dato non è attendibile in quanto non sono presenti dati sul numero di accessi e le ore effettuate dai terapisti della riabilitazione.

**KI 11.6. Beneficiari di *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari nell'area anziani e disabili. Valori per 100.000 abitanti tot e *over* 65, anni 2007-2012**


In Italia, nel 2012, sono stati erogati complessivamente dai Comuni 80.201 *voucher*, assegni di cura e buoni socio-sanitari; di questi, il 72% è stato destinato agli utenti anziani ed il 28% ai disabili.

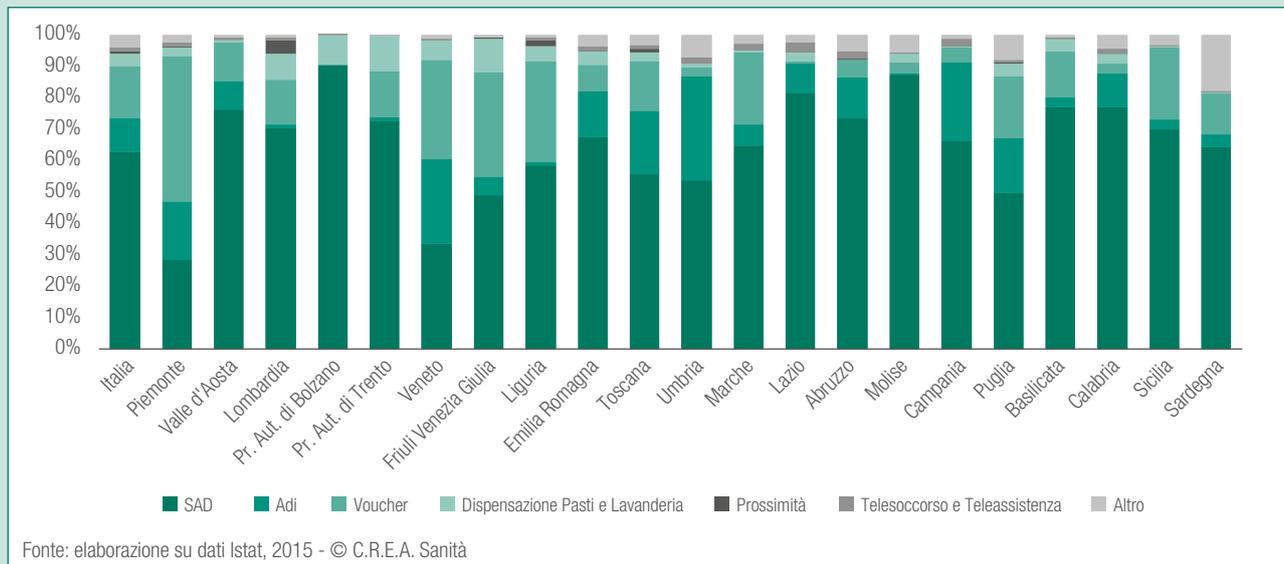
Il trend per tipologia di utente, mostra una crescita consistente (+33%) delle provvidenze destinate agli utenti disabili (da 28 a 38 utenti per 100.000 abitanti) ed una decrescita più modesta ma certamente non trascurabile (-17%) di quelle per gli anziani (da 118 a 97 utenti per 100.000 abitanti) nel periodo 2007-2012.

KI 11.7. Spesa pro-capite dei Comuni singoli e associati per assistenza domiciliare. Variazioni % 2012/2011 e 2012/2007



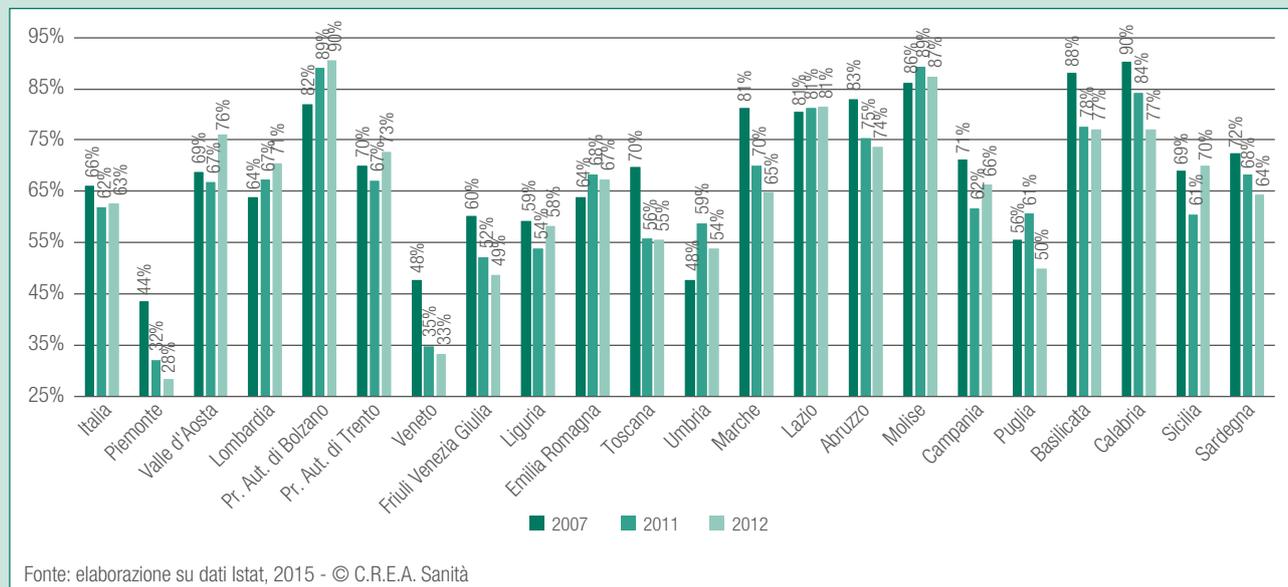
La spesa totale dei Comuni per assistenza domiciliare nel 2012 ammonta a € 851,1 mln.. In termini pro-capite, essa si attesta a € 14,3, registrando nel quinquennio 2007-2012 un incremento che sfiora il +5%: la crescita maggiore si osserva nelle Regioni del Sud e nelle Isole, che passano da una spesa pro-capite di € 11 ad una pari a € 13,6 (+25,8 %); segue poi il Centro con un incremento dell'8% passando da un pro-capite di € 14 ad uno di € 15,2. Di contro, le Regioni del Nord mostrano, in media, un decremento pari al -8%, con una spesa per utente che passa da € 16 a € 14,5. Il massimo è stato registrato in Sardegna con un aumento del 74,6%, seguita poi dalla Basilicata (+61%) e dalla Puglia (+58%). Il valore minimo è osservato in Emilia-Romagna (-27,4%), seguita dal Molise (-15,8,2%) e dalla Lombardia (-14,5%).

KI 11.8. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare - Incidenza (%) delle singole voci di spesa, anno 2012



La spesa dei Comuni italiani per assistenza domiciliare è stata nel 2012 pari a € 851,1 mln., così suddivisa: il 63% in assistenza domiciliare socio-assistenziale - SAD (€ 532,8 mln.), l'11% in Assistenza Domiciliare Integrata (€ 91,5 mln.), l'1% in Servizi di prossimità e di telesoccorso e teleassistenza (€ 16,7 mln.), il 17% in *Voucher* (€ 141,9 mln.), il 4% per la distribuzione pasti e/o lavanderia e per altre spese (€ 67,9 mln.).

A livello regionale notiamo una prevalenza di spesa per assistenza domiciliare socio-assistenziale con valori che vanno da un massimo che oscilla intorno all'85% nella Pr. Aut. di Bolzano (€ 13,4 mln.) e nelle Regioni del Molise (€ 2,3 mln.) e del Lazio (€ 87,6 mln.) ad un minimo che oscilla intorno al 50% delle Regioni del Friuli Venezia Giulia (€ 15,4 mln.), Puglia (€ 20,4 mln.), Umbria (€ 3,9 mln.), Toscana (€ 25,8 mln.), Liguria (€ 11,8 mln.). Fanno eccezione il Piemonte ed il Veneto che spendono più in *Voucher* (rispettivamente il 46% ed il 32%), mentre in SAD rispettivamente il 28% (€ 16,6 mln.) ed il 23% (€ 21,8 mln.).

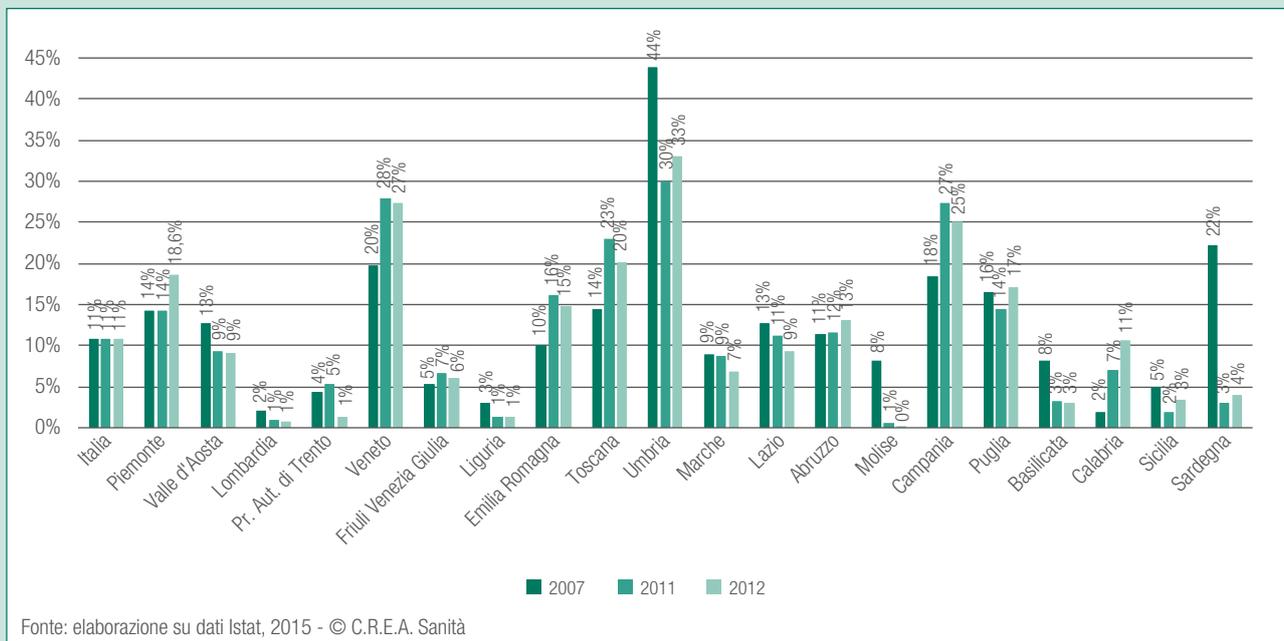
**KI 11.9. Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare socio-assistenziale - Incidenza (%) sulla spesa domiciliare totale dei Comuni, anni 2007-2012**


La Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) nel 2012 è stata pari a € 532,8 mln., corrispondente al 63% di tutta la spesa per assistenza domiciliare; si sono registrate delle variazioni sia rispetto al 2011 sia durante il quinquennio 2007-2012. Analizzando la situazione nelle Regioni italiane, è il Piemonte che registra la più bassa quota, pari al 28% (€ 24 mln.), valore diminuito del 12% rispetto al 2011 (€ 22 mln.) e del 35% rispetto al 2007 (in cui si sono spesi € 24,5 mln.). Il Lazio ha invece mostrato costanza, registrando una quota che nel quinquennio 2007-2012 ha oscillato intorno all'81%. In controtendenza la variazione registrata dalla Valle D'Aosta, la quale ha aumentato la propria quota in SAD del 14% rispetto al 2011 e dell'11% rispetto al 2007, percentuale rilevata anche in Lombardia, sebbene in questa Regione la spesa in termini assoluti sia diminuita di circa € 7mln.

**KI 11.10. Spesa dei Comuni per Voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari - Incidenza (%), anni 2007-2012**


La spesa dei Comuni per voucher, assegni di cura, buoni socio-sanitari nel 2012 è stata pari a € 141,9 mln., corrispondente al 17% di tutta la spesa per assistenza domiciliare. Rispetto al 2011 notiamo una flessione del 6% derivante dalla variazione negativa delle Regioni del Nord e delle Isole, controbilanciata da una variazione positiva e di più consistente entità delle Regioni centrali (+25%) e del Sud (+28%). In particolare, notiamo la Sardegna che ha moltiplicato nel quinquennio 2007-2012 la sua quota di spesa in voucher passando dallo 0,4% del 2007 al 7% del 2011 al 13% nel 2012 destinando a detto istituto rispettivamente € 0,2 mln., € 5,7 mln. € 11,6 mln. Degna di menzione è anche la Regione Marche che ha raggiunto nel 2012 la quota del 23% (€ 3,2 mln.), quota in netto aumento rispetto al 2011 in cui era del 16% (€ 2,2 mln.) ed in consistente aumento rispetto al 2007 in cui era dello 1,8% (€ 0,23 mln.). Da notare anche la diminuzione del 36% registrata in Sicilia, Regione in cui la quota per voucher è passata dal 36% del 2012 al 23% del 2011), riducendosi pertanto del 36% ovvero di € 11,5 mln. (da € 25,4 mln. a € 13,9 mln. del 2012, riportando la quota vicina a quella del 2007, in cui era del 23% e corrispondente ad un ammontare di € 16 mln.

KI 11.11. Spesa dei Comuni per Assistenza domiciliare integrata - Incidenza (%) sulla spesa domiciliare totale dei Comuni, anni 2007-2012



La spesa dei Comuni per l’assistenza domiciliare integrata (ADI), pari a € 91,4 mln., in media incide per il 10,7% sulla spesa domiciliare totale (anno 2012). Le Regioni del Centro complessivamente presentano un’incidenza maggiore pari al 13%, seguite da quelle del Nord (10,4%) e infine dalle Regioni del Sud e Isole (10,2%).

Da sottolineare ad ogni modo l’eterogeneità del dato a livello di singole Regioni: il valore massimo si registra anche per quest’anno in Umbria, con un’incidenza pari al 33% (€ 2,4 mln. su € 7,3 mln.), quota aumentata del 10% rispetto al 2011 ma diminuita del 25% rispetto al 2007.

Il valore minimo è invece registrato dalla Lombardia con una quota per ADI pari allo 0,8% della spesa totale per assistenza domiciliare (tralasciando la Pr. Aut. di Bolzano dove la spesa per ADI è nulla, ed il Molise in cui non raggiunge neanche l’1%).

Dal 2007 al 2012 non si registrano grandi oscillazioni. Va menzionata la Campania che, sebbene nel 2012 abbia registrato una diminuzione della quota destinata all’ADI del 9 %, rispetto al 2007 detta quota è aumentata del 35% passando da un’incidenza della spesa per ADI del 18% nel 2007 ad una del 25% del 2012, percentuali corrispondenti ad un aumento di € 3,8 mln. (da € 8,6 mln. del 2007 a più di € 12,4 mln. del 2012).

performance  
accesso  
scenari  
appropriatazza  
innovazione  
efficienza  
integrazione  
bisogni  
SSN  
empowerment  
regioni  
responsabilità  
europa  
salute  
HTA  
health  
investimenti  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
sviluppo  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
economia  
welfare  
crescita

# *Capitolo 12*

**Non-autosufficienza:  
domanda e strategie di offerta**



## Capitolo 12

### Non-autosufficienza: domanda e strategie di offerta

*Collicelli C.<sup>1</sup>, Maietta F.<sup>1</sup>, Vaccaro K.<sup>1</sup>, Castro C.<sup>1</sup>, Favazzi U.<sup>1</sup>*

#### 12.1. Introduzione

Una difficile congiuntura incrocia il tema della sostenibilità della spesa pubblica per sanità ed assistenza e quello delle cure socio-sanitarie da garantire ai soggetti che, per cronicità, traumi ed altre patologie invalidanti, necessitano di cure ed assistenza continuativa ed a lungo termine, o *Long Term Care* (LTC). L'invecchiamento progressivo della popolazione ed i relativi mutamenti in ambito demografico, nonché le prospettive aperte, anche in questo campo, dallo sviluppo scientifico e tecnologico completano il quadro di riferimento.

Non può quindi sorprendere la frequenza con cui ricorrono nel dibattito odierno sul futuro del sistema sanitario italiano da un lato la questione del rapporto tra cure per le acuzie e cure per le cronicità e la non-autosufficienza, e dall'altro quella della necessaria integrazione delle risorse pubbliche con altri strumenti di copertura e servizi privati di varia natura.

Non si tratta certo di questione nuova, visto che le preoccupazioni sul tema sono all'ordine del giorno da tempo, soprattutto per gli addetti ai lavori, da quando cioè è apparso chiaro che la crescita della domanda di servizi, l'invecchiamento, i costi crescenti della ricerca e dell'innovazione tecnologica ed il peso degli apparati burocratici di gestione delle strutture stavano determinando una situazione di squilibrio crescente, insostenibile in prospettiva, aggravato in alcuni casi da sprechi ed inefficienze.

Non vi è dubbio, peraltro, che la questione non è né banale né di facile soluzione, in quanto riguarda non solo la allocazione delle risorse disponibili, ma anche e soprattutto il reperimento di risorse aggiuntive e l'efficienza e l'efficacia con cui le risorse vengono impiega-

te. Il che rimanda alla tenuta del modello universalistico di offerta, ed in particolare al rapporto tra statualità, mercato e socialità per il pieno soddisfacimento del principio universalistico nelle politiche socio-sanitarie. Il problema è cioè capire se la struttura dell'offerta oggi in vigore sia ulteriormente sostenibile, e se sia immaginabile ovviare alle evidenti lacune senza mutare in profondità gli approcci di sistema ed il quadro delle priorità.

Tra i mutamenti da prefigurare il più importante è senza dubbio quello del passaggio progressivo da un sistema orientato prioritariamente alle patologie acute ad un sistema orientato maggiormente alle patologie croniche ed invalidanti. Un secondo cambiamento importante è quello relativo alla integrazione tra dimensione sociale e dimensione sanitaria delle cure e della assistenza. Il terzo cambiamento su cui riflettere attiene il coinvolgimento di risorse e servizi aggiuntivi, rispetto a quelli tradizionali. Non dimenticando, a tale proposito, che la sanità italiana è per molti versi, ed in particolare nell'area della assistenza ai cronici e disabili, già ampiamente privatizzata per volume e andamento della spesa delle famiglie e del ricorso crescente a prestazioni a pagamento. Ma si tratta di una forma di privato non regolato, lasciato al libero incontro di domanda e offerta, penalizzante per i più deboli economicamente e socialmente rischioso per tutti. Da cui l'evidente interesse delle possibili soluzioni legate al ruolo della mutualità sanitaria integrativa, l'insieme cioè dei fondi e delle mutue, che forniscono una tutela aggiuntiva per prestazioni pagate di tasca propria dai pazienti e dalle loro famiglie, o fornite attraverso strutture convenzionate, sulla base di accordi di origine contrattuale (aziendale o categoriale). Retaggio in passato di poche categorie e settori privilegiati, si tratta a questo proposito di una

<sup>1</sup> Fondazione Censis

realtà attualmente in espansione, sia nella direzione di comparti economici di riferimento più ampi (come il commercio o il mondo della cooperazione), che in quella delle forme cosiddette “aperte”, che possono essere sottoscritte cioè da tutti, anche non lavoratori o lavoratori di settori meno protetti.

## 12.2. Le caratteristiche della domanda

Secondo i dati raccolti tra fine 2012 e inizio 2013 nell’ambito della indagine sulla salute e la sanità dall’Istat<sup>2</sup>, risulta la presenza in Italia di 3 milioni 167 mila persone con limitazioni funzionali, cioè con difficoltà permanenti nelle funzioni della vita quotidiana, tra le quali 1 milione 436 mila sono definite “in confinamento”, ovvero costretti in casa e/o a letto o carrozzina. Altre quote importanti all’interno della non-autosufficienza sono quelle classificabili come interessate da limitazioni del movimento (1 milione 512 mila) e limitazioni di vista, udito e parola (853 mila) (Tab. 12.1).

La graduatoria regionale delle persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali, del movimento, della locomozione e della comunicazione, vede al primo posto la regione Puglia, con 7,7 individui per 100 abitanti (281 mila unità), seguita da Campania (7,1%, 333 mila indi-

vidui), Sicilia (7,1%, 325 mila individui) e da altre regioni meridionali. Mentre le regioni con i tassi più bassi di incidenza sono la Valle d’Aosta, il Trentino Alto-Adige e le altre regioni dell’arco alpino.

In termini di famiglie con almeno un non-autosufficiente al proprio interno, sempre sulla base dei dati dell’Istat, la graduatoria vede l’incidenza più alta per Puglia (15,4%, 241 mila famiglie), Umbria (15,1%, 55 mila famiglie), Sicilia (14,7%, 289 mila famiglie); e quella più bassa per Valle d’Aosta (7,6%), Trentino Alto Adige (7,7%) e Lombardia (8,9%).

Di questo insieme di cittadini non-autosufficienti, composto da quasi 3,2 milioni di individui, 2 milioni e 500 mila sono anziani, e l’incidenza è maggiore tra le donne (7,1% contro il 3,8% degli uomini).

Nella maggior parte dei casi (nel 55,5% dei casi) gli individui in questione soffrono di più di una delle limitazioni funzionali rilevate, e sono circa 900 mila coloro che riferiscono di essere interessati sia da limitazioni motorie che da difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane.

Molte indagini condotte negli ultimi anni sul profilo epidemiologico dei soggetti non-autosufficienti hanno individuato una correlazione significativa tra la condizione di non-autosufficiente e l’incidenza di molte pato-

Tabella 12.1. I numeri della non-autosufficienza

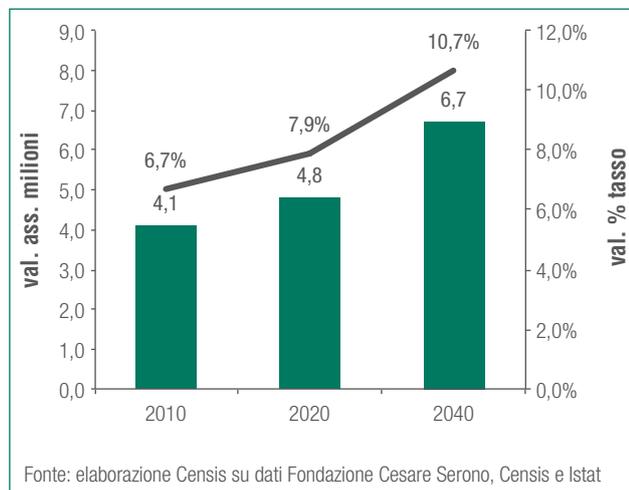
| Modello       | Persone con limitazioni funzionali |              | Tipo di limitazioni funzionali |              |                            |              |                           |              |                                   |             |
|---------------|------------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------|----------------------------|--------------|---------------------------|--------------|-----------------------------------|-------------|
|               |                                    |              | Confinamento                   |              | Limitazioni nelle funzioni |              | Limitazioni nel movimento |              | Limitazioni vista, udito e parola |             |
|               | Per 100 persone                    | v.a. (mgl.)  | Per 100 persone                | v.a. (mgl.)  | Per 100 persone            | v.a. (mgl.)  | Per 100 persone           | v.a. (mgl.)  | Per 100 persone                   | v.a. (mgl.) |
| Nord-Ovest    | 4,2                                | 695          | 1,8                            | 315          | 2,5                        | 414          | 2,0                       | 337          | 1,1                               | 169         |
| Nord-Est      | 4,8                                | 556          | 1,9                            | 226          | 3                          | 354          | 2,3                       | 274          | 1,3                               | 148         |
| Centro        | 5,2                                | 625          | 2,4                            | 293          | 3,1                        | 383          | 2,5                       | 305          | 1,5                               | 170         |
| Sud           | 6,9                                | 860          | 3,3                            | 412          | 4,3                        | 528          | 3,1                       | 381          | 2                                 | 248         |
| Isole         | 7                                  | 430          | 3,1                            | 191          | 4,3                        | 265          | 3,5                       | 215          | 1,9                               | 116         |
| <b>Italia</b> | <b>5,5</b>                         | <b>3.167</b> | <b>2,4</b>                     | <b>1.436</b> | <b>3,3</b>                 | <b>1.945</b> | <b>2,6</b>                | <b>1.512</b> | <b>1,5</b>                        | <b>853</b>  |

\* Per persone con limitazioni funzionali, si intendono coloro che sono costretti su una sedia letto/in casa per motivi fisici o psichici (confinamento), coloro che hanno difficoltà nello svolgimento di essenziali attività quotidiane come mangiare, lavarsi, vestirsi, ecc. (limitazione nelle funzioni), coloro che hanno difficoltà a camminare/salire le scale/chinarsi (limitazioni nel movimento), e coloro che hanno limitazioni sensoriali (limitazioni vista, udito, parola).

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

<sup>2</sup> Istat (2014), Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

**Figura 12.1. La progressione della disabilità in Italia. Stime Censis 2010-2040**



logie croniche, come le cardiopatie, l'ictus, le patologie respiratorie, le neoplasie, il Parkinson e l'Alzheimer<sup>3</sup>. Studi meno numerosi, ma di sicuro interesse, registrano una correlazione evidente anche tra grave disabilità, non-autosufficienza e qualità delle cure da un lato, e deprivazione/impoverimento della famiglia di appartenenza, dall'altro<sup>4</sup>.

Una stima Censis, prodotta a partire da dati Istat, ha evidenziato un *trend* di dinamica crescente del numero dei disabili, presente e futuro (figura 12.1).

Un caso particolarmente critico nel panorama generale è quello delle persone che vivono sole, e che non possono di conseguenza usufruire della assistenza di un *care-giver* familiare. Questa casistica mette a dura prova la tradizionale organizzazione di un *welfare* fortemente centrato sul ruolo della famiglia, sia nucleare che allargata. Va certamente ricordato che in Italia "vivere da soli" non significa in ogni caso "essere soli", visto il ruolo solitamente svolto dai componenti della cosiddetta famiglia allargata. È tuttavia evidente che con il passare degli anni si configura sempre più spesso, anche in questo paese, una condizione di fragilità potenziale dei nuclei familiari rispetto alle tradizionali

funzioni di assistenza e cura. Ancora oggi la domanda più stringente di tutela e cura (il supporto in caso di patologia acuta, l'assistenza continuativa in caso di non-autosufficienza o disabilità, ecc.) è di fatto in capo al coniuge e al figlio della persona ammalata, e quasi sempre alla moglie ed alla figlia. Si manifestano, però, segnali viepiù crescenti di erosione delle reti informali e familiari di cura, a seguito dei fattori congiunturali e dei processi di lunga deriva, a cominciare da quelli sociodemografici ed economici. Quelle reti che in passato hanno supplito in maniera forte alle principali carenze del sistema istituzionale di offerta. Le persone che vivono sole sono attualmente oltre 7,5 milioni in Italia, pari al 14,5% dei cittadini da 15 anni in poi. Rispetto all'inizio del secolo si è registrato un aumento di quasi il 40 % (pari a quasi 2 milioni di persone in più), e tra gli anziani la quota di persone che vive sola è aumentata di quasi il 25%. Quasi il 66% delle persone che vivono sole, peraltro, afferma di non avere scelto tale condizione di vita.

Più in generale va ricordato che, secondo le stime dell'Istat, la popolazione degli ultra sessantacinquenni in Italia passerà dal 20,3% di oggi al 33% nel 2030 e quella degli ultraottantenni da 2,9 a 7,7 milioni nel 2030. La speranza di vita alla nascita ha superato nel 2011 in quasi tutti i paesi europei gli 80 anni, e gli 83 per l'Italia, la Svizzera ed il Giappone, secondo i dati OCSE.

Anche considerando l'effetto positivo delle politiche di prevenzione ed il miglioramento degli stili di vita, l'aumento in termini assoluti della popolazione in stato di bisogno sarà pertanto in un futuro prossimo considerevole. Le complesse interrelazioni tra fattori demografici, economici, tecnologici e socioculturali determineranno, in Italia come in tutti i paesi industrializzati, sfide sempre maggiori ed il settore è destinato ad esprimere una domanda di risorse crescente, che si contrappone in maniera problematica alle esigenze di riduzione della spesa a seguito della crisi economica e degli interventi di *spending review*.

<sup>3</sup> Mastrobuono I., Labate G. (2012), "La non-autosufficienza, una sfida per il welfare del terzo millennio", Organizzazione sanitaria n. 2

<sup>4</sup> Si veda ad esempio: Casanova G., Lillini R. (2010), "Disabilità, non-autosufficienza e disuguaglianze socioeconomiche e strutturali", Politiche sanitarie, 11:248-255, in: Campedelli M. (2015), "Le sfide delle non-autosufficienze e i sistemi integrativi", Politiche sanitarie 16 1

### 12.3. Spesa e offerta pubblica per la non-autosufficienza

A fronte dei 3,2 milioni di non-autosufficienti certificati dall'Istat, di cui 1,5 milioni in condizioni di confinamento, i dati ufficiali sulla assistenza socio-sanitaria per questa categoria di utenti rilevano una copertura assistenziale limitata. Dai dati ufficiali, pur in presenza di differenze tra le varie fonti (Inps e Istat in modo particolare), si evince che circa 300 mila sono i soggetti disabili ricoverati in residenze specializzate<sup>5</sup>, poco meno di 300 mila gli utenti non-autosufficienti dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI), circa 360 mila i beneficiari di permessi retribuiti a valere sulle disposizioni della L. 104/1992, e circa 1 milione e 750 mila i percettori di Indennità di accompagnamento<sup>6</sup>.

Le strutture di erogazione dei servizi per disabili e non-autosufficienti sono di natura sia pubblica che privata. Il 29% dei posti-letto delle strutture residenziali è finanziato con risorse pubbliche, il 45,3% è a carico del settore no-profit, ed il 25,7% è finanziato dal settore for profit<sup>7</sup>. Per quanto riguarda le altre prestazioni, i dati del censimento Istat sul settore no-profit evidenziano che circa 30.000 istituzioni del non profit forniscono oltre 4,3 milioni di prestazioni a favore di oltre 480 mila non-autosufficienti (prestazioni sanitarie, riabilitative, di lunga degenza, a domicilio, ecc.).

L'OCSE stima per l'Italia circa 1 milione di lavoratori stranieri nella LTC, il 72% di tutti i cosiddetti *care workers*, e secondo stime Censis sono circa 700 mila i migranti che svolgono attività di assistenza domiciliare nelle famiglie italiane.

Dal punto di vista della spesa pubblica per la

non-autosufficienza, i valori calcolati variano a seconda delle fonti che vengono utilizzate e delle prestazioni e servizi di cui si tiene conto. Secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato (RGS) l'Italia spende l'1,9% del Prodotto interno Lordo (Pil) tra prestazioni sanitarie, indennità di accompagnamento e prestazioni socio-assistenziali, per un totale annuo di circa € 30 mld. (46% per la sanità, 44% per l'indennità di accompagnamento e 10% per l'assistenza)<sup>8</sup>. La quota sanitaria della spesa pubblica per LTC del 2011 è sempre secondo il Ministero Economia e Finanza (MEF) pari allo 0,85% del Pil ed al 12% circa della spesa sanitaria complessiva. Quella per l'indennità di accompagnamento ammonta allo 0,8% del Pil. Sempre per il 2011 la spesa pubblica relativa all'insieme delle prestazioni per Ltc si riferisce, secondo il MEF, per il 60% a prestazioni non residenziali, per il 23% a prestazioni residenziali e per il rimanente 17% a trasferimenti in denaro<sup>9</sup>.

Secondo i dati della Commissione europea (CE), la spesa pubblica pro-capite annua per i non-autosufficienti ammontava in Italia nel 2010 a € 488, contro i 440 della media europea, ed ha subito una dinamica crescente negli anni immediatamente precedenti<sup>10</sup>.

Storica è la debolezza, accentuatasi negli ultimi anni, del Fondo nazionale per le politiche sociali, passato da 520 milioni nel 2009 a 263 milioni nel 2014, e di quello per la non-autosufficienza, di 400 milioni nel 2009 e di 340 milioni nel 2014.

Rispetto ai *trend* di evoluzione degli ultimi anni, dai dati ufficiali risulta che, mentre la spesa sociale nel suo complesso registra in Italia una contrazione progressiva (dell'1% nel 2011 e del 2% nel 2012, rispetto all'anno precedente), quella per non-autosufficienti tende nono-

<sup>5</sup> Istat (2013), Presidi assistenziali residenziali e socio-sanitari

<sup>6</sup> La specifica prestazione monetaria Inps erogata su base universalistica a seguito di una accurata procedura di verifica dei requisiti. Inps, Osservatori statistici

<sup>7</sup> Istat (2013), Presidi assistenziali residenziali e socio-sanitari

<sup>8</sup> MEF, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, in: Atella V. et al. (2015), Healthy and Active aging e le politiche per la LTC in Italia: le opportunità per il futuro tra vincoli macroeconomici e interventi sostenibili, Fondazione Farmafactoring, Roma

<sup>9</sup> MEF, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, Le tendenze di lungo-medio periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 13, Roma 2012

<sup>10</sup> European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2012), The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060), Joint Report 89, preparato dalla Commissione Europea (DG EC-FIN) e dall'Economic Policy Committee (AWG), European Economy 2/2012, European Union, Brussels

stante tutto a crescere. Tra 2003 e 2010 l'incremento medio annuo è stato dell'8%, ma si rileva una tendenza al rallentamento del *trend* di crescita.

Particolarmente degni di nota sono i rilevanti squilibri territoriali dell'offerta. Per quanto riguarda ad esempio l'indennità di accompagnamento, ne usufruisce il 53,9% delle persone con limitazioni funzionali a livello nazionale, ma il 64,5% nel Lazio, il 50,5% in Campania ed il 53,7% in Veneto. Rispetto alle persone definite con disabilità grave (cioè con severa riduzione dell'autonomia) l'indennità di accompagnamento riguarda il 67,3% a livello nazionale, il 73,6% nel Lazio, il 67,1% in Campania ed il 68,5% in Veneto. Le quote percentuali non variano sensibilmente per la popolazione sopra i 65 anni<sup>11</sup>.

Per quanto riguarda l'ADI rivolta agli anziani, secondo i dati del Ministero della Salute la percentuale di anziani presi in carico è passata dal 2,9% del 2005 al 4,3% del 2012<sup>12</sup>. Ma le differenze sono molto elevate. Si passa dall'11,8% di anziani presi in carico in Emilia Romagna, al 7,9% in Umbria, allo 0,4% in Valle d'Aosta e Provincia di Bolzano. *Trend* positivi di crescita del numero dei beneficiari di Adi si sono registrati in Emilia Romagna (+6,4% tra 2005 e 2012), Abruzzo (+3,1%) e Sicilia (+ 2,8%); mentre *trend* negativi hanno riguardato la Toscana (-0,1%), le Marche (-0,4%), il Friuli (-1,8%) ed il Molise (-2,2%).

Non solo la spesa e la copertura variano e di molto tra regione e regione, ma anche i criteri di accesso alle prestazioni. Un interessante lavoro prodotto da un gruppo di lavoro dell'Università di Tor Vergata per la Fondazione Farmafactoring<sup>13</sup> ha messo a confronto i criteri di eleggibilità dei programmi delle regioni italiane per la non-autosufficienza, a seconda che esista una soglia definita e che si consideri o meno la presenza di una rete sociale di supporto. Tutte le regioni considerate utilizza-

no l'ADL<sup>14</sup>. Ma per quanto riguarda gli altri criteri e parametri, forti sono le differenze. Alcune regioni utilizzano l'Isee (l'indicatore della situazione economica) per graduare gli interventi, alcune altri test e punteggi cognitivi, comportamentali, sociali, in maniera difforme l'una dalle altre. Per quanto riguarda poi i due aspetti citati, la soglia e la rete sociale di riferimento, lo studio fornisce una classificazione delle regioni, rispetto alla quale Bolzano, Friuli e Toscana ricadono nella categoria delle regioni che hanno una soglia definita ma non considerano la rete sociale di care; la Liguria non ha soglia ma considera la rete di care; Emilia Romagna e Piemonte non hanno soglia e non considerano la rete; Campania, Lombardia, Sicilia e Veneto hanno sia soglia che criteri di valutazione della rete sociale di sostegno e cura.

## 12.4. Le strategie compensative delle famiglie

A fronte di una situazione epidemiologica e strutturale, quale quella sinteticamente descritta, le famiglie toccate dal problema della non-autosufficienza operano, come dicevamo, in termini di integrazione e supplenza rispetto alle carenze dei servizi pubblici, costituendo di fatto il soggetto principale di riferimento ero i soggetti coinvolti, sia per la erogazione diretta di prestazioni assistenziali, che per il finanziamento *out of pocket* di quelle acquistate sul mercato pubblico (*ticket* e *Intramoenia*) e su quello privato, che in ogni caso svolgendo una fondamentale funzione di coordinamento ed integrazione dei vari spezzoni di offerta a favore degli assistiti.

Da indagini condotte dal Censis nel corso degli ultimi 5 anni<sup>15</sup> rispetto al punto di vista degli utenti, risulta un giudizio decisamente negativo degli italiani rispet-

<sup>11</sup> Censis su dati Istat (2014), Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

<sup>12</sup> Censis su dati Istat e Ministero della Salute, 2015

<sup>13</sup> Atella V. et al. (2015), Healthy and Active aging e le politiche per la LTC in Italia: le opportunità per il futuro tra vincoli macroeconomici e interventi sostenibili, Fondazione Farmafactoring, Roma

<sup>14</sup> ADL, *Activities of daily Living*, uno degli indici più diffusi a livello internazionale per la misurazione della dipendenza nelle attività della vita quotidiana

<sup>15</sup> FBM-Censis (2008-2013), Monitor Biomedico, edizioni varie; Censis-Favo (2010-2015), Rapporto sulla condizione dei malati oncologici, edizioni varie; Fondazione Cesare Serono-Censis (2010-2013), Disabilità e centralità del paziente; Censis-Previmedical (2011-2015), Welfare day, edizioni varie

to alle manovre di finanza pubblica in materia di sanità, che avrebbero accentuato, a detta del campione intervistato, le iniquità e ridotto la qualità dei servizi. Meno della metà ritiene che il Servizio sanitario copra le prestazioni “di cui di fatto si ha bisogno”, quota che scende al 34,5% nel Sud e nelle Isole. Molto numerosi sono coloro che ritengono di ricevere solo le prestazioni essenziali (41,2% nella media), cui vanno sommati i giudizi decisamente negativi di chi ritiene di ricevere un’offerta insufficiente (14%).

Secondo le analisi del Censis, sono oltre 12,2 milioni gli italiani che dichiarano che negli ultimi anni hanno fatto ricorso, più frequentemente che del periodo precedente, alla sanità a pagamento, sia privata che in intramoenia. In particolare è pari al 25% la quota di italiani che ha intensificato il proprio ricorso alla sanità privata, mentre è pari a quasi il 12% la quota di coloro che si rivolgono più all’intramoenia. Inoltre si rivolgono di più alla sanità privata gli abitanti del Sud e delle isole (quasi il 35% vi ha aumentato il ricorso), ed all’intramoenia gli italiani tra i 30 e i 45 anni (oltre 14%) e gli abitanti del Sud e delle isole (17%).

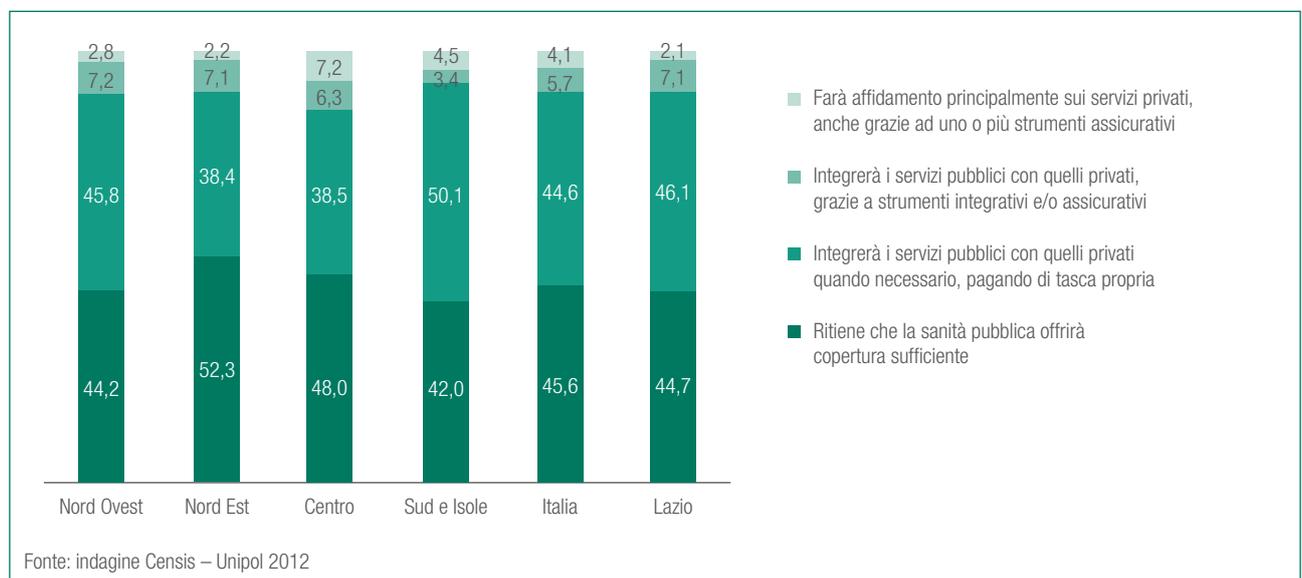
Per molte attività diagnostiche ed accertamenti il livello di compartecipazione alla spesa raggiunto dai *ticket* rende spesso più conveniente il ricorso alla sa-

nità a pagamento nei laboratori e ambulatori privati o in intramoenia, e la spinta al privato è ulteriormente rafforzata dai problemi posti dalla lunghezza delle liste di attesa per l’accesso alle prestazioni in ambito pubblico.

Non va inoltre dimenticato che, anche a proposito dell’impatto della crisi economica, si è intensificato il fenomeno della rinuncia alle cure, ed aumentano coloro che dichiarano di avere ridotto il proprio ricorso alla sanità a pagamento in questi ultimi anni; si tratta di oltre 5 milioni di italiani, poco più dell’11% per la sanità privata, e poco meno del 10% per l’intramoenia, valori che rimangono simili lungo tutto l’arco della penisola. Un’entità questa che si colloca nell’ambito dell’insieme degli italiani (oltre 9 milioni stimati dal Censis nel 2012) che dichiarano di aver rinunciato *tout court* ad una prestazione sanitaria per motivi legati alla erogazione (costo, *ticket*, lista di attesa). Chi ha diminuito il ricorso alla sanità privata e/o intramoenia lo ha fatto principalmente perché ha minori disponibilità economiche (87%), motivazione che tra coloro che hanno più di 64 è indicata dal 95,2% degli intervistati.

Interrogati sul futuro, il 44,6% degli italiani dichiara di essere convinto di dover integrare i servizi pubblici con quelli privati per affrontare i rischi e le future necessità assistenziali (figura 12.2).

**Figura 12.2. Gli strumenti sui quali la famiglia potrà contare per affrontare i rischi e le future necessità assistenziali, per ripartizione geografica. Valori %**



Secondo i dati Istat della già citata Indagine su salute e sanità<sup>16</sup>, la spesa sanitaria delle famiglie con un membro con limitazioni funzionali in un anno è superiore a € 4 mld., e quella delle famiglie con un membro in condizioni di confinamento si avvicina a € 3 mld. all'anno.

Recenti indagini hanno stimato una spesa di € 9 mld. per la retribuzione delle circa 700 mila badanti presenti nelle famiglie italiane.

Studi condotti dalla Fondazione Censis per Favo<sup>17</sup> sui costi sociali della malattia oncologica<sup>18</sup> hanno stimato i costi medi a carico delle famiglie nel caso di sopravvivenza del proprio congiunto a seguito dell'insorgenza della patologia e degli interventi clinici ad essa collegati. Per quanto riguarda il tumore alla mammella, i risultati parlano di un costo annuo medio pro-capite di circa € 28 mila, e di un costo complessivo per l'Italia, sempre annuo, di € 7,3 mld.. Per il tumore al colon-retto lo studio ha prodotto una stima di € 41,6 mila pro-capite per anno, e di € 5,7 mld. a livello nazionale.

Altri analoghi studi sono stati realizzati dalla Fondazione Censis sui malati di Alzheimer, sclerosi multipla, Parkinson, autismo, Down, ictus, ecc., tutti comprovanti l'entità dello sforzo umano e finanziario sostenuto dalle famiglie dei pazienti non-autosufficienti colpiti dalle diverse patologie.

È importante sottolineare che, oltre ai costi diretti, relativi alle spese mediche (visite, farmaci) e alle altre spese vere e proprie (es. trasporti), le famiglie sopportano anche pesanti costi indiretti, relativi ai mancati redditi da lavoro del paziente e del *care-giver*, ed alle conseguenze dell'impatto psicologico e sociale della patologia.

Il che risulta ancor più problematico alla luce del fatto che, come si diceva, la attuale situazione demografica e sociale rende la famiglia italiana sempre meno pronta a far fronte a queste funzioni di cura, spesa e

Figura 12.3. Le nuove forme del *welfare*

- *Welfare privato*, basato sulla crescita dell'impegno finanziario diretto dei singoli e delle famiglie e realizzato attraverso il ricorso alla spesa "di tasca propria" e/o attraverso il ricorso alla copertura assicurativa.
- *Welfare comunitario*, dove i bisogni sociali sono coperti dall'impegno della comunità locale, che si attua attraverso la spesa degli enti locali, il volontariato, la socializzazione delle singole realtà del territorio.
- *Welfare aziendale*, che sembrava un reperto del passato e che tende a coprire bisogni specifici, nati e risolvibili all'interno delle singole imprese.
- *Welfare associativo*, con il ritorno a logiche mutualistiche (anch'esse fino a poco tempo fa considerate superate) e la responsabilizzazione di associazioni di categoria (specialmente nel mondo del lavoro autonomo).

coordinamento, in quanto la rete parentale diventa sempre più "stretta e lunga" a causa del ridotto numero di figli e dell'aumento della speranza di vita.

Tenendo conto di tutti fenomeni che attengono alla tutela familiare, alla auto-tutela ed all'aumento del ricorso al privato, si può dire che da tempo si assiste in Italia ad un processo di riaggiustamento spontaneo degli assetti delle cure socio-sanitarie, per cui accanto al *welfare* ufficiale sussistono modalità e forme di copertura differenti ed articolate, tanto da far ipotizzare la compresenza di "diversi *welfare*", che si sono andati sviluppando accanto a quello pubblico (figura 12.3).

L'ampliamento delle funzioni e delle titolarità avviene però in una situazione nella quale la spesa privata dei cittadini, che sta in larga misura alla base delle modalità innovative di *welfare* citate, è solo in minima parte coperta da meccanismi di tipo assicurativo. Infatti in Italia la spesa privata aggiuntiva per le prestazioni non coperte è, secondo dati OCSE per l'87% a carico dei pazienti e delle loro famiglie, mentre in altri contesti esistono forme di copertura di natura assicurativa e integrativa ormai consolidate.

<sup>16</sup> Vedi Nota 2

<sup>17</sup> Favo, Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

<sup>18</sup> Censis (2013), "La condizione dei pazienti malati di tumore alla mammella", in: Favo, *V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*; Censis (2014), "La condizione dei pazienti malati di tumore al colon-retto", in: *VI Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*

Esiste in sostanza un passaggio spontaneo che il *welfare* italiano sta vivendo a inizio del nuovo millennio, che può essere definito come passaggio dalla protezione pubblica alla sussidiarietà, o secondo le altre formulazioni in uso al “secondo welfare”, alla “*welfare society*”, o alla “*welfare community*”, ecc.. Un passaggio che conserva un ruolo assolutamente preminente per la funzione pubblica in caso di fasi acute della patologia, ricovero e dimissioni protette, e che vede l’ampinarsi della platea delle soggettualità coinvolte e delle modalità di tutela per la LTC, la riabilitazione post-acute, l’assistenza domiciliare (sia socio-sanitaria, che sanitaria e infermieristica), e per tutte le altre funzioni che hanno a che vedere con la presa in carico continuativa, coordinata e costante dei disabili, non-autosufficienti e malati cronici, secondo un mix pubblico – privato che segue l’andamento dei bisogni in continua modificazione, nonché le trasformazioni identitarie e funzionali dei nuovi soggetti di responsabilità collettiva collocati nell’area del terzo settore. Il che rimanda ad un’ottica di responsabilità concertative, di sussidiarietà attiva e promozionale, di coordinamento e collaborazione, nonché di *empowerment* di tutti i soggetti validi e attivi.

Non va a questo proposito però dimenticato che, nonostante l’impegno forte profuso a tutte le latitudini dagli italiani nell’ambito della assistenza ai non-autosufficienti della propria famiglia, nella spesa *out of pocket* e nella funzione di raccordo tra diversi spezzoni di offerta, la maggior parte di essi, interrogati in proposito, si dichiarano favorevoli alla obbligatorietà della copertura finanziaria della LTC (74%)<sup>19</sup>. Una quota percentuale pari al 61% è molto o abbastanza d’accordo sull’introduzione di vantaggi fiscali per strumenti assicurativi e di mutualità integrativa. Il 65,5% è molto o abbastanza d’accordo sulla possibilità di dedurre fiscalmente le spese per il *welfare* sostenute di tasca propria dalle famiglie per badanti, *baby sitter* e formazione. Purché si compia qualche passo avanti nella direzione di una migliore copertura di una area di bisogni e di domanda in preoccupante crescita.

## 12.5. Proposte e conclusioni

Non vi è dubbio che il modello europeo di *welfare*, oltre che solido ed apprezzato universalmente, sia stato fino ad oggi anche di grande successo e di sostegno della competitività internazionale. Basti citare a questo proposito uno dei dati più eloquenti, quello del rapporto tra spesa per la salute e speranza di vita. La relazione tra i due fattori mostra un evidente legame positivo, con risultati particolarmente lusinghieri per l’Europa continentale, ma anche per l’Italia e il Giappone.

Da qualche anno a questa parte, però, la situazione appare caratterizzata da una sorta di “crisi di maturità” dei programmi di *welfare* europei, che si manifesta sia negli equilibri economici e nella sostenibilità, che nelle questioni di strategia e di contenuto.

Fattore determinante da questo punto di vista è dato dalla dinamica di crescita della domanda, e dalla modificata struttura demografica della popolazione, con la crescita della speranza di vita e della popolazione anziana. Ma è importante porre attenzione anche ai cambiamenti di carattere socio-culturale che hanno modificato la domanda, derivanti in larga parte dai processi di modernizzazione dell’economia e dei consumi e dall’influenza della globalizzazione: il valore dell’individualità e della personalizzazione, rispetto ad una recente passato di richieste uniformi; lo sviluppo dei processi di autotutela, in aggiunta o alternativa alla tutela istituzionale; il superamento dei confini tradizionali tra territori e settori della vita collettiva; il riconoscimento crescente del valore della reciprocità e del volontariato. I soggetti della domanda sociale subiscono un processo di differenziazione e proliferazione. Si moltiplicano le spinte al “fai da te” e all’autotutela ed emerge sempre più forte la domanda di *empowerment* da parte degli utenti dei servizi, che reclamano non solo interventi più cospicui ed adeguati, ma anche e soprattutto più voce in capitolo nelle decisioni, nelle scelte e nell’allocazione delle risorse.

Si fanno strada nuovi soggetti privati di offerta, dal

<sup>19</sup> Censis (2012), *Monitor Biomedico*

privato for-profit a quello no-profit, al volontariato, legati al sistema pubblico da rapporti di vario tipo. Crescono la spinta alla reinterpretazione progressiva di una domanda sempre più attenta e sofisticata, l'individuazione dei nuovi diritti oltre allo spostamento continuato in avanti della frontiera mobile dei diritti senza tutela. Da cui il paradosso di un *welfare* state europeo all'avanguardia nel mondo, che entra in crisi nel momento del suo massimo sviluppo, per una sorta di incoerenza crescente tra i fattori costitutivi.

Si accentua di conseguenza il processo di ripensamento delle strategie europee di *welfare* avviatosi già nel periodo precedente per i citati problemi di incongruenza tra domanda e offerta. Una società a lavoro flessibile, si dice sempre più spesso, deve diventare anche una "società a welfare flessibile", articolata su più pilastri (il pubblico, il privato "a contratto", il privato di mercato e il no-profit), con al proprio interno "efficienti reti di sicurezza attiva" gestite da lavoratori, famiglie, datori di lavoro, enti pubblici e Stato.

Si comincia a riconoscere che buona parte del benessere, come del disagio, trae origine da situazioni che si collocano in contesti estranei al *welfare* stesso. E' il mercato del lavoro, è la qualità dei rapporti interpersonali e familiari, sono le condizioni ambientali e le relative politiche energetiche, è il contesto culturale, sono i progressi della scienza i fattori che influenzano il benessere e che provocano inclusione, esclusione o disagio. I confini esterni del *welfare* si presentano per la prima volta diversi da quelli che si credeva che fossero, e cioè dai confini della sanità, della previdenza e dell'assistenza, e vanno ad abbracciare la socialità, l'economia, altre politiche ed altri servizi alla collettività. L'approccio corrente va pertanto riconsiderato anche puntando all'allargamento del quadro concettuale di riferimento ed alla revisione degli obiettivi del *welfare*, dalla prevenzione, alla presa in carico del disagio, alla riabilitazione e risocializzazione, ricostruendo un *continuum* di interventi e di responsabilità, che coinvolgano tutti i soggetti, ognuno per il suo ambito di azione.

A fronte di tanto peso e di tanto significato, sta una situazione del settore complessa e densa di trasformazioni e di criticità. Lo dimostrano la diffusione di *stili di*

*vita* negativi per la salute, dal consumo eccedentario di prodotti alimentari inadatti, alla sedentarietà, al fumo di tabacco tra i giovani, all'alcol, con la conseguenza dell'aggravarsi di alcune sindromi quali la sindrome metabolica e l'obesità; il persistere, ed in molti casi l'aggravarsi, di forme di disagio psicofisico, legate in particolare a condizioni di lavoro e di vita negative, cui si collegano anche l'abuso di sostanze psicotrope e la diffusione delle forme di ansia e della depressione; una risposta insufficiente ai problemi posti dal prolungamento della vita e dalla diffusione esponenziale delle patologie croniche; la difficoltà a perseguire il necessario equilibrio tra obiettivi di salute e politiche ambientali e sociali, attraverso cui promuovere il superamento della cosiddetta società "a somma zero", nella quale da un lato si produce malattia e disagio - attraverso le attività produttive, la circolazione stradale, la mancata prevenzione primaria, le carenze educative, ecc. - e dall'altro si fatica a reperire le risorse necessarie per combattere gli effetti negativi sulla salute; ritardi accumulati nel tentativo più volte dichiarato di spostare le risorse impegnate dalla medicina per le acuzie, prevalentemente in regime di ricovero, a quella per le cronicità e le disabilità, in regime di prevenzione, riabilitazione, territorio e assistenza domiciliare; i fallimenti registrati nel tentativo di ricentrare il sistema sulla persona umana e sulla sua famiglia.

Si consolida il concetto di "mercato-sociale", come sistema caratterizzato da alta responsabilità individuale e di gruppo, accentuato pluralismo dei soggetti erogatori dei servizi, coinvolgimento sempre maggiore del volontariato, valorizzazione dei soggetti associativi, delle organizzazioni di rappresentanza della domanda, e dei soggetti privati, allargamento del contratto sociale tradizionale fino a toccare forme di contratto individualizzato, sotto l'egida della responsabilità strategica pubblica.

Nell'evoluzione in corso appare sempre più evidente la tendenza a consolidare una sorta di tripartizione nell'ambito dei sistemi di protezione europei sulla base di tre livelli: quello delle prestazioni obbligatorie, a ripartizione e con gestione pubblica; quello delle prestazioni contributive a capitalizzazione, gestite da enti separati,

**Figura 12.4. Livelli delle prestazioni**

- Livello di base, proprio delle prestazioni essenziali per tutti, da erogare e finanziare sulla base della fiscalità pubblica (grandi rischi della salute, reddito minimo, pensione sociale, ecc.).
- Livello intermedio di prestazioni integrative, definibile ed erogabile nel rapporto tra cittadini, organizzazioni di mutualità collettiva professionale e territoriale, terzo settore e reticoli di solidarietà sociali.
- Terzo livello, svincolato da assetti e schemi statuali o categoriali, liberamente gestito attraverso rapporti con il mercato e con soggetti assicurativi.

sulla base di normative pubbliche; e quello della contribuzione privata e volontaria, a gestione totalmente privata (Figura 12.4).

**Riferimenti bibliografici**

- Atella V. et al. (2015), *Healthy and Active aging e le politiche per la LTC in Italia: le opportunità per il futuro tra vincoli macroeconomici e interventi sostenibili*, Fondazione Farmafactoring, Roma 2015
- Casanova G., Lillini R. (2010), "Disabilità, non-autosufficienza e disuguaglianze socioeconomiche e strutturali", *Politiche sanitarie*, 11:248-255, in: Campedelli M. (2015), "Le sfide delle non-autosufficienze e i sistemi integrativi", *Politiche sanitarie* nr. 16 1
- Censis (2013), "La condizione dei pazienti malati di tumore alla mammella", in: Favo, *V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*
- Censis (2014), "La condizione dei pazienti malati di tumore al colon-retto", in: Favo, *VI Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*
- Censis- Favo (2010-2015), *Rapporto sulla condizione dei malati oncologici*, edizioni varie
- Censis-Previmedical (2011-2015), *Welfare day*, edizioni varie
- European Commission - Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2012), *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*, Joint Report 89, preparato dalla Commissione Europea (DG ECFIN) e dall'Economic Policy Committee (AWG), *European Economy 2/2012, European Union, Brussels*
- FBM-Censis (2008-2013), *Monitor Biomedico*, edizioni varie
- Fondazione Cesare Serono-Censis (2010-2013), *Disabilità e centralità del paziente*, documenti vari
- Istat (2014), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*
- Istat (2013), *Presidi assistenziali residenziali e socio-sanitari*
- Mastrobuono I., Labate G. (2012), "La non-autosufficienza, una sfida per il welfare del terzo millennio", in: *Organizzazione sanitaria n. 2*
- MEF, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, in: Atella V. et al. (2015), *Healthy and Active aging e le politiche per la LTC in Italia: le opportunità per il futuro tra vincoli macroeconomici e interventi sostenibili*, Fondazione Farmafactoring
- MEF, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2012), *Le tendenze di lungo-medio periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 13.



## *Chapter 12 – Summary*

**Not self-sufficiency care:  
demand and supply strategies**



## Chapter 12 - Summary

### Not self-sufficiency care: demand and supply strategies

*Collicelli C.<sup>1</sup>, Maietta F.<sup>1</sup>, Vaccaro K.<sup>1</sup>, Castro C.<sup>1</sup>, Favazzi U.<sup>1</sup>*

The ageing of the population, the scenarios prospected by scientific and technological developments, the demand for increasingly better care quality, and the prevalingly hospital-oriented supply of Italian health care are a few of the factors that contribute to weighing down the sustainability of the public expenditure on health care within the context of not self-sufficiency and on the social and health assistance to be guaranteed to persons who, owing to chronic diseases, traumas and other incapacitating pathologies, require Long Term Care (LTC).

According to official data, in Italy there are 3 million and 167 thousand persons with functional limitations, that is, persons who meet with permanent difficulties in the fundamental activities of daily living, including 1 million and 436 thousand who are confined at home and/or in bed. Even considering the positive effect of the prevention policies and the improvements in lifestyles, in the forthcoming future we are going to witness a considerable increase in absolute terms in the number of cases. Surveys of the epidemiological profile of not self-sufficient persons point to a significant correlation between the condition of dependency and the incidence of chronic pathologies, as well as between serious disabilities and the deprivation/impoverishment of the household. A particularly critical case is represented by persons who live on their own and are unable to have recourse to the assistance of a family care giver. These trends place considerable strain on the organization of a welfare system highly centered on acute pathologies, hospital care and the role of the family.

The health care figures relative to individuals who lack self-sufficiency clearly show the inadequacy of the supply, with 300 thousand disabled persons ac-

commodated in specialized nursing homes, a little less than 300 thousand having recourse to integrated home care (IHC), nearly 360 thousand benefiting from paid leaves and nearly 1 million and 750 thousand receiving the attendance allowance. As far as Italy is concerned, the OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) estimates that nearly 1 million foreign workers are involved on various grounds in LTC and, according to Censis (Social Investments Study Center), there are nearly 700 thousand migrants who render home care services to Italian households. According to data of the European Commission (EC), Italy's public annual per-capita expenditure for not self-sufficient amounts to € 488, as against a European average of € 440.

Very meaningful are the regional differences in terms of offer and access criteria to the healthcare services: some Regions adopt economic indicators in order to plan the interventions, some other use other tests and cognitive, behavioral and social scores.

In this scenario, where the public healthcare offer is not sufficient, the patient's households intervene in two ways: through the care giver assistance (family persons or by paying Out Of Pocket for other assistants) and by coordinating the linkage between the healthcare areas, the social and the social-healthcare.

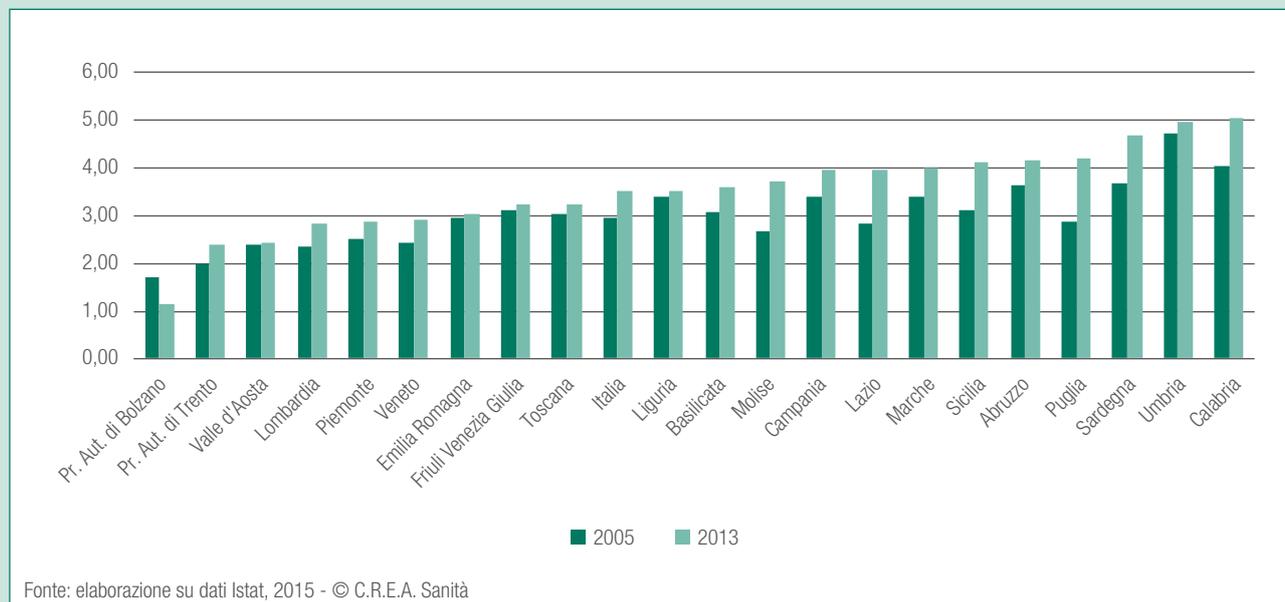
According to ISTAT (National Institute of Statistics) figures, the yearly health expenditure of the Italian households where a member has functional limitations exceeds 4 billion euro, while the yearly health spending of the Italian households where a member is confined to his/her bed or home approaches 3 billion euro per year. Recent studies have estimated an expenditure amounting to 9 billion euro for paying the nearly 700

<sup>1</sup> Fondazione Censis

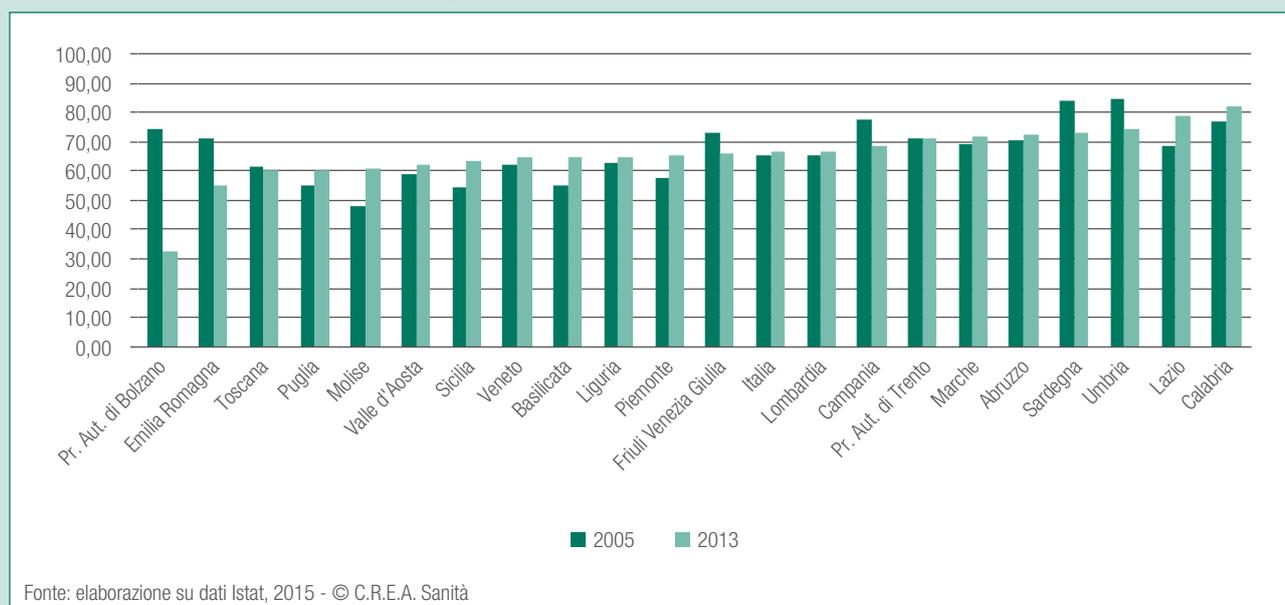
thousand caregivers present in the Italian households. Besides, the latter bear considerable indirect costs relative to the failure to earn income from employment of both the not self-sufficient and the caregiver and to the consequences of the psychological and social impact of the pathology.

Taking into consideration both family protection and self-protection, and the increased recourse to the private sector, it may be affirmed that Italy is witnessing a spontaneous process of readjustment of the social and

health care framework and that alongside the official welfare there are various well-organized forms of coverage of private, community and associative welfare. In any event, the private spending of the individuals that underlies to a considerable extent the innovative arrangements of the aforementioned forms of welfare is covered in just a very small part by insurance-type mechanisms and most Italians, questioned on the matter, are totally in favor of the compulsoriness of the LTC financial coverage.

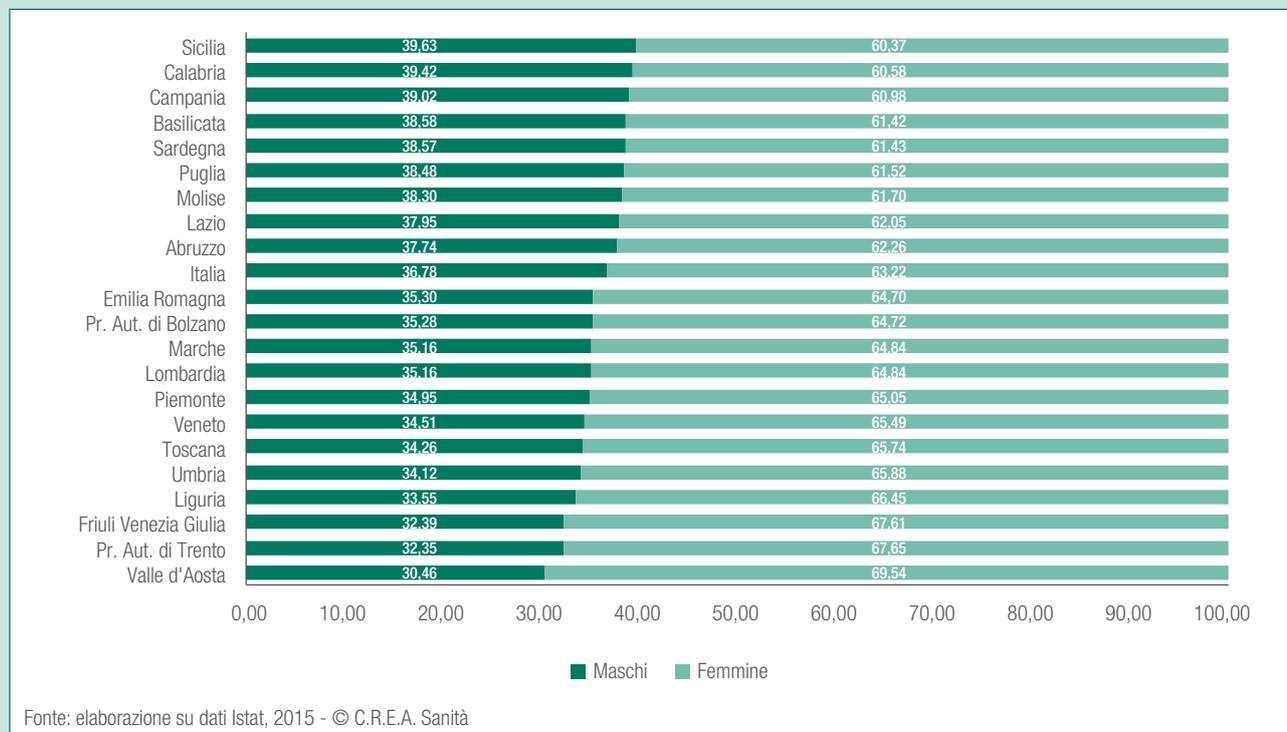
**KI 12.1. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Quota sulla popolazione totale. Valori %, anni 2005 e 2013**


Nel 2013 i beneficiari di indennità di accompagnamento sono circa 2,1 mln., ovvero beneficia della citata provvidenza economica il 3,5% dei residenti contro il 2,9% del 2005. Le Regioni che, nel 2013, hanno erogato un maggior numero di indennità di accompagnamento a favore della popolazione residente sono risultate essere: la Calabria (circa il 5,0% e in aumento di quasi un punto percentuale rispetto al 2005), l'Umbria (il 4,9%) e la Sardegna (il 4,7% con un incremento di oltre l'1% rispetto al 2005). La Provincia Autonoma di Bolzano prevede questa misura di sostegno solo per l'1,1% dei propri residenti, seguita dalla Provincia Autonoma di Trento e dalla Valle d'Aosta (2,4%). Sono 9 le Regioni al di sotto del valore nazionale (3,52%).

**KI 12.2. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Quota sul totale dei disabili. Valori %, anni 2005 e 2013**


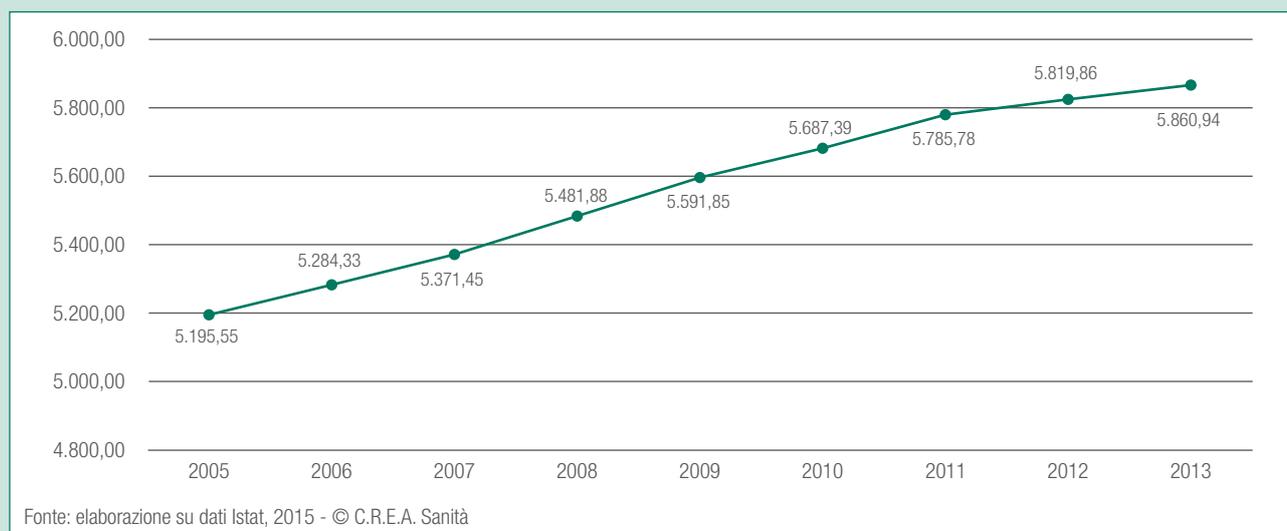
Se rapportiamo, con riferimento al 2013, il totale dei percettori dell'indennità di accompagnamento al totale della popolazione disabile, è possibile osservare come questa tipologia di provvidenza economica venga erogata, a livello nazionale, a 66,4 disabili ogni 100. La Calabria, il Lazio e l'Umbria sono le Regioni con le più alte percentuali di diversamente abili che ricevono l'indennità di accompagnamento, con valori rispettivamente pari a 82,0% (con un incremento del 4,8% rispetto al 2005), 78,7% (con un aumento di oltre dieci punti percentuali rispetto al 2005) e 74,2% (in flessione del 10,0% rispetto al 2005). Sono 12 le Regioni che registrano un valore dell'indicatore più basso del valore nazionale.

KI 12.3. Beneficiari di indennità di accompagnamento. Distribuzione regionale per genere. Valori %, anno 2013

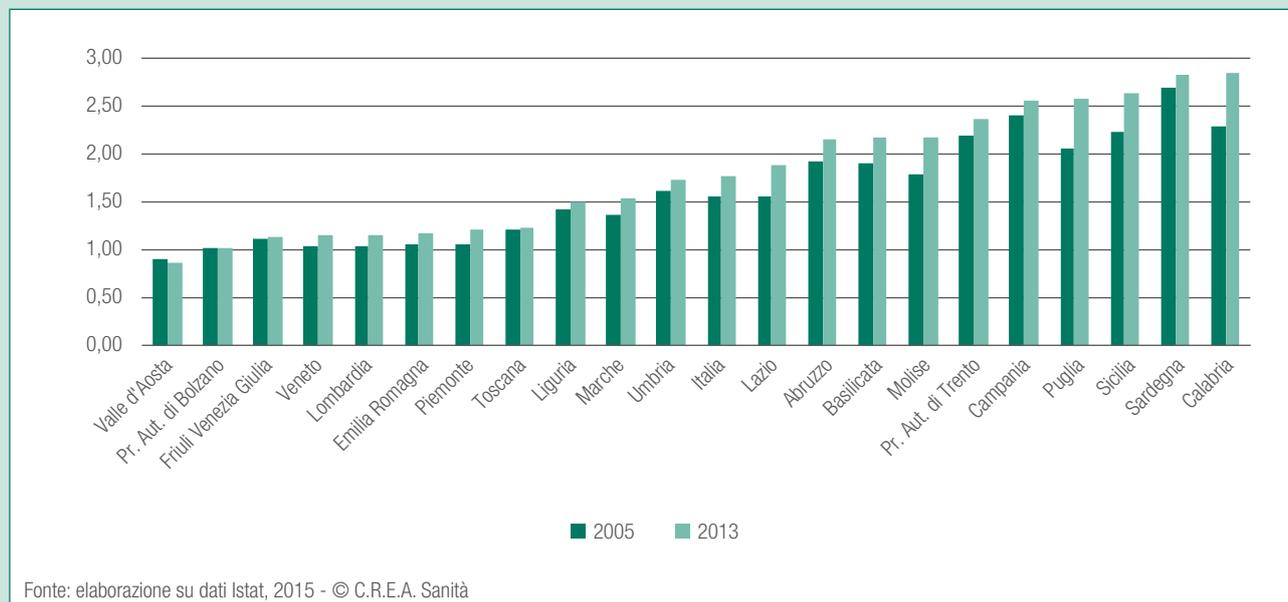


Per effetto della diversa prevalenza della disabilità a livello di genere, anche la distribuzione dell'indennità di accompagnamento è concentrata sul genere femminile. In particolare, nel 2013, lo scarto di "trattamento" è molto più accentuato nelle Regioni centro-settentrionali che non in quelle meridionali: si passa, infatti, dal valore minimo della Valle d'Aosta dove la percentuale di maschi che riceve l'indennità (sul totale dei beneficiari) è di circa il 30,0% al valore massimo della Sicilia, comunque inferiore al 40,0%.

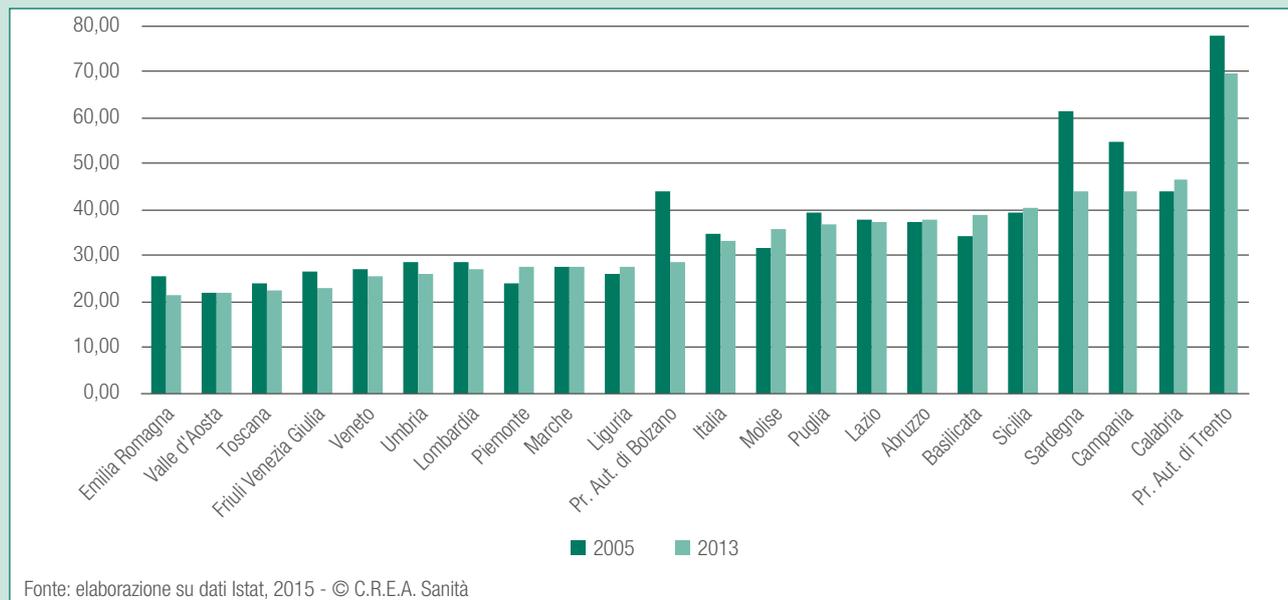
KI 12.4. Spesa media per beneficiario di indennità di accompagnamento. Valori assoluti (€), anni 2005-2013



Nel 2013 la spesa media che è stata sostenuta per garantire a ciascun avente diritto l'indennità di accompagnamento è stata circa di € 8.561,0 con un incremento del 12,8% rispetto al 2005 quando si fermava a € 5.195,5. In ogni caso la spesa media per beneficiario di indennità di accompagnamento è andata costantemente aumentando nel periodo 2005-2013, sebbene a partire dal 2012 l'incremento sia stato più modesto rispetto a quello verificatosi negli anni precedenti. Giova, inoltre, sottolineare che la spesa per il 2012 è stata stimata come media di quella sostenuta nel 2011 e nel 2013 poichè quella relativa al 2012 non è stata pubblicata.

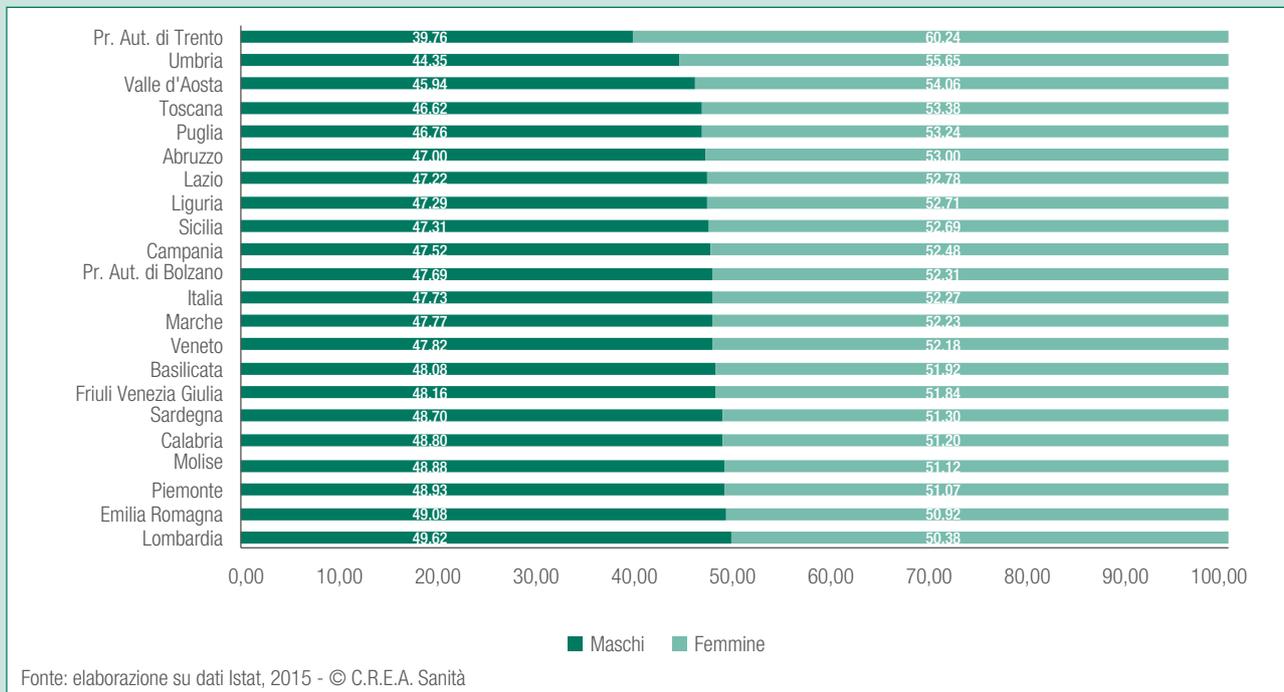
**KI 12.5. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Quota sulla popolazione totale. Valori %, anni 2005 e 2013**


Nel 2013 i beneficiari di pensioni di invalidità civile sono circa 1,0 mln., ovvero beneficia della citata provvidenza economica circa l'1,8% dei residenti contro l'1,6% del 2005. Le Regioni che, nel 2013, hanno erogato un maggior numero di pensioni di invalidità civile a favore della popolazione residente sono risultate essere: la Calabria (circa il 2,8% e in aumento di mezzo punto percentuale rispetto al 2005), la Sicilia (il 2,6%) e la Sardegna (il 2,8%). La Valle d'Aosta prevede questa misura di sostegno solo per lo 0,9% dei propri residenti. Sono 11 le Regioni che registrano un valore dell'indicatore inferiore a quello nazionale.

**KI 12.6. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Quota sul totale dei disabili. Valori %, anni 2005 e 2013**


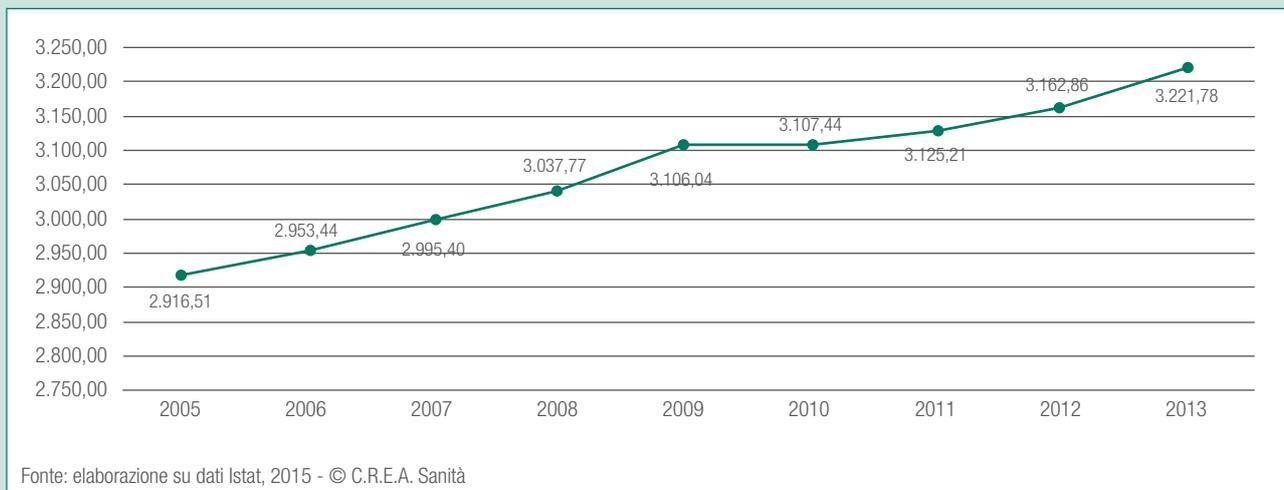
Se rapportiamo, con riferimento al 2013, il totale dei percettori della pensione di invalidità civile al totale della popolazione disabile, è possibile osservare come questa misura venga erogata, a livello nazionale, a 33,2 disabili ogni 100. La Provincia Autonoma di Trento, La Campania e la Calabria sono le Regioni con le più alte percentuali di diversamente abili che ricevono la pensione di invalidità civile, con valori rispettivamente pari a 69,9% (con una contrazione dell'8,0% rispetto al 2005), 44,3% (con un decremento di quasi undici punti percentuali rispetto al 2005) e 46,4% (in aumento del 2,6% rispetto al 2005). L'Emilia Romagna prevede questa misura di sostegno solo per il 21,3% dei propri residenti disabili. Sono 11 le Regioni che registrano un valore dell'indicatore inferiore a quello nazionale.

KI 12.7. Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Distribuzione regionale per genere. Valori %, anno 2013

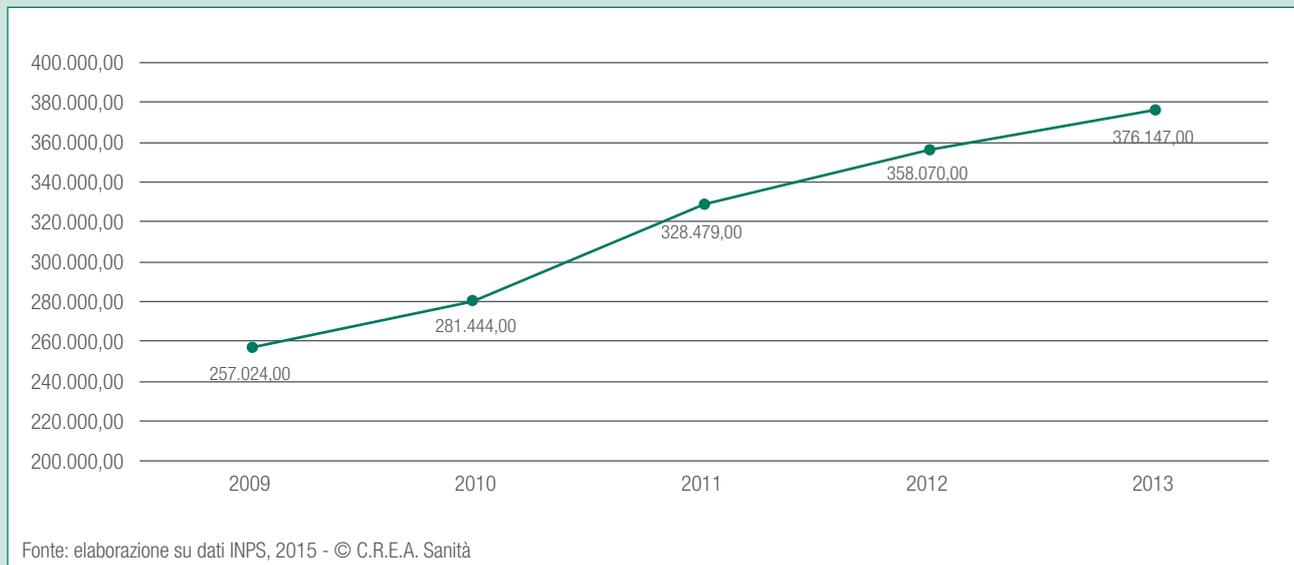


Per effetto della diversa prevalenza della disabilità a livello di genere, anche la distribuzione della pensione di invalidità civile è tendenzialmente concentrata sul genere femminile. In particolare, nel 2013, lo scarto di “trattamento” è più accentuato nella Provincia Autonoma di Trento dove il 39,8% dei beneficiari della richiamata provvidenza economica appartiene al genere maschile e in Umbria dove circa il 44,0% del totale dei beneficiari che ricevono la pensione di invalidità civile appartiene al genere maschile; in Lombardia, invece, i beneficiari della pensione di invalidità civile sono tendenzialmente equidistribuiti tra i due generi. In definitiva, le differenze di genere, pur rimanendo evidenti, sono meno marcate rispetto al caso delle indennità di accompagnamento; in aggiunta, nel caso delle pensioni di invalidità civile, non sono apprezzabili differenze legate alla ripartizione geografica di residenza.

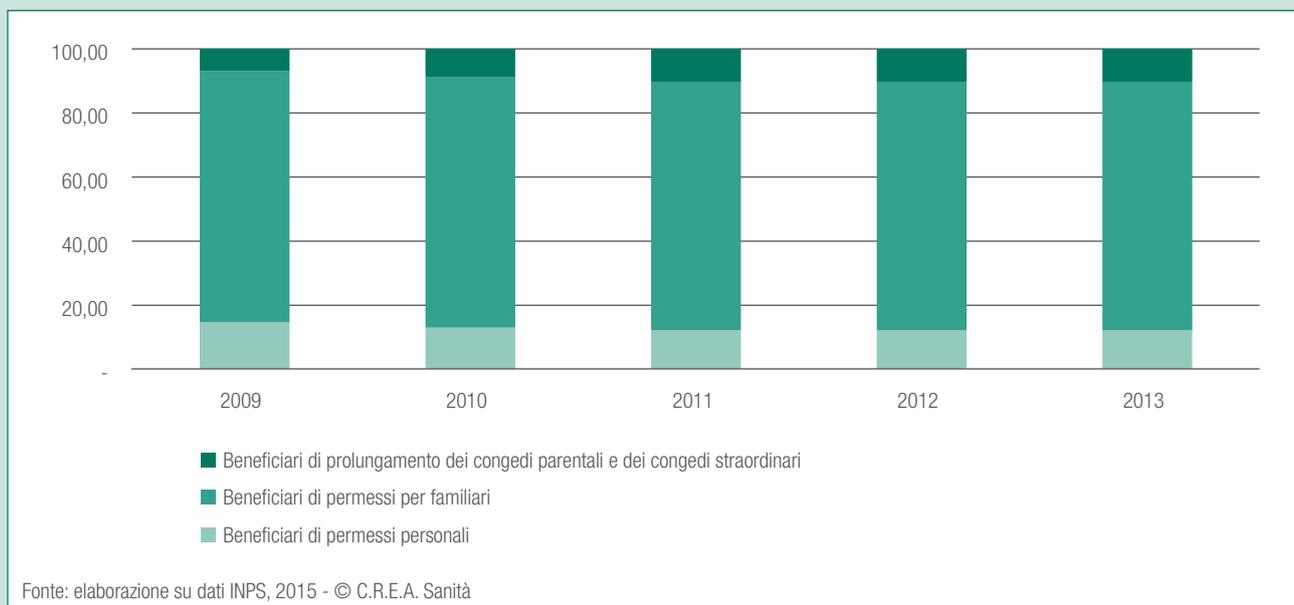
KI 12.8. Spesa media per beneficiario di pensione di invalidità civile. Valori assoluti (€), anni 2005-2013



Nel 2013 la spesa media che è stata sostenuta per garantire a ciascun avente diritto la pensione di invalidità civile è stata circa di € 3.221,8 con un incremento del 10,5% rispetto al 2005 quando si fermava a € 2.916,5. In ogni caso la spesa media per beneficiario di pensione di invalidità civile è andata costantemente aumentando nel periodo 2005-2013, sebbene tra il 2009 ed il 2010 l'incremento sia stato assai più modesto rispetto a quello verificatosi negli altri periodi analizzati. Giova, inoltre, sottolineare che la spesa per il 2012 è stata stimata come media di quella sostenuta nel 2011 e nel 2013 poichè quella relativa al 2012 non è stata pubblicata.

**KI 12.9. Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Valori assoluti, anni 2009-2013**

Secondo i dati forniti dall'INPS in Italia il numero di lavoratori di aziende ed enti privati che hanno usufruito di permessi ex Legge 104/1992 sono passati da 257.024,0 nel 2009 a 376.147,0 nel 2013 (ovvero un incremento del 46,3%). Tra il 2012 ed il 2013, a livello nazionale, è stata registrata una variazione del 5,0% del numero di lavoratori di imprese private che hanno usufruito dei permessi previsti dalla Legge 104/92, mentre nel periodo immediatamente precedente l'incremento di beneficiari aveva raggiunto il 9,0%.

**KI 12.10. Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Composizione. Valori %, anni 2009-2013**

Secondo i dati forniti dall'INPS in Italia, tra il 2009 ed il 2013, l'incidenza dei beneficiari di permessi per familiari sul totale dei beneficiari per la Legge 104 e per congedo straordinario si è mantenuta tendenzialmente stabile, andando dal 78,3% del 2009 al 78,1% del 2013. Diminuisce, invece, l'incidenza dei beneficiari di permessi personali che passa dal 14,3% del 2009 all'11,6% del 2013 (una riduzione del 2,7%), mentre aumenta del 3,4% quella dei beneficiari di prolungamento dei congedi parentali e dei congedi straordinari (passa dal 6,7% del 2009 al 10,3% del 2013).



performance  
accesso  
scenari  
appropriatazza  
innovazione  
efficienza  
integrazione  
bisogni  
SSN  
empowerment  
regioni  
responsabilità  
europa  
salute  
HTA  
health  
investimenti  
sviluppo  
federalismo  
selettività  
sostenibilità  
equità  
crescita  
welfare  
valutazioni  
cronicità  
risorse  
Italia  
economia

# *Capitolo 13*

**L'industria sanitaria:  
evoluzione e prospettive**



## Capitolo 13

### L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

d'Angela D.<sup>1</sup>

#### 13.1. Il contesto

Il settore farmaceutico e quello dei Dispositivi Medici (DM) sono presenti in Italia con, rispettivamente, 0,5 e 5,1 imprese ogni 100.000 abitanti (304 e 3.025 imprese nel 2014).

Si noti che abbiamo 702,6 imprese manifatturiere ogni 100.000 abitanti, di cui però solo 2,1 con più di 250 addetti, mentre in quest'ultima tipologia d'impresa operano più dei due terzi degli addetti del settore farmaceutico (69,0%)<sup>2</sup>.

Data l'"aziendalizzazione" degli erogatori pubblici, dobbiamo considerare anche 0,9 Aziende Sanitarie Locali (AA.SS.LL. comprensive anche di Istituto qualificato presidio della ASL e Ospedali a gestione diretta presidio ASL), 0,9 Case di cura private, 0,1 Aziende Ospedaliere (AA.OO.), 0,1 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (0,03 pubblici e 0,05 privati e 0,02 fondazioni) ed Enti di ricerca 0,01 ogni 100.000 abitanti.

Gli addetti nel settore farmaceutico e dei DM (63.000 e 54.000 rispettivamente) rappresentano l'1,6% e l'1,4% degli occupati nel settore manifatturiero.

Notevole è l'impiego anche nelle strutture sanitarie, pubbliche e private, nelle quali sono occupate 1.740,9 persone ogni 100.000 abitanti: il 65,0% (1.130,99) nelle AA.SS.LL., il 21,8% nelle AA.OO. (379,2, 7), il restante 13,2% in IRCCS ed Enti di ricerca.

Si tenga presente che la dimensione delle Aziende Sanitarie (pubbliche e private) è decisamente superiore a quella dell'impresa media italiana: il 55,7% delle prime ha più di 250 addetti, lo 0,08% per tutti gli altri settori.

#### 13.2. Produzione e dimensione dell'industria

L'industria farmaceutica e quella dei DM hanno dimensioni differenti: si passa da un mercato mondiale di circa € 655 mld. del settore farmaceutico (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* - EFPIA, 2015) ad uno di circa € 300 mld. (Eucomed, 2012) del settore DM.

Nonostante la riduzione subita negli ultimi anni, secondo i dati Eucomed, nel 2012 il mercato statunitense rappresenta circa il 40% di quello mondiale in entrambi i settori, quello europeo quasi il 30%, quello giapponese il 10%.

Germania, Francia e Inghilterra rappresentano più del 50% del mercato mondiale dei DM (27%, 16% e 11% rispettivamente); l'Italia rappresenta il 10% del mercato europeo.

Nel settore farmaceutico Svizzera, Germania, Italia e Francia rappresentano il 50% della produzione europea.

La produzione italiana nel settore farmaceutico rappresenta circa il 13% di quella europea (€ 220.000 mln.) e nel settore dei DM circa il 10%, pari a € 6.211 mln. (produzione europea dei DM pari a € 20.621 mln.).

Secondo i dati EFPIA l'Italia, nel 2013, con una produzione di € 27.461 mln. (€ 25.798 mln. nel 2012), continua a mantenere il terzo posto in Europa, dopo la Svizzera e la Germania, con rispettivamente € 33.010 mln. e € 29.010 mln., seguita dalla Francia con € 20.507 mln..

Si noti che l'Italia e la Germania hanno continuato ad aumentare il loro valore di produzione (+6,3% e +4,8% rispettivamente), in Svizzera si è invece registrato un calo del -5,7%.

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

<sup>2</sup> Farmindustria, Indicatori farmaceutici 2015

Svizzera, Irlanda e Svezia sono i Paesi europei con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati nel settore: € 0,82 mln., € 0,79 mln. e € 0,52 mln. per occupato. L'Italia, nel 2013, ha continuato ad incrementare la produttività per occupato raggiungendo € 0,44 mln. (€ 0,43 mln nel 2012). Germania e Francia, nel triennio 2011-2013 non hanno variato il loro valore di produzione per occupato, rispettivamente pari a € 0,26 mln. e € 0,20 mln., e presentano un valore pari a circa la metà di quello italiano.

Nella produzione dei DM l'Italia si colloca invece al quarto posto in Europa, con un valore pari a € 5,9 mld., dopo Germania, Inghilterra e Francia con rispettivamente € 11,1 mld., € 7,8 mld. e € 6,4 mld. di produzione.

Nel settore dei DM si riscontra una produttività per occupato più bassa rispetto a quella del farmaceutico. L'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere il Paese con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati nel 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 posizionano al quinto e sesto posto rispettivamente.

Nel 2014, in Europa, ci sono 25.000 aziende. Il 71% di queste sono localizzate in solo quattro Paesi: Ger-

mania (49%), Inghilterra (12%), Francia (5%) e Spagna (5%). Si tratta per il 95% di piccole e medie imprese (meno di 250 addetti).

La Svizzera risulta essere il Paese con la maggior presenza di aziende (174 per 1.000.000 abitanti), 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.).

A livello nazionale (Figura 13.1), considerando tutti i settori economici (macrocategoria ATECO), le Aziende farmaceutiche, con una produzione pari a € 0,46 mln. per occupato (2014), sono precedute solo dalle imprese di 'Estrazione di minerali da cave e miniere' e di 'Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata' (€ 2,2 mln. e € 1,5 mln. per occupato); pari a circa un terzo di quella del settore farmaceutico è quella dei DM, con un valore pari a € 0,14 mln. per occupato (2013).

Anche le Aziende Sanitarie, sia le AA.SS.LL. sia le AA.OO., risultano essere tra i primi posti in termini di valore di produzione per occupato: sono precedute solo dalle Aziende farmaceutiche, producendo rispettivamente € 0,32 mln. e € 0,25 mln. per occupato. Per confronto consideriamo che il settore dell'istruzione ed i servizi di alloggio e ristorazione registrano una produzione per occupato di € 0,05 mln..

Figura 13.1 Valore di produzione per occupato (€) in Italia, anno 2012

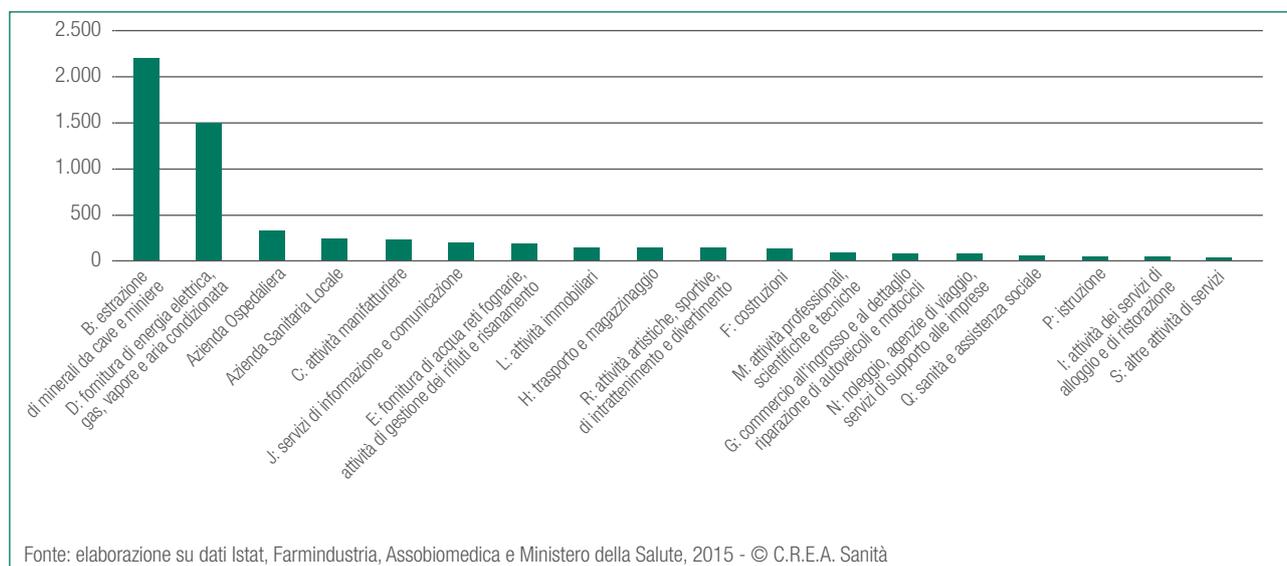
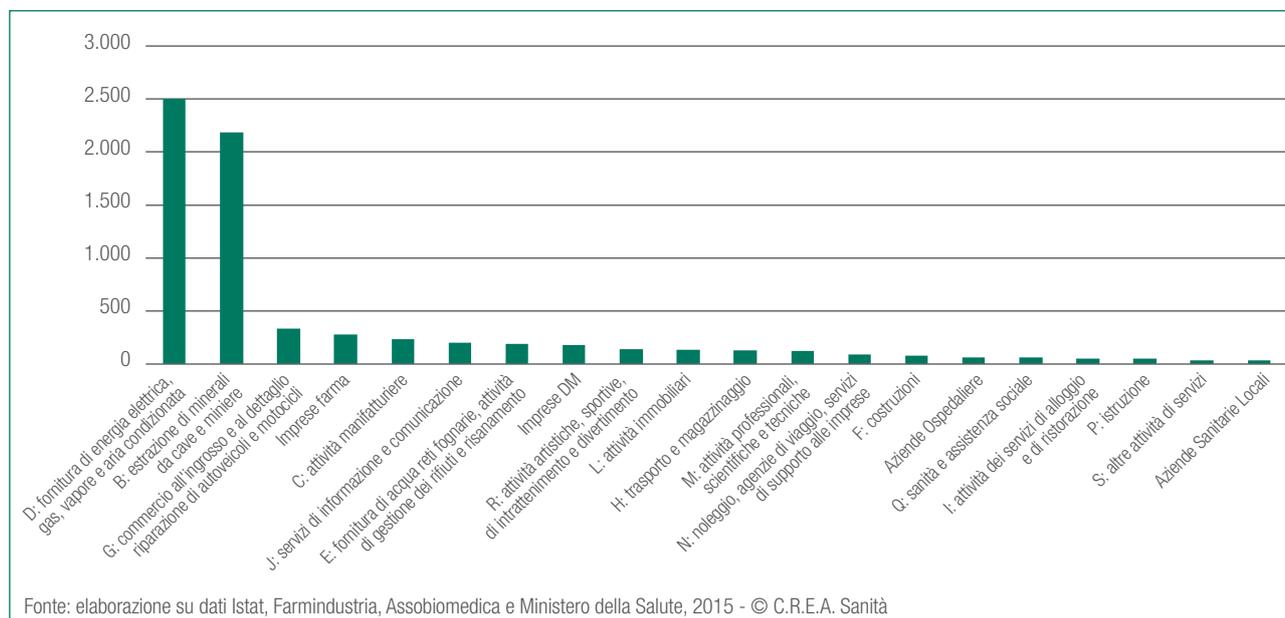


Figura 13.2. Fatturato per occupato (€ mgl.), anno 2012



Il mercato europeo dei dispositivi medici è pari a circa € 100 mld., quello dei farmaci circa il doppio (€ 195 mld.). In Italia il valore del mercato farmaceutico è pari a € 20.941 mln., quello del mercato dei DM di € 10.000 mln..

Rapportando il dato al numero di occupati le Aziende farmaceutiche con un fatturato di € 336.123 per occupato si trovano al terzo posto dopo le attività relative a 'Fornitura di energia elettrica, gas, vapore e aria condizionata' e 'Estrazione di minerali da cave e miniere'; il valore riscontrato è superiore a quello medio del settore manifatturiero, € 235.600 per occupato, ma inferiore a quello delle aziende manifatturiere con più di 250 addetti (€ 420.900 per occupato); inferiore in ogni caso è invece quello del settore dei DM con un fatturato per occupato di € 192.308. Decisamente più basso è il fatturato prodotto dagli occupati nel settore dei servizi sanitari: € 63.584 per le Aziende Ospedaliere e € 34.123 per le Aziende Sanitarie Locali (Figura 13.2).

Nel 2013 il numero di occupati nelle Aziende farmaceutiche in Europa è ripreso ad aumentare raggiungendo, secondo il dato EFPIA 2015, le 706.811 unità (693.195 nel 2012). In Italia un primo segnale di ripresa in termini di occupazione si è avuto nel 2014: dopo tre anni in diminuzione, nel 2014 risultano occupate

63.000 unità con un incremento del + 1,1% rispetto al 2013: il numero rimane comunque ancora inferiore a quello riscontrato nel 2012 (63.500 unità).

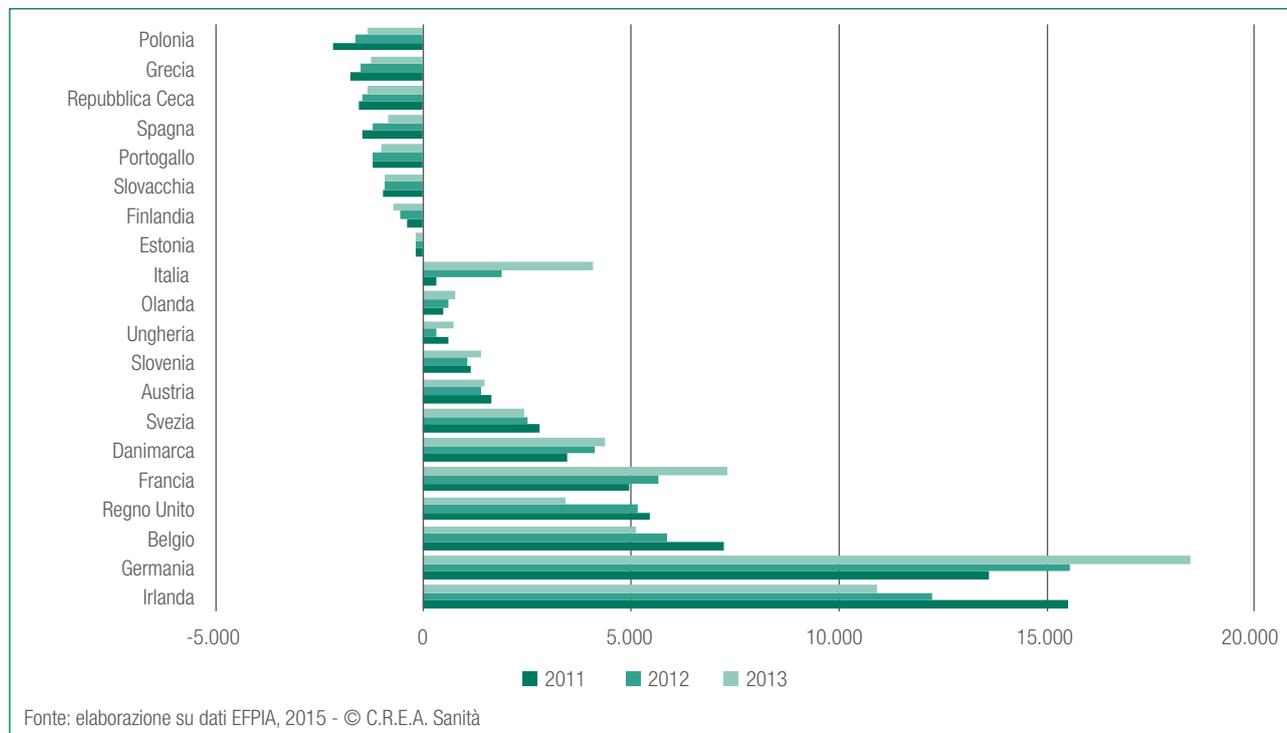
Secondo quanto riportato nel Rapporto 2014 'Produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia' (Assobiomedica), nel nostro Paese ci sono 3.025 imprese nel settore dei DM nelle quali operano 53.832 persone (anno 2012). Si tratta per il 56% di distributori, per il 40% di produttori e per il 4% di fornitori di servizi.

Per il settore farmaceutico è l'Irlanda il Paese con il più alto numero di aziende in rapporto agli abitanti, 14,39 ogni 1.000.000 abitanti, segue il Portogallo con 5,80 aziende ogni milione di abitanti e l'Italia con circa 5 aziende ogni milione di abitanti. Per il settore dei DM è la Svizzera il Paese con la maggior densità di aziende in rapporto alla popolazione (174 per 1.000.000 ab.), seguita da Germania con 135, Inghilterra con 4, Spagna con 24 e Francia con 18 (ogni 1.000.000 di abitanti).

### 13.3. Dinamiche di import ed export

Analizzando le dinamiche di import/export dell'industria del farmaco in Europa (Figura 13.3), nel 2013 il Paese con il saldo più alto risulta essere la Svizzera

Figura 13.3. Bilancia Commerciale medicinali. Valori in € mln., anni 2011-2013



con +€ 28.886 mln., seguita dalla Germania con + € 21.709 mln. e dall'Irlanda con € +16.733 mln.. La Germania continua ad essere il Paese con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore farmaceutico (€ 56.952 mln. e € 35.243 mln. rispettivamente), seguita dalla Svizzera per le esportazioni (€ 46.934 mln.) e dal Belgio per le importazioni (€ 30.918 mln.)

Dai dati Farindustria, l'Italia, nel 2014, ha registrato il saldo positivo più alto degli ultimi quindici anni per il commercio di farmaci (confezionati e non), pari a + € 5.073 mln.: il valore delle esportazioni ha raggiunto il suo valore massimo rappresentando il 72,0% della produzione (€ 16.872 mln.); le importazioni hanno continuato a ridursi (-1,9% rispetto al 2013, € 11.799 mln.). Considerando anche i vaccini, nel 2014 il saldo della bilancia commerciale è divenuto positivo raggiungendo + € 1,06 mld. (il valore delle importazioni è pari a € 19,7 mld. e quello delle esportazioni pari a € 20,7 mld.).

Le esportazioni mondiali di dispositivi medici sono state nel 2012 pari a circa \$ 300 mld., con un aumento annuo del +2,3%.

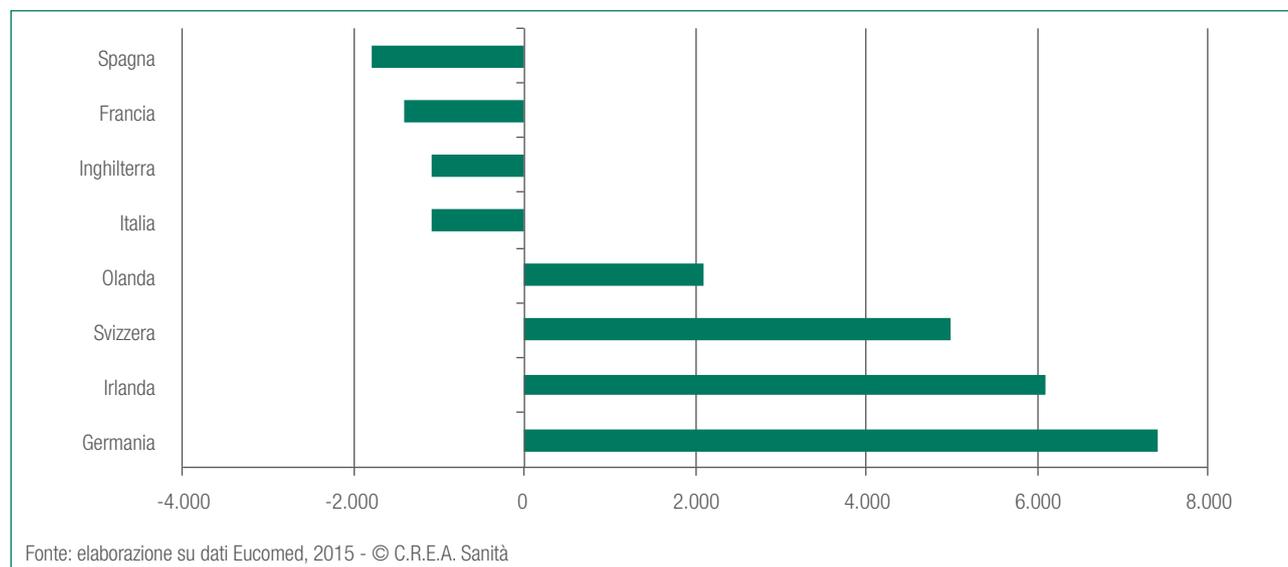
Gli Stati Uniti confermano il ruolo di *leader*, con una

quota sulle esportazioni mondiali del 17,5%, seguiti dalla Germania e dalla Cina. Dopo il ridimensionamento subito l'anno precedente, gli Stati Uniti e il Giappone consolidano nel 2012 la loro posizione sul mercato mondiale. Anche l'Italia consolida la quota registrata nel 2011 (2,5%); al contrario, la Germania e, in modo più contenuto, la Francia riducono le rispettive quote in tutti i comparti dei DM.

Secondo i dati Assobiomedica, nel 2013 in Italia, le esportazioni di dispositivi medici sono aumentate del +2,8% rispetto all'anno precedente, mentre quelle complessive della manifattura sono rimaste invariate. Ad eccezione dell'elettromedicale diagnostico (-7,1%), le esportazioni sono aumentate in tutti i comparti. In particolare, crescono più della media del settore il biomedicale strumentale (+7,6%), la diagnostica in vitro (+6,3%) e il biomedicale (+3,6%). Le attrezzature tecniche, con un aumento del +1,1%, si confermano il comparto *leader* delle esportazioni.

Le importazioni aumentano complessivamente dell'1,9%. In particolare, diminuiscono quelle dell'elettromedicale diagnostico (-13,0%) e della diagnostica in

Figura 13.4. Saldo bilancia commerciale aziende di DM (€ mln.), anno 2013



vitro (-2,7%). Al contrario, il biomedicale e le attrezzature tecniche sono i comparti che registrano l'aumento più rilevante delle importazioni.

Nel complesso il saldo, malgrado un miglioramento del +3,6%, si mantiene negativo (poco meno di € 1 mld.). Scendendo nel dettaglio, i saldi migliorano in tutti i comparti, a eccezione del biomedicale e delle attrezzature tecniche, che sono l'unico comparto in cui l'Italia presenta un avanzo commerciale.

Crescono le esportazioni verso la Germania (+3,2%) e la Francia (+5,1%). Tra i Paesi emergenti si segnala la riduzione delle esportazioni verso il Brasile (-10,2%) e gli Emirati Arabi Uniti (-33,0%).

La Germania e Olanda risultano essere i Paesi con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore dei DM: nel 2012, secondo i dati riportati da Eucomed, la Germania ha esportato per un valore pari a circa € 21,0 mld., seguita dalla Francia con circa € 13,0 mld.; nello stesso anno le loro importazioni sono rispettivamente pari a € 13,0 mld. e € 11,5 mld.. L'Italia, nello stesso anno, ha esportato DM, per un valore pari a € 3,0 mld., ed importato per un valore pari a circa € 4,0 mld. (Eucomed), con un saldo della bilancia commerciale negativo e pari a € 1,0 mld. (Figura 13.4).

Nel 2014, secondo Assobiomedica, il saldo negativo italiano si è sensibilmente ridotto raggiungendo -€

0,9 mld. con un valore di esportazioni pari a € 5,9 mld. e € 6,8 mld..

### 13.4. Spesa per Dispositivi medici

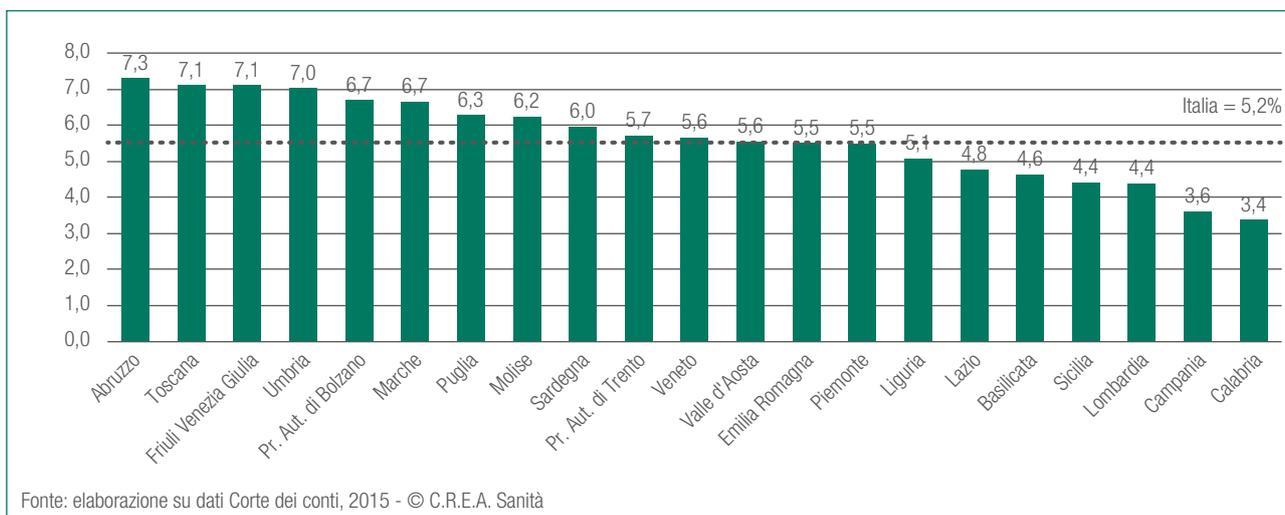
I Dispositivi Medici (DM) sono entrati prepotentemente nel dibattito sulle politiche sanitarie, con un'attenzione crescente negli ultimi anni.

In termini di spesa pro-capite per dispositivi medici, gli Stati Uniti presentano il valore più alto pari a € 380; segue il Giappone con una spesa pro-capite di € 180 e l'Europa (in media) di € 195. Fra i Paesi europei le differenze sono notevoli: la Francia ha una spesa pro-capite di € 303,34, seguono Germania con € 278,38 e la Danimarca con € 238,21, quindi la Svizzera con € 221,95 e la Norvegia con € 220,42. In Italia, secondo i dati di spesa riportati da Eucomed, la spesa pro-capite è di € 112,81, inferiore di circa il 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.

Figura 13.5. Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale (%), anno 2014



A partire dal 2011 (D.L. n.111/2011) è stato fissato un tetto alla spesa per dispositivi medici pari al 5,2% del fondo sanitario previsto per il 2013; successivamente la quota è stata ridotta al 4,9% per il 2013 e al 4,8% per il 2014 (D.L. 135/2012) e infine con il Patto di stabilità 2013 è stata fissata pari al 4,8% per il 2013 e 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 di Conto Economico (CE) che, a partire dall'anno 2012, presenta la voce 'Dispositivi medici' somma dei tre sottogruppi '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).

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: nonostante dalla sua introduzione si sia registrato un crescendo di adesioni da parte delle aziende sanitarie, il dato di spesa rilevato risulta ancora essere parziale.

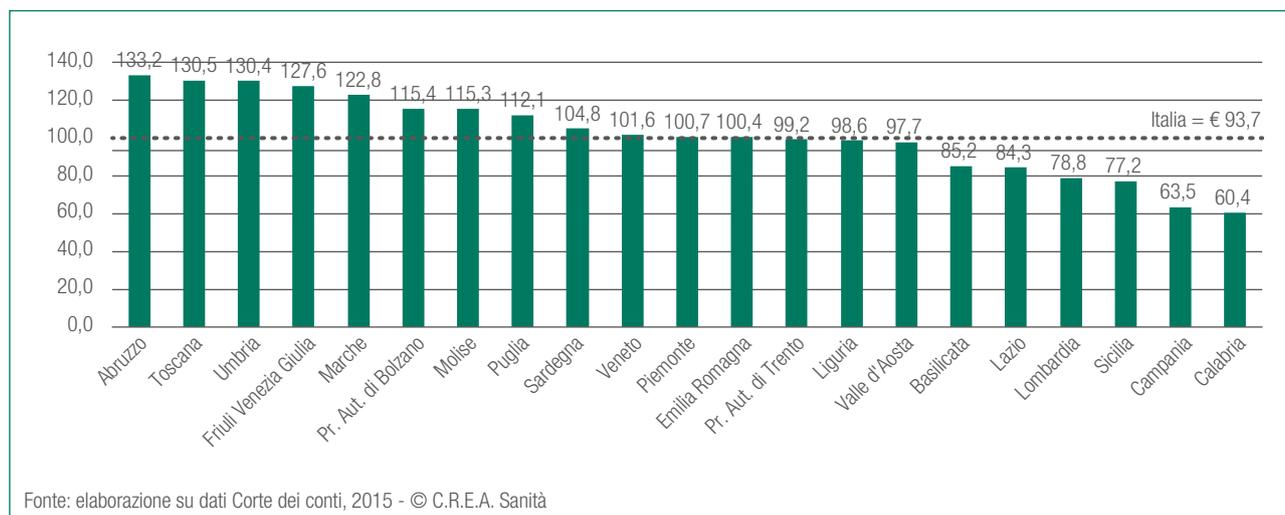
Da quest'ultimo è risultato un dato di spesa nazionale, nel 2013, pari a poco più di € 3,2 mld., che appare decisamente sottostimato per via dell'utilizzo non ancora a regime di questo strumento.

Dai CE risulta una spesa per DM (delle sole strutture pubbliche), nel 2014, pari a € 5,69 mld. (€ 5,56 mld. nel 2013), anch'essa certamente sottostimata per la presenza di tecnologie acquisite a noleggio, con *leasing*, valorizzate su voci differenti dei CE e comunque non univocamente distinguibili, prima di tutto perché per le apparecchiature sanitarie le quote di ammortamento sono indistinte nella relativa voce 'Ammortamento delle altre immobilizzazioni materiali'.

In ogni caso la spesa così rilevata rappresenta il 5,2% del Fondo Sanitario Nazionale del 2014 (Figura 13.5), e sarebbero solo quattro le Regioni sotto il tetto del 4,4% del FSR: Calabria, Campania, Sicilia, Lombardia; Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Umbria risultano essere le Regioni con la quota più alta (7,3%, 7,1%, 7,1% e 7,0% rispettivamente).

Nel 2014 la spesa procapite media nazionale per DM delle strutture pubbliche ha continuato a crescere raggiungendo € 93,7 (+3,2%).

Figura 13.6. Spesa pro-capite per DM (€), anno 2014



Le Regioni con la maggior spesa procapite (Figura 13.6) risultano essere Abruzzo (€ 133,2), Toscana (€ 130,5), Umbria (€ 130,3) e Marche (€ 127,6); quelle con la minore sono Calabria (€ 60,4), Campania (€ 63,5) e Sicilia (€ 77,2).

La spesa pro-capite italiana per DM, delle sole strutture pubbliche, sarebbe quindi l'80% di quella riportata da Eucomed.

Qualora i due dati fossero in qualche modo coerenti, la spesa delle strutture private rappresenterebbe il 20% di quella riportata da Eucomed.

Quanto sopra evidenzia che andrebbe rivisto l'indicatore per il controllo del rispetto del tetto: infatti rapporta la spesa per DM delle strutture pubbliche al finanziamento totale del SSR, che contiene anche la quota relativa alle attività delle strutture private accreditate.

Quindi il valore attuale sottostima l'onere nelle Regioni con un'importante presenza del privato accreditato: non appare casuale che le sole quattro Regioni che sembrano rispettare il tetto, siano anche quelle con la maggior presenza di privato accreditato.

Un indicatore più corretto potrebbe essere quello che rapporta la spesa per DM al numero di ricoveri in acuzie: in Italia tale rapporto è pari a € 752,3.

Con tale indicatore, Abruzzo, Marche e Toscana sono le Regioni con la spesa per DM per ricovero più

alta; Liguria, Valle d'Aosta e Campania con quella più bassa (Figura 13.7).

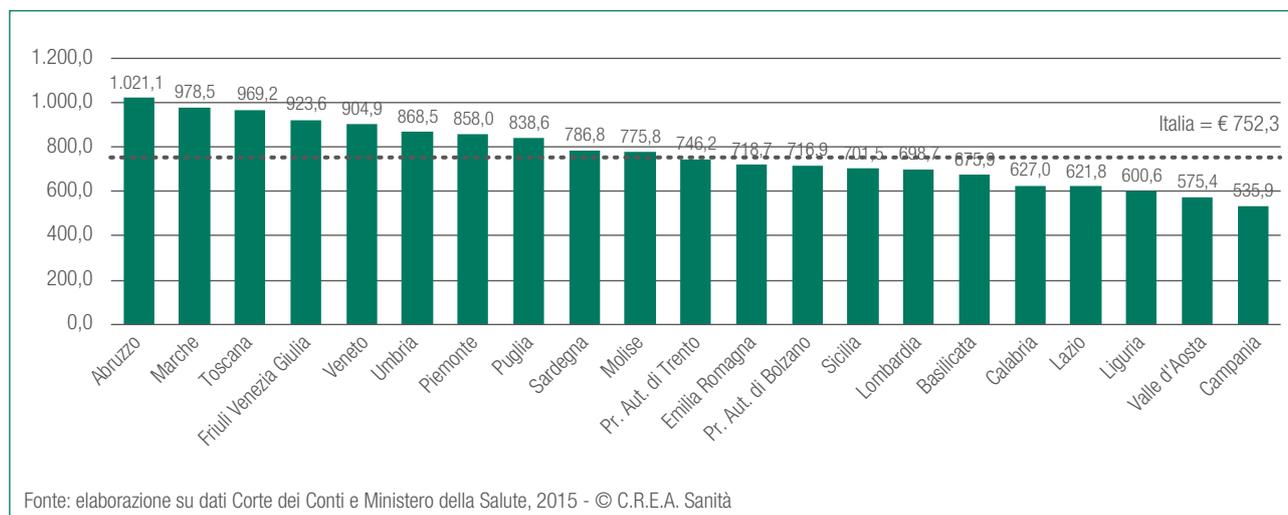
Nell'ottica di progettare un sistema di *governance* che permetta il controllo della spesa, alla luce dell'elevata variabilità di tecnologie che afferiscono alla categoria dei DM, va detto che probabilmente un tetto unico sulla spesa, ed uguale per tutti i SSR, non rappresenta una soluzione ottimale: la grande varietà richiederebbe almeno la distinzione fra beni ad uso non ripetuto e non inventariabili e uno per i beni soggetti ad ammortamento (apparecchiature sanitarie, *software stand-alone* etc.).

Inoltre, data anche l'elevata eterogeneità in termini di complessità tecnologica, sarebbe il caso di articolarlo dividendo i beni a bassa e medioalta complessità, le cui logiche di governo sono certamente diverse (i primi probabilmente sono assimilabili a *commodities*).

Una suddivisione di questo tipo consentirebbe anche di differenziare per le diverse Aziende, dimensionandole in funzione del loro "livello" tecnologico di offerta.

La banca dati istituita nel 2010 dal Ministero della Salute potrebbe consentire, a regime, una rilevazione puntuale della spesa delle singole subcategorie; e un ulteriore adeguamento dei CE che preveda voci specifiche per la rilevazione dei servizi (noleggio, *leasing*) per DM, dei *software* e degli ammortamenti delle appa-

Figura 13.7. Spesa per DM. Valore (€) per ricovero in acuzie, anno 2013



recchiature sanitarie, consentirebbe poi una rilevazione completa dei costi sostenuti per i DM.

### 13.5. Conclusioni

Le azioni previste dai recenti provvedimenti legislativi di contenimento della spesa sanitaria pubblica, non possono prescindere da una analisi a livello macro-economico degli impatti sulle dinamiche industriali del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

La quota di produzione italiana nel settore dei farmaci è di poco superiore a quella dei DM rappresentando rispettivamente il 13% ed il 10% di quelle europee.

Si conferma che l'Italia è uno dei maggiori produttori a livello europeo (e mondiale), posizionandosi al terzo e quarto posto rispettivamente per farmaci e dispositivi medici.

L'Italia, come la Germania ha continuato ad aumentare il valore della produzione farmaceutica (+6,3% contro il +4,8% della Germania).

L'Italia è anche al quarto posto per produttività con € 0,44 mln. per occupato nel settore farmaceutico, e € 0,14 mln. per occupato in quello dei DM.

In Italia i settori farmaceutici e dei DM, con 63.000 e 54.000 unità rispettivamente, presentano 106,1 e 90,6 addetti ogni 100.000 abitanti, a cui si aggiungono nel settore sanitario i 1.740,9 occupati ogni 100.000 abitanti.

L'Italia, nel 2014, ha registrato il saldo positivo più alto degli ultimi quindici anni per il commercio di farmaci (confezionati e non), pari a + € 5.073 mln.: il valore delle esportazioni ha raggiunto il suo valore massimo rappresentando il 72,0% della produzione.

Si è ridotto il saldo negativo italiano nel settore dei DM che ha raggiunto un valore prossimo a quello del settore farmaceutico (-€ 1 mld.).

In Italia l'industria farmaceutica continua ad essere quindi uno dei settori industriali che meglio fronteggia la crisi.

Nel 2014 in Italia il settore farmaceutico ha continuato a crescere: rispetto al 2012 le aziende sono aumentate del +2,98% (311 nel 2013); il fenomeno di riduzione dell'occupazione è stato meno significativo: -1,89% nel biennio 2012-2013 (-6,79% nel settore manifatturiero).

Significativo è stato l'aumento del valore di produzione che ha raggiunto il valore massimo storico di oltre € 28 mld.. In particolare è significativo il volume delle esportazioni che rappresenta il 72,0% della produzione.

Analogo discorso vale per l'industria dei DM, che rimane ancora rappresentata da piccole e medie imprese (molte di distribuzione). La crescita delle aziende deve quindi essere in qualche modo sostenuta, mentre per ora il settore (a maggior ragione per le caratteristiche dimensionali delle imprese) è fortemente minato dai ritardi dei pagamenti da parte della Pubblica amministrazione,

che impediscono di avere liquidità di cassa che consentirebbe loro eventualmente di investire in R&S.

Data la recente introduzione di meccanismi di tetto anche nel settore dei DM, sulla scorta dei criteri di *governance* già in essere per il farmaceutico, si è approfondita la questione della spesa pubblica.

In Italia la spesa pro-capite risulterebbe di € 93,7, che se confrontata con quanto riportato da Eucomed, starebbe ad indicare che circa il 20% è attribuibile alla componente privata.

Complessivamente la spesa italiana rimane al di sotto di quella media EU del 43% (€ 112 vs € 195).

La spesa pubblica risulta pari a € 5,7 mld., che evidentemente non contengono ad esempio le quote di ammortamento delle apparecchiature medicali, le acquisizioni in noleggio, *leasing*, etc..

La spesa per DM rappresenta quindi il 5,2% del Fondo Sanitario Regionale e sarebbero solo quattro le Regioni sotto il tetto previsto del 4,4%: Calabria, Campania, Sicilia, Lombardia.

Ma tali Regioni sono anche quelle in cui è maggiore la quota di strutture accreditate, evidenziando un significativo bias nel criterio di controllo utilizzato, che rapporta una spesa delle strutture pubbliche a un finanziamento che comprende anche la quota per quelle private.

Rapportando la spesa più correttamente ai ricoveri delle strutture pubbliche (sebbene non tutti i DM siano ad uso ospedaliero) le Regioni più virtuose risulterebbero Liguria, Valle d'Aosta e Campania e le meno virtuose Abruzzo, Marche e Toscana.

Il tetto non appare però del tutto coerente con le evidenze a livello internazionale, in quanto richiederebbe un livello di spesa inferiore a quello EU del 60%.

In definitiva, i provvedimenti legislativi introdotti sui tagli della spesa nel settore dei farmaci e dei DM, se da una parte sono necessari per il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, dall'altro stanno evidenziando importanti falle (si vedano anche le sentenze sul *pay back* farmaceutico) che rischiano di creare un *environment* non favorevole allo sviluppo dell'industria sanitaria.

Politiche sanitarie (e anche e, forse soprattutto, politiche sanitarie sul versante assistenziale) più attente al valore dell'industria sembrano quindi un doveroso impegno a livello nazionale per promuovere le condizioni per un rilancio complessivo dell'economia nazionale.

## Riferimenti bibliografici

- AIFA, Agenzia italiana del farmaco (2014), *Rapporto OsMed*  
 Assobiomedica (2014), *Rapporto sui DM*  
 Commission Staff Working Document - Social Investment Package – Investing in Health - February 2013, [http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf).  
 Confindustria, *dati vari*  
 Corte dei Conti (2015), *Rapporto*  
 EFPIA (anni vari), European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.  
 Eucomed (2014), <http://www.eucomed.be/>  
 Farindustria (2014), *Indicatori farmaceutici regionali*  
 IMS Midas (2011), <http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth>  
 Istat (anni vari), *banche dati on line*, [www.istat.it](http://www.istat.it)  
 Ministero della Salute, *Conti economici, anno 2013*  
 Ministero della Salute, *Patto della Salute 2014-2016*  
 OECD (2015), *Health data statistics*





# *Chapter 13 – Summary*

**The health care industry:  
evolution and perspectives**



## Chapter 13 - Summary

### The health care industry: evolution and prospectives

*d'Angela D.<sup>1</sup>*

The actions provided from the recently adopted legislative measures for cutting back on public expenditure are closely tied to the macro-economic analysis of their impact on the industrial dynamics of the pharmaceutical and medical devices sectors.

Italy accounts for 13% of all pharmaceuticals produced in Europe and for 10% of MDs, confirming Italy's role as one of the top European (and worldwide) manufacturers, ranking third and fourth for pharmaceuticals and MDs respectively.

Italy, as Germany, has continued to increase the value of pharmaceutical production (+6.3% compared to +4.8% in Germany).

Italy ranks fourth for output, with a productivity of € 0.44 millions per employee in the pharmaceutical sector and € 0.14 millions per employee in MD one.

In Italy, the pharmaceutical and MD sectors, with 63,000 and 54,000 employees respectively, feature 106.1 and 90.6 employees every 100,000 population, to which we must add the health care sector with 1,740.9 employees every 100,000 population.

In 2014, Italy recorded the highest positive trade balance in the last fifteen years for pharmaceutical (+€ 5.073 millions): export values peaked at 72.0% of all production.

The Italian negative trade balance in the MD sector dropped, reaching a value close to that of pharmaceutical sector (€ -1 bn).

In Italy, the pharmaceutical industry, therefore, continues to be one of the sectors most capable of facing the economic crisis.

In 2014, the Italian pharmaceutical industry continued to grow: compared to 2012, the number of industries is grown by +2.98% (311 in 2013); job loss was

less significant: -1.89% in 2012-2013 (-6.79% in manufacturing).

Production value increased significantly, reaching the all-time high of over € 28 bn, mainly in export value.

The same applies to the MD industry, which is still represented by small and medium enterprises (many distribution companies). Business growth, therefore, should be supported somehow, but for the time being the sector (primarily due to the size of the businesses) is strongly undermined by delays in payments by the public administration, and the ensuing limited cash flow prevents effective investments in R&D.

Given the recent introduction of cap mechanisms in the DM industry too, in the wake of the governance criteria already put into place in the pharmaceuticals sector, the issue of public spending was further investigated.

In Italy, per capita spending totals € 93.7, which, if compared with the Eucomed figures, indicates that perhaps the 20% of this is due to the private component.

Overall, Italian expenditure for MD remains below the EU average of 43% (€ 112 vs € 195).

Public expenditure amounts to € 5.7 bn, which obviously does not include, for example, the depreciation rates of medical equipment, hirings, leasings, etc.. Expenditure for MD, therefore, accounts for 5.2% of the Regional Health Funding and only four regions are below the 4.4% of their funding: Calabria, Campania, Sicily, Lombardy.

But these regions are also those with the highest number of private hospitals, highlighting a significant bias in the adopted control criteria, which relates expenditure for public hospitals with financing for both public and private hospitals.

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

By more correctly relating expenditure for MD with hospital admissions in public hospitals (although not all MDs are for hospital use), the better regions are Liguria, Valle d'Aosta and Campania, and the worse Abruzzo, Marche and Tuscany.

The ceiling in MD expenditure, however, is not altogether consistent with the international evidence, because it would require a level of expenditure below the EU value of 60%.

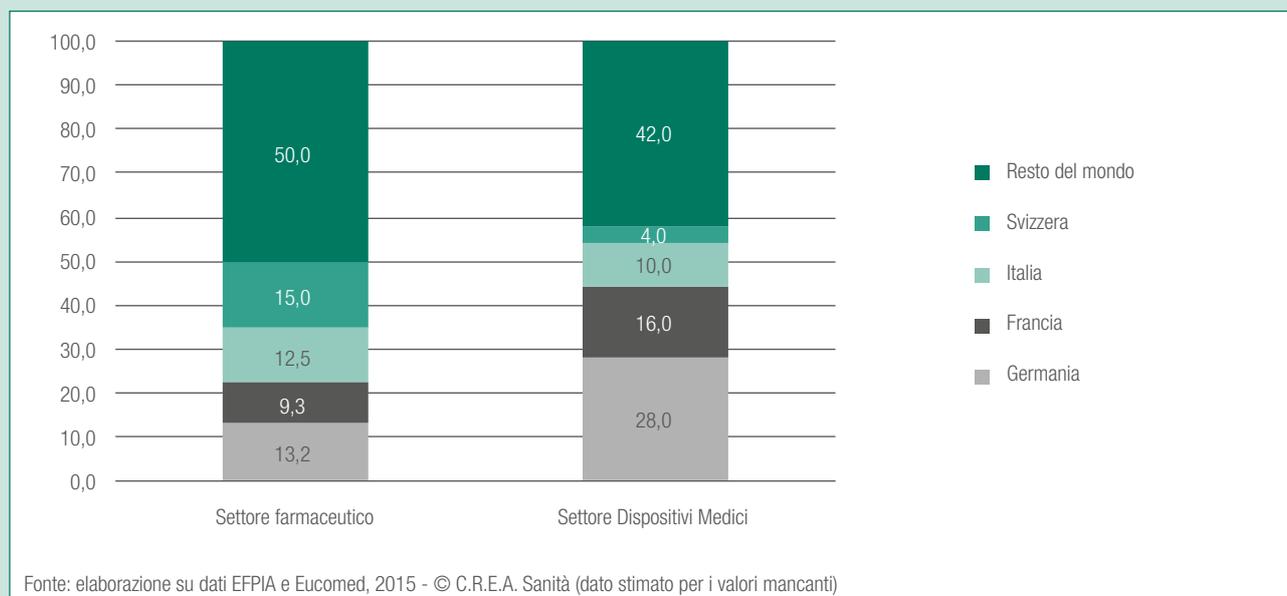
In conclusion, the legislative measures introduced

to cut back expenditure in the pharmaceutical and MD sectors, although necessary to respect the budget, are highlighting some important failures (cf. the decisions on pharmaceutical paybacks), which can damage the development of the health industrial sector.

The best commitment therefore, for promoting the conditions for the overall relaunching of the national economy, are health policies (and above all, perhaps, health care policies) that are more attentive to the industrial value.

**KI 13.1. Composizione mercato mondiale farmaci e dispositivi medici. Valori %, anno 2013**

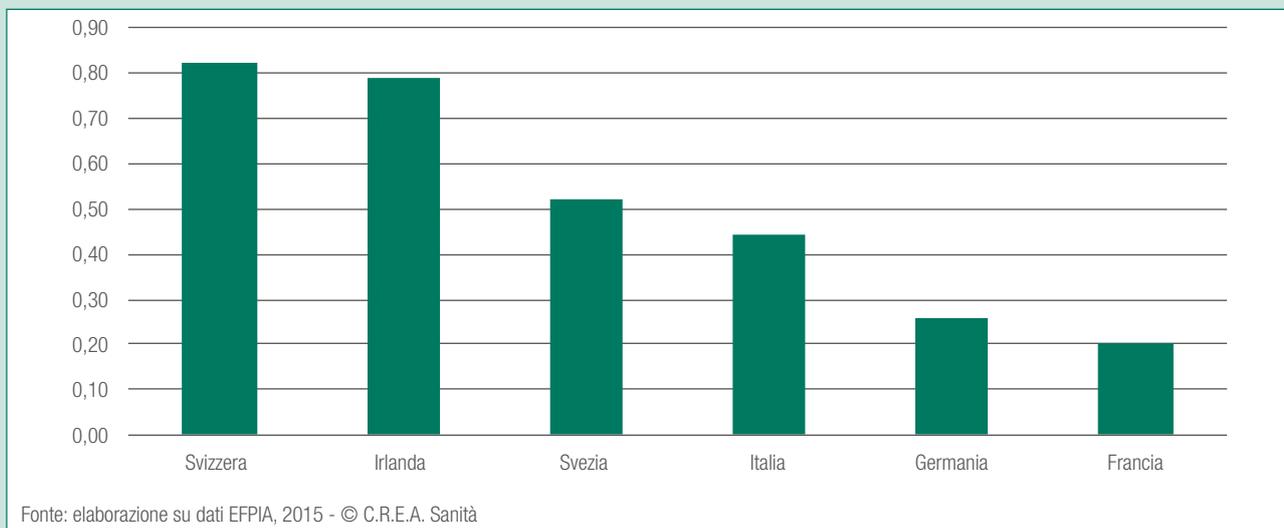

Nel 2013 il mercato mondiale del settore farmaceutico (EFPIA, 2015) è di circa € 655 mld. e quello dei DM è di circa € 300 mld. (Eucomed, 2012). Il mercato statunitense rappresenta il 39% ed il 40% di quello mondiale rispettivamente nel settore dei dispositivi medici e dei farmaci; quello europeo il 30% nel settore farmaceutico ed il 28% in quello dei dispositivi medici; quello giapponese circa il 10% in entrambi i settori. L'Italia rappresenta il 10% del mercato europeo nel settore dei dispositivi medici e quasi il 14% in quello farmaceutico.

**KI 13.2. Composizione del mercato europeo farmaci e dispositivi medici. Valori %, anno 2013**


Nel 2013, nel settore farmaceutico, Svizzera, Germania, Italia e Francia rappresentano il 50% della produzione europea. La produzione italiana nel settore farmaceutico rappresenta circa il 13% di quella europea (€ 220.000 mln.) e nel settore dei DM circa il 10,0%, pari a € 6.211 mln. (produzione europea dei DM pari a € 20.621 mln.).

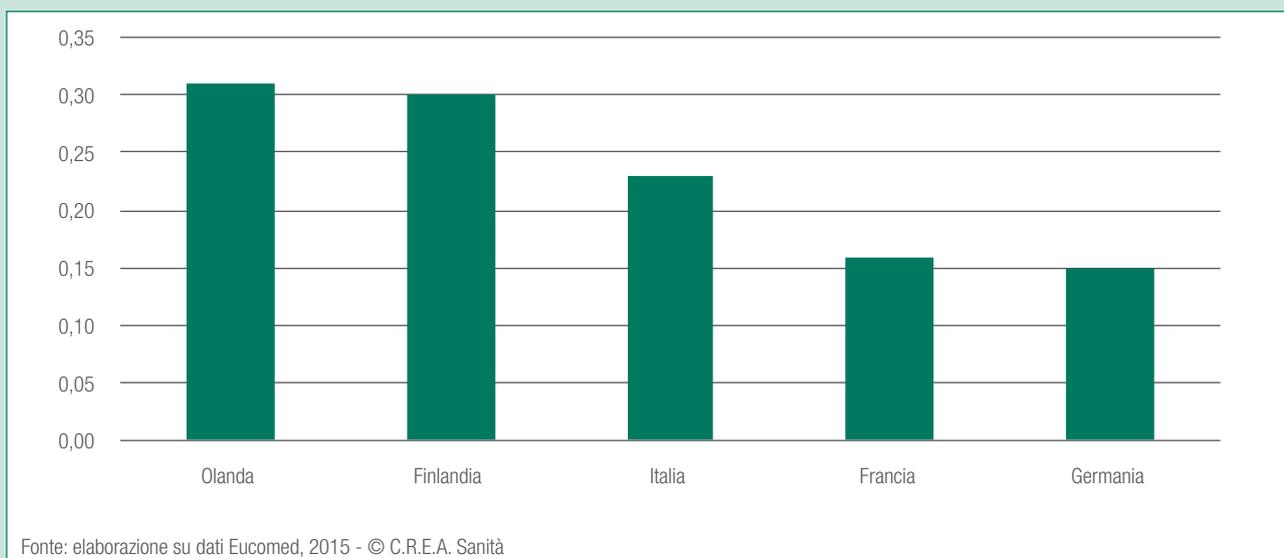
Secondo i dati EFPIA l'Italia, nel 2013, con una produzione di € 27.461 mln. (€ 25.798 mln. nel 2012), continua a mantenere il terzo posto in Europa, dopo la Svizzera e la Germania, con rispettivamente € 33.010 mln. e € 29.010 mln., seguita dalla Francia con € 20.507 mln..

KI 13.3. Valore della produzione di farmaci in Europa per occupato. Valori assoluti (€ mln.), anno 2013



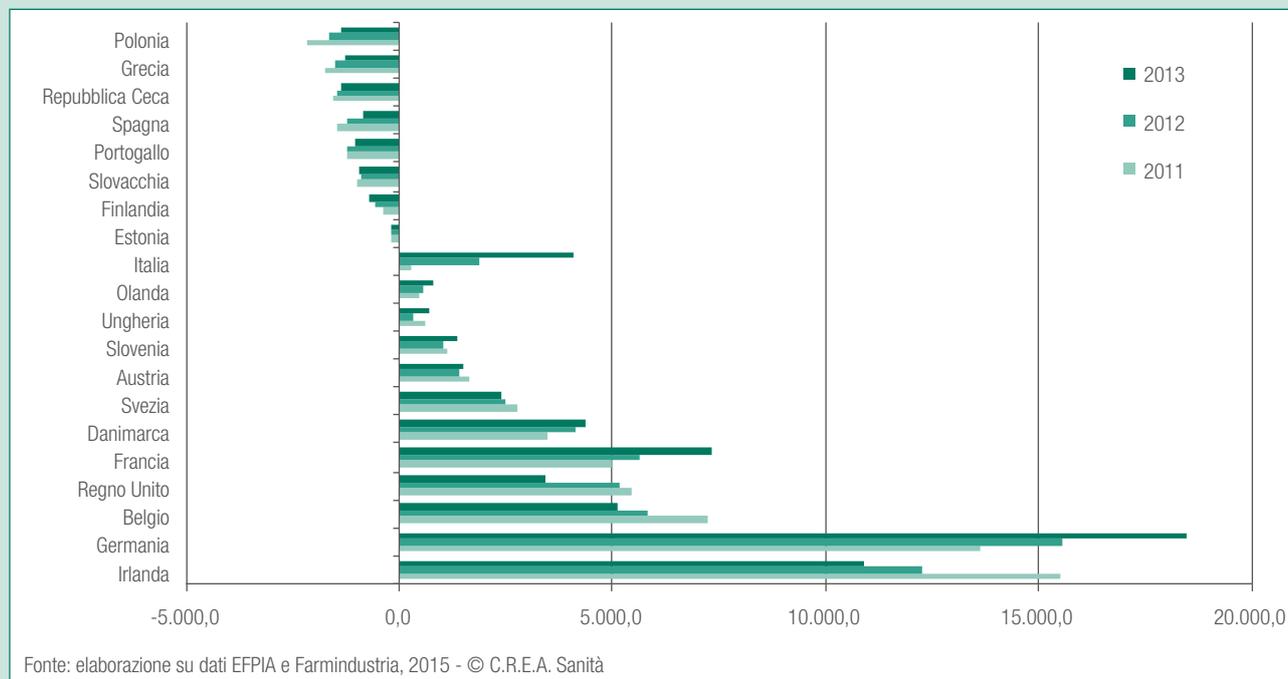
Svizzera, Irlanda e Svezia sono i Paesi europei con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati nel settore: € 0,82 mln., € 0,79 mln. e € 0,52 mln. per occupato. L'Italia, nel 2013, ha continuato ad incrementare la produttività per occupato raggiungendo € 0,44 mln. per occupato (€ 0,43 mln nel 2012). Germania e Francia, nel triennio 2011-2013 non hanno variato il loro valore di produzione per occupato, rispettivamente pari a € 0,26 mln. e € 0,20 mln., e presentano un valore pari a circa la metà di quello italiano. Nella produzione dei DM l'Italia si colloca invece al quarto posto in Europa, con un valore pari a € 5,9 mld., dopo Germania, Inghilterra e Francia con rispettivamente € 11,1 mld, € 7,8 mld e € 6,4 mld. di produzione. Nel settore dei DM si riscontra una produttività per occupato più bassa rispetto a quella del farmaceutico. L'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere il Paese con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati nel 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 occupano il quinto e sesto posto rispettivamente.

KI 13.4. Valore di produzione dei dispositivi medici in Europa per occupato. Valori assoluti (€ mln.), anno 2013

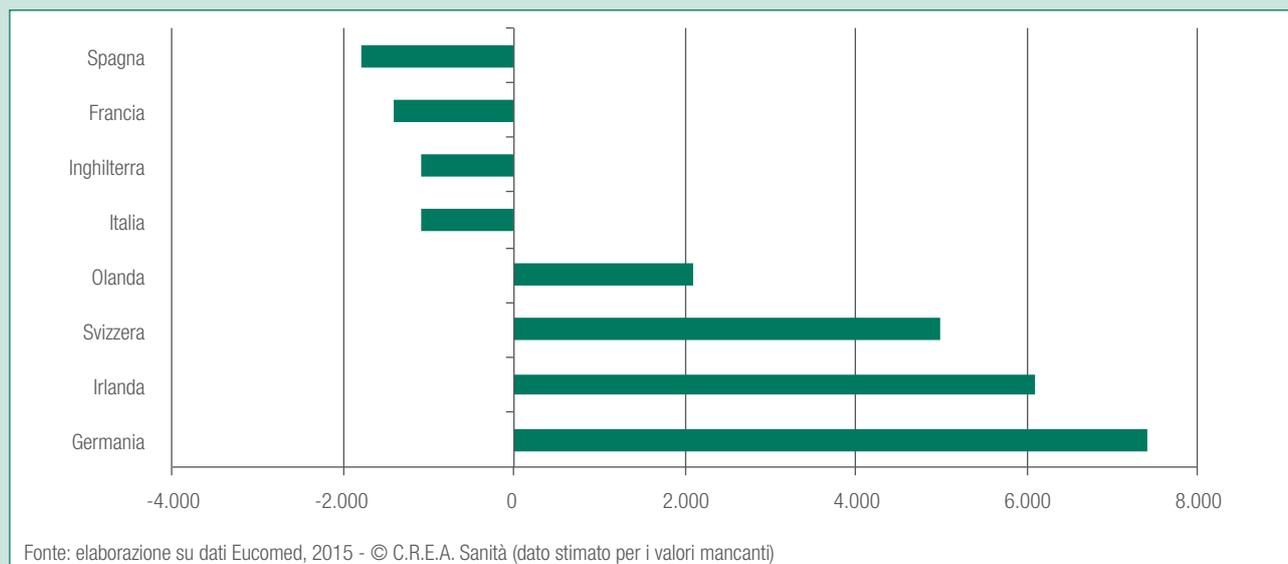


Nella produzione dei DM l'Italia si colloca al quarto posto in Europa, con un valore pari a € 5,9 mld., dopo Germania, Inghilterra e Francia con rispettivamente € 11,1 mld, € 7,8 mld e € 6,4 mld. di produzione.

Nel settore dei DM si riscontra una produttività per occupato più bassa rispetto a quella del farmaceutico. L'Olanda, con € 0,31 mln. per occupato, risulta essere il Paese con il maggior valore di produzione in rapporto agli occupati nel 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 posizionano al quinto e sesto posto rispettivamente.

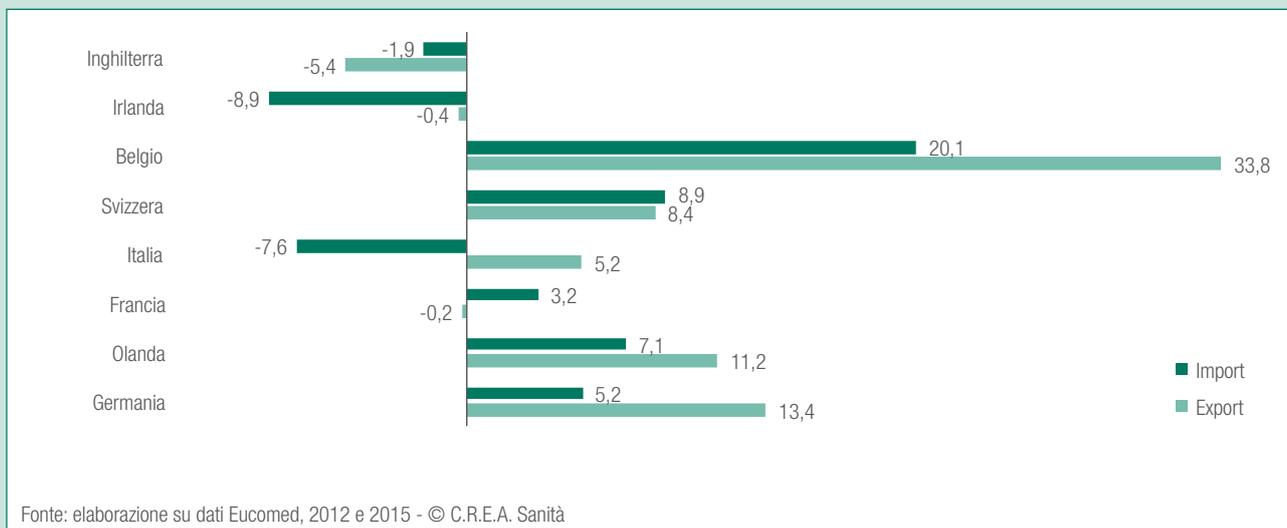
**KI 13.5. Bilancia commerciale industria farmaceutica. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013**


Nel 2013, il Paese con il saldo commerciale più alto nel settore farmaceutico risulta essere la Svizzera con +€ 28.886 mln., seguita dalla Germania con + € 21.709 mln. e dall'Irlanda con + € 16.733 mln.. La Germania continua ad essere il Paese con il maggior valore di esportazione ed importazione nel settore (€ 56.952 mln. e € 35.243 mln. rispettivamente), seguita dalla Svizzera per le esportazioni (€ 46.934 mln.) e dal Belgio per le importazioni (€ 30.918 mln.). Dai dati Farindustria, l'Italia, nel 2014, ha registrato il saldo positivo più alto degli ultimi quindici anni per il commercio di farmaci (confezionati e non), pari a + € 5.073 mln.. Considerando anche i vaccini, nel 2014 il saldo della bilancia commerciale è divenuto positivo raggiungendo + € 1,06 mld. (il valore delle importazioni è pari a € 19,7 mld. e quello delle esportazioni pari a € 20,7 mld.).

**KI 13.6. Bilancia commerciale industria dispositivi medici. Valori assoluti (€ mln.), anno 2013**


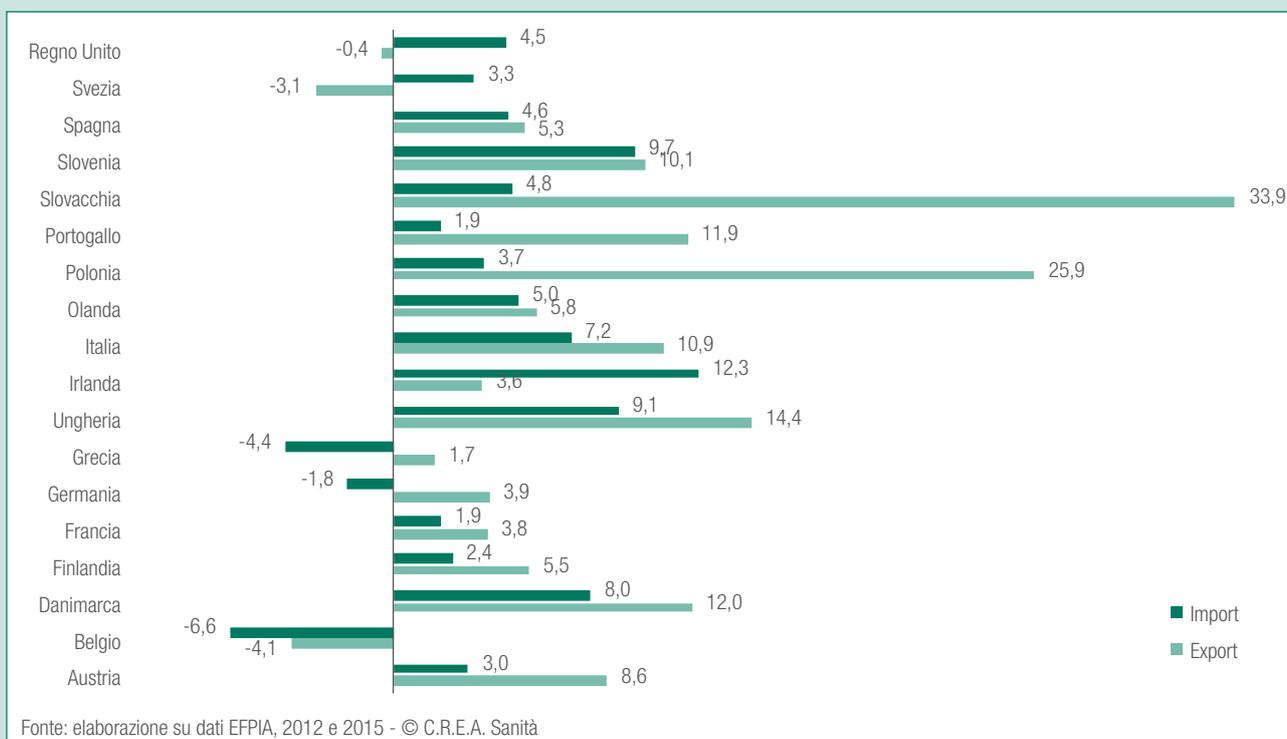
Nel 2013, il Paese con il saldo commerciale più alto nel settore dei dispositivi medici risulta essere la Germania con +€ 7.400 mln., seguita dall'Irlanda con + € 6.100 mln. e dalla Svizzera con + € 5.000 mln.. La Spagna presenta un saldo negativo pari a -€ 1.800, così come la Francia (-€ 1.400), l'Inghilterra (-€ 1.100). Nel 2014, secondo Assobiomedica, il saldo negativo italiano si è sensibilmente ridotto raggiungendo -€ 0,9 mld. con un valore di esportazioni pari a € 5,9 mld. e € 6,8 mld..

KI 13.7. Export e Import industria dispositivi medici - variazione. Valori %, anni 2013/2007

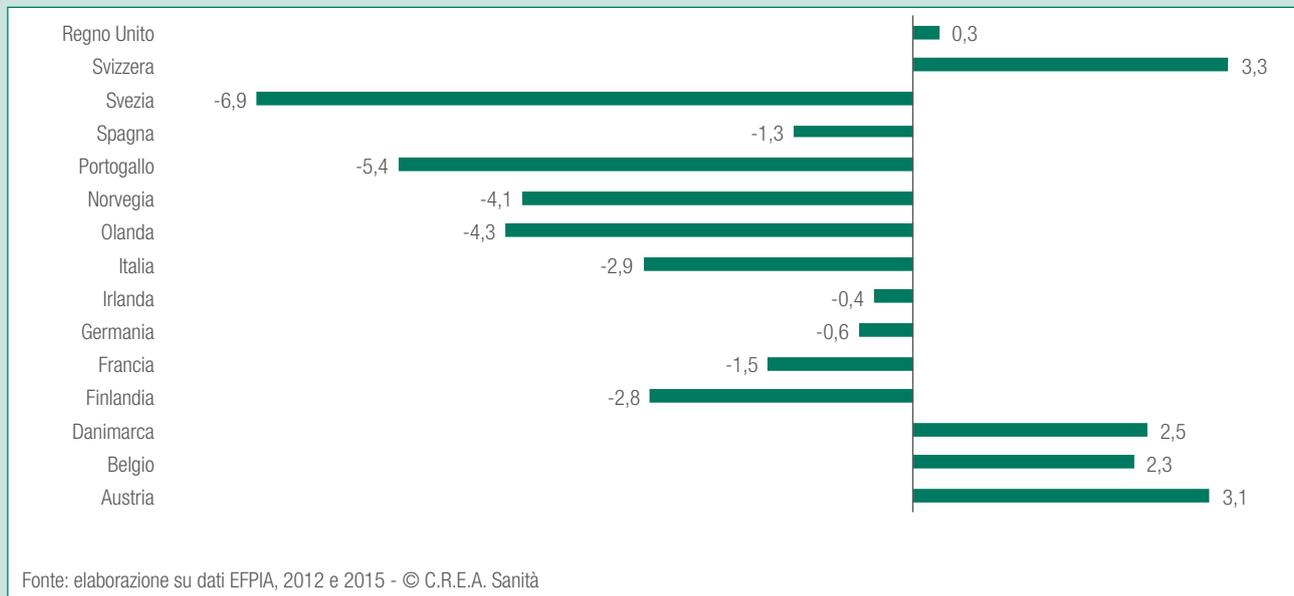


Nel periodo 2007-2013, il valore dell'export nel settore dei dispositivi medici è cresciuto soprattutto in Belgio, Germania e Olanda con una variazione media annua rispettivamente del +33,8%, +13,4% e +11,2%. In Inghilterra e Irlanda si è invece registrata una riduzione rispettivamente del -5,4% e dello -0,4%. Il Italia, nello stesso periodo, il valore dell'export è cresciuto del +5,2%. Il valore dell'import è cresciuto soprattutto in Belgio (+20,1% e comunque meno dell'export) e Svizzera (+8,9%). In Irlanda, Italia e Inghilterra le importazioni si sono invece ridotte rispettivamente del -8,9%, -7,6% e -1,9%.

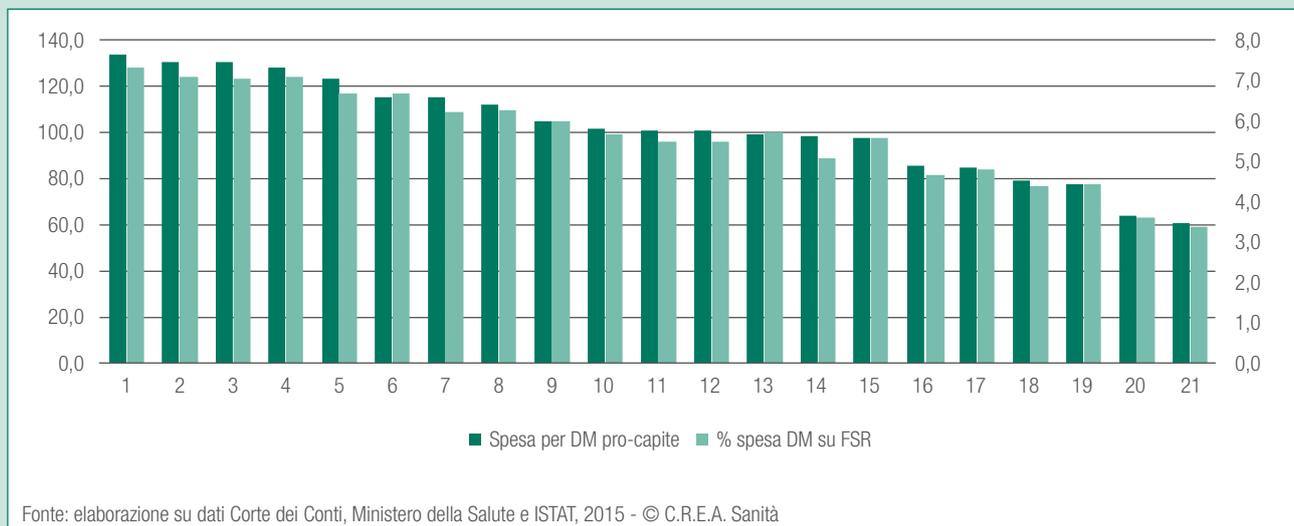
KI 13.8. Export e import industria farmaceutica - variazione. Valori %, anni 2013/2007



Nel periodo 2007-2013, il valore delle esportazioni nel settore farmaceutico è cresciuto in quasi tutti i Paesi ma in particolare in quelli dell'Est (Slovacchia, +33,9%; Polonia, +25,9%). Si è invece ridotto con una variazione media annua del -3,1% in Svezia, dello -0,4% in Inghilterra e del -4,1% in Belgio. Le importazioni sono cresciute in particolare in Irlanda e Italia con una variazione media annua rispettivamente del +12,3% e +7,2%. Il Belgio è l'unico Paese dove, nel periodo considerato, si sono ridotte le importazioni (-6,6%).

**KI 13.9. Occupati nell'industria farmaceutica - variazione. Valori %, anni 2013/2007**


Nel periodo 2007-2013, il numero di occupati nel settore farmaceutico si è ridotto in quasi tutti i Paesi: in particolar modo in Svezia (-6,9%), Portogallo (-5,4%) e Olanda (-4,3%). In Italia questi hanno subito una riduzione con una variazione media annua del -2,9%. Nello stesso periodo gli occupati in Svizzera sono aumentati con una variazione media annua del +3,3%, in Austria del +3,1%, in Danimarca del +2,5% ed in Belgio del +2,3%.

**KI 13.10. Spesa pro-capite per dispositivi medici e quota sul FSR. Valori assoluti (€) e %, anno 2014**


Nel 2014 la spesa pro-capite media italiana nelle strutture sanitarie pubbliche per dispositivi medici è pari a € 93,7. Le Regioni con la maggior spesa pro-capite risultano essere Abruzzo (€ 133,2), Toscana (€ 130,5), Umbria (€ 130,3) e Marche (€ 127,6); quelle con la minore sono Calabria (€ 60,4), Campania (€ 63,5) e Sicilia (€ 77,2). A livello nazionale la spesa per dispositivi medici nelle strutture pubbliche rappresenta il 5,3% del Fondo Sanitario Nazionale, oscillando tra un valore minimo pari a 3,4% del FSR della Calabria ad un massimo di 7,3% dell'Abruzzo. Quattro Regioni presentano una spesa per DM che incide sul fondo regionale meno del 4,4%: Lombardia (4,4%), Sicilia (4,4%), Campania (3,6%) e Calabria (3,4%).



A word cloud of Italian terms related to healthcare and economics. The most prominent words are 'SSN' (National Health Service) and 'economia' (economy). Other visible terms include 'innovazione' (innovation), 'bisogni' (needs), 'regioni' (regions), 'HTA' (Health Technology Assessment), 'sviluppo' (development), 'selettività' (selectivity), 'sostenibilità' (sustainability), 'equità' (equity), 'crescita' (growth), 'welfare', 'cronicità' (chronicity), 'risorse' (resources), 'valutazioni' (evaluations), 'performance', 'accesso', 'appropriatezza', 'scenari', 'empowerment', 'responsabilità', 'europa', 'salute', 'cura', 'investimenti', 'federalismo', and 'health'. The background features a stylized sun with rays and a bar chart with three bars of varying heights.

# Capitolo 14

## Analisi per patologia

14a. L'Epatite C (HCV)

14b. Le malattie oncologiche e il *pricing* dei farmaci

14c. Le malattie rare



## Capitolo 14

### Analisi per patologia

Giannarelli D.<sup>1</sup>, Mancusi R.L.<sup>2</sup>, Ploner E.<sup>2</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

In continuità con le ultime due edizioni del Rapporto Sanità, anche quest'anno dedichiamo un capitolo ad alcune analisi per patologia: assumiamo quindi una prospettiva trasversale rispetto alle analisi per area di assistenza con cui è organizzato il Rapporto.

La scelta delle aree di analisi, come consueto, deriva da valutazioni relative alla rilevanza sociale delle patologie, dal contenuto di innovazione nelle terapie, scegliendo fra gli approfondimenti specifici fatti nell'anno in corso dai ricercatori del C.R.E.A. Sanità.

Nei contributi ci si astiene da qualsiasi valutazione comparativa fra singole tecnologie alternative, privilegiando la descrizione e la valutazione degli impatti epidemiologici, economici e sociali.

Quest'anno il capitolo prende in considerazione:

- l'epatite C – HCV (Capitolo 14a). Utilizzando come *input* le indagini epidemiologiche su popolazione ge-

nerale effettuate in Italia dall'identificazione del virus in poi (20.654 soggetti screenati per HCV), si è stimato il carico endemico di epatite C sia nazionale che per area geografica, e per coorte omogenea di soggetti

- Le malattie oncologiche e, nello specifico, il *pricing* dei farmaci (Capitolo 14b). Obiettivo dello studio è analizzare ex post le politiche di *pricing* in campo oncologico dell'AIFA, al fine di valutarne la coerenza complessiva in diversi scenari, relativi all'approccio prescelto per la misurazione del "valore".
- Le malattie rare (Capitolo 14c). Si è proceduto a stimare, mediante l'utilizzo delle informazioni presenti nel database amministrativo della Regione Lombardia, la dimensione epidemiologica e conseguentemente il ricorso ai servizi sanitari da parte dei pazienti affetti da MR, analizzandone l'impatto economico sul Servizio Sanitario Regionale (SSR).

<sup>1</sup> Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Unità di Biostatistica

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

## Capitolo 14a L'Epatite C (HCV)

*Mancusi R.L.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

### 14a.1. Introduzione

L'infezione da virus dell'Epatite C (HCV) è oggi nel mondo occidentale la causa o concausa più frequente di malattia cronica del fegato, di cirrosi e di epatocarcinoma.

L'epidemiologia dell'infezione da HCV si è significativamente modificata negli ultimi decenni in particolar modo in seguito all'identificazione del virus nel 1989 e al conseguente sviluppo delle metodologie diagnostiche per rilevare l'infezione, nonché della progressiva adozione di misure di protezione e profilassi nei gruppi e nelle procedure a maggior rischio. Attraverso questi interventi soprattutto nei paesi occidentali l'incidenza di nuovi casi si è progressivamente ridotta, mentre la prevalenza dei portatori cronici nella popolazione generale resta in molte aree ancora elevata, per la presenza di coorti di soggetti infettati in era pre-sierologica, ai quali si aggiungono casi di infezione più recente.

Le attuali stime di 150-180 milioni di portatori cronici di HCV nel mondo (Gower, 2014) portano ad una previsione di incremento significativo delle complicanze epatiche (cirrosi scompensata, epatocarcinoma) nei prossimi 10-20 anni, in assenza di interventi terapeutici efficaci.

In Italia, per quanto riguarda il carico endemico dell'epatite C, non sono mai stati condotti studi su un campione rappresentativo di tutta la popolazione. Per contro nel tempo sono stati effettuati svariati studi di siero prevalenza in diverse aree del Paese. Secondo questi studi, la prevalenza dell'epatite C mostra una significativa variabilità in funzione sia dell'età che dell'area geografica. In particolare si evidenzia un progressivo incremento del tasso all'aumentare dell'età, soprattutto nei soggetti nati prima del 1950, ed una tendenza verso tassi più elevati

nelle regioni meridionali e nelle Isole rispetto alle regioni centrali e settentrionali (ISS, 2012).

Pertanto, in Italia l'infezione da HCV mostra un modello epidemiologico diverso rispetto agli altri paesi occidentali: in questi ultimi la prevalenza dell'infezione da HCV è più alta nei giovani e negli adulti che nei soggetti più anziani, mentre in Italia è vero il contrario, suggerendo per il nostro Paese un significativo effetto di coorte. Infatti, si stima che in Italia l'incidenza di picco sia riferibile agli anni 1950 e 1960, principalmente dovuta all'uso generalizzato delle siringhe in vetro per le iniezioni terapeutiche con modalità di sterilizzazione non adeguate a contenere la diffusione del virus dell'HCV; per confronto, ad esempio, negli Stati Uniti il picco di incidenza è individuabile circa 20 anni dopo, intorno al 1980, dovuto essenzialmente all'uso di droghe per via endovenosa (Razawi, 2013; Armstrong, 2000).

Sono stati utilizzati diversi modelli matematici per la stima della prevalenza nazionale con risultati che, pur cogliendo tutti la allarmante dimensione quantitativa del fenomeno, arrivano a stime sensibilmente differenti. Le stime di prevalenza sulla popolazione generale vanno dal 5,1% stimato dall'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (ECDC, 2010) che determina oltre 3 milioni di soggetti sieropositivi per HCV, al 3% (Mariano, 2006), al 1,42% (Da Costa di Bonaventura, 2014) passando dal 2% stimato nel lavoro di Gover (Gover, 2014).

Per colmare le lacune informative, ci siamo posti come obiettivo la stima del carico endemico di Epatite C sia nazionale che per area geografica, con estrapolazione fino al livello regionale e per coorte omogenea di soggetti (per sesso ed anno di nascita), utilizzando come input le indagini epidemiologiche su popolazione gene-

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

rale effettuate in Italia dall'identificazione del virus in poi. Nonché, a partire da queste, come obiettivo secondario, si determinata la stratificazione per livello di gravità della statistica stimata secondo il *Metavir score*, al fine di fornire un quadro complessivo che individui sia per età che per gravità di malattia i possibili bersagli delle nuove terapie anti HCV che, evidenziando un livello percentuale di *Sustained Virological Response (SVR)* % estremamente elevato, possono ormai permettere la pianificazione di politiche sanitarie e quindi strategie di trattamento finalizzate ad una eradicazione della patologia.

## 14a.2. Un modello di stima per il caso "Italia"

Ai fini delle stime di prevalenza sono stati pertanto selezionati 9 riferimenti relativi ad un totale di 20.654 soggetti screenati per HCV, di cui si riportano in Tabella 14a.1. le principali caratteristiche.

Al fine di definire la strategia di stima della prevalen-

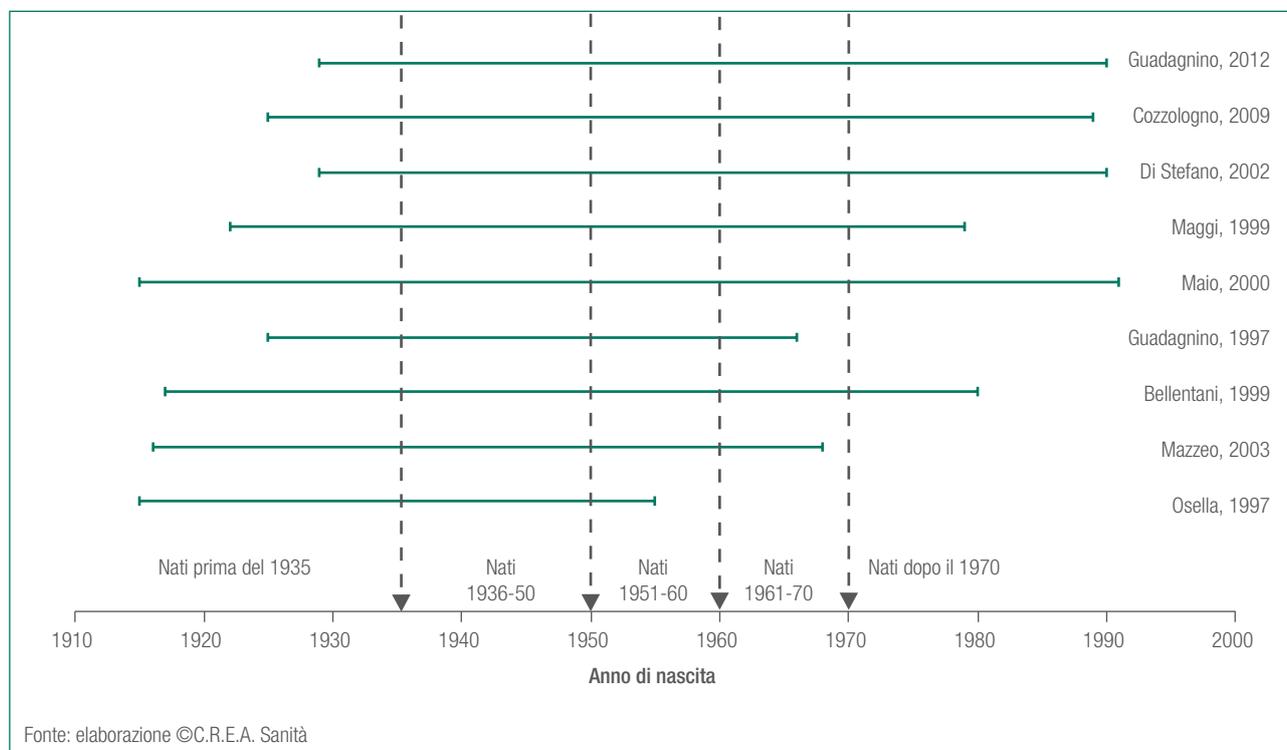
za dell'HCV sulla popolazione italiana è stato necessario tenere in conto due fattori fondamentali nella dinamica di diffusione del virus: il fattore tempo e il fattore geografico.

Relativamente al fattore tempo è evidente come il rischio di infezione si sia negli anni significativamente modificato. In particolare il biennio 1989-90, corrispondente all'identificazione del virus HCV e messa a punto dei primi test virologici specifici, può essere individuato come discriminante tra due epoche che presentano modalità di trasmissione ed intensità di infezione estremamente differenti. In epoca pre-sierologica si evidenzia, in termini di popolazione, un rischio di infezione più esteso legato prevalentemente all'uso di siringhe in vetro, utilizzo che evidenzia una diffusione crescente andando vieppiù a ritroso negli anni. La incapacità di identificare il virus rendeva peraltro a rischio anche pratiche di tipo sanitario diffuse come trasfusioni, dialisi, etc.. Mentre a partire dai primi anni novanta la messa in atto di pratiche di prevenzione e profilassi adeguate hanno via via limitato fino a praticamente annullare tali forme di contagio, arginan-

Tabella 14a.1. Principali caratteristiche degli studi inclusi nella analisi

| Studio           | Area geografica  | Tipo indagine                          | Coorte<br>Campione n°<br>Responders n° | Anno di rilevazione                        |
|------------------|--|--|--|--|
| Osella, 1997     | Puglia<br>Castellana (BA)  | Popolazione generale<br>(30 anni e +)  | 3.500<br>2.079                         | 1985-1986<br>(Indagine su siero congelato) |
| Mazzeo, 2003     | Emilia Romagna<br>Loiano e Monghidoro (BO)                                 | Popolazione generale<br>(18-69 anni)   | 3.572<br>1.842                         | 1986<br>(Indagine su siero congelato)      |
| Bellentani, 1999 | Emilia Romagna Campogalliano (MO)<br>Friuli Venezia Giulia<br>Cormons (GO) | Popolazione generale<br>(12-65 anni)   | 10.151<br>6.917                        | 1991-1993                                  |
| Guadagnino, 1997 | Calabria<br>Serzale (CZ)   | Popolazione generale<br>(Tutte le età) | 1.400 (1:4 su anagrafe)<br>1.352       | 1996                                       |
| Maio, 2000       | Campania<br>Buonabergo (NA)  | Popolazione generale<br>(Tutte le età) | 532<br>488                             | 1997                                       |
| Maggi, 1999      | Lombardia<br>Albavilla (CO)  | Popolazione generale<br>(18-65 anni)   | 3.997<br>2.403                         | 1997                                       |
| Di Stefano, 2002 | Sicilia<br>Camporeale (PA)   | Popolazione generale<br>(Tutte le età) | 800<br>721                             | 1999-2000                                  |
| Cozzologno, 2009 | Puglia<br>Putignano (BA)   | Popolazione generale<br>(18 anni e +)  | 2.550 (1:5 su anagrafe)<br>2.195       | 2005-2007                                  |
| Guadagnino, 2012 | Calabria<br>Sersale (CZ)   | Popolazione generale<br>(Tutte le età) | 1.100 (1:4 su anagrafe)<br>1.012       | 2010                                       |

Figura 14a.1. Range per anno di nascita dei campioni di popolazione nei nove studi selezionati



do sostanzialmente le nuove infezioni a popolazioni ben identificabili come tossicodipendenti e detenuti. Ai fini della stima di prevalenza sono stati ritenuti trascurabili i rischi di infezione sia per via verticale (madre-bambino) che per via sessuale. Per quanto riguarda l'Italia si evidenzia inoltre complessivamente una più alta prevalenza di HCV nelle regioni del Sud e delle Isole, probabilmente legata ad un più tardivo e lento abbandono nell'uso delle siringhe in vetro. Per tali motivi i campioni di popolazione degli studi selezionati non sono stati analizzati per età ma per anno di nascita, separatamente per due macro aree (Nord e Centro Italia e Sud e Isole). Relativamente agli anni di nascita sono state quindi individuate 5 coorti ritenute omogenee per fattori di rischio.

In Figura 14a.1. si riporta, per i nove studi selezionati, il campo di variazione delle espresso per anno di nascita, le barre verticali indicano le cinque coorti di popolazione individuate.

La stima della quota di HCV RNA positività è stata effettuata con riferimento ai medesimi studi, separatamente per macro-area.

La stima delle meta-prevalenze, per singola coorte ed area geografica, è stata effettuata con il pacchetto MetaXL ver. 2.0<sup>1</sup>.

È stato quindi predisposto un modello markoviano che, a partire dalla distribuzione dei soggetti HCV+ e HCV RNA+, conducesse ad una fotografia plausibile della situazione italiana. I parametri clinici utilizzati, nonché le fonti, sono riportati in Tabella 14a.2.

Considerando che gli studi reperiti sono stati prevalentemente condotti nel periodo 1991-2000 (alcuni in epoca precedente su siero congelato), si è ritenuto che la mera proiezione delle meta-prevalenze sulla popolazione residente al primo gennaio 2014 potesse indurre una sovrastima del fenomeno, soprattutto nella popolazione più anziana. Infatti se per i soggetti più anziani

<sup>1</sup> Jan J Barendregt et al. «Theory and methods Meta-analysis of prevalence». J Epidemiol Community Health doi:10.1136/jech-2013-203104

Tabella 14a.2. HCV: probabilità di transizione annuale

| Da       | A                             | Prob.    | (95%I.C.)          | Fonte                             |
|----------|-------------------------------|----------|--------------------|-----------------------------------|
| HCV-     | HCV+ (18-34 anni)             | 0,00035  | (0,00027-0,00043)* | CADTH, 2007                       |
| HCV-     | HCV+ (35-69 anni)             | 0,000001 | #                  | Ns valutazione                    |
| HCV-     | HCV+ (>70 anni)               | 0,000001 | #                  | Ns valutazione                    |
| HCV+     | HCV RNA+ (Nord+Centro Italia) | 0,7358   | (0,6437-0,8188)    | Ns elaborazione (meta-prevalenza) |
| HCV+     | HCV RNA+ (Sud Italia+Isole)   | 0,6894   | (0,5389-0,8226)    | Ns elaborazione (meta-prevalenza) |
| HCV RNA+ | F0                            | 0,82     | (0,55-0,85)        | Razawi, 2013                      |
| F0       | F1                            | 0,079    | (0,076-0,083)      | Razawi, 2013                      |
| F1       | F2                            | 0,06     | (0,056-0,063)      | Razawi, 2013                      |
| F2       | F3                            | 0,109    | (0,099-0,119)      | Razawi, 2013                      |
| F3       | F4                            | 0,112    | (0,097-0,129)      | Razawi, 2013                      |
| F4       | F4s                           | 0,039    | (0,016-0,085)      | Razawi, 2013                      |
| F4+F4s   | Trap                          | 0,033    | (0,025-0,040)*     | CADTH, 2007                       |
| F4s+Trap | Dec                           | 0,053    | (0,0415-0,0647)    | Razawi, 2013                      |

Trap=Trapianto, Dec=decesso legato ad HCV \* = I.C. non riportato definito come  $\pm 22\%$  dell'effetto, # è stata ritenuta ininfluenza la probabilità di infezione nella popolazione adulta ed anziana

si può considerare praticamente annullato il rischio di nuove infezioni dall'altra si può presumere che il carico endemico ad oggi si sia ridimensionato in funzione sia dei nuovi trattamenti specifici che nel tempo sono stati introdotti, che per mortalità specifica da cirrosi scompensata ed epatocarcinoma. Pertanto si è proceduto ad una prima simulazione dal 1995 al 2005 dove oltre ai parametri introdotti nel modello di Markov si è presupposto un tasso SVR del 30,7%<sup>2</sup> sulla quota trattata, ed una seconda simulazione dal 2005 al 2014 dove l'SVR sulla quota trattata è stato impostato al 62,5%<sup>3</sup>.

Per quanto riguarda la stima dei pazienti emersi, intesi come tutti quei soggetti noti ed in carico al SSN, per il modello al 2014 sono stati ipotizzati i seguenti tassi di emersione per stadio (ns valutazione): F0=10%, F1=15%, F2=20%, F3=50%, F4=60%, F4s=80%.

Per la stima della distribuzione per genotipo sono stati considerati sia i 9 studi di popolazione inclusi nel modello di stima delle meta prevalenze, utilizzati so-

stanzialmente per identificare le tendenze geografiche (Nord Centro- Italia vs Sud Italia), che ulteriori studi italiani su popolazione ospedalizzata ed ambulatoriale (Marascio, 2014; D'ambrosio, 2014; Cenci, 2007; Marascio, 2012).

Il modello implementato consente pertanto una stima consistente per età ed area geografica del carico endemico relativamente ai seguenti parametri: prevalenti HCV + ed HCV-RNA + (per Metavir score e genotipo), nonché la quota totale ed emersa della casistica. Nell'analisi i dati sono stati raggruppati in tre fasce d'età (giovani: 18-34 anni; adulti: 35-69 anni; anziani: 70anni e +).

Si riportano in Tabella 14.a.3 i risultati delle simulazioni al 1995, al 2005 ed al 2014. Nei 20 anni considerati è evidente come complessivamente il carico endemico si sia considerevolmente ridotto, i dati riportati in tabella permettono anche di apprezzare il diverso impatto dell'efficacia delle terapie prima e dopo il 2005.

<sup>2</sup> Media semplice del tasso di risposta fino all'introduzione di PegIFN (Adapted from the US Food and Drug Administration, Antiviral Drugs Advisory Committee Meeting, April 27-28, 2011, Silver Spring, MD.)

<sup>3</sup> Media semplice del tasso di risposta fino all'introduzione di PegIFN (Adapted from the US Food and Drug Administration, Antiviral Drugs Advisory Committee Meeting, April 27-28, 2011, Silver Spring, MD.)

**Tabella 14a.3. Stima del carico endemico dell'infezione da HCV (1995 - 2005 - 2014)**

|                       | Stima al 1995<br>N°<br>(Prev.%) | Stima al 2005*<br>N°<br>(Prev.%) | Stima al 2014<br>N°<br>(Prev.%) |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Popolazione residente | 56.844.408                      | 57.874.753                       | 60.782.668                      |
| HCV+                  | 3.174.956<br>(5,6)              | 2.293.031<br>(4,0)               | 1.573.216<br>(2,6)              |
| RNA+                  | 2.282.351<br>(4,0)              | 1.320.074<br>(2,3)               | 831.038<br>(1,4)                |
| F0                    | 179.395<br>(0,3)                | 98.326<br>(0,2)                  | 69.004<br>(0,1)                 |
| F1                    | 501.121<br>(0,9)                | 280.161<br>(0,5)                 | 147.179<br>(0,2)                |
| F2                    | 329.537<br>(0,6)                | 187.376<br>(0,3)                 | 96.930<br>(0,2)                 |
| F3                    | 331.198<br>(0,6)                | 191.895<br>(0,3)                 | 103.316<br>(0,2)                |
| F4                    | 571.664<br>(1,0)                | 341.448<br>(0,6)                 | 221.998<br>(0,4)                |
| F4S                   | 369.435<br>(0,6)                | 220.868<br>(0,4)                 | 192.611<br>(0,3)                |

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

\* Pesatura transizione 1995-2005 per: mortalità generale e specifica, siero versioni, trattamenti (SVR=30,7%)

\*\* Pesatura transizione 1995-2014 per: mortalità generale e specifica, siero versioni, trattamenti (SVR=62,5%)

Complessivamente la casistica HCV+ passa da una prevalenza del 5,6% del 1995 al 2,6% del 2014, con un dimezzamento in valore assoluto della popolazione HCV+ (da oltre 3 milioni a poco meno di 1,6 milioni). Ancora più consistente risulta la contrazione della popolazione HCV RNA+, con una prevalenza che passa nel ventennio in questione dal 4,0% all'1,4%, per un numero in valore assoluto di soggetti al 2014 di poco superiore agli 830.000.

Complessivamente, la distribuzione per sesso rimane approssimativamente costante nel tempo, con una maggiore componente femminile (54,4% dei casi). Si noti che considerando la popolazione al di sotto dei 35 anni, si rileva una prevalenza sulla popolazione specifica dello 0,9% per entrambi i sessi. Come prevedibile, il contrasto a partire dagli anni '90 alle principali vie di trasmissione dell'epidemia ha determinato nel tempo

anche una rilevante modificazione nella composizione per età della popolazione infetta: gli ultrasessantenni HCV+ passano dal 28,1% del 1995 al 45% nel 2014. L'età mediana che si collocava nel 1995 a 61 anni passa a 68 nel 2014. Pertanto la distribuzione di HCV+ per classe di età evidenzia un forte sbilanciamento verso le classi più anziane: solo il 6,4% dei soggetti positivi ha un'età compresa tra 18 e 34 anni per una prevalenza pari allo 0,9%; il 48,3% è tra 35 e 69 anni, con una prevalenza del 2,6%; il 45,3% risulta ultra settantenne con una prevalenza specifica del 7,5%.

Al cambiamento nel tempo dell'eziologia dell'infezione è riconducibile anche la notevole diversità della prevalenza nelle varie aree del Paese, con una prevalenza nel Sud superiore dell'1,8% a quella del Centro-Nord (3,8% vs 2,0%) relativamente alla sieropositività, tale maggior prevalenza risulta invece dello 0,8% rispetto ai soggetti con carica virale (1,9% vs 1,1%).

Dall'analisi dei dati riportati in Tabella 14a.3. si evidenzia come il picco epidemico delle sequele più gravi sia al 2014 già stato superato, i casi di cirrosi e delle sue complicanze risultano inferiori di circa il 56% rispetto alla casistica stimata al 1995; la dinamica del fenomeno lascia presupporre che il punto di picco sia antecedente al 2005, prima quindi della stima prodotta da Deuffic-Burban che stimava per l'Italia il picco intorno al 2008.

La specificità della storia e dell'evoluzione dell'HCV in Italia comporta che la maggior parte dei soggetti prevalenti sia di vecchia o vecchissima infezione, con la conseguenza di una significativa presenza di soggetti HCV RNA+ negli stadi più avanzati di malattia. Secondo le nostre stime, al 2014, sono circa 400.000 i soggetti in cirrosi, cirrosi scompensata ed epatocarcinoma, con un'età media di 69,5 anni, e mediana di 70 anni. Questo quadro epidemiologico ha per conseguenza che, in assenza di politiche mirate all'emersione del fenomeno tra i soggetti in stadio precoce di malattia o fra i soggetti dove ancora è in atto il fenomeno epidemico come i tossicodipendenti, la quota maggiore di soggetti noti ed in carico al Sistema Sanitario Nazionale sia sostanzialmente composta da pazienti anziani o molto anziani.

### 14a.3. Il carico endemico dell'HCV per Regione

Si riporta in Tabella 14a.4. la stima della distribuzione della casistica prevalente per HCV positività, HCV RNA+ e per Metavir score per singola Regione. In Tabella 14a.5. lo stesso dato è espresso in termini di tasso di prevalenza.

Come risulta evidente dall'analisi della distribuzione in Tabella 14a.4. il carico epidemiologico tra le regioni italiane risulta significativamente diversificato. Si ricorda che la stima di prevalenza è stata effettuato per macro area (Nord+Centro Italia e Mezzogiorno, per quest'ultimo i dati disponibili hanno permesso una stima differenziata della prevalenza per sesso) quindi per coorte

per anno di nascita. Pertanto è evidente che all'interno delle macro aree, le differenti prevalenze sono frutto della diversa struttura per età della popolazione.

Dall'analisi della Tabella 14.a.5. è evidente che presi in considerazione i soggetti HCV RNA+ che, indipendentemente dallo stadio di patologia attuale, rappresentano comunque la quota di popolazione che può sia evolvere verso gli stadi più avanzati della malattia che potenzialmente far perdurare l'epidemia, i singoli Sistemi Sanitari Regionali, secondo le nostre stime, si trovano di fronte a quadri epidemiologici significativamente diversi che implicano, qualunque sia la strategia di intervento scelta (eradicazione o cura della casistica emersa più grave – F4 e F4s – con i nuovi anti virali) impegni economici fortemente differenziati.

**Tabella 14a.4. Stima del carico endemico dell'infezione da HCV per Regione, anno 2014**

| Regione               | HCV+             | RNA+           | F0            | F1             | F2            | F3             | F4             | F4S            |
|-----------------------|------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Piemonte              | 91.254           | 50.150         | 3.806         | 8.605          | 5.773         | 6.247          | 13.708         | 12.009         |
| Valle d'Aosta         | 2.511            | 1.393          | 111           | 246            | 163           | 175            | 375            | 323            |
| Lombardia             | 190.914          | 106.484        | 8.748         | 19.005         | 12.512        | 13.307         | 28.465         | 24.447         |
| Trentino - Alto Adige | 18.928           | 10.599         | 964           | 1.933          | 1.250         | 1.316          | 2.775          | 2.361          |
| Veneto                | 94.065           | 52.416         | 4.344         | 9.374          | 6.170         | 6.559          | 13.987         | 11.981         |
| Friuli Venezia Giulia | 25.596           | 14.111         | 1.040         | 2.410          | 1.627         | 1.766          | 3.879          | 3.389          |
| Liguria               | 35.520           | 19.156         | 1.307         | 3.138          | 2.157         | 2.380          | 5.365          | 4.809          |
| Emilia Romagna        | 88.567           | 48.593         | 3.804         | 8.506          | 5.646         | 6.045          | 13.118         | 11.474         |
| <b>Nord</b>           | <b>547.356</b>   | <b>302.901</b> | <b>24.124</b> | <b>53.217</b>  | <b>35.299</b> | <b>37.795</b>  | <b>81.673</b>  | <b>70.793</b>  |
| Toscana               | 77.320           | 42.345         | 3.207         | 7.271          | 4.872         | 5.268          | 11.564         | 10.163         |
| Umbria                | 18.292           | 9.976          | 783           | 1.717          | 1.142         | 1.232          | 2.709          | 2.393          |
| Marche                | 31.103           | 16.990         | 1.365         | 2.947          | 1.951         | 2.096          | 4.587          | 4.044          |
| Lazio                 | 109.990          | 61.583         | 5.335         | 11.196         | 7.284         | 7.681          | 16.246         | 13.841         |
| <b>Centro</b>         | <b>236.705</b>   | <b>130.894</b> | <b>10.691</b> | <b>23.131</b>  | <b>15.250</b> | <b>16.277</b>  | <b>35.105</b>  | <b>30.441</b>  |
| Abruzzo               | 54.964           | 27.019         | 2.073         | 4.647          | 3.104         | 3.342          | 7.318          | 6.535          |
| Molise                | 13.237           | 6.446          | 495           | 1.096          | 733           | 793            | 1.751          | 1.578          |
| Campania              | 205.533          | 105.189        | 9.824         | 19.388         | 12.488        | 13.073         | 27.270         | 23.145         |
| Puglia                | 156.495          | 78.778         | 6.623         | 13.927         | 9.169         | 9.775          | 21.001         | 18.283         |
| Basilicata            | 23.286           | 11.453         | 930           | 1.987          | 1.315         | 1.410          | 3.073          | 2.738          |
| Calabria              | 75.813           | 37.839         | 3.269         | 6.699          | 4.380         | 4.659          | 10.031         | 8.801          |
| Sicilia               | 192.689          | 96.713         | 8.369         | 17.131         | 11.215        | 11.935         | 25.657         | 22.407         |
| Sardegna              | 67.137           | 33.804         | 2.606         | 5.957          | 3.977         | 4.256          | 9.119          | 7.889          |
| <b>Mezzogiorno</b>    | <b>789.155</b>   | <b>397.242</b> | <b>34.189</b> | <b>70.832</b>  | <b>46.381</b> | <b>49.244</b>  | <b>105.219</b> | <b>91.377</b>  |
| <b>Italia</b>         | <b>1.573.216</b> | <b>831.038</b> | <b>69.004</b> | <b>147.179</b> | <b>96.930</b> | <b>103.316</b> | <b>221.998</b> | <b>192.611</b> |

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

Tabella 14a.5. Stime di prevalenza del carico endemico dell'infezione da HCV per Regione, anno 2014

| Regione               | Popolazione       | Prevalenza % HCV+ | Prevalenza %HCV RNA+ | Prevalenza % (F4+F4s) |
|-----------------------|-------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|
| Piemonte              | 4.436.798         | 2,06%             | 1,13%                | 0,58%                 |
| Valle d'Aosta         | 128.591           | 1,95%             | 1,08%                | 0,54%                 |
| Lombardia             | 9.973.397         | 1,91%             | 1,07%                | 0,53%                 |
| Trentino - Alto Adige | 1.051.951         | 1,80%             | 1,01%                | 0,49%                 |
| Veneto                | 4.926.818         | 1,91%             | 1,06%                | 0,53%                 |
| Friuli Venezia Giulia | 1.229.363         | 2,08%             | 1,15%                | 0,59%                 |
| Liguria               | 1.591.939         | 2,23%             | 1,20%                | 0,64%                 |
| Emilia Romagna        | 4.446.354         | 1,99%             | 1,09%                | 0,55%                 |
| <b>Nord</b>           | <b>27.785.211</b> | <b>1,97%</b>      | <b>1,09%</b>         | <b>0,55%</b>          |
| Toscana               | 3.750.511         | 2,06%             | 1,13%                | 0,58%                 |
| Umbria                | 896.742           | 2,04%             | 1,11%                | 0,57%                 |
| Marche                | 1.553.138         | 2,00%             | 1,09%                | 0,56%                 |
| Lazio                 | 5.870.451         | 1,87%             | 1,05%                | 0,51%                 |
| <b>Centro</b>         | <b>12.070.842</b> | <b>1,96%</b>      | <b>1,08%</b>         | <b>0,54%</b>          |
| Abruzzo               | 1.333.939         | 4,12%             | 2,03%                | 1,04%                 |
| Molise                | 314.725           | 4,21%             | 2,05%                | 1,06%                 |
| Campania              | 5.869.965         | 3,50%             | 1,79%                | 0,86%                 |
| Puglia                | 4.090.266         | 3,83%             | 1,93%                | 0,96%                 |
| Basilicata            | 578.391           | 4,03%             | 1,98%                | 1,00%                 |
| Calabria              | 1.980.533         | 3,83%             | 1,91%                | 0,95%                 |
| Sicilia               | 5.094.937         | 3,78%             | 1,90%                | 0,94%                 |
| Sardegna              | 1.663.859         | 4,04%             | 2,03%                | 1,02%                 |
| <b>Sud</b>            | <b>20.926.615</b> | <b>3,77%</b>      | <b>1,90%</b>         | <b>0,94%</b>          |
| <b>Italia</b>         | <b>60.782.668</b> | <b>2,59%</b>      | <b>1,37%</b>         | <b>0,68%</b>          |

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità

#### 14a.4. Riflessioni finali

L'introduzione sul mercato dei nuovi farmaci anti HCV, dotati di livelli altissimi di efficacia, mentre apre la prospettiva di una possibile eradicazione della patologia, almeno a livello locale, pone il problema della sostenibilità legata all'alto costo dei nuovi farmaci.

I vincoli economici sembrano indirizzare le autorità sanitarie italiane<sup>4</sup> a trattare prioritariamente i soggetti emersi più gravi, o che emergeranno negli anni, per reperto occasionale o per evoluzione della patologia.

Questo tipo di strategia di intervento, di fatto implica il trattamento prevalentemente di soggetti anziani

o molto anziani, e non sembra possa portare ad una rapida eradicazione della patologia.

Si consideri che le ipotesi adottate in tema di emergenza portano a stimare una quota del 47% di soggetti HCV RNA+ non noti ai servizi sanitari.

Pertanto è auspicabile che vengano almeno valutate strategie e politiche di intervento proattive che permettano l'emersione della casistica non nota, soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione a rischio.

Non secondario, rispetto al nostro modello di stima, è la significativa differenza del carico endemico dell'HCV tra le diverse Regioni italiane, che indipendentemente dalle politiche di intervento messe in atto,

<sup>4</sup> AIFA (<https://www.agenziafarmaco.gov.it/piattaformaAlgoritmi/index.php/survey/index>)

evidenziano una casistica di HCV RNA+ e di stadi avanzati di patologia (F4+F4s), che in proporzione sulla popolazione residente, in alcune Regioni soprattutto concentrate nell'Italia meridionale risultano più che doppi rispetto ad alcune realtà del Centro e Nord Italia, che dovranno pertanto implicare forme di finanziamento ad hoc che non possono per forza di cose seguire *tout court* la ripartizione usuale del fondo sanitario nazionale.

## Riferimenti bibliografici

- Gower E, Estes C, Blach S, et al.: Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *Journal of Hepatology*, Volume 61, Issue 1, Pages S45-S57 (November 2014) DOI: 10.1016/j.jhep.2014.07.027
- Esteban JI, Sauleda S, Quer J: The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *Journal of Hepatology* 48 (2008) 148–162
- Pawlotsky JM, Tsakiris L, Roudot-Thoraval F, Pellet C, Stuyver L, Duval J, et al. Relationship between hepatitis C virus genotypes and sources of infection in patients with chronic hepatitis C. *J Infect Dis* 1995;171:1607–1610.
- Inserire biblio
- Deuffic-Burban S, Deltenre P, Buti M, Stroffolini T, Parkes J, Mühlberger N, et al. Predicted effects of treatment for HCV infection vary among European countries. *Gastroenterology*. 2012 Oct;143(4):974-85.e14. doi: 10.1053/j.gastro.2012.05.054. Epub 2012 Aug 2.
- ECDC TECHNICAL REPORT Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies, September 2010 [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/TER\\_100914\\_Hep\\_B\\_C%20EU\\_neighbourhood.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/TER_100914_Hep_B_C%20EU_neighbourhood.pdf)
- Mariano A, Tomba G, Tosti ME, Spada E, Mele A. Future burden of hepatitis C virus infection: the case of Italy. In: 41st Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver (EASL). Vienna, Austria, April 26-30. 2006.
- daCosta Di Bonaventura M, Yuan Y, Wagner JS, L'Italien GJ, Lescrauwaet B, Langley P. The burden of viral hepatitis C in Europe: a propensity analysis of patient outcomes. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2012 Aug; 24(8):869-77. doi: 10.1097/MEG.0b013e3283551dee.
- Stroffolini T, Menchinelli M, Taliani G, Dambrosio V, Poliandri G, Bozza A, et al. High prevalence of hepatitis C virus infection in a small central Italian town: lack of evidence of parenteral exposure. *Ital J Gastroenterol* 1995; 27:235-8.
- Raffaele A, Valenti M, Iovenitti M, Metani A, Bruno ML, Altobelli E, et al. High prevalence of HCV infection among the general population in a rural area of central Italy. *Eur J Epidemiol* 2001; 17:41-6.
- Sagnelli E, Stroffolini T, Mele A, Almasio P, Coppola N, Ferrigno L, Scolastico C, Onofrio M, Imperato M, Filippini P. The importance of HCV on the burden of chronic liver disease in Italy: a multicenter prevalence study of 9,997 cases. *J Med Virol*. 2005 Apr; 75(4):522-7.
- Stroffolini T, D'Egidio PF, Aceti A, Filippini P, Puoti M, Leonardi C, Almasio PL; DAVIS Drug Addicted, HCV Prevalence in Italy an Epidemiological, Observational, Cross-Sectional, Multicenter Study Participating Centers. *J Med Virol*. 2012 Oct; 84(10):1608-12. doi: 10.1002/jmv.23370. Hepatitis C virus infection among drug addicts in Italy.
- Brandolini M, Novati S, De Silvestri A, Tinelli C, et al. Prevalence and epidemiological correlates and treatment outcome of HCV infection in an Italian prison setting. *BMC Public Health* 2013, 13:981 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/981>
- Loviselli A, Oppo A, Velluzzi F et al. Independent expression of serological markers of thyroid autoimmunity and hepatitis virus C infection in the general population: results of a community-based study in north-western Sardinia. *J Endocrinol Invest* 1999; 22:660-5.
- Kondili LA, Chionne P, Costantino A, Villano U, Lo Noce C, Pannozzo F, et al. Infection rate and spontaneous seroreversion of anti-hepatitis C virus during the natural course of hepatitis C virus infection in the general population. *Gut* 2002; 50:693-6.
- Pendino GM, Mariano A, Surace P, Caserta CA, Fiorillo MT, Amante A, et al. Prevalence and etiology of altered liver tests: a population-based survey in a Mediterranean town. *Hepatology* 2005; 41:1151-9.
- Osella AR, Misciagna G, Leone A, Di Leo A, Fiore G.

- Epidemiology of hepatitis C virus infection in an area of Southern Italy. *J Hepatol* 1997; 27:30-5.
18. Mazzeo C, Azzaroli F, Giovanelli S, Dormi A, Festi D, Collecchia A, et al. Ten year incidence of HCV infection in northern Italy and frequency of spontaneous viral clearance. *Gut* 2003;52:1030-4
  19. Bellentani S, Pozzato G, Saccoccio G, Crovatto M, Croce LS, Mazzoran L, et al. Clinical course and risk factors of hepatitis C virus related liver disease in the general population: report from the Dionysos study. *Gut* 1999;44:874-880
  20. Guadagnino V, Stroffolini T, Rapicetta M, Costantino A, Kondili LA, Menniti-Ippolito F, et al. Prevalence, risk factors and genotype distribution of hepatitis C virus infection in the general population: a community-based survey in Southern Italy. *Hepatology* 1997; 26:1006-11.
  21. Maio G, d'Argenio P, Stroffolini T, Bozza A, Sacco L, Tosti ME, Intorcchia M, Fossi E, d'Alessio G, Kondili LA, Rapicetta M, Mele A. Hepatitis C virus infection and alanine transaminase levels in the general population: a survey in a southern Italian town. *J Hepatol*. 2000 Jul; 33(1):116-20.
  22. Maggi G, Armitano S, Brambilla L, Brenna M, Cairo M, Galvani G, et al. Hepatitis C infection in an Italian population not selected for risk factors. *Liver* 1999; 19:427-31.
  23. Di Stefano R., Stroffolini T, Ferraro D, Usticino A, Valenza LM, Montalbano L, et al. Endemic hepatitis C virus infection in a Sicilian town: further evidence for iatrogenic transmission. *J Med Virol* 2002; 67:339-44.
  24. Cozzolongo R, Osella AR, Elba S, Petruzzi J, Buongiorno G, Giannuzzi V, Leone G, Bonfiglio C, Lanzilotta E, Manghisi OG, Leandro G, et al. Epidemiology of HCV infection in the general population: a survey in a southern Italian town. *Am J Gastroenterol*. 2009 Nov; 104(11):2740-6. doi: 10.1038/ajg.2009.428. Epub 2009 Jul 28.
  25. Guadagnino V, Stroffolini T, Caroleo B, Menniti Ippolito F, Hepatitis C virus infection in an endemic area of Southern Italy 14 years later: evidence for a vanishing infection. *Dig Liver Dis*. 2013 May; 45(5):403-7. doi: 10.1016/j.dld.2012.10.014. Epub 2012 Nov 28.
  26. Jan J Barendregt et al. Theory and methods Meta-analysis of prevalence. *J Epidemiol Community Health* doi:10.1136/jech-2013-203104
  27. Remis RS. Modelling the incidence and prevalence of hepatitis C infection and its sequelae in Canada, 2007. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2007 <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-survepi/model/pdf/model07-eng.pdf>.
  28. Razavi H, Elkhoury AC, Elbasha E, et al. Chronic hepatitis C virus (HCV) disease burden and cost in the United States. *Hepatology*. 2013;57(6):2164–2170.
  29. Adapted from the US Food and Drug Administration, Antiviral Drugs Advisory Committee Meeting, April 27-28, 2011, Silver Spring, MD
  30. Marascio N, Matera G, Quirino A, Giacchetti A, Barreca G et al. Eleven-Year Distribution Pattern of Hepatitis C Virus in Southern Italy. *Journal of Pathogens* Volume 2012, Article ID 631095, 7 pages doi:10.1155/2012/631095
  31. Marascio N, Liberto MC, Barreca GS, Zicca E et al. Update on epidemiology of HCV in Italy: focus on the Calabria Region *BMC Infectious Diseases* 2014, 14(Suppl 5):S2 <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/14/S5/S2>
  32. D'Ambrosio R, Aghemo A, De Francesco R, Rumi MG, et al. The association of IL28B genotype with the histological features of chronic hepatitis C is HCV genotype dependent. *Int J Mol Sci*. 2014 Apr 25;15(5):7213-24. doi: 10.3390/ijms15057213.
  33. Cenci M, Massi M, Alderisio M, De Soccio G, Recchia O. Prevalence of Hepatitis C Virus (HCV) Genotypes and Increase of Type 4 in Central Italy: An Update and Report of a New Method of HCV Genotyping. *Anticancer Research* 27: 1219-1222 (2007)

## Capitolo 14b

### Le malattie oncologiche e il *pricing* dei farmaci

Giannarelli D.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>

#### 14b.1. Introduzione

Negli ultimi anni la valutazione della costo-efficacia dei trattamenti ha assunto un ruolo sempre maggiore nella definizione dell'accettabilità sociale dei prezzi dei trattamenti.

Questo è particolarmente vero in oncologia, dove il processo risulta particolarmente complesso, data l'ampia scelta di *endpoint* considerabili per la misurazione dell'efficacia dei trattamenti e i differenti approcci delle agenzie regolatorie. L'*overall survival* (OS) viene spesso considerata quale *endpoint* "primario" per determinare il "valore" di un farmaco oncologico, e la mediana della sopravvivenza viene solitamente utilizzata come parametro di misurazione.

Tuttavia, il fatto che da un lato i tumori differiscano per severità, caratteristiche e risposta dei pazienti al trattamento e, dall'altro, che le molecole si differenzino per meccanismo di azione, suggerisce l'opportunità di una riflessione sull'utilizzo dell'OS mediana (Karweit J. et al. 2011; Karweit J. et al. 2012), come anche sulla utilità di un approccio che integri eventualmente altre dimensioni di valutazione, in una logica complessiva di *Health Technology Assessment* (HTA) (Deves et al. 2011).

A tal fine sono state analizzate *ex post* le politiche di *pricing* in campo oncologico dell'AIFA, al fine di valutare la coerenza complessiva in diversi scenari, relativi all'approccio prescelto per la misurazione del "valore".

L'analisi ha preso in considerazione tutte le molecole, autorizzate negli ultimi 10 anni in Italia, in prima linea nel cancro metastatico.

In particolare nei confronti effettuati è stato assunto come *endpoint* di efficacia l'OS, mentre sono stati

considerati due differenti parametri di misurazione: mediana e media.

Sono stati quindi messi in relazione, mediante un modello di regressione statistica multivariata, i costi delle terapie utilizzati come terapia di prima linea metastatica con la loro efficacia, tenendo in considerazione la dimensione del mercato potenziale e l'anno di immissione in commercio.

Le variabili utilizzate nella regressione sono:

C = costo medio della terapia;

M = beneficio della molecola espresso in incrementi assoluti medi dell'OS mediana;

m = beneficio della molecola espresso come incrementi assoluti medi dell'OS media;

Q = mercato potenziale, ovvero pazienti potenzialmente eleggibili (espressa in valori percentuali rispetto al mercato più piccolo tra quelli considerati);

A = anno di immissione in commercio (espressa in numero di anni trascorsi dalla registrazione della molecola più "vecchia").

Assumendo che il costo dei comparatori sia omogeneo e trascurabile rispetto a quello delle molecole analizzate, i costi stimati sono interpretabili come *proxy* dei costi incrementali. Pertanto il modello di regressione è stato stimato imponendo l'intercetta nulla: in un'ottica di *value based pricing*, l'efficacia incrementale nulla corrisponde ad un costo incrementale e quindi ad un *premium price* nullo.

Si deve sottolineare che nell'analisi non vengono considerati gli sconti confidenziali e questo, per alcune singole molecole, può portare a *bias* rilevanti nel costo di terapia attribuito.

<sup>1</sup> Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Unità di Biostatistica

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

Tabella 14b.1. Riepilogo del modello

| Modello         | R     | R-quadrato | R-quadrato corretto | Errore standard della stima |
|-----------------|-------|------------|---------------------|-----------------------------|
| 1.C=a*m+b*Q+d*A | 0,905 | 0,819      | 0,764               | 18.759,177                  |
| 2.C=a*M+b*Q+d*A | 0,892 | 0,796      | 0,735               | 19.881,725                  |

Fonte: elaborazione su dati IMS e revisione bibliografica - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 14b.2. Coefficienti del modello

| Modello         | Var. ind. | Coefficienti non standardizzati |           | Coefficienti standardizzati | t      | p-value |
|-----------------|-----------|---------------------------------|-----------|-----------------------------|--------|---------|
|                 |           | R                               | R         | R-quadrato                  |        |         |
| 1.C=a*m+b*Q+d*A | M         | 9.793,873                       | 2.540,418 | 0,754                       | 3,855  | 0,003   |
|                 | Q         | -8,520                          | 10,684    | -0,150                      | -0,797 | 0,444   |
|                 | A         | 2.356,102                       | 1.812,062 | 0,298                       | 1,300  | 0,223   |
| 2.C=a*M+b*Q+d*A | M         | 4.717,031                       | 1.354,126 | 0,588                       | 3,483  | 0,006   |
|                 | Q         | -12,535                         | 11,476    | -0,221                      | -1,092 | 0,300   |
|                 | A         | 4.672,355                       | 1.646,333 | 0,590                       | 2,838  | 0,018   |

Fonte: elaborazione su dati IMS e revisione bibliografica - © C.R.E.A. Sanità

Di seguito i risultati delle regressioni effettuate.

Le variabili inserite nel modello spiegano l'81,9% della varianza dei costi considerando come parametro di beneficio la media di sopravvivenza e il 79,6% considerando come parametro la mediana.

Nel modello 1 l'incremento della media di sopravvivenza risulta il solo fattore statisticamente significativo ( $p=0,003$ ); le altre variabili, seppure non significative, risultano avere il segno atteso.

Nella seconda specificazione, che considera come variabile di efficacia l'incremento della mediana di sopravvivenza, risultano significative e con il segno atteso tale variabile ( $p=0,006$ ) e anche l'anno di immissione in commercio ( $p=0,018$ ). La variabile quantità, pur con il segno atteso, non risulta statisticamente significativa; in particolare la dimensione di mercato è negativamente correlata al costo.

Dall'analisi emerge come l'ICER (approssimato per eccesso) medio per i farmaci considerati sia pari a € 117.526 considerando come parametro di efficacia la media e € 56.604 considerando come parametro di efficacia la mediana.

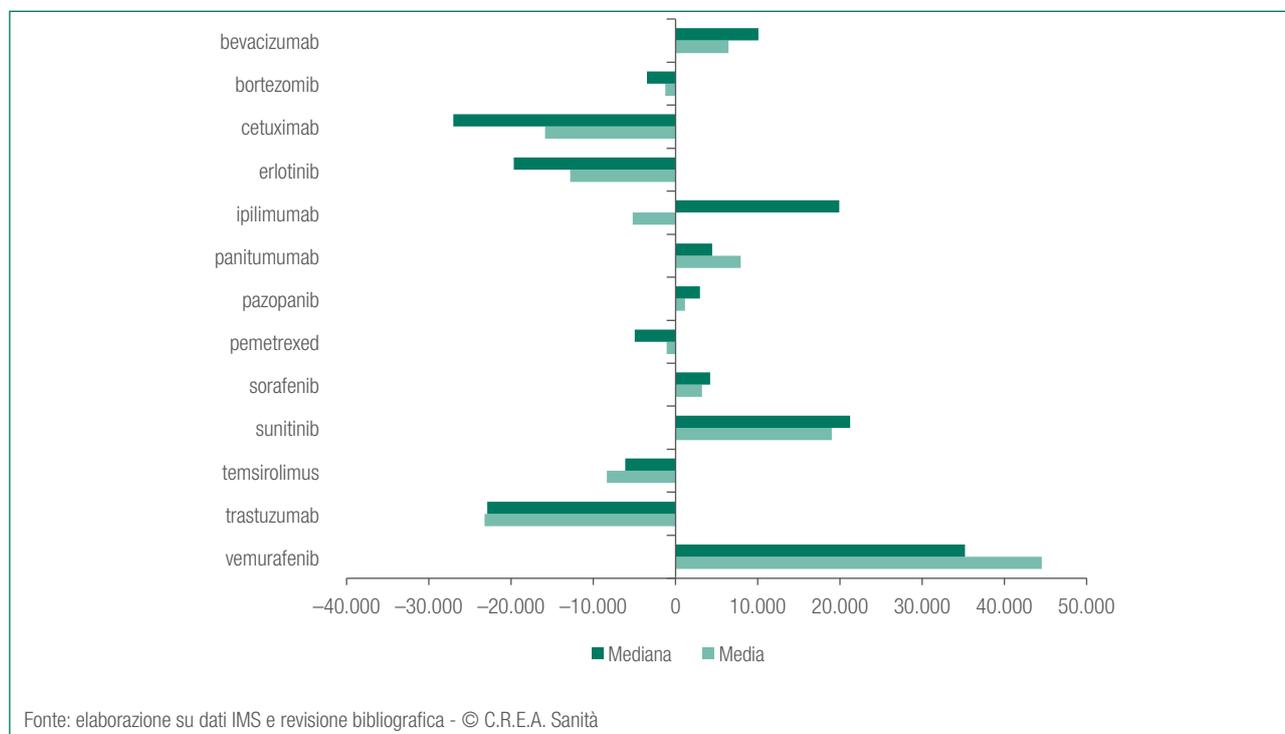
Nella figura 14b.1 sono riportati i residui della regressione effettuata sui valori assoluti dei benefici, dai quali è possibile desumere l'indicazione di quanto il *pricing* delle

single molecole abbia generato scostamenti dall'ipotesi di perfetta omogeneità nell'attribuzione di valore rispetto agli *endpoint* considerati. In particolare, valori positivi indicano prezzi (e quindi costi) superiori all'atteso.

Dalle analisi effettuate emergono differenze significative di *pricing*, correlate tanto all'*endpoint* considerato, quanto alla modalità di misurazione. Alcune molecole come il cetuximab, il trastuzumab, il temsirolimus, l'erlotinib ed in misura nettamente inferiore il pemetrexed, evidenziano in tutte le situazioni scarti negativi (e quindi prezzi inferiori all'attesa) che raggiungono valori anche superiori a € 20.000 per l'intero ciclo di terapia. Al contrario il vemurafenib, il sunitinib ed in misura molto inferiore il pazopanib, mostrano scarti positivi (superiori a € 30.000 euro per il vemurafenib e a € 20.000 per il sunitinib) e quindi prezzi superiori all'atteso. L'unico farmaco in cui lo scarto si inverte a seconda che vengano usate le mediane piuttosto che le medie è l'ipilimumab: si consideri che si tratta dell'unica molecola immuno-terapica nel campione considerato.

Va sottolineato che nell'analisi dei dati bisogna tener conto del fatto che non si è potuto considerare l'effetto di altri parametri di efficacia rilevanti, quali sicurezza, qualità della vita dei pazienti, modifiche nel ricorso alle ospedalizzazioni, etc.

Figura 14b.1. Residui della regressione del costo su beneficio assoluto, quantità, anno di immissione in commercio



## 14b.2. Riflessioni finali

L'analisi condotta ha permesso di apprezzare quanto la determinazione del valore dei farmaci oncologici dipenda dall'*endpoint* considerato e dal parametro di misurazione (media o mediana) utilizzato.

Le differenti caratteristiche e severità dei tumori, nonché le differenti risposte dei pazienti al trattamento e i differenti meccanismi di azione dei farmaci, suggeriscono l'opportunità di una riflessione sull'utilizzo delle diverse misure di beneficio nel processo di negoziazione. Questo appare tanto più significativo in presenza dell'avvento degli immuno-terapici, per i quali eventuali *premium price* possono essere "apparenti" considerando come misura di valore la media di sopravvivenza (come giustificato dal meccanismo di azione specifico) piuttosto che la mediana.

L'effetto confondente delle dimensioni di mercato, appare limitato, sebbene si osservi una debole evidenza su una relazione negativa fra prezzi e volumi; appare doveroso sottolineare come le dimensioni dei mercati siano comunque molto difforni e le condizioni

di accesso al mercato a livello internazionale rendano la relazione prezzi volumi intrinsecamente non lineare: caso esemplare è quello delle molecole con indicazioni per i NSCLC. Tra l'altro l'"effetto quantità" potrebbe anche essere nascosto da eventuali accordi *price/volume* confidenziali.

Non si evidenziano *trend* temporali di riduzione del prezzo di rimborso: AIFA sembra avere mantenuto livelli sostanzialmente omogenei di riferimento nei 10 anni considerati.

## Riferimenti bibliografici

Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, Chung HC, Shen L, Sawaki A, Lordick F, Ohtsu A, Omuro Y, Satoh T, Aprile G, Kulikov E, Hill J, Lehle M, Rüschoff J, Kang YK; ToGA Trial Investigators. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010 Aug 28;376(9742):687-97. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61121-X. Epub 2010 Aug

19. Erratum in: *Lancet*. 2010 Oct 16;376(9749):1302
- Chapman P.B., Hauschild A., Robert C, Haanen J. B., Ascier-  
to P., Larkin J., Dummer R., Garbe C., Testori A., Maio M.,  
Hogg D., Lorigan P., Lebbe C., Jouary T., Schadendorf  
D., Ribas A., O'Day S.J., Sosman J.A., Kirkwood J.M.,  
Eggermont A.M.M., Dreno B., Nolop K., Li J., Nelson  
B., Hou J., Lee R.J., Flaherty K.T., McArthur G.A. for the  
BRIM-3 Study Group Improved Survival with Vemurafenib  
in Melanoma with BRAF V600E Mutation *N Engl J Med*  
2011; 364:2507-2516
- Davies A., Briggs A., Schneider J., Levy A., Ebeid O., Wagner  
S, Kotapati S., Ramsey S. The Ends Justify the Mean:  
Outcome Measures for Estimating the Value of New Can-  
cer Therapies. *Value in Health* november 2011
- Douillard JY, Siena S, Cassidy J, Tabernero J, Burkes R, Ba-  
rugel M, Humblet Y, Bodoky G, Cunningham D, Jassem  
J, Rivera F, Kocákova I, Ruff P, Błasi ska-Morawiec M,  
Smakal M, Canon JL, Rother M, Oliner KS, Tian Y, Xu F,  
Sidhu R. Final results from PRIME: randomized phase III  
study of panitumumab with FOLFOX4 for first-line treat-  
ment of metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2014  
Jul;25(7):1346-55.
- Escudier B, Bellmunt J, Négrier S, Bajetta E, Melichar B,  
Bracarda S, Ravaud A, Golding S, Jethwa S, Sneller V.  
Phase III trial of bevacizumab plus interferon alfa-2a in  
patients with metastatic renal cell carcinoma (AVOREN):  
final analysis of overall survival. *J Clin Oncol*. 2010 May  
1;28(13):2144-50
- Guyot P, Welton NJ, Ouwens JN, Ades AE. Survival time out-  
comes in randomized, controlled trials and meta-analy-  
ses: the parallel universes of efficacy and cost-effective-  
ness. *Value Health*. 2011;14:640-646.
- Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, Cartwright T,  
Hainsworth J, Heim W, Berlin J, Baron A, Griffing S,  
Holmgren E, Ferrara N, Fyfe G, Rogers B, Ross R, Kab-  
binavar F. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and  
leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med*.  
2004 Jun 3;350(23):2335-42
- Josep M. Llovet, Sergio Ricci, Vincenzo Mazzaferro, Phil-  
ip Hilgard, Edward Gane, Jean-Frédéric Blanc, Andre  
Cosme de Oliveira, Armando Santoro, Jean-Luc Raoul,  
Alejandro Forner, Myron Schwartz, Camillo Porta, Ste-  
fan Zeuzem, Luigi Bolondi, Tim F. Greten, Peter R. Gal-  
le, Jean-François Seitz, Ivan Borbath, Dieter Häussinger,  
Tom Giannaris, B.Sc., Minghua Shan, Marius Moscovici,  
Dimitris Voliotis, and Jordi Bruix, M.D. for the SHARP In-  
vestigators Study Group Sorafenib in Advanced Hepato-  
cellular Carcinoma *N Engl J Med* 2008; 359:378-390
- Karweit J. et al. Assessing Relative Clinical Value Across Tu-  
mor Types in Metastatic Disease presented at the ISPOR  
14th Annual European Congress, November 5-8, 2011
- Karweit J. et al. Assessing Relative Clinical Value Across  
Tumor Types in Metastatic Disease Madrid, Spain, ISPOR  
15th Annual European Congress, November 3-7, 2012;  
Berlin, Germany
- Kwitkowski VE, Prowell TM, Ibrahim A, Farrell AT, Justice R,  
Mitchell SS, Sridhara R, Pazdur R. FDA approval sum-  
mary: temsirolimus as treatment for advanced renal cell  
carcinoma *Oncologist*. 2010;15(4):428-35
- Motzer RJ, Hutson TE, Cella D, Reeves J, Hawkins R, Guo  
J, Nathan P, Staehler M, de Souza P, Merchan JR, Boleti  
E, Fife K, Jin J, Jones R, Uemura H, De Giorgi U, Har-  
menberg U, Wang J, Sternberg CN, Deen K, McCann L,  
Hackshaw MD, Crescenzo R, Pandite LN, Choueiri TK.  
Pazopanib versus sunitinib in metastatic renal-cell carci-  
noma. *N Engl J Med*. 2013 Aug 22;369(8):722-31
- Robert C, Thomas L, Bondarenko I, O'Day S, Weber J, Gar-  
be C, Lebbe C, Baurain JF, Testori A, Grob JJ, Davidson  
N, Richards J, Maio M, Hauschild A, Miller WH Jr, Gascon  
P, Lotem M, Harmankaya K, Ibrahim R, Francis S, Chen  
TT, Humphrey R, Hoos A, Wolchok JD. Ipilimumab plus  
dacarbazine for previously untreated metastatic melano-  
ma. *N Engl J Med*. 2011 Jun 30;364(26):2517-26
- Rosell R, Carcereny E, Gervais R, Vergnenegre A, Massuti  
B, Felip E, Palmero R, Garcia-Gomez R, Pallares C, San-  
chez JM, Porta R, Cobo M, Garrido P, Longo F, Moran T,  
Insa A, De Marinis F, Corre R, Bover I, Illiano A, Dansin  
E, de Castro J, Milella M, Reguart N, Altavilla G, Jimenez  
U, Provencio M, Moreno MA, Terrasa J, Muñoz-Langa  
J, Valdivia J, Isla D, Domine M, Molinier O, Mazieres J,  
Baize N, Garcia-Campelo R, Robinet G, Rodriguez-Abreu  
D, Lopez-Vivanco G, Gebbia V, Ferrera-Delgado L, Bom-  
baron P, Bernabe R, Bearz A, Artal A, Cortesi E, Rolfo  
C, Sanchez-Ronco M, Drozdowskyj A, Queralt C, de  
Aguirre I, Ramirez JL, Sanchez JJ, Molina MA, Taron  
M, Paz-Ares L; Spanish Lung Cancer Group in collab-

- oration with Groupe Français de Pneumo-Cancérologie and Associazione Italiana Oncologia Toracica Erlotinib versus standard chemotherapy as first-line treatment for European patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (EURTAC): a multicentre, open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2012 Mar;13(3):239-46.
- San Miguel JF, Schlag R, Khuageva NK, Dimopoulos MA, Shpilberg O, Kropff M, Spicka I, Petrucci MT, Pahlumbo A, Samoiloa OS, Dmoszynska A, Abdulkadyrov KM, Schots R, Jiang B, Mateos MV, Anderson KC, Esseltine DL, Liu K, Cakana A, van de Velde H, Richardson PG; VISTA Trial Investigators. Bortezomib plus Melphalan and Prednisone for Initial Treatment of Multiple Myeloma *N Engl J Med* 2008; 359:906-917
- Sandler A., Gray R, Perry M.C., Brahmer J., Schiller J.H., Dowlati A., Lilienbaum R., Johnson D. H.. Paclitaxel–Carboplatin Alone or with Bevacizumab for Non–Small-Cell Lung Cancer *N Engl J Med* 2006; 355:2542-2550
- Scagliotti GV, Parikh P, von Pawel J, Biesma B, Vansteenkiste J, Manegold C, Serwatowski P, Gatzemeier U, Digumarti R, Zukin M, Lee JS, Mellempgaard A, Park K, Patil S, Rolski J, Goksel T, de Marinis F, Simms L, Sugarman KP, Gandara D. Phase III study comparing cisplatin plus gemcitabine with cisplatin plus pemetrexed in chemotherapy-naïve patients with advanced-stage non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2008 Jul 20;26(21):3543-51
- Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, Fuchs H, Paton V, Bajamonde A, Fleming T, Eiermann W, Wolter J, Pegram M, Baselga J, Norton L. Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2. *N Engl J Med.* 2001 Mar 15;344(11):783-92
- Van der Graaf WT, Blay JY, Chawla SP, Kim DW, Bui-Nguyen B, Casali PG, Schöffski P, Aglietta M, Staddon AP, Beppu Y, Le Cesne A, Gelderblom H, Judson IR, Araki N, Ouali M, Marreaud S, Hodge R, Dewji MR, Coens C, Demetri GD, Fletcher CD, Dei Tos AP, Hohenberger P; EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group; PALETTE study group. Pazopanib for metastatic soft-tissue sarcoma (PALETTE): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2012 May 19;379(9829):1879-86
- Van Cutsem E, Köhne CH, Hitre E, Zaluski J, Chang Chien CR, Makhson A, D’Haens G, Pintér T, Lim R, Bodoky G, Roh JK, Folprecht G, Ruff P, Stroh C, Tejpar S, Schlichting M, Nippgen J, Rougier P. Cetuximab and Chemotherapy as Initial Treatment for Metastatic Colorectal Cancer *N Engl J Med* 2009; 360:1408-1417
- Vermorken J.B., Mesia R., Fernando Rivera, Eva Remenar, Andrzej Kawecki, Sylvie Rottey, Jozsef Erfan, Dmytro Zabolotnyy, Heinz-Roland Kienzer, Didier Cupissol, Frederic Peyrade, Marco Benasso, Ihor Vynnychenko, Dominique De Raucourt, Carsten Bokemeyer, Armin Schueler, M.S., Nadia Amellal, and Ricardo Hitt, Platinum-Based Chemotherapy plus Cetuximab in Head and Neck Cancer *N Engl J Med* 2008; 359:1116-1127

## Capitolo 14c Le malattie rare

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

### 14c.1. Introduzione

Le malattie rare (MR) rappresentano un importante banco di prova per i servizi sanitari, sia per gli aspetti morali ed etici che implica il saper far fronte ai bisogni di una fascia di popolazione fragile e numericamente piccola, e quindi di minor interesse per la classe politica, sia per la sfida che porta all'organizzazione assistenziale, chiamata a rispondere in modo fortemente individualizzato ai bisogni dei pazienti.

Per tale ragione il Consiglio d'Europa ha emanato già nel 2009 una Raccomandazione che sollecitava gli Stati Membri ad elaborare, ed adottare, nel quadro dei propri sistemi sanitari e sociali, piani e strategie nazionali per le MR; in Italia, il Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR) è stato approvato il 16 Ottobre 2014. Il percorso appare appena all'inizio; lo stesso Piano Nazionale rappresenta il necessario *framework* per sviluppare azioni efficaci ed efficienti per dare risposte ai bisogni dei pazienti con MR, ma necessita a sua volta di evidenze che supportino le scelte da operare localmente.

Per contribuire a fornire informazioni utili all'implementazione del PNMR si è proceduto a stimare, mediante l'utilizzo delle informazioni presenti nel *database* amministrativo della Regione Lombardia (Regione con un numero di abitanti superiore a 9 mln.), la dimensione epidemiologica e conseguentemente il ricorso ai servizi sanitari da parte dei pazienti affetti da MR, analizzandone l'impatto economico sul Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Appare opportuno ricordare che viene definita MR una patologia che ha prevalenza non superiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti (Decisione N. 1295/99/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 Aprile 1999).

L'analisi è stata però condotta selezionando i soggetti in possesso di esenzione per patologie rare: sfuggono, quindi, alla rilevazione le malattie non diagnosticate o non ancora riconosciute amministrativamente, ovvero i casi in cui il paziente ha deciso di non chiedere l'esenzione.

La sottostima epidemiologica si riduce molto in termini economici, in quanto criterio fondamentale per la previsione del diritto all'esenzione è la rilevanza dell'impatto economico: in altri termini, le patologie significativamente costose dovrebbero essere tutte fra quelle censite, a meno dei casi di singoli pazienti che rinunciano volontariamente all'esenzione.

Con i caveat enunciati, possiamo osservare che le esenzioni per MR in Lombardia nel 2012 sono 45.188, riferite a 44.548 soggetti esenti per MR, per effetto di alcuni casi di esenzione multipla.

In tale numero non sono considerati né i soggetti affetti da celiachia (25.355), la cui prevalenza è risultata largamente maggiore della prefissata soglia del 5 per 10.000, né coloro che nel corso del 2012 sono deceduti (eliminati dal campione per evitare *bias* legati ai costi di morte).

Sulla base dei criteri sopra citati, la prevalenza complessiva delle MR identificate nella popolazione lombarda, nel 2012, risulterebbe quindi pari allo 0,46% della popolazione residente, con una significativa differenza di genere: 0,53% per le femmine e 0,39% per i maschi.

Guardando alla distribuzione per età si osserva un picco nell'età adolescenziale (età 10-19), dove si concentra l'11,6% dei malati rari e un altro nella classe 40-49 anni, nella quale si trova il 17,2% dei soggetti affetti da malattia rara.

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

Figura 14c.1. Malati rari, distribuzione per età nella Regione Lombardia. Valori %, anno 2012

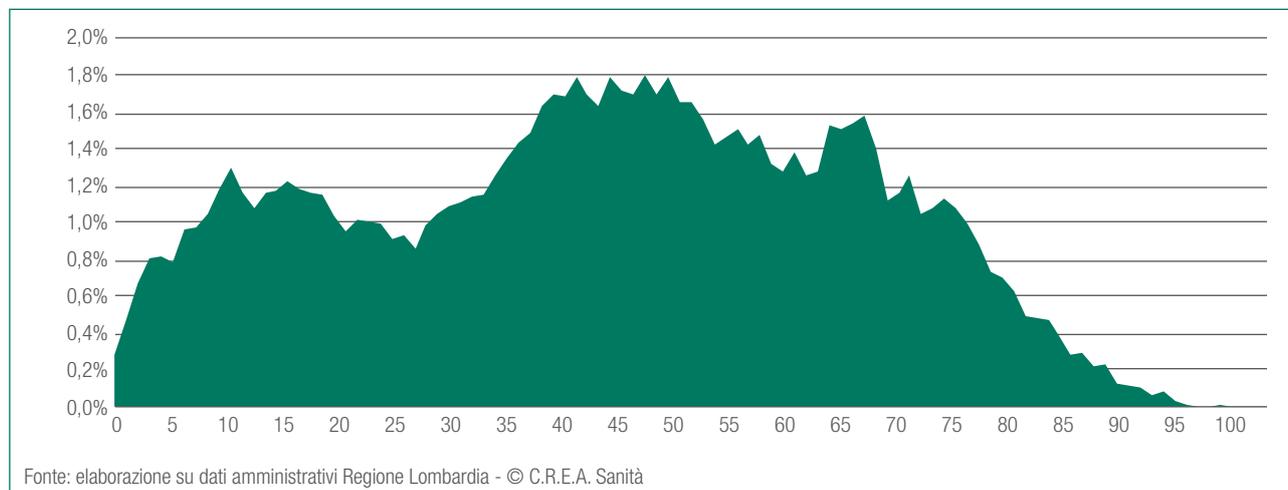


Tabella 14c.1. Malati rari per fasce di prevalenza. Valori assoluti e %

| Fascia di prevalenza    | Casi   | Condizioni | Distribuzione % dei casi |
|-------------------------|--------|------------|--------------------------|
| 1 - Minore di 0,002%    | 7.358  | 228        | 16,52                    |
| 2 - Tra 0,002% e 0,005% | 9.546  | 31         | 21,43                    |
| 3 - Tra 0,005% e 0,01%  | 9.133  | 15         | 20,50                    |
| 4 - Maggiore di 0,01%   | 18.511 | 8          | 41,55                    |

Fonte: elaborazione su dati amministrativi Regione Lombardia - © C.R.E.A. Sanità

L'analisi della distribuzione sul territorio regionale (ovvero per ASL di residenza) evidenzia una forte variabilità, con una prevalenza massima superiore a quella minima del 90%. Approfondimenti saranno necessari per comprendere in che misura tale risultato sia riconducibile a fattori epidemiologici, sociali, ovvero a una maggiore disponibilità di servizi con conseguente fenomeno di attrazione delle famiglie con membri affetti da MR.

Le differenze segnalate definiscono e sottolineano le dimensioni del problema della gestione dei pazienti con MR, in termini di disponibilità di competenze per la diagnosi e terapia: la disomogenea distribuzione sul territorio pone infatti un rilevante problema di dimensionamento e centralizzazione dell'offerta.

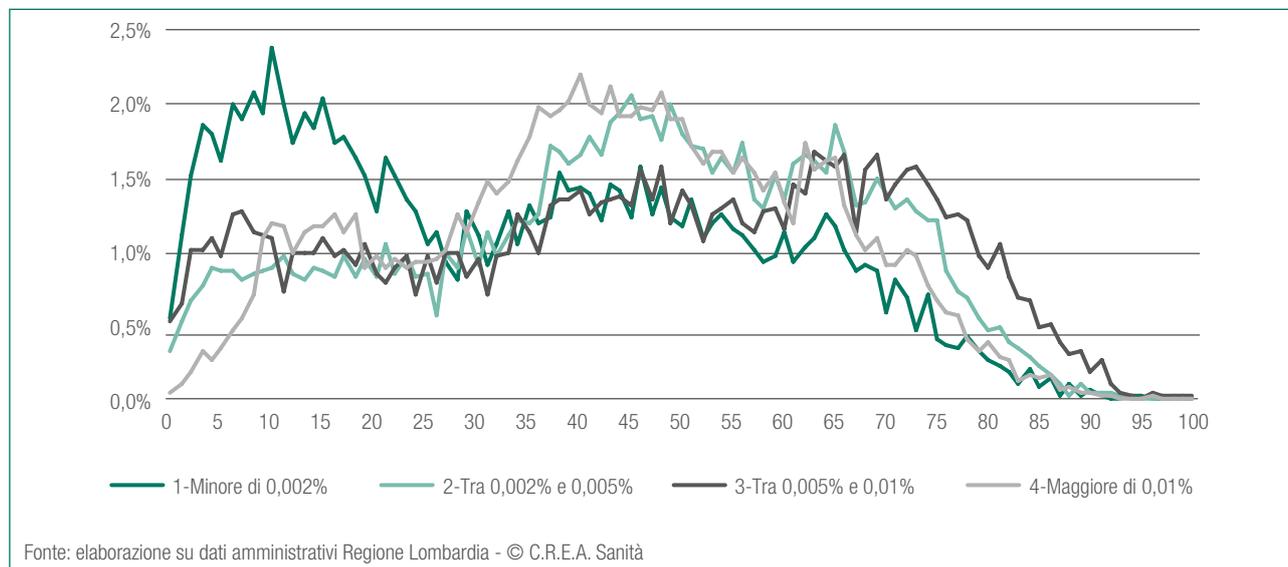
Si noti che classificando i pazienti in 4 gruppi di prevalenza (il primo gruppo sulla base della definizione europea di patologia ultra rara e i successivi 3 in classi scelte arbitrariamente per prevalenza crescente), si evidenzia come la complessità dei casi cresca esponen-

zialmente al diminuire della prevalenza: nella classe di prevalenza > di 0,01 abbiamo oltre il 40% dei pazienti, con sole 8 condizioni rare (codici di esenzione); all'altro estremo, troviamo le patologie ultra rare (la cui prevalenza è pari allo 0,08%), dove poco più del 15% dei soggetti si divide in ben 228 diverse condizioni rare, con evidenti (maggiori) impatti in termini di organizzazione della risposta.

La categoria dei malati ultra rari si differenzia anche guardando alla distribuzione dei pazienti per classi di età: si evidenzia una insorgenza giovanile e presumibilmente, spesso, a prognosi infausta (i malati appaiono infatti concentrati in particolar modo nella fascia di età giovane).

Prima di passare all'analisi economica appare doveroso premettere che le stime che seguono non rappresentano i costi effettivi sostenuti: infatti per alcune voci è disponibile la spesa effettivamente sostenuta dalla Regione (farmaci e servizi da strutture accreditate)

Figura 14c.2. Malati rari, distribuzione per età e fasce di prevalenza. Valori %



mentre per altre si sono utilizzate le tariffe pubbliche (*in primis* nel caso dei ricoveri) che non necessariamente corrispondono ai reali costi sostenuti, sebbene la Regione Lombardia si caratterizzi per un sostanziale equilibrio economico-finanziario.

Va altresì evidenziata una sottostima derivante dalla carenza di informazioni su assistenza domiciliare e residenziale, seppure presumibilmente di dimensioni contenute, in quanto, come evidenziato in letteratura, larga parte dei costi per l'assistenza territoriale sono sostenuti direttamente dalle famiglie.

Ciò detto, la spesa media annua a carico del SSN per malato raro è risultata essere pari a € 5.003,1.

In termini assoluti, ne deriva un costo per il SSR lombardo di € 222,9 mln., pari all'1,2% della spesa regionale; proiettando a livello Italia il dato, si giunge ad una stima di € 1.366 mln..

La variabilità della spesa media per soggetto esente per malattia rara è notevole anche a livello di singole ASL, passando da un minimo di € 3.345,2 ad un massimo di € 7.457,8, con una differenza tra le ASL di circa 2,2 volte.

Le differenze a livello di singola ASL o di Distretto possono compromettere l'equilibrio di bilancio, giustificando la opportunità di valutare attentamente se non sia necessario prevedere finanziamenti aggiuntivi *ad hoc*.

La categoria dei pazienti con condizioni ultra rare, oltre a distinguersi da un punto di vista epidemiologico, sembra farlo anche dal punto di vista economico, essendo caratterizzata da una spesa (€ 6.953,6 pro-capite) nettamente superiore alla media. Parallelamente anche la variabilità della spesa media per soggetto esente per malattia ultra rara è maggiore, con una differenza massima a livello di singole ASL di € 10.265,3, ovvero di 4,4 volte.

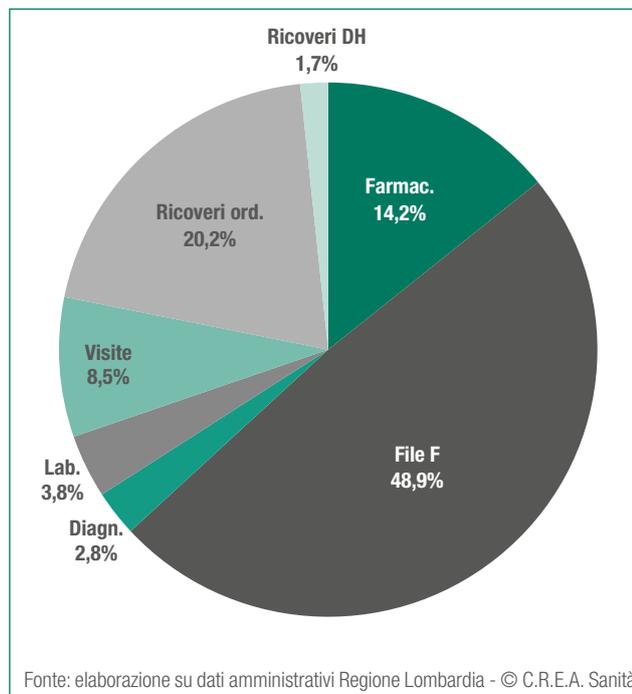
Della spesa media dei pazienti con MR, il 48,9% è attribuibile ai farmaci contenuti nel File F (in particolar modo quelli specifici per le patologie trattate), il 20,2% ai ricoveri ordinari, il 14,2% alla restante spesa farmaceutica convenzionata, a cui seguono le analisi di laboratorio con il 3,8%, la diagnostica con il 2,8% ed, infine, la spesa per i ricoveri in DH che si ferma all'1,7%.

Sebbene l'impatto economico complessivo dei malati rari sul *budget* regionale sia limitato, la spesa media eccede quella dei pazienti con almeno una malattia cronica, pari a € 3.552,8; la spesa media dei casi con MR si avvicina invece molto a quella dei soggetti con almeno 2 cronicità (di qualsiasi tipo), pari a € 4.500,2.

## 14c.2. Riflessioni finali

La ricerca ha permesso per la prima volta, su una popolazione di numerosità rilevante, di fornire alcune

**Figura 14c.3. Spesa media annua dei pazienti con MR, composizione per tipo di prestazione. Valori %**



indicazioni sull'impatto epidemiologico e economico delle malattie rare (seppure indirettamente e con significative approssimazioni).

In particolare è stato analizzato l'onere regionale per le MR, fornendo una approssimazione dei costi sostenuti accettabile considerando che il riconoscimento dell'esenzione è legato all'impatto economico che le diverse classi di patologie determinano.

I dati rappresentano la base di partenza per operare scelte consapevoli di tipo gestionale in ottemperanza alle indicazioni del PNMR e rassicurano sull'impatto eco-

nomico complessivo delle MR. Va notato come la spesa sia anche dipendente dall'esistenza o meno di terapie efficaci, e quindi non possa da sola rappresentare correttamente il costo economico e sociale delle MR.

La spesa di un paziente con MR, nello specifico, è paragonabile a quella mediamente sostenuta per un soggetto con almeno due patologie croniche e pari all'1,2% della spesa del SSR (valore nettamente inferiore rispetto all'impatto di spesa per altre patologie quali diabete e schizofrenia).

Si confermano poi alcuni *pattern* ben rinvenibili nei dati, come i picchi di prevalenza, che possono essere di ausilio per delineare strategie proattive nei confronti delle MR.

Infine si evidenzia come la variabilità fra le ASL del carico di pazienti con MR, ma anche della spesa media per soggetto esente per malattia rara, è notevole (circa 2,2 volte); pertanto, al fine di realizzare come previsto dal PNMR una efficace presa in carico dei pazienti, è necessario porre attenzione anche alle forme di finanziamento delle ASL e dei Distretti, facendo sì che siano minimizzati i rischi finanziari e gli eventuali disequilibri di bilancio che possono mettere a rischio l'accesso ai servizi.

## Riferimenti bibliografici

1. Database Amministrativi Regione Lombardia, anno 2012
2. Ghislandi S. Crosignani PG, Negri E., La Vecchia C., Zocchetti C.; Sex and age differences in health expenditure in northern Italy. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* - 2014, Volume 11, Number 4







## Chapter 14 - Summary Analysis by pathology

*Giannarelli D.<sup>1</sup>, Mancusi L.<sup>2</sup>, Ploner E.<sup>2</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>*

In continuity with the last two editions of the Health Report, again this year we have dedicated a chapter to certain analysis by pathology: we therefore assume a cross-perspective compared to analysis by assistance area used in organizing the Report.

As usual, the choice of analysis areas derives from assessments relative to the social relevance of pathologies, the innovative content of treatments, choosing between specific insights gained through the year by researchers at C.R.E.A. Sanità.

In the contributions we abstain from any comparative assessment between single alternative technologies, giving priority to the description and assessment of epidemiological, economic and social impacts.

The chapter will consider following diseases:

- hepatitis C – HCV (Chapter 14a). Using as input epidemiological studies on the general population conducted in Italy from identification of the virus

onwards (20,654 individuals screened for HCV), we have estimated the endemic burden of hepatitis C both at national and geographic area level, and for homogeneous cohort of subjects.

- Cancer and, specifically, the pricing of drug treatment (Chapter 14b). The objective of the study is the ex post analysis of AIFA (Italian Medicines Agency) pricing policies in the field of cancer, with the aim of assessing overall coherence within different scenarios, relative to the chosen approach for measurement of “value”.
- Rare diseases (Chapter 14c). We proceeded to estimate, through the use of information recorded in the administrative database of Region Lombardia, the epidemiological dimension and consequently resorting to healthcare services on the part of patients affected by Rare Disease – analyzing the economic impact on the Regional Health Service (RHS).

<sup>1</sup> Regina Elena National Cancer Institute Bio statistical unit

<sup>2</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

## Chapter 14a - Summary Hepatitis C - HCV in Italy

*Mancusi R.L.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

The high endemic burden of hepatitis C (HCV) in Italy is undoubtedly anomalous, compared to the other Western countries, in terms of both quality and quantity; in the latter, in fact, the predominance of HCV infection is higher among young people and adults, compared to more elderly people, while in Italy the contrary is true, suggesting a significant cohort effect. It is estimated that, in Italy, the peak incidence was reached in 1950 and 1960, about 20 years before other countries, like the United States, primarily due to the generalised use of glass syringes for injections, with inadequate sterilisation against the spread of the HCV virus.

Based on the epidemiological surveys, among the general population, carried out in Italy since the identification of the virus (9 studies for a total of 20,654 subjects screened for HCV), the endemic burden of hepatitis C has been estimated, both nationwide and by geographical areas and by uniform cohorts (sex and age).

Five cohorts have been identified, by patient age, viewed as uniform from the point of view of risk factors. The meta-prevalences for HCV and HCV RNA+, per cohort and geographical area, have been estimated using the MetaXL ver. 2.0 package.

The stratification by severity was then estimated, according to the Metavir score, for the purpose of providing an overall picture, by age and severity of the disease, of the individuals that could be the possible targets of the new anti HCV treatments, which highlight a very high percentage of Sustained Virological Response SVR%, such as to permit the planning of healthcare policies and, therefore, treatment strategies aimed at eradicating the disease.

It should also be taken into account that, although

the more elderly subjects are no longer at risk of new infections, it can be safely assumed that the endemic burden has decreased, to date, as a result of both the new specific treatments that have been introduced, over the years, and as an effect of the specific mortality from decompensated cirrhosis and hepatocarcinoma.

Therefore, a Markovian model has been defined, which allows a significant estimate to be made, by age group and geographical area, regarding the endemic burden, based on the following parameters: HCV + and HCV-RNA + prevalence (by Metavir score and genotype), and the total and emerging share of the case studies. In the survey, the data are grouped according to three age groups (youth: 18-34 years; adults: 35-69 years; elderly: 70+ years).

Observing the model, we can first of all appreciate how distribution by sex remains more or less constant over the years, with a larger female component (54.4% of cases). Considering the population aged below 35 years, there is a 0.9% prevalence over the specific population, for both sexes. As foreseeable, the contrast, from the Nineties onwards, to the principal ways of transmission of the epidemic, has determined, over the years, significant changes in the age composition of the infected population: over 70-year old HCV+ subjects rose from 28.1% in 1995 to 45% in 2014. The median age, which in 1995 was 61 years old, rose to 68 in 2014. Therefore, to date, the distribution of HCV+ by age group highlights a significant unbalance towards the more elderly, out of a total of slightly over one and a half million HCV+ subjects: only 6.4% is aged between 18 and 34, with a prevalence of 0.9%; 48.3% is aged between 35 and 69 years,

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, "Tor Vergata" University of Rome

with a prevalence of 2.6%; 45.3% is aged 70+, with a specific prevalence of 7.5%.

These changes over time in the etiology of the infection have also determined considerable geographical differences in prevalence, which is higher in the South by 1.8% compared to the Centre-North (3.8% vs 2.0%), regarding HCV+ subjects; the higher prevalence, instead, is 0.8% compared to subjects with a virus load (1.9% vs 1.1%).

The special nature of the history and evolution of HCV in Italy, therefore, entails that most of the prevalent subjects were infected a long time ago, which is reflected in the large-scale presence of HCV RNA+ subjects in the most advanced stages of the disease. According to our estimates, in 2014 there were about 400,000 subjects affected by cirrhosis, decompensated cirrhosis and hepatocarcinoma aged 69.5 years on average and with a median age of 70. This epidemiological framework entails that, lacking specific policies for encouraging the emergence of the disease among subjects in the early stages or among subjects where the epidemic is still under way, such as drug addicts, the majority share of subjects known to and treated by the NHS essentially consists of elderly or very elderly patients.

Moreover, as already highlighted, the epidemiological burden among the Italian regions is rather diver-

sified, with the prevalence of HCV RNA+ varying between 1.01% and 1.20% in the northern and central regions, while in the south the figures vary between 1.79% and 2.05%.

It is therefore obvious that the single regional health systems will be faced by significantly different epidemiological situations, entailing – regardless of the adopted action strategy (eradication or treatment of the more serious emerged cases – F4 and F4s – with the new antiviral drugs) – enormously different financial commitments.

The financial constraints seem to direct the Italian healthcare authorities towards the priority treatment of the more serious emerged subjects, or those that will emerge in the future, as a result of random tests or the development of the disease.

This type of strategy, however, according to our estimates, entails the treatment of elderly or very elderly subjects, and will probably not lead to a rapid eradication of the disease.

It should be kept in mind that, with regard to emergence, it is thought that 47% of HCV RNA+ subjects are unknown to the health services.

Therefore, we hope that proactive strategies and policies may be implemented for increasing the emergence of currently unknown cases, especially among the younger age groups of the population at risk.

## Chapter 14b - Summary

### Oncological diseases and drugs pricing

*Giannarelli D.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>2</sup>, Spandonaro F.<sup>2</sup>*

In recent years, given the stagnation/reduction of the health budgets, the evaluation of the cost-effectiveness of treatments has started playing a fundamental role in the definition of the social acceptability of the treatments.

This is especially true in oncology, given the extensive choice of considerable endpoints for measuring the effectiveness of the treatments and the different approaches of the regulatory agencies. The overall survival (OS) is often considered the “primary” endpoint to determine the “value” of an oncological drug, and the median survival is generally usually used as a measurement parameter. In any event, the fact that, on the one hand, tumors differ by severity, characteristics and patients’ response to the treatment and, on the other, molecules differ by action mechanism, suggest the advisability of a reflection on the use of median OS, as well as on the usefulness of an approach that might integrate other evaluation dimensions, in a comprehensive Health Technology Assessment (HTA) logic.

This study purposes to analyze ex post the AIFA (Italian Medicines Agency) pricing policies in the oncological field in order to evaluate their overall consistency in various scenarios relative to the approach selected for measuring the “value”.

The analysis has taken into consideration all the molecules authorized in the last 10 years in the oncological field and refunded in Italy.

In particular, while the OS was taken as the endpoint of effectiveness in the comparisons that have

been made, two different measurement parameters have been considered: median and mean.

Having recourse to a multivariate statistical regression model, the costs of the therapies used as first-line metastatic therapy have been related to their effectiveness, taking into consideration the dimension of the potential market and the year of launch on the market.

This analysis allowed appreciating that the determination of the value of the oncological drugs depends on the endpoint being considered and on the measurement parameter (mean or median).

The different characteristics and severity of the tumors, as well as the different responses of the patients to the treatment and the different mechanisms of action of the drugs, suggest the advisability of a reflection on the use of the various measures of benefit in the negotiation process. This appears all the more significant with the advent of the immunotherapeutic drugs, with respect to which any premium price may be “apparent” considering the survival mean rather than the median as the measure of value (as justified by the specific action mechanism).

Likewise, the interpretation of the pricing policy is highly sensitive to the consideration of the benefits expressed in absolute or relative terms.

No time trends in the reduction of the refund price may be noted: it seems that AIFA has maintained substantially homogeneous reference levels in the 10 years being considered.

<sup>1</sup> Regina Elena National Cancer Institute Bio statistical unit

<sup>2</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome

## Chapter 14c - Summary

### Rare diseases

*Ploner E.<sup>1</sup>, Polistena B.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>*

Having recourse to information present in the administrative databases of Lombardia, the study purposes to estimate the epidemiological dimension and the recourse to the health services of patients affected by rare diseases (RD), analyzing its economic impact on rare diseases.

The analysis has been performed using Lombard population data concerning hospitalization, access to the Emergency Room, use of specialist and pharmaceutical services, including the administration of highly priced drugs registered in the File.

The analysis involved individuals holding an exemption being affected by pathologies considered rare: 284 specific RDs and 47 groups.

It is estimated that nearly 50% of the conditions entered in the Orphanet, the European-wide reference database, are currently protected and monitored in Italy.

The study has shown that, in 2012, 44,548 individuals holding an exemption for a rare disease have been identified in Lombardia. It ensues that, on the whole, the prevalence of patients suffering from an RD in the Lombard population would prove to be 0.46% of the resident population, with a significant gender difference: 0.53% for females and 0.39% for males.

Considering the RD carriers, special attention should be paid to those affected by ultra rare conditions (228 diseases or groups) which represent 16.5% of the universe taken into consideration, namely 7,358 patients. The study has clearly shown that the “fractioning” of pathologies and cases grows exponentially as prevalence decreases. Actually, a single case turns out for 30 rare conditions.

Considering the distribution by age of the prevailing cases, there is a peak in adolescent age (11.6% of RD) and another between 40 and 49 years of age (17.2% of RD).

The ultra rare patients allow observing a different age distribution, particularly in the early years of life: it may be inferred that such ultra rare conditions have an early onset and, presumably, often an unfavorable prognosis as the patients are mostly concentrated in the young age group.

The mean annual expense charged to the NHS per rare patient amounts to € 5,003.1; this value is comparable to the expenditure sustained on average for an individual with at least two chronic pathologies (€ 4,500.2).

It would seem that the category of patients suffering from ultra rare diseases stands out not only from an epidemiologic point of view but also from the economic point of view, as it is characterized by a definitely higher mean expenditure: € 6,953.6 per capita for ultra rare conditions with a 0.002% lower prevalence.

The overall economic impact of the RDs on the regional budget is limited (222.9 billion, 1.2% of the regional expenditure).

Assuming for the Italian population the same mean per capital expenditure by age groups as the Lombard population of RD patients holding an exemption, the Italian expenditure would amount to € 1,366.2 million.

This study allowed quantifying for the first time the cost of an RD and its impact on NHS on a numerically significant sample.

<sup>1</sup> C.R.E.A. Sanità, “Tor Vergata” University of Rome





# *Riepilogo regionale*



## Riepilogo regionale

Nelle pagine che seguono presentiamo un riepilogo regionale delle indicazioni statistiche emerse nel Volume.

Essendo il Rapporto costruito per capitoli tematici, si è ritenuto utile un riepilogo che permettesse anche una lettura regionale trasversale rispetto agli argomenti trattati.

A tal fine, tra i *key indicators* con dettaglio regionale presenti nei capitoli, sono stati selezionati quelli ritenuti sufficientemente confrontabili.

Sotto la voce *Performance* sono riportati indicatori di sintesi costruiti seguendo la logica e la metodologia utilizzate per l'implementazione del progetto *Performance* di C.R.E.A. Sanità, a cui rimandiamo per i dettagli metodologici, rimarcando, in ogni caso, che il set di indicatori ivi utilizzato è diverso da quello selezionato per il presente riepilogo regionale.

Nelle schede che seguono, per ogni Regione vengono raggruppati in un unico schema i *ranking* ottenuti dalla Regione stessa per ciascun indicatore (i cui valori vanno quindi 1 a 21).

### Avvertenza finale

**Non si vogliono esprimere giudizi di valore o di merito;** ovviamente per costruire i *ranking* è necessario un ordinamento dei valori degli indicatori, ed esso è stato effettuato in una logica di *ceteris paribus* (per maggiore chiarezza, nell'ottica illustrata, è meglio avere minore spesa... a parità /costanza di qualità assistenziale, etc.).

## Piemonte

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 12           | 6            | 7            |              |              |              |
| Spesa         | 13           | 10           | 15           |              |              |              |
| Equità        | 2            | 6            | 3            | 4            |              |              |
| Performance   | 5            | 4            | 4            | 4            | 4            | 5            |
| Prevenzione   | 3            | 14           | 17           | 5            | 9            | 10           |
| Ospedaliera   | 6            | 1            | 6            | 10           |              |              |
| Residenziale  | 6            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 11           | 7            | 5            | 12           | 5            |              |
| Domiciliare   | 14           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 11           |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Valle d'Aosta

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 3            | 19           | 3            |              |              |              |
| Spesa         | 20           | 20           | 20           |              |              |              |
| Equità        | 2            | 6            | 7            | 16           |              |              |
| Performance   | 7            | 5            | 6            | 6            | 8            | 12           |
| Prevenzione   | 19           | 18           | 15           | 1            | 7            | 2            |
| Ospedaliera   | 16           | 4            | 7            | 13           |              |              |
| Residenziale  | 16           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 5            | 3            | 2            | 18           | 19           |              |
| Domiciliare   | 3            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 7            |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Lombardia

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 8            | 11           | 12           |              |              |              |
| Spesa         | 15           | 11           | 18           |              |              |              |
| Equità        | 13           | 10           | 9            | 13           |              |              |
| Performance   | 9            | 9            | 9            | 7            | 11           | 8            |
| Prevenzione   | 7            | 14           | 8            | 20           | 4            | 4            |
| Ospedaliera   | 15           | 3            | 4            | 17           |              |              |
| Residenziale  | 4            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 4            | 5            | 13           | 17           | 21           |              |
| Domiciliare   | 12           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 4            |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Liguria

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 4            | 15           | 2            |              |              |              |
| Spesa         | 14           | 14           | 13           |              |              |              |
| Equità        | 6            | 2            | 12           | 18           |              |              |
| Performance   | 11           | 7            | 10           | 8            | 9            | 6            |
| Prevenzione   | 12           | 13           | 14           | 21           | 14           | 14           |
| Ospedaliera   | 5            | 17           | 15           | 20           |              |              |
| Residenziale  | 8            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 21           | 8            | 11           | 21           | 9            |              |
| Domiciliare   | 13           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 8            |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Provincia Autonoma di Bolzano

### Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 2            | 20           | 10           |              |              |              |
| Spesa         | 19           | 19           | 14           |              |              |              |
| Equità        | 7            | 3            | 1            | 1            |              |              |
| Performance   | 14           | 13           | 8            | 11           | 14           | 16           |
| Prevenzione   | 20           | 21           | 21           | 15           | 10           | 17           |
| Ospedaliera   | 21           | 20           | 3            | 14           |              |              |
| Residenziale  | 2            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 2            | 2            | 10           | 6            | 18           |              |
| Domiciliare   | 21           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 9            |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Provincia Autonoma di Trento

### Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 9            | 21           | 13           |              |              |              |
| Spesa         | 19           | 19           | 14           |              |              |              |
| Equità        | 7            | 3            | 1            | 1            |              |              |
| Performance   | 3            | 12           | 2            | 9            | 3            | 4            |
| Prevenzione   | 16           | 5            | 19           | 7            | 1            | 3            |
| Ospedaliera   | 3            | 15           | 2            | 15           |              |              |
| Residenziale  | 1            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 1            | 1            | 1            | 4            | 4            |              |
| Domiciliare   | 15           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 16           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Veneto

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 18           | 7            | 15           |              |              |              |
| Spesa         | 11           | 5            | 17           |              |              |              |
| Equità        | 11           | 8            | 5            | 5            |              |              |
| Performance   | 2            | 1            | 3            | 2            | 1            | 2            |
| Prevenzione   | 14           | 2            | 6            | 10           | 8            | 4            |
| Ospedaliera   | 2            | 11           | 1            | 21           |              |              |
| Residenziale  | 3            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 3            | 4            | 14           | 13           | 14           |              |
| Domiciliare   | 17           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 12           |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Friuli Venezia Giulia

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 1            | 3            | 1            |              |              |              |
| Spesa         | 17           | 16           | 16           |              |              |              |
| Equità        | 12           | 5            | 6            | 11           |              |              |
| Performance   | 6            | 6            | 7            | 5            | 10           | 9            |
| Prevenzione   | 18           | 9            | 16           | 6            | 4            | 7            |
| Ospedaliera   | 10           | 6            | 5            | 16           |              |              |
| Residenziale  | 5            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 9            | 12           | 3            | 3            | 12           |              |
| Domiciliare   | 20           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 18           |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Emilia Romagna

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 5            | 13           | 4            |              |              |              |
| Spesa         | 18           | 13           | 19           |              |              |              |
| Equità        | 10           | 9            | 10           | 12           |              |              |
| Performance   | 4            | 3            | 5            | 3            | 5            | 3            |
| Prevenzione   | 9            | 6            | 7            | 3            | 2            | 1            |
| Ospedaliera   | 17           | 8            | 11           | 11           |              |              |
| Residenziale  | 7            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 8            | 6            | 4            | 14           | 1            |              |
| Domiciliare   | 19           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 10           |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Toscana

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 7            | 12           | 5            |              |              |              |
| Spesa         | 10           | 12           | 12           |              |              |              |
| Equità        | 9            | 11           | 14           | 17           |              |              |
| Performance   | 1            | 2            | 1            | 1            | 2            | 1            |
| Prevenzione   | 4            | 7            | 1            | 2            | 3            | 6            |
| Ospedaliera   | 9            | 5            | 8            | 9            |              |              |
| Residenziale  | 9            |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 18           | 14           | 6            | 20           | 2            |              |
| Domiciliare   | 11           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 20           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Marche

### Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 11           | 5            | 6            |              |              |              |
| Spesa         | 5            | 1            | 9            |              |              |              |
| Equità        | 5            | 13           | 18           | 20           |              |              |
| Performance   | 10           | 8            | 11           | 10           | 12           | 11           |
| Prevenzione   | 17           | 16           | 12           | 9            | 12           | 11           |
| Ospedaliera   | 8            | 2            | 13           | 12           |              |              |
| Residenziale  | 14           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 16           | 15           | 8            | 9            | 6            |              |
| Domiciliare   | 9            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 17           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Umbria

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 13           | 1            | 9            |              |              |              |
| Spesa         | 8            | 7            | 11           |              |              |              |
| Equità        | 4            | 12           | 8            | 14           |              |              |
| Performance   | 8            | 11           | 12           | 12           | 6            | 7            |
| Prevenzione   | 5            | 1            | 3            | 4            | 4            | 7            |
| Ospedaliera   | 19           | 9            | 12           | 5            |              |              |
| Residenziale  | 10           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 13           | 19           | 9            | 11           | 3            |              |
| Domiciliare   | 6            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 19           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Lazio

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 16           | 16           | 16           |              |              |              |
| Spesa         | 12           | 15           | 10           |              |              |              |
| Equità        | 1            | 1            | 15           | 6            |              |              |
| Performance   | 13           | 10           | 14           | 13           | 13           | 13           |
| Prevenzione   | 2            | 8            | 11           | 17           | 14           | 16           |
| Ospedaliera   | 14           | 7            | 20           | 18           |              |              |
| Residenziale  | 13           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 17           | 17           | 16           | 19           | 8            |              |
| Domiciliare   | 18           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 5            |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Abruzzo

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 10           | 4            | 11           |              |              |              |
| Spesa         | 6            | 6            | 6            |              |              |              |
| Equità        | 16           | 20           | 17           | 7            |              |              |
| Performance   | 12           | 14           | 13           | 14           | 7            | 10           |
| Prevenzione   | 8            | 20           | 10           | 12           | 17           | 15           |
| Ospedaliera   | 11           | 12           | 10           | 8            |              |              |
| Residenziale  | 12           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 15           | 9            | 12           | 8            | 17           |              |
| Domiciliare   | 10           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 21           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Molise

### Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 19           | 17           | 14           |              |              |              |
| Spesa         | 16           | 18           | 8            |              |              |              |
| Equità        | 15           | 17           | 11           | 9            |              |              |
| Performance   | 19           | 17           | 17           | 18           | 18           | 18           |
| Prevenzione   | 6            | 9            | 5            | 15           | 12           | 9            |
| Ospedaliera   | 20           | 18           | 18           | 19           |              |              |
| Residenziale  | 21           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 6            | 10           | 17           | 2            | 10           |              |
| Domiciliare   | 1            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 15           |              |              |              |              |              |



#### Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Campania

### Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 14           | 2            | 21           |              |              |              |
| Spesa         | 2            | 2            | 2            |              |              |              |
| Equità        | 20           | 16           | 21           | 21           |              |              |
| Performance   | 21           | 21           | 20           | 20           | 20           | 21           |
| Prevenzione   | 15           | 4            | 18           | 19           | 21           | 19           |
| Ospedaliera   | 12           | 13           | 17           | 2            |              |              |
| Residenziale  | 19           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 12           | 16           | 21           | 16           | 20           |              |
| Domiciliare   | 4            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 2            |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Basilicata

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 17           | 8            | 19           |              |              |              |
| Spesa         | 7            | 8            | 7            |              |              |              |
| Equità        | 17           | 18           | 4            | 3            |              |              |
| Performance   | 16           | 16           | 15           | 15           | 16           | 15           |
| Prevenzione   | 1            | 17           | 2            | 7            | 10           | 12           |
| Ospedaliera   | 4            | 10           | 16           | 3            |              |              |
| Residenziale  | 17           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 7            | 11           | 18           | 5            | 13           |              |
| Domiciliare   | 2            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 6            |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Puglia

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 6            | 9            | 8            |              |              |              |
| Spesa         | 4            | 4            | 5            |              |              |              |
| Equità        | 18           | 15           | 20           | 19           |              |              |
| Performance   | 19           | 19           | 19           | 19           | 19           | 19           |
| Prevenzione   | 11           | 11           | 4            | 18           | 17           | 20           |
| Ospedaliera   | 18           | 14           | 19           | 4            |              |              |
| Residenziale  | 11           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 19           | 20           | 19           | 7            | 11           |              |
| Domiciliare   | 5            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 14           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Calabria

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 15           | 14           | 18           |              |              |              |
| Spesa         | 3            | 9            | 3            |              |              |              |
| Equità        | 21           | 21           | 19           | 15           |              |              |
| Performance   | 20           | 20           | 21           | 21           | 21           | 20           |
| Prevenzione   | 10           | 3            | 13           | 13           | 20           | 20           |
| Ospedaliera   | 1            | 19           | 21           | 1            |              |              |
| Residenziale  | 15           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 14           | 18           | 15           | 10           | 7            |              |
| Domiciliare   | 16           |              |              |              |              |              |
| Industria     | 1            |              |              |              |              |              |



## Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale

|               |   |
|---------------|---|
| Finanziamento | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa         | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità        | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance   | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione   | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera   | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale  | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica  | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare   | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria     | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Sicilia

### Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 21           | 10           | 20           |              |              |              |
| Spesa         | 1            | 3            | 1            |              |              |              |
| Equità        | 14           | 19           | 16           | 8            |              |              |
| Performance   | 15           | 15           | 16           | 16           | 15           | 14           |
| Prevenzione   | 13           | 12           | 20           | 13           | 19           | 18           |
| Ospedaliera   | 7            | 16           | 9            | 6            |              |              |
| Residenziale  | 20           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 10           | 13           | 20           | 15           | 16           |              |
| Domiciliare   | 8            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 3            |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Sardegna

## Ranking (1-21)

|               | Indicatore 1 | Indicatore 2 | Indicatore 3 | Indicatore 4 | Indicatore 5 | Indicatore 6 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento | 20           | 18           | 17           |              |              |              |
| Spesa         | 9            | 17           | 4            |              |              |              |
| Equità        | 19           | 14           | 13           | 10           |              |              |
| Performance   | 17           | 18           | 18           | 17           | 17           | 17           |
| Prevenzione   | ND           | 19           | 9            | 11           | 16           | 12           |
| Ospedaliera   | 13           | 21           | 14           | 7            |              |              |
| Residenziale  | 18           |              |              |              |              |              |
| Farmaceutica  | 20           | 21           | 7            | 1            | 15           |              |
| Domiciliare   | 7            |              |              |              |              |              |
| Industria     | 13           |              |              |              |              |              |



| Legenda Indicatori utilizzati per il riepilogo regionale |   |
|--|---|
| Finanziamento  | <p>Ind. 1: Finanziamento pro-capite per popolazione standardizzata (€), 2014</p> <p>Ind. 2: Risultati di esercizio pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 3: Finanziamento socio-sanitario pro-capite (€), 2014</p>   |
| Spesa  | <p>Ind. 1: Spesa sanitaria totale standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 2: Spesa sanitaria pubblica standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p> <p>Ind. 3: Spesa sanitaria privata standardizzata. Pro-capite (€), 2013</p>   |
| Equità   | <p>Ind. 1: Quota (%) famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie OOP, 2013</p> <p>Ind. 2: Quota (%) famiglie soggette a spese socio-sanitarie OOP catastrofiche, 2013</p> <p>Ind. 3: Quota (%) di rinunce alle cure, 2012</p> <p>Ind. 4: Rinunce alle cure per motivi economici. Var. %, 2012/2011</p>  |
| Performance  | <p>Ind. 1: Misura di Performance dei SSR, 2014</p> <p>Ind. 2: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Utenti', 2014</p> <p>Ind. 3: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Professioni sanitarie', 2014</p> <p>Ind. 4: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Industria medicale', 2014</p> <p>Ind. 5: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Management Aziendale', 2014</p> <p>Ind. 6: Misura di Performance dei SSR, Categoria 'Istituzioni', 2014</p>   |
| Prevenzione  | <p>Ind. 1: Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarto (%) medio dalla soglia (95%), 2014</p> <p>Ind. 2: Copertura vaccinale (%) antinfluenzale nell'anziano over65, stagione 2014-2015</p> <p>Ind. 3: Coperture vaccinali (%) del target primario del programma contro HPV (ciclo completo) al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000</p> <p>Ind. 4: Copertura (%) test preventivo cervicale (pap-test o HPV) in programmi di screening - Donne 25-64enni, 2011-2013</p> <p>Ind. 5: Donne 50-69enni che hanno eseguito una mammografia in programmi di screening negli ultimi due anni (%), 2011-2013</p> <p>Ind. 6: Persone 50-69enni che hanno eseguito esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati in programmi di screening (%), 2011-2013</p> |
| Ospedaliera  | <p>Ind. 1: Tasso ricovero standardizzato per 1.000 abitanti, 2013</p> <p>Ind. 2: % DRG chirurgici ordinari, 2013</p> <p>Ind. 3: % DRG chirurgici diurni, 2013</p> <p>Ind. 4: Degenza media standardizzata, 2013</p>   |
| Residenziale   | <p>Ind. 1: Strutture san. residenziali e semi-residenziali - Posti letto su pop. over 65, per 1.000 abitanti, 2012</p>  |
| Farmaceutica   | <p>Ind. 1: Spesa farmaceutica totale pro-capite, 2014</p> <p>Ind. 2: Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del payback. Scostamento dal tetto pro-capite (14,85%), 2014</p> <p>Ind. 3: Compartecipazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 4: Spesa farmaceutica Classe A privato, classe C con ricetta, automedicazione pro-capite (€), 2014</p> <p>Ind. 5: Spesa classe A e SSN dei farmaci a brevetto scaduto, 2014</p>  |
| Domiciliare  | <p>Ind. 1: Assistenza domiciliare integrata - N° di accessi per caso trattato over 65, 2012</p>   |
| Industria  | <p>Ind. 1: Spesa pro-capite per dispositivi medici (€), 2014</p>  |

## Appendice Appendix

### Indice tabelle, figure e key indicators [Index of tables, figures and key indicators]

#### Capitolo 1. Il contesto socio-demografico: popolazione e stato di salute

*[The socio-demographical background: population and state of health]*

##### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1.1.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e + .....                                  | 56 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems. Percentage of total population aged 16 and over]</i>  |    |
| <b>Tabella 1.1.</b> Ripartizione del reddito per quintile (soglia massima e quota di reddito nazionale), anno 2013 .....  | 57 |
| <i>[Income distribution by quintile (maximum income threshold and share of national equivalised income), 2013]</i>  |    |
| <b>Figura 1.2.</b> Variazione % delle soglie massime di reddito per quintile, 2013 vs 2004.....   | 57 |
| <i>[Percentage change of maximum income threshold by quintile, 2013 vs. 2004]</i>   |    |
| <b>Figura 1.3.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, primo quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e + .....       | 58 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems, first quintile of equivalised income. Percentage of total population aged 16 and over]</i>                  |    |
| <b>Figura 1.4.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, secondo quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e + .....     | 58 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems, second quintile of equivalised income. Percentage of total population aged 16 and over]</i>                 |    |
| <b>Figura 1.5.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, terzo quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e + .....       | 59 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems, third quintile of equivalised income. Percentage of total population aged 16 and over]</i>                  |    |
| <b>Figura 1.6.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, quarto quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e + .....      | 59 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems, fourth quintile of equivalised income. Percentage of total population aged 16 and over]</i>                 |    |
| <b>Figura 1.7.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute, quinto quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e + .....      | 60 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems, fifth quintile of equivalised income. Percentage of total population aged 16 and over]</i>                  |    |
| <b>Figura 1.8.</b> Variazione % della popolazione generale e degli over 75, 2013 vs 2004 .....  | 61 |
| <i>[Percentage change in the general population and the population over 75, 2013 vs. 2004]</i>  |    |
| <b>Figura 1.9.</b> Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche .....                             | 61 |
| <i>[Population over 75 with long-standing illnesses or health problems per 100 individuals with the same characteristics]</i>   |    |
| <b>Figura 1.10.</b> Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche, terzo quintile di reddito ..... | 62 |
| <i>[Population over 75 with long-standing illnesses or health problems per 100 individuals with the same characteristics, third quintile of equivalised income]</i>         |    |

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.11.</b> Popolazione over 75 con cronicità e/o patologie di lunga durata per 100 soggetti con le stesse caratteristiche (dato Istat vs Eurostat - MEHM) .....       | 63 |
| <i>[Population over 75 with chronic and/or long-standing illnesses per 100 individuals with the same characteristics (Istat vs. Eurostat –MEHM data)]</i>                      |    |
| <b>Key Indicators</b>  |    |
| <b>KI 1.1.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +. Italia vs EU27, anni 2004-2013 .....         | 69 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems. Percentage of total population aged 16 and over. Italy vs. EU27, 2004-2013]</i>                                |    |
| <b>KI 1.2.</b> Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per 100 individui con le stesse caratteristiche. Italia vs EU27, anni 2004-2013 .....    | 69 |
| <i>[Population over 75 with long-standing illnesses or health problems per 100 individuals with the same characteristics. Italy vs. EU27, 2004-2013]</i>                       |    |
| <b>KI 1.3.</b> Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori % sul totale della popolazione 16 anni e +, anni 2004-2013 ..... | 70 |
| <i>[Population with long-standing illnesses or health problems by income quintile. Percentage of total population aged 16 and over, 2004-2013]</i>                             |    |
| <b>KI 1.4.</b> Popolazione over 75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2013 .....                                  | 71 |
| <i>[Population over 75 with long-standing illnesses or health problems by income quintile. Percentage of total population, 2004-2013]</i>                                      |    |
| <b>KI 1.5.</b> Popolazione over 75, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2015-2065 .....   | 72 |
| <i>[Population over 75, share (%) of total population. Projections 2015-2065]</i>  |    |
| <b>KI 1.6.</b> Popolazione over 85, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2015-2065 .....   | 72 |
| <i>[Population over 85, share (%) of total population. Projections 2015-2065]</i>  |    |
| <b>KI 1.7.</b> Popolazione over 75, quota (%) sulla popolazione totale, con e senza saldo migratorio. Proiezioni 2015-2065 .....   | 73 |
| <i>[Population over 75, share (%) of total population with and without net migration. Projections 2015-2065]</i>   |    |
| <b>KI 1.8.</b> Popolazione over 75 e popolazione ad almeno 10 anni dall'aspettativa di vita a 65 anni, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2015-2065 .....          | 73 |
| <i>[Population over 75 and population at least 10 years from life expectancy at 65: share (%) of total population. Projections 2015-2065]</i>                                  |    |
| <b>KI 1.9.</b> Famiglie di anziani soli 65+. Valori %, anni 2005-2014 .....  | 74 |
| <i>[Households of elderly people over 65 living alone. Percentages, 2005-2014]</i>   |    |
| <b>KI 1.10.</b> Popolazione 25-54 anni, composizione (%) per livello di studio raggiunto. Italia vs EU14, anni 2004-2014 .....   | 74 |
| <i>[Population aged 25-54, composition (%) by educational qualifications. Italy vs. EU14, 2004-2014]</i>   |    |
| <b>KI 1.11.</b> Reddito medio per livello di istruzione (18 anni e +). Valori in €, Italia vs EU15, anni 2005-2014 .....   | 75 |
| <i>[Average income by educational qualifications (18 years and over). Percentages in €. Italy vs. EU15, 2005-2014]</i>   |    |
| <b>KI 1.12.</b> Popolazione a rischio di povertà prima e dopo i trasferimenti sociali, Italia vs EU15. Valori %, anni 2005-2014 .....  | 76 |
| <i>[Population at risk of poverty before and after social transfers. Italy vs. EU15, 2005-2014]</i>  |    |

## Capitolo 2. Il finanziamento: crescita dell'indebitamento e pressione tributaria locale

*[ITA-NHS funding: growing debts and local tax burden]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 2.1.</b> Entrate delle Regioni per titoli. Composizione (%), anno 2013 .....                              | 79 |
| <i>[Regional revenues by source. Percentage composition, 2013]</i>  |    |
| <b>Tabella 2.1.</b> Entrate derivanti da tributi propri. Valori pro-capite (€) e variazioni %, anni 2009-2013 ..... | 80 |
| <i>[Revenues from own taxes. Per capita values (€) and percentage changes, 2009-2013]</i>                           |    |

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 2.2.</b> Entrate derivanti da imposte sul reddito e sul patrimonio. Valori %, anni 2009-2013 .....   | 80 |
| <i>[Revenues from income and property taxes. Percentages, 2009-2013]</i>   |    |
| <b>Figura 2.3.</b> Fabbisogno indistinto. Composizione (%), anno 2014 .....  | 81 |
| <i>[Ordinary financing. Percentage composition, 2014]</i>  |    |
| <b>Figura 2.4.</b> Quota del fabbisogno indistinto generata da Irap e addizionale Irpef. Valori %, anni 2004-2014 .....  | 81 |
| <i>[Share of ordinary financing from IRAP (Regional tax on productive activities) and additional IRPEF (Personal income tax), 2004-2014]</i>   |    |
| <b>Figura 2.5.</b> Quota del fabbisogno indistinto generata da Iva e accise. Valori %, anni 2004-2014 .....  | 82 |
| <i>[Share of ordinary financing from VAT and excise. Percentages, 2004-2014]</i>   |    |
| <b>Figura 2.6.</b> Quota del fabbisogno indistinto generata da ricavi e entrate proprie delle Aziende sanitarie. Valori %, anni 2004-2014 ....   | 82 |
| <i>[Share of ordinary financing from revenues and own sources of income of the Health Authorities. Percentages, 2004-2014]</i>   |    |
| <b>Figura 2.7.</b> Contributo alla formazione del disavanzo nelle Regioni in Piano di Rientro (PdR). Valori %, anni 2010-2014 .....  | 83 |
| <i>[Contribution to the creation of deficits in the Regions with debt rescheduling arrangements (PdR). Percentages, 2010-2014]</i>   |    |
| <b>Figura 2.8.</b> Trend disavanzi. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2014 .....   | 84 |
| <i>[Deficit trends. Absolute values (€ million), 2010-2014]</i>  |    |
| <b>Figura 2.9.</b> Concentrazione del disavanzo – Quota attribuibile alle 5 Regioni con maggior disavanzo. Valori %, anni 2010-2014 .....  | 84 |
| <i>[Deficit concentration – Share attributable to the 5 Regions with the highest deficit. Percentages, 2010-2014]</i>  |    |
| <b>Tabella 2.2.</b> Riepilogo risultato di esercizio. Valori assoluti (€ mln.), pro-capite (€) e variazioni %, anno 2014 .....   | 85 |
| <i>[Surplus/deficit. Absolute values (€ million), per capita values (€) and percentage changes, 2014]</i>  |    |
| <b>Tabella 2.3.</b> Addizionale regionale Irpef – Ammontare medio (€) per contribuente, anni 2010 e 2013 .....   | 86 |
| <i>[Additional IRPEF (personal income tax) - Average amount (€) per taxpayer, 2010 and 2013]</i>   |    |
| <b>Tabella 2.4.</b> Aliquota Irap media effettiva applicata dalle Regioni. Valori %, anni 2010 e 2012 .....  | 87 |
| <i>[Average IRAP (Regional tax on productive activities) rate applied by the Regions. Percentages, 2010 and 2012]</i>  |    |
| <b>Key Indicators</b>  |    |
| <b>KI 2.1.</b> Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente, Italia vs Paesi EU14. Valori %, anni 2000-2013 .....   | 92 |
| <i>[Public financing of current health expenditure, Italy vs EU14. Percentages, 2000-2013]</i>   |    |
| <b>KI 2.2.</b> Finanziamento per popolazione semplice e standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2014 .....   | 92 |
| <i>[Current financing per capita - By nominal and standardized population (€), 2014]</i>   |    |
| <b>KI 2.3.</b> Finanziamento pro-capite nominale e reale (base=2010). Variazioni %, anni 2010-2013 .....   | 93 |
| <i>[Nominal and real financing, per capita. Annual change, percentage, 2010-2013]</i>  |    |
| <b>KI 2.4.</b> Finanziamento regionale su PIL. Valori %, anni 2010-2013 .....  | 93 |
| <i>[Current financing as a percentage of GDP, 2010-2013]</i>   |    |
| <b>KI 2.5.</b> Quota del fabbisogno sanitario indistinto generata da Irap e addizionale Irpef, Iva e Accise, ricavi ed entrate proprie, altro. Valori %, anno 2014 .....                       | 94 |
| <i>[Share of ordinary financing from regional tax productive activities and additional income tax of individuals, value added tax and excise, revenues of Health Authorities, other, 2014]</i> |    |
| <b>KI 2.6.</b> Risultati di esercizio (al netto delle coperture). Valori pro-capite (€), anni 2010-2014 .....  | 94 |
| <i>[Surplus/deficit per capita (€), 2010-2014]</i>   |    |
| <b>KI 2.7.</b> Trend disavanzi SSN. Valori assoluti (€ mln.), anni 2010-2014 .....   | 95 |
| <i>[IT-NHS deficit trend (€ million), 2010-2014]</i>   |    |
| <b>KI 2.8.</b> Concentrazione del disavanzo per ripartizione geografica (%), anni 2010-2014 .....  | 95 |
| <i>[IT-NHS deficit concentration by geographical area. Percentage, 2010-2014]</i>  |    |
| <b>KI 2.9.</b> Finanziamento regionale socio-sanitario pro-capite (€), anni 2010-2014 .....  | 96 |
| <i>[Social health financing, per capita (€), 2010-2014]</i>  |    |

|  |    |
|--|----|
| <b>KI 2.10.</b> Finanziamento regionale socio-sanitario. Composizione (%), anno 2014 .....96<br><i>[Total social health financing (% composition), 2014]</i> | 96 |
|--|----|

### Capitolo 3. La spesa: l'evoluzione e l'incidenza sui bilanci regionali

*[Health expenditure: evolution and incidence on regional budgets]*

#### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 3.1.</b> Spesa sanitaria pubblica dei residenti. Valori pro-capite (€) per popolazione semplice e pesata, anno 2014 .....99<br><i>[Public health expenditure of residents. Per capita values (€), simple and weighted population, 2014]</i>  | 99  |
| <b>Figura 3.2.</b> Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013 ..... 100<br><i>[Health expenditure standardized. Per capita values (€), 2013]</i>   | 100 |
| <b>Figura 3.3.</b> Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013 ..... 101<br><i>[Public health expenditure by function. Index numbers (2009=100), 2009-2013]</i>  | 101 |
| <b>Tabella 3.1.</b> Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Variazioni %, anni 2009-2013 ..... 102<br><i>[Public health expenditure by function. Percentage changes, 2009-2013]</i>   | 102 |
| <b>Tabella 3.2.</b> Spesa sanitaria privata. Valori pro-capite (€), anni 2000-2013 ..... 104<br><i>[Private health expenditure. Per capita values (€), 2000-2013]</i>  | 104 |
| <b>Figura 3.4.</b> Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) Italia vs. EU14, anni 2003 e 2013 ..... 105<br><i>[Total current health expenditure, both public and private, and per capita GDP. Italy vs. EU14 gap (%), 2003 and 2013]</i>                 | 105 |
| <b>Tabella 3.3.</b> Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) ripartizioni geografiche vs. EU14, anno 2013 ..... 105<br><i>[Total current health expenditure, both public and private, and per capita GDP. Geographical areas vs. EU14 gap (%), 2013]</i> | 105 |
| <b>Tabella 3.4.</b> Spesa corrente pro-capite. Valori nominali e reali (€) e variazioni %, anni 2009-2013 ..... 106<br><i>[Current per capita expenditure. Nominal and real values (€) and percentage changes, 2009-2013]</i>  | 106 |
| <b>Figura 3.5.</b> Spesa corrente pro-capite nominale e reale delle ASL. Variazioni %, anni 2009-2013 ..... 107<br><i>[Nominal and real current per capita health expenditure of the Local Health Authorities (ASL). Percentage changes, 2009-2013]</i>                                      | 107 |
| <b>Tabella 3.5.</b> Spese di investimento e spese di investimento delle ASL pro-capite. Variazioni medie annue %, anni 2009-2013 ..... 108<br><i>[Investment spending and per capita investment spending of the Local Health Authorities. Mean yearly percentage changes, 2009-2013]</i>     | 108 |
| <b>Tabella 3.6.</b> Spese correnti e di investimento delle ASL e delle Regioni. Variazioni %, anni 2009-2013 ..... 108<br><i>[Current expenditure and investment spending of the Local Health Authorities and the Regions. Percentage changes, 2009-2013]</i>                                | 108 |
| <b>Tabella 3.7.</b> Spesa per mutui e prestiti. Valori pro-capite (€) e variazioni medie annue (%), anni 2009-2013 ..... 109<br><i>[Expenditure on mortgages and loans. Per capita values (€) and mean yearly percentage changes, 2009-2013]</i>   | 109 |
| <b>Key Indicators</b>  |     |
| <b>KI 3.1.</b> Spesa sanitaria corrente totale, pubblica, privata e PIL pro-capite. Gap (%) Italia vs. EU14, anni 2003 e 2013 ..... 115<br><i>[Total current health expenditure, both public and private, and per capita GDP. Italy vs. EU14 gap %, 2003 and 2013]</i>                       | 115 |
| <b>KI 3.2.</b> Spesa sanitaria totale corrente pro-capite in % PIL – Italia vs. EU14, anni 2003-2013 ..... 115<br><i>[Total current per capita health expenditure as a percentage of GDP. Italy vs. EU14, 2003-2013]</i>   | 115 |
| <b>KI 3.3.</b> Spesa sanitaria standardizzata. Valori pro-capite (€), anno 2013 ..... 116<br><i>[Health expenditure standardized. Per capita values (€), 2013]</i>   | 116 |
| <b>KI 3.4.</b> Spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite. Variazioni % in termini nominali e reali ..... 116<br><i>[Public and private per capita health expenditure. Percentage changes in real and nominal values]</i>   | 116 |
| <b>KI 3.5.</b> Spesa sanitaria pubblica e privata pro-capite in % del PIL, anno 2013 ..... 117<br><i>[Public and private per capita health expenditure as a percentage of GDP, 2013]</i>   | 117 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>K.I. 3.6.</b> Disavanzo nazionale in % della spesa sanitaria pubblica, anni 2010-2014 .....                       | 117 |
| <i>[National deficit as a percentage of public health expenditure, 2010-2014]</i>                                    |     |
| <b>KI 3.7.</b> Spesa sanitaria pubblica per funzioni. Numeri indice (2009=100), anni 2009-2013 .....                 | 118 |
| <i>[Public health expenditure by function. Index numbers (2009=100), 2009-2013]</i>                                  |     |
| <b>KI 3.8.</b> Incidenza della spesa per il personale sulla spesa sanitaria pubblica. Valori %, anni 2009-2013 ..... | 119 |
| <i>[Incidence of personnel costs on the public health expenditure. Percentage values, 2009-2013]</i>                 |     |
| <b>KI 3.9.</b> Spesa totale per la non-autosufficienza. Composizione %, anno 2013 .....                              | 119 |
| <i>[Total expenditure for not self-sufficiency care. Percentage composition, 2013]</i>                               |     |
| <b>KI 3.10.</b> Spesa socio-sanitaria totale. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013 .....                         | 120 |
| <i>[Total social and health expenditure. Absolute values (€ million), 2011-2013]</i>                                 |     |

## Capitolo 4. La valutazione delle Performance

*[Performance evaluation]*

### Capitolo 4a. Una misura di sintesi del livello equitativo dei SSR

*[A synthesized measure of the equity level of the Regional Health Services]*

#### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 4a.1.</b> Spese socio-sanitarie OOP - Composizione % per tipo di spesa e quintile di consumo, anno 2013 .....                                  | 125 |
| <i>[OOP social-health expenditure – Composition (%) by type of expenditure and consumption quintile, 2013]</i>   |     |
| <b>Figura 4a.2.</b> % famiglie impoverite per spese socio-sanitarie OOP vs % popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici, anno 2013 .....    | 127 |
| <i>[Percentage of impoverished households for OOP social-health expenditures vs. percentage of persons that give up for economic reasons, 2013]</i>      |     |
| <b>Figura 4a.3.</b> % famiglie con spese socio-sanitarie OOP catastrofiche vs % popolazione che rinuncia a curarsi per motivi economici, anno 2013 ..... | 127 |
| <i>[Percentage of households with catastrophic OOP social-health expenditures vs. percentage of persons that give up for economic reasons, 2013]</i>     |     |
| <b>Figura 4a.4.</b> Indice di equità regionale. Numeri indice (Italia=100) .....   | 128 |
| <i>[Index of Regional equity. Index numbers (Italy=100)]</i>   |     |

#### Key Indicators

|   |     |
|---|-----|
| <b>KI 4a.1.</b> Spesa socio-sanitaria <i>Out Of Pocket</i> delle famiglie per tipologia e quintile di consumo. Valori assoluti (€), anno 2013 ..... | 130 |
| <i>[Household OOP social-health expenditure by typology of family and consumption quintile. Absolute values (€), 2013]</i>                          |     |
| <b>KI 4a.2.</b> Spesa socio-sanitaria <i>Out Of Pocket</i> delle famiglie. Valori assoluti (€), anno 2013 .....                                     | 130 |
| <i>[Household OOP social-health expenditure. Absolute values (€), 2013]</i>   |     |
| <b>KI 4a.3.</b> Spesa socio-sanitaria <i>Out Of Pocket</i> delle famiglie. Variazioni %, anni 2013/2009 .....                                       | 131 |
| <i>[Household OOP social-health expenditure. Percentage changes, 2013/2009]</i>   |     |
| <b>KI 4a.4.</b> Quota della spesa socio-sanitaria <i>Out Of Pocket</i> delle famiglie sul totale dei consumi. Valori %, anni 2009-2013 .....        | 131 |
| <i>[Share of household OOP social-health expenditure on total consumption. Percentage values, 2009-2013]</i>  |     |
| <b>KI 4a.5.</b> Quota famiglie con spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> . Variazioni %, anni 2013/2008 .....                                  | 132 |
| <i>[Share of households with OOP social-health expenditures. Percentage changes, 2013/2008]</i>   |     |
| <b>KI 4a.6.</b> Quota famiglie impoverite a causa delle spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> . Valori %, anni 2010-2013 .....                 | 132 |
| <i>[Share of impoverished households for OOP social-health expenditure. Percentage values, 2010-2013]</i>   |     |
| <b>KI 4a.7.</b> Quota famiglie soggette a spese socio-sanitarie <i>Out Of Pocket</i> catastrofiche. Valori %, anni 2010-2013 .....                  | 133 |
| <i>[Share of households subject to catastrophic OOP social-health expenditures. Percentage values, 2010-2013]</i>                                   |     |
| <b>KI 4a.8.</b> Spesa socio-sanitaria <i>Out Of Pocket</i> annua delle famiglie impoverite e catastrofiche. Valori assoluti (€), anno 2013 .....    | 133 |

[OOP social-health expenditure of impoverished and catastrophic households. Absolute values (€), 2013]

**KI 4a.9.** Quota di persone che rinuncia alle cure - per tipo di rinuncia. Valori %, anno 2012 ..... 134

[Share of population that gives up health treatment - by cause type. Percentage values, 2012]

**KI 4a.10.** Persone che rinunciano alle cure per motivi economici. Variazioni %, anni 2012/2011 ..... 134

[Persons that give up health treatment for economic reasons. Percentage values, 2012/2011]

## Capitolo 4b. Un esercizio sui Servizi Sanitari Regionali (II edizione)

[An exercise on the Italian Regional Healthcare Systems (II edition)]

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

**Tabella 4b.1.** Indicatori di Performance ..... 137

[Performance indicators]

**Figura 4b.1.** Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR (%) ..... 139

[Contribution of indicators (%) to the performance of the Regional Health Systems]

**Figura 4b.2.** Contributo delle Dimensioni alla Performance dei SSR (%) - Per Categoria ..... 140

[Contribution of dimensions (%) to the performance of the Regional Health Systems – By categories]

**Figura 4b.3.** Misura di Performance dei SSR ..... 141

[Measurement of the performance of the Regional Health Systems]

**Figura 4b.4.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Utenti' ..... 141

[Measurement of the Regional Health Systems Performance of the – 'Users' category]

**Figura 4b.5.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie' ..... 142

[Measurement of the Regional Health Systems Performance – 'Health care Professionals' category]

**Figura 4b.6.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Industria medicale' ..... 143

[Measurement of the Regional Health Systems Performance – 'Medical Industry' category]

**Figura 4b.7.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Management aziendale' ..... 143

[Measurement of the Regional Health Systems Performance – 'Top Management' category]

**Figura 4b.8.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Istituzioni' ..... 144

[Measurement of the Regional Health Systems Performance – 'Institutions' category]

### Key Indicators

**KI 4b.1.** Progetto "Una misura di Performance dei SSR" (II edizione). Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR.

Valori %, anno 2014 ..... 146

[Project "A Regional Health System Performance Measurement" (2nd edition). Contribution of indicators to the Performance of the Regional Health Systems. Percentage values, 2014]

**KI 4b.2.** Contributo degli indicatori alla Performance dei SSR - Per categoria di stakeholder. Valori %, anno 2014 ..... 146

[Contribution of indicators to the Performance of the Regional Health Systems - By stakeholders category.

Percentage values, 2014]

**KI 4b.3.** Misura di Performance dei SSR. Valori assoluti, anno 2014 ..... 147

[Measurement of the Regional Health Systems Performance. Absolute values, 2014]

**KI 4b.4.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Utenti'. Valori assoluti, anno 2014 ..... 147

[Measurement of the Regional Health Systems Performance - 'Users' category. Absolute values, 2014]

**KI 4b.5.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Professioni sanitarie'. Valori assoluti, anno 2014 ..... 148

[Measurement of the Regional Health Systems Performance - 'Health Professionals' category. Absolute values, 2014]

**KI 4b.6.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Industria medicale'. Valori assoluti, anno 2014 ..... 148

[Measurement of the Regional Health Systems Performance of the - 'Medical Industry' category. Absolute values, 2014]

**KI 4b.7.** Misura di Performance dei SSR - Categoria 'Management Aziendale'. Valori assoluti, anno 2014 ..... 149

[Measurement of the Regional Health Systems Performance – 'Top Management' category. Absolute values, 2014]

|  |     |
|--|-----|
| <b>KI 4b.8.</b> Misura di <i>Performance</i> dei SSR - Categoria 'Istituzioni'. Valori assoluti, anno 2014 ..... | 149 |
| <i>[Measurement of the Regional Health Systems Performance - 'Institutions' category. Absolute values, 2014]</i> |     |

## Capitolo 5. Prevenzione: la questione (aperta) della spesa in Italia e le strategie nazionali e internazionali

*[Prevention: the (open) debate about expenditure in Italy, national and international strategies]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 5.1.</b> Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute pubblica - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013 ..... | 163 |
| <i>[Public expenditure for prevention and public health programs – Share of public current health expenditure, EU15 and other OECD countries. Percentages, 2003 and 2013]</i>            |     |
| <b>Figura 5.2.</b> Ripartizione della spesa sanitaria per livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Valori % e assoluti (€ mld.), anno 2013 .....      | 164 |
| <i>[Composition of expenditure on public health in Italy. Percentage and absolute values (€ billion), 2013]</i>  |     |
| <b>Figura 5.3.</b> Costo assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2012 .....  | 165 |
| <i>[Expenditure on public health. Per capita values (€), 2010-2012]</i>  |     |
| <b>Figura 5.4.</b> Coperture vaccinali (%) nei bambini a un anno per 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse), EU15 e altri Paesi OECD, anni 2003 e 2013 .....                | 166 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of children at one year of age for 3 doses of combined diphtheria-tetanus- whooping cough vaccine (DTP). EU15 and other OECD Countries, 2003 and 2013]</i>  |     |
| <b>Figura 5.5.</b> Coperture vaccinali in età pediatrica in Italia, per singolo antigene. Valori per 100 abitanti (al 24° mese), 2013-2014 .....   | 167 |
| <i>[Childhood vaccination coverage in Italy, by single antigen. Values per 100 inhabitants (2 years old), 2013-2014]</i>   |     |
| <b>Figura 5.6.</b> Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) contro polio, difterite, tetano in Italia, anno 2014 .....                                      | 167 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of 2 year old children for basic cycle (3 doses) against polio, diphtheria, tetanus in Italy, 2014]</i>   |     |
| <b>Figura 5.7.</b> Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro epatite B, pertosse, Hib in Italia, anno 2014 .....   | 168 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of 2 year old children for basic cycle against hepatitis B, whooping cough, Hib in Italy, 2014]</i>   |     |
| <b>Figura 5.8.</b> Coperture vaccinali (%) nei bambini a 24 mesi (prima dose) contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) in Italia, anno 2014 .....  | 168 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of 2 year old children (first dose) against measles, mumps, rubella (MPR) in Italy, 2014]</i>   |     |
| <b>Figura 5.9.</b> Coperture vaccinali (%) contro l'influenza stagionale per anziani <i>over</i> 65 in EU15 e altri Paesi OECD, anni 2003 e 2013 .....                                   | 169 |
| <i>[Seasonal flu vaccination coverage (%) of elderly persons over 65 in EU15 and other OECD Countries, 2003 and 2013 ]</i>   |     |
| <b>Figura 5.10.</b> Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni) in Italia, anni 2012-2014 .....   | 170 |
| <i>[Seasonal flue vaccination coverage (%) of elderly persons 65 and over in Italy, 2012-2014]</i>   |     |
| <b>Figura 5.11.</b> Coperture vaccinali (%) del <i>target</i> primario del programma vaccinale contro l'HPV al 31/12/2014. Coorte di nascita 2000 .....                                  | 170 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of the primary target of the vaccination program against HPV as at December 31, 2014. Birth cohort: 2000]</i>   |     |
| <b>Tabella 5.1.</b> Copertura vaccinale a 24 mesi per vaccino anti-Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato, anni 2009-2014.....   | 171 |
| <i>[Vaccination coverage at 2 years of age for the anti- Meningococcal C-Conjugate and anti-Pneumococcal Conjugate vaccine, 2009-2014]</i>   |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Figura 5.12.</b> Spesa per vaccini pro-capite (€), Paesi EU15, anno 2013 (o ultimo disponibile) .....  | 172 |
| <i>[Per capita vaccine expenditure (€), EU15 Countries, 2013 (or nearest year)]</i>   |     |
| <b>Figura 5.13.</b> Spesa per vaccini in Italia, per tipologia. Valori pro-capite (€), anni 2013 e 2014 .....   | 173 |
| <i>[Vaccine expenditure in Italy, by type. Per capita values (€), 2013-2014]</i>  |     |
| <b>Figura 5.14.</b> Spesa sanitaria per materiali per la profilassi (vaccini). Valori pro-capite (€) per popolazione <i>under14</i> e <i>over65</i> ,<br>anni 2012 e 2013 .....           | 173 |
| <i>[Health expenditure for prophylaxis materials (vaccines). Per capita values (€) for the population under 14 and over 65, 2012-2013]</i>  |     |
| <b>Figura 5.15.</b> Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro vs. costo pro-capite per vaccini<br>nelle Regioni italiane, anno 2012 .....                    | 174 |
| <i>[Per capita expenditure on public health vs. per capita vaccine expenditure in the Italian Regions, 2012]</i>  |     |
| <b>Key Indicators</b>   |     |
| <b>KI 5.1.</b> Spesa pubblica per programmi di prevenzione e salute collettiva - Quota su spesa sanitaria pubblica corrente,<br>EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013 ..... | 181 |
| <i>[Public expenditure for prevention and public health programs – Share of public current health expenditure, EU15 and other OECD countries. Percentages, 2003 and 2013]</i>             |     |
| <b>K.I. 5.2.</b> Spesa corrente pubblica in protezione ambientale, EU15 e altri Paesi OECD. Valori pro-capite (€), anni 2003 e 2012 .....   | 182 |
| <i>[Public current expenditure on environmental protection, EU15 and other OECD Countries. Per capita values(€), 2003 and 2012]</i>   |     |
| <b>KI 5.3.</b> Persone over15 che dichiarano di fumare giornalmente, EU15 e altri Paesi OECD. Valori e variazioni %, anni 2003 e 2013 ...   | 182 |
| <i>[Persons over 15 who state that they smoke on a daily basis, EU15 and other OECD Countries. Percentage values and changes, 2003 and 2013]</i>  |     |
| <b>KI 5.4a.</b> Prevalenza di obesità nella popolazione adulta, EU15 e altri Paesi OECD. Valori e variazioni %, anni 2003 e 2013 .....  | 183 |
| <i>[Prevalence of obesity in adult population, EU15 and other OECD Countries. Percentage values and changes, 2003 and 2013]</i>   |     |
| <b>KI 5.4b.</b> Prevalenza (%) di sovrappeso tra i 13enni in vari Paesi - WHO, 2009-2010 .....  | 183 |
| <i>[Prevalence of overweight among 13 year old youths in various Countries – WHO, 2009-2010]</i>  |     |
| <b>KI 5.5.</b> Consumo di alcol di persone <i>over 15</i> , EU15 e altri Paesi OECD. Litri pro-capite e variazioni %, anni 2003 e 2013 .....  | 184 |
| <i>[Alcohol consumption of persons over 15, EU15 and other OECD Countries. Liters per capita and percentage changes, 2003 and 2013]</i>   |     |
| <b>KI 5.6.</b> Copertura vaccinale (%) nei bambini a un anno per 3 dosi di vaccino DTP (Difterite, Tetano, Pertosse). Paesi EU15<br>e altri big OECD, anni 2003 e 2013 .....              | 184 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of children at one year of age for 3 doses of combined diphtheria-tetanus- whooping cough vaccine (DTP). EU15 and other OECD Countries, 2003 and 2013]</i>   |     |
| <b>KI 5.7.</b> Coperture vaccinali contro l'influenza stagionale per anziani <i>over 65</i> in EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2003 e 2013 .....                                  | 185 |
| <i>[Seasonal flu coverage of elderly persons over 65 in EU15 and other OECD Countries. Percentages, 2003 and 2013]</i>  |     |
| <b>KI 5.8.</b> Donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia all'interno di un programma di <i>screening</i> ,<br>EU15 e altri Paesi OECD. Valori %, anni 2008 e 2012 .....        | 185 |
| <i>[Women aged 50-69 who had a mammogram within the context of a screening program, EU15 and other OECD Countries. Percentages, 2008 and 2012]</i>  |     |
| <b>KI 5.9.</b> Costo assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2010 e 2012 .....   | 186 |
| <i>[Expenditure on public health. Per capita values (€), 2010-2012]</i>   |     |
| <b>KI 5.10.</b> Copertura vaccinale (%) nei bambini al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib<br>e per una dose di MPR in Italia, anni 2003-2013 .....   | 186 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of children at two years of age for complete cycles (3 doses) of DT, DTP, Hepatitis B, Polio, Hib and an MPR dose in Italy, 2003-2013]</i>                   |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>KI 5.11.</b> Coperture vaccinali nei bambini a 24 mesi per Polio, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B, Hib, Morbillo, Parotite e Rosolia. Scarti (%) minimi, massimi e medi dalla soglia (95%), anno 2014 .....         | 187 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of children at two years of age for Polio, Diphtheria, Whooping Cough, Hepatitis B, Hib, Measles, Mumps and Rubella. Minimum, maximum and average deviations from the threshold (95%), 2014]</i> |     |
| <b>KI 5.12.</b> Coperture vaccinali (%) per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano over 65. Anni 2012-2014 .....  | 187 |
| <i>[Flu vaccination coverage of elderly people over 65. Percentages, 2012-2014]</i>   |     |
| <b>KI 5.13.</b> Coperture vaccinali (%) del target primario del programma vaccinale contro l'HPV al 31/12/2014.<br>Coorte di nascita 2000 .....   | 188 |
| <i>[Vaccination coverage (%) of the primary target of the vaccination program against HPV as at December 31, 2014. Birth cohort: 2000]</i>  |     |
| <b>KI 5.14.</b> Copertura test preventivo cervicale (pap-test o HPV) - Donne 25-64enni. Valori %, anni 2011-2013 .....  | 188 |
| <i>[Cervical cancer screening (pap-test or HPV) - Women aged 25-64. Coverage rates, 2011-2013]</i>  |     |
| <b>KI 5.15.</b> Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni. Valori %, anni 2011-2013 .....  | 189 |
| <i>[Mammography screening in the last two years - Women aged 50-69. Coverage rates, 2011-2013]</i>  |     |
| <b>KI 5.16.</b> Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati - Persone 50-69enni. Valori %, anni 2011-2013 ...  | 189 |
| <i>[Colorectal (colon) cancer screening test within the recommended time - Persons aged 50-69. Percentages, 2011-2013]</i>  |     |

## Capitolo 6. Assistenza ospedaliera: i ricoveri ripetuti in Italia. Anno 2014

*[Hospital care: rehospitalizations in Italy in 2014]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabella 6.1.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti (n>10.000) per disciplina - età 15 anni ed oltre, uomini e donne -<br>Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 .....           | 194 |
| <i>[Rehospitalizations (n&gt;10.000) by specialty - age 15 years and over - men and women - Inpatient discharges, year 2014]</i>  |     |
| <b>Tabella 6.2.</b> Confronto delle distribuzioni dei ricoveri ripetuti tra uomini e donne - per disciplina - età 15 anni ed oltre -<br>Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 ..... | 195 |
| <i>[Comparison of rehospitalisations among men and women- by specialty - age 15 years and over - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 6.3.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per genere e classi di età, Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 .....   | 195 |
| <i>[Rehospitalizations by gender and age classes - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 6.4.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 15-64 anni, uomini - Ricoveri in regime ordinario - anno 2014 .....                                      | 195 |
| <i>[Rehospitalizations by specialty - age 15-64 years - men - Inpatient discharges, year 2014]</i>  |     |
| <b>Tabella 6.5.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 65-74 anni, uomini - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 .....                                       | 196 |
| <i>[Rehospitalizations by specialty - age 65-74 years, men - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 6.6.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 75 anni ed oltre, uomini - Ricoveri in regime ordinario - anno 2014 .....                                | 196 |
| <i>[Rehospitalizations by specialty - age 75 years and over, men - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 6.7.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 15-64 anni, donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 .....  | 196 |
| <i>[Rehospitalizations by specialty - age 15-64 years, women - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 6.8.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 65-74 anni, donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 .....  | 197 |
| <i>[Rehospitalizations by specialty - age 65-74 years, women - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 6.9.</b> Distribuzione dei ricoveri ripetuti per disciplina - età 75 anni ed oltre, donne - Ricoveri in regime ordinario, anno 2014 .                                      | 197 |
| <i>[Rehospitalizations by specialty - age 75 years and over, women - Inpatient discharges, year 2014]</i>   |     |

### Key Indicators

|  |     |
|--|-----|
| <b>KI 6.1.</b> Tassi di ospedalizzazione acuti ordinari - Valori per 1.000 abitanti, anno 2013 ..... | 205 |
| <i>[Rates of acute ordinary hospitalization - Values per 1,000 inhabitants, 2013]</i>                |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>KI 6.2.</b> Composizione regionale ricoveri ordinari per tipologia di DRG. Valori %, anno 2013 .....   | 205 |
| <i>[Regional composition of inpatient discharges by type of DRG – Percentages, 2013]</i>  |     |
| <b>KI 6.3.</b> Composizione regionale ricoveri diurni per tipologia di DRG. Valori %, anno 2013 .....   | 206 |
| <i>[Regional composition of day-hospital by type of DRG – Percentages, 2013]</i>  |     |
| <b>KI 6.4.</b> Degenza media - Valori assoluti, anno 2013 .....   | 206 |
| <i>[Average length of stay - Absolute values, 2013]</i>   |     |
| <b>KI 6.5.</b> Età media ricoveri per tipologia di attività in regime ordinario, anno 2013 .....  | 207 |
| <i>[Average age of inpatient discharges by type of activity - Absolute values, 2013]</i>  |     |
| <b>KI 6.6.</b> Ricoveri ospedalieri per tipologia di attività, riabilitazione e lungodegenza, in relazione al tasso di ospedalizzazione. Valori % e per 1.000 abitanti, anno 2013 ..... | 207 |
| <i>[Hospital discharges by type of activity, rehabilitation and long-term care, in relation to the hospitalization rate – Percentage values and values per 1,000 inhabitants, 2013]</i> |     |
| <b>KI 6.7.</b> Numero di medici per posto letto, anno 2011 .....  | 208 |
| <i>[Physicians per hospital bed - Absolute values, 2011]</i>  |     |
| <b>KI 6.8.</b> Numero di infermieri per posto letto, anno 2011 .....  | 208 |
| <i>[Nurses per hospital bed - Absolute values, 2011]</i>  |     |
| <b>KI 6.9.</b> Posti letto in acuzie per abitante. Valori per 1.000 abitanti, anno 2013 .....   | 209 |
| <i>[Beds for acute care per inhabitant - Value per 1,000 inhabitants, 2013]</i>   |     |
| <b>KI 6.10.</b> Posti letto per struttura. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012 .....   | 210 |
| <i>[Beds per facility - Value per 1,000 inhabitants, 2012]</i>  |     |

## Capitolo 7. Assistenza residenziale: domanda e strategie d'offerta

*[Residential care: demand and supply strategies]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 7.1.</b> Strutture per carattere di residenzialità e per natura giuridica. Valori % e valori assoluti, anno 2012 .....         | 214 |
| <i>[Public and accredited private residential and semi-residential facilities. Percentages and absolute values, 2012]</i>                |     |
| <b>Figura 7.2.</b> Strutture residenziali e semi-residenziali. Valori assoluti, anni 2002-2012 .....                                     | 214 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities, Absolute values, 2002-2012]</i>   |     |
| <b>Figura 7.3.</b> Strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate. Variazioni %, anni 2002-2012 .....        | 214 |
| <i>[Public and accredited private residential and semi-residential facilities. Percentage changes, 2002-2012]</i>                        |     |
| <b>Figura 7.4.</b> Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2002-2012 .....                     | 215 |
| <i>[Beds per residential and semi-residential facilities. Absolute values, 2002-2012]</i>  |     |
| <b>Figura 7.5.</b> Posti letto per struttura residenziale. Valori assoluti, anni 2002 e 2012 .....                                       | 215 |
| <i>[Beds per residential facilities, Absolute values, 2002-2012]</i>   |     |
| <b>Figura 7.6.</b> Posti letto per struttura semi-residenziale. Valori assoluti, anni 2002 e 2012 .....                                  | 216 |
| <i>[Beds per semi-residential facilities, Absolute values, 2002 and 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 7.7.</b> Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori per 10.000 abitanti, trend 2002-2012 .....         | 217 |
| <i>[Beds per residential and semi-residential facilities. Per 10,000 inhabitants, 2002-2012 trend]</i>                                   |     |
| <b>Figura 7.8.</b> Posti letto per struttura residenziale e semi-residenziale. Valori per 10.000 abitanti, anni 2002 e 2012 .....        | 217 |
| <i>[Beds per residential and semi-residential facilities. Values per 10,000 inhabitants, 2002 and 2012]</i>                              |     |
| <b>Figura 7.9.</b> Posti letto nelle strutture residenziali nei Paesi OECD. Valori per 10.000 abitanti, anni 2002 e 2012 .....           | 218 |
| <i>[Beds in residential facilities in the OECD Countries. Values per 10,000 inhabitants, 2002 and 2012]</i>                              |     |
| <b>Figura 7.10.</b> Strutture residenziali e semi-residenziali per tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2012 ..... | 218 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities by type of healthcare. Percentage and absolute values, 2012]</i>                         |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Figura 7.11.</b> Strutture per tipologia di assistenza erogata per carattere di residenzialità. Valori % e assoluti, anno 2012 .....   | 219 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities by type of healthcare. Percentage and absolute values, 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 7.12.</b> Posti letto per carattere di residenzialità e per tipologia di assistenza erogata. Valori % e assoluti, anno 2012 .....   | 219 |
| <i>[Beds in residential and semi-residential facilities by type of healthcare. Percentage and absolute values, 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 7.13.</b> Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, trend 2003-2012 .....  | 220 |
| <i>[Beds in residential facilities by type of healthcare. Absolute values, 2003-2012 trend]</i>   |     |
| <b>Tabella 7.1.</b> Posti letto per struttura residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, anni 2003 e 2012 .....   | 221 |
| <i>[Beds in residential facilities by type of healthcare. Absolute values, 2003 and 2012]</i>   |     |
| <b>Figura 7.14.</b> Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata. Valori assoluti, trend 2003-2012 .....   | 221 |
| <i>[Beds in semi-residential facilities by type of healthcare, Absolute values, 2003-2012 trend]</i>  |     |
| <b>Tabella 7.2.</b> Posti letto per struttura semi-residenziale per tipologia di assistenza erogata, Valori assoluti, anni 2003 e 2012 .....  | 222 |
| <i>[Beds in semi-residential facilities by type of healthcare. Absolute values, 2003 and 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 7.15.</b> Tasso di occupazione delle strutture residenziali. Valori %, anni 2003 e 2012 .....   | 223 |
| <i>[Occupancy rate of residential facilities. Percentage values, 2003 and 2012]</i>   |     |
| <b>Figura 7.16.</b> Posti letto nei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali. Valori % e assoluti anno 2012 .....  | 223 |
| <i>[Beds in residential social-healthcare and social-welfare facilities. Percentage and absolute values, 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 7.17.</b> Utenti nelle strutture residenziali e semi-residenziali, Valori % e assoluti, anno 2012 .....   | 224 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities recipients. Percentage and absolute values, 2012]</i>   |     |
| <b>Tabella 7.3.</b> Utenti in strutture residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate-composizione per tipologia di assistenza. Valori %, anno 2012 .....            | 225 |
| <i>[Public and private accredited residential and semi-residential facilities recipients by type of healthcare. Percentages, 2012]</i>  |     |
| <b>Tabella 7.4.</b> Giornate per utente in strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali pubbliche e private accreditate per tipo assistenza. Valori assoluti, anno 2012 .....   | 226 |
| <i>[Public and accredited private residential and semi-residential facilities by type of healthcare - Days per recipient. Absolute values, 2012]</i>                                    |     |
| <b>Key Indicators</b>   |     |
| <b>KI 7.1.</b> Strutture residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, over 65 e over 75 in EU15 e altri Paesi OECD. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012 ..... | 231 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities - Beds per total population over 65 and over 75 in EU15 and other OECD Countries. Values per 1,000 inhabitants, 2012]</i>               |     |
| <b>KI 7.2.</b> Strutture residenziali e semi-residenziali - Numero assistiti su 1.000 abitanti in EU15 e altri Paesi OECD, anno 2012 .....  | 231 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities – Recipients per 1,000 inhabitants in EU15 and other OECD Countries, 2012]</i>  |     |
| <b>KI 7.3.</b> Strutture residenziali e semi-residenziali - Utenti over 65, EU15 e altri Paesi OECD. Valori per 100.000 abitanti over 65, Anni 2002 e 2012 .....                        | 232 |
| <i>[Residential and semi-residential facilities – Users over 65, EU15 and other OECD Countries. Values per 100,000 inhabitants over 65, 2012]</i>                                       |     |
| <b>KI 7.4.</b> Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Personale (formalmente) impiegato su numero di assistiti, Paesi OECD. Valori %, anno 2012 .....                   | 232 |
| <i>[Residential and semi-residential health facilities – Personnel (formally) employed per recipient, OECD Countries. Percentages, 2012]</i>  |     |
| <b>KI 7.5.</b> Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Posti letto su popolazione totale, over 65 e over 75, Italia. Valori per 1.000 abitanti, anno 2012 .....          | 233 |
| <i>[Residential and semi-residential health facilities - Beds per total population over 65 and over 75, Italy. Values per 1,000 inhabitants, 2012]</i>                                  |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>KI 7.6.</b> Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Quota di utenti anziani su 1.000 abitanti <i>over 65</i> ,<br>anni 2002 e 2012 .....                | 233 |
| <i>[Residential and semi-residential health facilities – Share of elderly recipients per 1,000 inhabitants over 65, 2002 and 2012]</i>                                    |     |
| <b>KI 7.7.</b> Strutture sanitarie residenziali e semi-residenziali - Utenti per tipologia sul totale della popolazione.<br>Italia, per 100.000 abitanti, anno 2012 ..... | 234 |
| <i>[Residential and semi-residential health facilities - Recipients by type. Italy, per 100,000 inhabitants, 2012]</i>  |     |
| <b>KI 7.8.</b> Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - Dimensione media (PL). Valori assoluti, anni 2002-2012 .....                                   | 235 |
| <i>[Social-healthcare and social-welfare residential facilities. Average size (PL). Absolute values, 2002- 2012]</i>  |     |
| <b>KI 7.9.</b> Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - Incidenza (%) dei posti letto finanziati dal settore pubblico<br>sul totale, anno 2012 .....   | 236 |
| <i>[Social-healthcare and social-welfare residential facilities – Incidence (%) of beds financed by the public health system<br/>on total beds, 2012]</i>                 |     |
| <b>KI 7.10.</b> Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari - Personale retribuito e volontario. Valori assoluti, anno 2012 .....                           | 236 |
| <i>[Social-healthcare and social-welfare residential facilities – Paid personnel and volunteers. Absolute values, 2012]</i>   |     |

## Capitolo 8. Assistenza specialistica: tendenze della domanda e dell'offerta

*[Specialist outpatient care: demand and supply trends]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 8.1.</b> Spesa per assistenza specialistica (stima). Composizione %, anni 2007-2012 .....  | 239 |
| <i>[Estimate expenditure for specialist healthcare – Percentage composition, 2007-2012]</i>  |     |
| <b>Tabella 8.1.</b> Spesa per assistenza specialistica convenzionata. Variazioni % e valori assoluti (€ mln.), anni 2007-2013 .....                      | 240 |
| <i>[Expenditure for specialist healthcare authorized by the NHS -. Percentage changes and absolute values (€ million), 2007-2013]</i>                    |     |
| <b>Figura 8.2.</b> Spesa per assistenza specialistica convenzionata, per Regione. Variazioni %, anni 2009-2013 .....                                     | 240 |
| <i>[Expenditure for specialist healthcare authorized by the NHS, by Region. Percentage changes, 2009-2013]</i>   |     |
| <b>Figura 8.3.</b> Spesa per assistenza specialistica <i>out of pocket</i> . Valori pro-capite (€), anni 2007-2013 .....                                 | 241 |
| <i>[Expenditure for OOP specialist healthcare – Per capita values (€), 2007-2013]</i>  |     |
| <b>Figura 8.4.</b> Strutture ambulatoriali e laboratori pubblici e privati. Variazioni %, anni 2000-2012 .....   | 242 |
| <i>[Outpatient facilities and public and private laboratories - Percentage changes, 2000-2012]</i>   |     |
| <b>Figura 8.5.</b> Strutture ambulatoriali pubbliche e private per tipologia di assistenza specialistica (composizione) - Valori %, anni 2000-2012 ..... | 242 |
| <i>[Public and private outpatient facilities by type of specialist healthcare (composition). Percentages, 2000-2012]</i>                                 |     |
| <b>Figura 8.6.</b> Prestazioni specialistiche ambulatoriali per tipologia. Composizione %, anni 2005-2012 .....  | 243 |
| <i>[Outpatient specialist health services by type. Composition (%), 2005-2012]</i>   |     |
| <b>Tabella 8.2.</b> Prestazioni specialistiche, pro-capite (€) e variazioni %, anni 2005-2012 .....  | 244 |
| <i>[Per capita (€) outpatient specialist health services and percentage changes, 2005-2012]</i>  |     |
| <b>Figura 8.7.</b> Correlazione tra numero di prestazioni specialistiche e PIL pro-capite regionale, anno 2012 .....                                     | 244 |
| <i>[Correlation between number of specialist health services and per capita regional GDP - 2012]</i>   |     |
| <b>Tabella 8.3.</b> Prestazioni pro-capite per tipologia. Variazioni %, anni 2005-2012 .....   | 245 |
| <i>[Per capita health services by type. Percentage changes, 2005-2012]</i>   |     |
| <b>Figura 8.8.</b> Correlazione tra numero di prestazioni specialistiche e strutture pro-capite per Regione, anno 2012 .....                             | 246 |
| <i>[Correlation between specialist health services and per capita facilities, by Region, 2012]</i>   |     |
| <b>Key Indicators</b>  |     |
| <b>KI 8.1.</b> Assistenza specialistica - Strutture pubbliche e private. Valori %, anno 2012 .....   | 251 |
| <i>[Specialist healthcare - Public and private facilities. Percentages, 2012]</i>  |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>KI 8.2.</b> Strutture ambulatoriali pubbliche per tipologia di prestazione. Valori %, anno 2012 .....                      | 251 |
| <i>[Public outpatient facilities by type of service. Percentages, 2012]</i>   |     |
| <b>KI 8.3.</b> Strutture private per tipologia di prestazione. Valori %, anno 2012 .....                                      | 252 |
| <i>[Private facilities by type of service. Percentages, 2012]</i>   |     |
| <b>KI 8.4.</b> Prestazioni specialistiche pubbliche e private per tutte le tipologie. Valori pro-capite, anni 2005-2012 ..... | 252 |
| <i>[Public and private outpatient specialist health services, by all type of services. Per capita values, 2005-2012]</i>      |     |
| <b>KI 8.5.</b> Prestazioni specialistiche pubbliche e private per tipologia. Composizione %, anno 2012 .....                  | 253 |
| <i>[Public and private specialist health services by type. Composition (%), 2012]</i>   |     |
| <b>KI 8.6.</b> Prestazioni specialistiche pubbliche e private per tipologia. Valori pro-capite, anno 2012 .....               | 253 |
| <i>[Public and private specialist health services by type. Per capita values, 2012]</i>                                       |     |
| <b>KI 8.7.</b> Spesa per assistenza specialistica in Italia. Valori pro-capite (€), anni 2007-2013 .....                      | 254 |
| <i>[Expenditure for specialist healthcare in Italy. Per capita values (€), 2007-2013]</i>                                     |     |

## Capitolo 9. Assistenza farmaceutica: governance e razionamenti

*[Pharmaceutical care: governance and allotments]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabella 9.1.</b> Spesa farmaceutica in Italia, confronto OsMed/OECD .....   | 257 |
| <i>[Pharmaceutical expenditure in Italy - OsMed/OECD comparison]</i>   |     |
| <b>Figura 9.1.</b> Numeri indice (2009=100) spesa farmaceutica strutture pubbliche e convenzionata. Anni 2009-2013 .....   | 258 |
| <i>[Index numbers (2009=100) of the pharmaceutical expenditure of public facilities and facilities on contract to the NHS. 2009-2013]</i>  |     |
| <b>Figura 9.2.</b> Variazione % della spesa farmaceutica. Anni 1993-2014 .....   | 260 |
| <i>[Percentage change of the pharmaceutical expenditure, 1993-2014]</i>  |     |
| <b>Figura 9.3.</b> Numeri indice (base fissa anno 2010) spesa farmaceutica classe A priv, classe C, ticket, SOP/OTC. Anni 2010-2014<br>variazione % della spesa farmaceutica. Anni 1993-2014 ..... | 260 |
| <i>[Index number (2010=100) of the pharmaceutical expenditure for class A private drugs, class C drugs, ticket, and over the counter/non-prescription drugs, 2010-2014]</i>                        |     |
| <b>Figura 9.4.</b> Spesa pubblica territoriale e ospedaliera pro-capite al netto dei <i>payback</i> e tetto regionale pro-capite. Anno 2014 .....  | 261 |
| <i>[Per capita public territorial and hospital expenditure net of paybacks and regional per capita ceiling, 2014]</i>  |     |
| <b>Figura 9.5.</b> Gap rispetto al tetto pro-capite vs. spesa farmaceutica privata pro-capite. Anno 2014 .....   | 262 |
| <i>[Deviation with respect to the per capita ceiling vs. per capita private pharmaceutical expenditure, 2014]</i>  |     |
| <b>Figura 9.6.</b> Composizione della spesa farmaceutica totale regionale. Anno 2014 .....   | 262 |
| <i>[Composition of the total regional pharmaceutical expenditure, 2014]</i>  |     |
| <b>Figura 9.7.</b> Confronto internazionale della distribuzione percentuale della spesa farmaceutica territoriale per i farmaci<br>a brevetto scaduto. Anno 2014 .....                             | 263 |
| <i>[International comparison of the percentage distribution of the territorial pharmaceutical expenditure for drugs whose patents have expired, 2014]</i>  |     |
| <b>Tabella 9.2.</b> Incidenza della spesa e del consumo dei farmaci a brevetto scaduto per ATC. Valori %, anno 2014 .....  | 264 |
| <i>[Incidence of the expenditure and consumption of drugs whose patents have expired by ATC. Percentages, 2014]</i>  |     |
| <b>Figura 9.8.</b> Quota su totale spesa convenzionata netta dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN e quota consumi<br>su totale DDD. Anno 2014 .....                                      | 265 |
| <i>[Share of class A-NHS drugs whose patents have expired out of the total net NHS authorized expenditure and consumption share of total DDD, 2014]</i>  |     |
| <b>Figura 9.9.</b> Quota su totale spesa strutture pubbliche dei farmaci a brevetto scaduto e quota consumi su totale DDD. Anno 2014 ...   | 265 |
| <i>[Share of drugs whose patents have expired out of the total expenditure of public facilities and consumption share of total DDD, 2014]</i>  |     |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabella 9.3.</b> Spesa, consumo pro-capite e incidenza dei farmaci bio-similari sulla spesa e il consumo dei farmaci bio-similari e del farmaco originator .....                         | 266 |
| <i>[Per capita expenditure and consumption of biosimilar drugs and incidence of biosimilar drugs on the expenditure for and consumption of biosimilar drugs and originator drugs, 2014]</i> |     |
| <b>Figura 9.10.</b> Mediana delle differenze di consumo ( <i>standard units</i> ) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci – Anni 2009-2014 .....             | 267 |
| <i>[Median of the consumption differences (standard units) by product. Italy vs. Big EU by year of the EMA approval of the drugs, 2014]</i>   |     |
| <b>Figura 9.11.</b> Mediana delle differenze di consumo ( <i>standard units</i> ) per prodotto Italia vs Big EU per anno di approvazione EMA dei farmaci e ATC. Anno 2014 .....             | 268 |
| <i>[Median of the consumption differences (standard units) by product. Italy vs Big EU by year of the EMA approval and ATC, 2014]</i>   |     |
| <b>Tabella 9.4.</b> Prodotti approvati dall'EMA (2009-2014) commercializzati in Italia e EU5. Anno 2014 .....   | 268 |
| <i>[Products approved by EMA (2009-2014) and marketed in Italy and EU5, 2014]</i>   |     |
| <b>Key Indicators</b>   |     |
| <b>KI 9.1.</b> Andamento della spesa farmaceutica in Italia. Variazioni % rispetto all'anno precedente, anni 1993-2014 .....  | 274 |
| <i>[Trend of the pharmaceutical expenditure in Italy. Percentage changes with respect to the preceding year, 1993-2014]</i>   |     |
| <b>KI 9.2.</b> Spesa farmaceutica per classe. Valori pro-capite (€), anno 2014 .....  | 274 |
| <i>[Pharmaceutical expenditure by class. Per capita values (€), 2014]</i>   |     |
| <b>KI 9.3.</b> Spesa farmaceutica territoriale pro-capite al netto del <i>payback</i> - Scostamento (%) rispetto al tetto di spesa dell'11,35%, anno 2014 .....                             | 275 |
| <i>[Territorial per capita pharmaceutical expenditure net of payback – Percentage deviation with respect to the 11.35% expenditure ceiling, 2014]</i>                                       |     |
| <b>KI 9.4.</b> Spesa territoriale e ospedaliera pro-capite al netto del <i>payback</i> . Scostamento (%) dal tetto regionale pro-capite del 14,85%, anno 2014 .....                         | 275 |
| <i>[Per capita territorial and hospital pharmaceutical expenditure net of payback. Percentage deviation with respect to the 14.85% expenditure ceiling, 2014]</i>                           |     |
| <b>KI 9.5.</b> Compartecipazione ( <i>ticket</i> ). Valori pro-capite (€), anno 2014 .....  | 276 |
| <i>[Patients' contribution (ticket). Per capita values (€), 2014]</i>   |     |
| <b>KI 9.6.</b> Consumi (DDD abitanti/die) e spesa (€) per I livello ATC. Classe A-SSN, anni 2010 e 2014 .....   | 276 |
| <i>[Consumption (DDD inhabitants/day) and expenditure (€) for 1st level ATC, Class A-NHS, 2014]</i>   |     |
| <b>KI 9.7.</b> Spesa farmaceutica Classe A privato, Classe C con ricetta, automedicazione pro-capite. Variazioni %, anni 2010-2014 .....  | 277 |
| <i>[Per capita pharmaceutical expenditure for private Class A, Class C with prescription and non-prescription drugs. Percentage changes, 2010-2014]</i>                                     |     |
| <b>KI 9.8.</b> Spesa farmaceutica Classe A privato, Classe C con ricetta, automedicazione. Valori pro-capite (€), anno 2014 .....   | 277 |
| <i>[Pharmaceutical expenditure for private Class A, Class C with prescription and non-prescription drugs. Per capita values (€), 2010 and 2014]</i>   |     |
| <b>KI 9.9.</b> Scostamento dalla media nazionale della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei consumi su totale DDD. Anno 2014 .....  | 278 |
| <i>[Gap of drugs whose patents have expired on the total expenditure of public facilities, share of consumption on total DDD from the national average value, 2014]</i>                     |     |
| <b>KI 9.10.</b> Spesa netta per farmaci a brevetto scaduto - Classe A-SSN. Composizione %, anno 2014 .....  | 278 |
| <i>[Net expenditure for drugs whose patents have expired – Class A-NHS- Percentage composition, 2014]</i>   |     |

## Capitolo 10. Assistenza primaria: invecchiamento dei medici di medicina generale, problemi emergenti e nuove sfide

*[Primary care: ageing of general practitioners, emerging problems and new challenges]*

**Figure e Tabelle/Figures and Tables**

- Figura 10.1.** Risposta, in valori medi (scala da 1 a 10), alla domanda: “In che misura pensi che i seguenti fattori comporteranno, per i MMG, la necessità di acquisire nuove, diverse e più ampie competenze, capacità e abilità professionali e tecniche?” .....283  
*[Answer in mean values (on a scale of 1 to 10) to the question: “To what extent do you think that the following factors are going to entail the need for General Practitioners (GPs) to acquire new, different and more extensive know-how, professional and technical abilities, capabilities and skills?”]*
- Figura 10.2.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Riflettendo sulle tue capacità e abilità professionali come sono oggi, sia che si tratti di quelle cliniche che di quelle non cliniche (quali ad esempio quelle informatiche, quelle di analisi dei dati, quelle economiche, ecc.), in che misura valuti di averle acquisite e di saperle efficacemente utilizzare?” .....283  
*[Answer in percentage values, to the question: “Considering your professional abilities and capabilities as they are today, whether clinical or non clinical (such as, for instance, data processing, data analysis, economic skills, and the like), to what extent do you think you have acquired them and are effectively capable of using them?”]*
- Figura 10.3.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Ritieni che riusciresti a metterti in gioco per adattarti ai nuovi scenari organizzativi e operativi, laddove ti venisse richiesto di interessarti di:” .....284  
*[Answer in percentage values to the question: “Do you think that you would succeed in getting involved in order to adjust to the new organizational and operational scenarios, should you be required to deal with...?”]*
- Figura 10.4.** Distribuzione % per classi di età sulla risposta «Molto/abbastanza» al quesito «Ritieni che riusciresti a metterti in gioco per adattarti ai nuovi scenari organizzativi e operativi, laddove ti venisse richiesto di interessarti di ...» .....285  
*[Percentage distribution by age groups with respect to the answer “Definitely yes/reasonably enough” to the question: “Do you think that you would succeed in getting involved in order to adjust to the new organizational and operational scenarios, should you be required to deal with...?”]*
- Figura 10.5.** Risposta, in valori %, alla domanda: “In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni?” .....285  
*[Answer in percentage values, to the question: “To what extent do you agree with the following statements?”]*
- Figura 10.6.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Quale considerazione ti capita di fare, quando percepisci o osservi che si stanno evolvendo nuovi scenari organizzativi ed operativi dell’assistenza primaria in Italia?” .....286  
*[Answer in percentage values to the question: “What considerations do you happen to make when you perceive or see that new organizational and operating primary care scenarios are evolving in Italy?”]*
- Figura 10.7.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Tra i cambiamenti in atto, si è osservato che è cambiata e sta ancora cambiando la struttura demografica dei medici in Italia al pari di quella della popolazione generale; anche i MMG sono invecchiati e stanno invecchiando. Ritieni che questo fatto sia di per sé:” .....286  
*[Answer in percentage values to the question: “Considering the changes that are currently taking place, it has been noted that the demographic structure of Italian GPs has changed and is still changing, in the same way as the general population has and is. Even GPs have aged and are ageing. Do you think that this fact is in itself:”]*
- Figura 10.8.** Risposta, in valori %, alla domanda: “Studi ed indagini condotti in vari Paesi in materia di invecchiamento della cosiddetta “forza lavoro medica”, giungono ai seguenti risultati, anche se non sono sempre univoci. In che misura pensi che questi risultati possano trovare un riscontro con quanto tu senti o pensi, e con quanto osservi o sai del lavoro dei colleghi?” .....287  
*[Answer in percentage values to the question: “Studies and inquiries conducted in various Countries on the ageing of general practitioners have led to the following results, even if they are not always univocal. To what extent do you think that these results are reflected in what you feel or think, and in what you observe in or know about the work of your colleagues?”]*
- Figura 10.9.** Risposta, in valori %, alla domanda «Come valuti il fatto che, in taluni paesi, i medici non possono limitarsi a frequentare corsi di formazione ma debbono periodicamente sottoporsi a controlli e procedure inerenti l’abilitazione alla pratica medica?», in generale e, per quanto attiene alla risposta «Positivamente – Molto positivamente», nella popolazione dei medici stratificati per classi di età .....288  
*[Answer in percentage values to the question: “How do you evaluate the fact that, in a few countries, physicians may not limit*

*themselves to attending refresher courses and, indeed, are required to undergo regular checks and procedures inherent in the qualifications to practice medicine?" generally and, insofar as it concerns the answer "Positively – Very positively", in the population of physicians stratified by age groups]*

**Figura 10.10.** Orientamento, in valori %, rispetto alla affermazione: "I medici più anziani vanno coinvolti in programmi che prevedono la *partnership* con i medici più giovani ai quali, giorno per giorno, possono trasferire la loro esperienza e svolgere nei loro riguardi una funzione di tutoraggio:" .....289

*[Orientation in percentage values with respect to the statement: "Older physicians have to be involved in programs that provide for a partnership with younger physicians to whom, day by day, they can transfer their experience while playing in their respect a tutorial function." ]*

**Figura 10.11.** Orientamento, in valori %, rispetto alla affermazione: "Per medici più anziani possono essere predisposte e concordate soluzioni flessibili di lavoro con funzioni e compiti diversificati (ad es. attività svolte prevalentemente in studio) o riduzione dell'orario lavorativo con accesso anticipato a parziali prestazioni pensionistiche:" .....289

*[Orientation in percentage values with respect to the statement: "Flexible work solutions may be arranged and agreed upon for older physicians, providing for diversified tasks and functions (i.e., activities carried out for the most part in the office) or a reduction of the working time with early access to partial pension benefits:"]*

**Figura 10.12.** Risposta, in valori %, alla domanda «Pensi che dopo la pensione vorrai continuare a lavorare in un qualche ambito della tua professione?», in generale e, per quanto attiene alla risposta «Sì», nella popolazione dei medici stratificati per classi di età .....290

*[Answer in percentage values to the question "Do you think that after your retirement you will still keep on working in some area of your profession?" generally and, insofar as it concerns the answer "Yes", in the population of physicians stratified by age group.]*

**Figura 10.13.** Risposta, in valori %, alla domanda «In che misura ritieni adeguato, per le tue aspettative, il limite di età in cui ti è consentito di andare in pensione?», in generale e, per quanto attiene alla risposta «Poco – Per niente», nella popolazione dei medici stratificati per genere .....291

*[Answer in percentage values to the question "To what extent do you consider in keeping with your expectations the age limit that allows you to retire?" generally and, in so far as it concerns the answer "Not much – Not at all", in the population of physicians stratified by gender.]*

## Key Indicators

**KI 10.1.** Medici di assistenza primaria in EU15 e altri grandi Paesi OECD - Tasso per 1.000 abitanti, anni 2003 e 2013 .....297  
*[Primary care physicians in EU15 and other big OECD Countries - Rate by 1,000 inhabitants, 2003 and 2013]*

**KI 10.2.** Medici di Medicina Generale (MMG) - Tasso per 100.000 abitanti over 15, anni 2002 e 2012 .....297  
*[General Practitioners (GPs) – Rate by 100,000 inhabitants over 15, 2002 and 2012]*

**KI 10.3.** MMG per classi di scelta - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2012 .....298  
*[GPs by classes of choice - Incidence on total. Percentage values, 2012]*

**KI 10.4.** Pediatri di libera scelta (PLS) - Tasso per 100.000 abitanti fino a 14 anni, anni 2002 e 2012 .....298  
*[Freely chosen pediatricians (FCP) – Rate by 100,000 inhabitants up to 14 years, 2002 and 2012]*

**KI 10.5.** PLS per classi di scelta - Incidenza sul totale. Valori %, anno 2012 .....299  
*[FCP by classes of choice - Incidence on total. Percentages, 2012]*

**KI 10.6.** Tipologia di contatto tra MMG e pazienti - Composizione %, anni 2005-2013 .....299  
*[Typology of contact between GPs and patients - % composition, 2005-2013]*

**KI 10.7.** Numero medio di contatti col MMG per paziente, distribuzione per sesso. Valori assoluti, anni 2005-2013 .....300  
*[Average number of contacts with the GP by patient, distribution by gender. Absolute values, 2005-2013]*

**KI 10.8.** Spesa per medicina di base (da convenzione). Valori pro-capite (€), anni 2009 e 2013 .....300  
*[Expenditure for medical practice (as per agreement with the NHS). Per capita values (€), 2009 and 2013]*

## Capitolo 11. Assistenza domiciliare: domanda e strategie d'offerta

*[Home care: demand and supply strategies]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabella 11.1.</b> Principali riferimenti normativi nazionali .....  | 304 |
| <i>[Main national laws]</i>  |     |
| <b>Figura 11.1.</b> Domanda di assistenza domiciliare. Composizione %, anno 2012 .....   | 306 |
| <i>[Demand for home care services. Percentage composition, 2012]</i>   |     |
| <b>Figura 11.2.</b> Casi trattati in ADI - Incidenza sulla popolazione over 65. Valori per 1.000 abitanti, anni 2002-2012 .....  | 307 |
| <i>[Cases handled through Integrated Home Care (IHC) – Incidence on the population over 65. Values per 1,000 inhabitants, 2002 and 2012]</i>   |     |
| <b>Figura 11.3.</b> Numero di ore annue erogate per caso trattato in ADI. Anni 2002-2012 .....   | 308 |
| <i>[Yearly hours of home care services provided through IHC. 2002 and 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 11.4.</b> Ore per caso trattato e quota assistiti in ADI. Valori assoluti, anni 2002-2012 .....  | 308 |
| <i>[Hours of home care services per recipient and share of IHC recipients. Absolute values, 2002 e 2012]</i>   |     |
| <b>Figura 11.5.</b> Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare – Incidenza delle singole voci di spesa. Valori % e assoluti (€ mln.), anno 2012 .....   | 309 |
| <i>[Municipal expenditure on home care services. Incidence of the individual items of expenditure. Percentage and absolute values (€ million), 2012]</i>   |     |
| <b>Key Indicators</b>  |     |
| <b>KI 11.1.</b> Utenti over 65 in assistenza domiciliare nei Paesi OECD. Valori per abitante over 65, anno 2012 .....  | 315 |
| <i>[Recipients over 65 provided with home care in the OECD Countries. Values per inhabitant over 65, 2012]</i>   |     |
| <b>KI 11.2.</b> Assistenza domiciliare socio-assistenziale - Quota di utenti su popolazione totale e over 65 per tipologia di assistiti in Italia. Valori per 100.000 abitanti, anni 2007-2012 .....                   | 315 |
| <i>[Home care and social care services – Recipients by type – share of the total and of the total population and the over 65 population by type of recipients in Italy. Values per 100,000 inhabitants, 2007-2012]</i> |     |
| <b>KI 11.3.</b> Assistenza domiciliare integrata - Quota utenti anziani e disabili su popolazione totale e over 65. Valori per 100.000 abitanti totali e over 65, anni 2005-2012 .....                                 | 316 |
| <i>[Integrated home care services – Share of elderly and disabled recipients out of the total population and the population over 65. Values per 100,000 total inhabitants and inhabitants over 65, 2006-2012]</i>      |     |
| <b>KI 11.4.</b> Assistenza domiciliare integrata - Quota di casi trattati over 65 su casi totali. Valori %, anni 2002 e 2012 .....   | 316 |
| <i>[Integrated home care services - Share of recipients over 65 with respect to the total cases. Percentages, 2002 and 2012]</i>   |     |
| <b>KI 11.5.</b> Assistenza domiciliare integrata - Numero di accessi per caso trattato over 65, anni 2007 e 2012 .....   | 317 |
| <i>[Integrated home care services – Number of accesses per recipient over 65, 2007 and 2012]</i>   |     |
| <b>KI 11.6.</b> Beneficiari di voucher, assegni di cura e buoni socio-sanitari nell'area anziani e disabili. Valori per 100.000 abitanti totali e over 65, anni 2007-2012 .....  | 317 |
| <i>[Elderly and disabled recipients of vouchers, care allowances and social and health coupons. Values per 100,000 total and over 65 inhabitants, 2007-2012]</i>   |     |
| <b>KI 11.7.</b> Spesa pro-capite dei Comuni singoli e associati per assistenza domiciliare. Variazioni % 2012/2011 e 2012/2007 .....   | 318 |
| <i>[Per capita expenditure of individual and associated Municipalities on home care services. Percentage changes, 2012/2011 and 2012/2007]</i>   |     |
| <b>KI 11.8.</b> Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare - Incidenza (%) delle singole voci di spesa, anno 2012 .....   | 318 |
| <i>[Municipal expenditure on home care services - Incidence (%) of each item of expenditure, 2012]</i>   |     |
| <b>KI 11.9.</b> Spesa dei Comuni per assistenza domiciliare socio-assistenziale - Incidenza (%) sulla spesa domiciliare totale dei Comuni, anni 2007-2012 .....  | 319 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>[Municipal expenditure on home care and social care services (SAD) – Percentage incidence on total home care expenditure of the Municipalities, 2007-2012]</i> |     |
| <b>KI 11.10.</b> Spesa dei Comuni per <i>Voucher</i> , assegni di cura e buoni socio-sanitari - Incidenza (%) .....   | 319 |
| <i>[Municipal expenditure on vouchers - Incidence (%) on total home care expenditure of the Municipalities, 2007-2012]</i>  |     |
| <b>KI 11.11.</b> Spesa dei Comuni per Assistenza domiciliare integrata - Incidenza (%) sulla spesa domiciliare totale dei Comuni, anni 2007-2012 .....            | 320 |
| <i>[Municipal expenditure on Integrated home care services – Percentage incidence on total home care expenditure of the Municipalities, 2007-2012]</i>            |     |

## Capitolo 12. Non-autosufficienza: domanda e strategie di offerta

*[Not self-sufficiency care: demand and supply strategies]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabella 12.1.</b> I numeri della non-autosufficienza .....  | 324 |
| <i>[Non-self sufficiency outline]</i>  |     |
| <b>Figura 12.1.</b> La progressione della disabilità in Italia. Stime Censis 2010-2040 .....   | 325 |
| <i>[Disability progression in Italy. Censis estimations 2010-2040]</i>   |     |
| <b>Figura 12.2.</b> Gli strumenti sui quali la famiglia potrà contare per affrontare i rischi e le future necessità assistenziali, per ripartizione geografica. Valori % ..... | 328 |
| <i>[Families means that can support future risks and needs of health care, by geographical area (%)]</i>   |     |
| <b>Figura 12.3.</b> Le nuove forme del <i>welfare</i> .....  | 329 |
| <i>[New welfare approaches]</i>  |     |
| <b>Figura 12.4.</b> Livelli delle prestazioni .....  | 332 |
| <i>[Benefit levels]</i>  |     |
| <b>Key Indicators</b>  |     |
| <b>KI 12.1.</b> Beneficiari di indennità di accompagnamento. Quota sulla popolazione totale. Valori %, anni 2005 e 2013 .....  | 337 |
| <i>[Recipients of an attendance allowance as a percentage of total population. Percentages, 2005 and 2013]</i>   |     |
| <b>KI 12.2.</b> Beneficiari di indennità di accompagnamento. Quota sul totale dei disabili. Valori %, anni 2005 e 2013 .....   | 337 |
| <i>[Recipients of an attendance allowance as a percentage of the total number of the disabled. Percentages, 2005 and 2013]</i>   |     |
| <b>KI 12.3.</b> Beneficiari di indennità di accompagnamento. Distribuzione regionale per genere. Valori %, anno 2013 .....   | 338 |
| <i>[Recipients of an attendance allowance. Regional breakdown by gender. Percentages, 2013]</i>  |     |
| <b>KI 12.4.</b> Spesa media per beneficiario di indennità di accompagnamento. Valori assoluti (€), anni 2005-2013 .....  | 338 |
| <i>[Average expenditure per recipient of an attendance allowance. Absolute values (€), 2005-2013]</i>  |     |
| <b>KI 12.5.</b> Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Quota sulla popolazione totale. Valori %, anni 2005 e 2013 .....   | 339 |
| <i>[Recipients of a legal disability pension as a percentage of total population. Percentages, 2005 and 2013]</i>  |     |
| <b>KI 12.6.</b> Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Quota sul totale dei disabili. Valori %, anni 2005 e 2013 .....  | 339 |
| <i>[Recipients of a legal disability pension as a percentage of the total number of the disabled. Percentages, 2005 and 2013]</i>  |     |
| <b>KI 12.7.</b> Beneficiari di pensioni di invalidità civile. Distribuzione regionale per genere. Valori %, anno 2013 .....  | 340 |
| <i>[Recipients of a legal disability pension. Regional breakdown by gender. Percentages, 2013]</i>   |     |
| <b>KI 12.8.</b> Spesa media per beneficiario di pensione di invalidità civile. Valori assoluti (€), anni 2005-2013 .....   | 340 |
| <i>[Average expenditure per recipient of a legal disability pension. Absolute values (€), 2005-2013]</i>   |     |
| <b>KI 12.9.</b> Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Valori assoluti, anni 2009-2013 .....  | 341 |
| <i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves. Absolute values, 2009-2013]</i>  |     |
| <b>KI 12.10.</b> Beneficiari di permessi per legge 104/1992 e per congedo straordinario. Composizione. Valori %, anni 2009-2013 .....  | 341 |
| <i>[Recipients of permits under Law no. 104/1992 and of special leaves. Percentages, 2009-2013]</i>  |     |

## Capitolo 13. L'industria sanitaria: evoluzione e prospettive

*[The health care industry: evolution and prospectives]*

### Figure e Tabelle/Figures and Tables

|   |     |
|---|-----|
| <b>Figura 13.1</b> Valore di produzione per occupato (€) in Italia, anno 2012 .....         | 346 |
| <i>[Production value per employee (€) in Italy, 2012]</i>                                   |     |
| <b>Figura 13.2.</b> Fatturato per occupato (€ mgl.), anno 2012 .....                        | 347 |
| <i>[Sales per employee (€ thousand), 2012]</i>  |     |
| <b>Figura 13.3.</b> Bilancia Commerciale medicinali. Valori in € mln., anni 2011-2013 ..... | 348 |
| <i>[Trade balance of pharmaceutical industry- (€ million), 2011-2013]</i>                   |     |
| <b>Figura 13.4.</b> Saldo bilancia commerciale aziende di DM (€ mln.), anno 2013 .....      | 349 |
| <i>[Trade balance of medical devices (MD) industry – (€ million), 2013]</i>                 |     |
| <b>Figura 13.5.</b> Quota di spesa per DM su Fondo Sanitario Regionale (%), anno 2014 ..... | 350 |
| <i>[Percentage of MD expenditure on the Regional Health Fund. Percentages, 2014]</i>        |     |
| <b>Figura 13.6.</b> Spesa pro-capite per DM (€) pro-capite, anno 2014 .....                 | 351 |
| <i>[Per capita expenditure on MD (€), 2013]</i>   |     |
| <b>Figura 13.7.</b> Spesa per DM. Valore (€) per ricovero in acuzie, anno 2013 .....        | 352 |
| <i>[MD expenditure. Value (€) for acute hospital admission, 2013]</i>                       |     |

### Key Indicators

|  |     |
|--|-----|
| <b>KI 13.1.</b> Composizione mercato mondiale farmaci e dispositivi medici. Valori %, anno 2013 .....                              | 359 |
| <i>[Composition of the world-wide market of drugs and medical devices. Percentage values, 2013]</i>                                |     |
| <b>KI 13.2.</b> Composizione del mercato europeo farmaci e dispositivi medici. Valori %, anno 2013 .....                           | 359 |
| <i>[Composition of the European market of drugs and medical device. Percentage values, 2013]</i>                                   |     |
| <b>KI 13.3.</b> Valore della produzione di farmaci in Europa per occupato. Valori assoluti (€ mln.), anno 2013 .....               | 360 |
| <i>[European production value of pharmaceutical industry per employee. Absolute values (€ million), 2013]</i>                      |     |
| <b>KI 13.4.</b> Valore di produzione dei dispositivi medici in Europa per occupato. Valori assoluti (€ mln.), anno 2013 .....      | 360 |
| <i>[European production value of medical device industry per employee. Absolute values (€ million), 2013]</i>                      |     |
| <b>KI 13.5.</b> Bilancia commerciale industria farmaceutica. Valori assoluti (€ mln.), anni 2011-2013 .....                        | 361 |
| <i>[Trade balance of the pharmaceutical industry. Absolute values (€ million), 2013]</i>   |     |
| <b>KI 13.6.</b> Bilancia commerciale industria dispositivi medici. Valori assoluti (€ mln.), anno 2013 .....                       | 361 |
| <i>[Trade balance of the industry of medical devices. Absolute values (€ million), 2013]</i>                                       |     |
| <b>KI 13.7.</b> Export e Import industria dispositivi medici - variazione. Valori %, anni 2013/2007 .....                          | 362 |
| <i>[Export and import of medical device industry - Change. Percentage values, 2013/2007]</i>                                       |     |
| <b>KI 13.8.</b> Export e import industria farmaceutica - variazione. Valori %, anni 2013/2007 .....                                | 362 |
| <i>[Export and import of the pharmaceutical industry - Change. Percentage values, 2013/2007]</i>                                   |     |
| <b>KI 13.9.</b> Occupati nell'industria farmaceutica - variazione. Valori %, anni 2013/2007 .....                                  | 363 |
| <i>[Employees in the pharmaceutical industry - Change. Percentage values, 2013/2007]</i>   |     |
| <b>KI 13.10.</b> Spesa pro-capite per dispositivi medici e quota sul FSR. Valori assoluti (€) e %, anno 2014 .....                 | 363 |
| <i>[Per capita expenditure on medical devices and share of the Regional Health Fund. Absolute (€) and percentage values, 2014]</i> |     |

## Capitolo 14. Analisi per patologia

*[Analysis by pathology]*

### Capitolo 14a. L'Epatite C (HCV)

*[Hepatitis C - HCV in Italy]*

**Figure e Tabelle/Figures and Tables**

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabella 14a.1.</b> Principali caratteristiche degli studi inclusi nella analisi ..... 369<br><i>[Main characteristics of the studies included in the analysis]</i>  | 369 |
| <b>Figura 14a.1.</b> Range per anno di nascita dei campioni di popolazione nei nove studi selezionati ..... 370<br><i>[Range by year of birth of the population samples in the nine selected studies]</i>      | 370 |
| <b>Tabella 14a.2.</b> HCV: probabilità di transizione annuale ..... 371<br><i>[HCV: likelihood of an annual transition]</i>  | 371 |
| <b>Tabella 14a.3.</b> Stima del carico endemico dell'infezione da HCV (1995-2005-2014) ..... 372<br><i>[Estimate of the endemic load of the HCV infection (1995-2005-2014)]</i>                                | 372 |
| <b>Tabella 14a.4.</b> Stima del carico endemico dell'infezione da HCV per Regione, anno 2014 ..... 373<br><i>[Estimate of the endemic load of the HCV infection by Region, 2014]</i>                           | 373 |
| <b>Tabella 14a.5.</b> Stime di prevalenza del carico endemico dell'infezione da HCV per Regione, anno 2014 ..... 374<br><i>[Estimated prevalence of the endemic load of the HCV infection by Region, 2014]</i> | 374 |

**Capitolo 14b. Le malattie oncologiche e il pricing dei farmaci***[Oncological diseases and drugs pricing]***Figure e Tabelle/Figures and Tables**

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabella 14b.1.</b> Riepilogo del modello ..... 378<br><i>[Model summary]</i>   | 378 |
| <b>Tabella 14b.2.</b> Coefficienti del modello ..... 378<br><i>[Model coefficients]</i>   | 378 |
| <b>Figura 14b.1.</b> Residui della regressione del costo su beneficio assoluto, quantità, anno di immissione in commercio ..... 379<br><i>[Residuals of the cost regression on the absolute benefit, quantity and marketing year]</i> | 379 |

**Capitolo 14c. Le malattie rare***[Rare diseases]***Figure e Tabelle/Figures and Tables**

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 14c.1.</b> Malati rari, distribuzione per età nella Regione Lombardia. Valori %, anno 2012 ..... 383<br><i>[Patients with rare diseases, distribution by age in Lombardy. Percentages, 2012]</i>   | 383 |
| <b>Tabella 14c.1.</b> Malati rari per fasce di prevalenza. Valori assoluti e % ..... 383<br><i>[Patients with rare diseases by prevalence groups. Absolute and percentage values]</i>  | 383 |
| <b>Figura 14c.2.</b> Malati rari, distribuzione per età e fasce di prevalenza. Valori % ..... 384<br><i>[Patients with rare diseases, distribution by age and prevalence groups. Percentages]</i>  | 384 |
| <b>Figura 14c.3.</b> Spesa media annua dei pazienti con MR, composizione per tipo di prestazione. Valori % ..... 385<br><i>[Average annual expenditure of patients with rare diseases, composition by type of health service. Percentage values]</i> | 385 |

**A cura di**  
**FEDERICO SPANDONARO**

**Coordinamento scientifico ed editoriale**  
**CRISTINA GIORDANI**

### **Autori**

#### **CARLE FLAVIA**

Professore ordinario di Statistica Medica, Università Politecnica delle Marche. Direttore Ufficio VI – Federalismo – D.G. Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

#### **CASTRO CASSANDRA**

Sociologa. Specializzanda in Comunicazione scientifica biomedica. Ricercatrice dell'Area Sociale della Fondazione Censis

#### **COLLICELLI CARLA**

Sociologa. Specializzazione in ricerca sociale. Docente di Sociologia della Salute e dei Processi Sociali Senior Advisor della Fondazione Censis

#### **CONTI SUSANNA**

Laurea (vecchio ordinamento) in Matematica. Dirigente di Ricerca in Epidemiologia e Biostatistica. Direttrice Ufficio di Statistica, ISS

#### **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 di Roma "Tor Vergata"

#### **FAVAZZI UGHETTA**

Sociologa. *Master in Fonti, strumenti e metodi della ricerca sociale*. Ricercatrice dell'Area Salute e *Welfare* della Fondazione Censis

#### **GALADINI MARCO**

Laurea di 1° livello in Ingegneria Elettronica Collaboratore esterno Ufficio VI – DG Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

#### **GIANNARELLI DIANA**

Statistica. Unità di Biostatistica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

#### **GIORDANI CRISTINA**

Economista. *Master in Economia e Management dei Servizi Sanitari*. Funzionario giuridico presso il Ministero della Salute, D.G. Comunicazione e Rapporti Europei e Internazionali. Collaboratrice C.R.E.A. Sanità, Università di Roma "Tor Vergata"

#### **GRANELLA PIETRO**

Laurea Specialistica in Ingegneria Elettronica e Laurea Magistrale in Ingegneria delle Telecomunicazioni Specialista del settore Statistico Informatico – Ufficio VI della D.G. Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

### **Coordinamento organizzativo**

**FLORA CICIANI**

### **Attività amministrative e di segreteria**

**MARTINA BONO**

### **Progetto grafico e stampa**

**MEDIATICAMENTE, con la collaborazione di Rosy Bajetti**

### **Web**

[www.creasanita.it](http://www.creasanita.it) – [www.rapportosanita.it](http://www.rapportosanita.it)

### **App per mobile**

**iOS:** <https://itunes.apple.com/us/app/crea-sanita/id1020148431?mt=8>

**Android:** <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.tashlik.creasanita>

#### **MAIETTA FRANCESCO**

Economista. Responsabile Area Sociale della Fondazione Censis

#### **MANCUSI ROSSELLA LETIZIA**

Statistica. Ricercatore C.R.E.A. Sanità, Assegnista di ricerca presso l'Università di Roma "Tor Vergata"

#### **MANNO VALERIO**

Laurea (vecchio ordinamento) in Scienze Statistiche, Demografiche e Sociali. Ricercatore a Tempo Determinato Ufficio di Statistica, Istituto Superiore di Sanità (ISS)

#### **MISERICORDIA PAOLO**

Medico di famiglia. Responsabile del Centro Studi FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

#### **PASTORELLI GIORGIA**

Economista. Ricercatore C.R.E.A. Sanità, Assegnista di ricerca presso l'Università di Roma "Tor Vergata"

#### **PIASINI LAURA**

Economista. *Master in Economia e Management della Sanità*. Ricercatore C.R.E.A. Sanità. Responsabile area Formazione. Assegnista di ricerca presso l'Università di Roma "Tor Vergata"

#### **PIPERNO ALDO**

Professore Ordinario presso l'Università di Napoli Federico II, *Master in organizzazione e management dei servizi sanitari*

#### **PLONER MARIA ESMERALDA**

Economista. *Master in Economia e Gestione Sanitaria*. Ricercatore C.R.E.A. Sanità, Assegnista di ricerca presso l'Università 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 di Roma "Tor Vergata"

#### **SPANDONARO FEDERICO**

Economista. Prof. Aggregato presso l'Università di Roma "Tor Vergata". Presidente del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità)

#### **VACCARO KETTY**

Sociologa. Specializzazione in valutazione dei servizi Docente di sociologia del welfare Responsabile Area Salute e *Welfare* della Fondazione Censis

